



ARTÍCULO ESPECIAL

La atención primaria catalana vista desde la reforma brasileña de salud[☆]

Nivaldo Carneiro Junior^a y Joan Gené Badia^{b,*}

^a *Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Santa Casa de Sao Paulo, Brasil. Director del Centro de Salud Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Brasil*

^b *Medicina de Familia, ICS-Capse, Barcelona, España. Profesor asociado del Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

Recibido el 30 de noviembre de 2010; aceptado el 2 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 13 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;
Políticas de salud;
Reforma sanitaria;
Gestión sanitaria

KEYWORDS

Primary Health Care;
Health policies;
Health reform;
Health management

Resumen Brasil inicia una reforma del Sistema Único de Salud orientada a potenciar la atención primaria de salud (APS). Mientras que Cataluña dispone de un modelo consolidado de APS basado en una reforma iniciada en los años 1980. Se valoran ambos modelos de APS para aprender mutuamente de ambas experiencias. De la situación catalana destaca la cobertura universal y la centralidad de la APS en el territorio, frente la orientación inicial más salubrista de la reforma brasileña y el desarrollo actual del programa de salud de la familia que ha alcanzado una cobertura del 54%. Brasil considera incorporar a su modelo la capacidad de elección de médico personal, la autonomía de gestión de los equipos, la retribución variable ligada a objetivos de calidad y la historia clínica compartida que existen en Cataluña. Mientras que Cataluña se beneficiaría de la mayor orientación comunitaria que existe en Brasil.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Catalan Primary Health Care as seen from Brazilian health reform

Abstract Brazil has begun a reform of the Single Health System oriented towards boosting Primary Healthcare (PHC), whilst Catalonia has a consolidated PHC model based on a reform that began in the 1980's. Both PHC models are assessed to mutually understand both experiences. In Catalonia PHC has universal health cover and PHC is central to the region, compared to the more specialist initial orientation of the Brazilian reform, and the current development of the Family Health Program which has reached a cover of 54%. Brazil is considering including the capacity to personally choose a doctor in its model, team management autonomy, variable salaries linked to quality objectives, and the shared medical records that exist in Catalonia. Whilst Catalonia should benefit from the greater community orientation there is in Brazil.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

[☆] Las reflexiones que se presentan son los primeros resultados del proyecto de investigación «Gestión de la salud pública: la atención primaria de salud como una política de Estado para reorientar el sistema de salud. Estudio comparativo de Brasil y España».

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgene@clinic.ub.es (J. Gené Badia).

Introducción

A pesar de los 30 años transcurridos desde la conferencia de Alma Ata, las políticas en favor de la Atención Primaria de Salud (APS) siguen vigentes en la agenda de los investigadores y de los que desarrollan políticas sanitarias internacionalmente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) opina que es una estrategia más necesaria que nunca para asegurar la equidad y la efectividad de los sistemas de salud. Es la forma de frenar la inercia hacia la medicalización y el hospitalocentrismo que adoptan invariablemente todos los sistemas sanitarios influidos por los intereses económicos^{1,2}. A pesar de la amplia variabilidad que existe en la definición del concepto de APS en los diferentes países, prevalece el consenso general de que los sistemas nacionales de salud orientados hacia la atención de las necesidades básicas de salud de la población y que ofrecen una cobertura universal obtienen unos mejores resultados en términos de salud y de costes^{3,4}. Actualmente este debate se encuentra tremendamente vivo en Brasil dentro del programa de desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS), que cubre a todos los ciudadanos, especialmente con relación a la organización y a la consolidación de la Política Nacional de Atención Básica⁵, que es como se denomina la APS en este país. Por este motivo, interesan los estudios comparativos de experiencias similares para identificar propuestas que permitan perfilar los cambios que se están desarrollando en Brasil. Con este objeto, se ha analizado el sistema de salud español, y en particular el de la región catalana, denominada comunidad autónoma de Cataluña, así como el desarrollo brasileño, para considerar aspectos relevantes de ambas experiencias que puedan ser de interés mutuo, siempre considerando, como es lógico, las diferencias abismales que existen entre ambas sociedades⁶ (tabla 1).

Construcción del Servicio Nacional de Salud en la transición democrática española: reforma sanitaria centrada en Atención Primaria de Salud

Existe un cierto paralelismo en el contexto en el que se produjo la creación del Servicio Nacional de Salud español y las reformas sanitarias que se están desarrollando en Brasil. En 1978, España adoptó una nueva constitución después de la dictadura franquista. Diez años más tarde, Brasil también aprobó una constitución en el contexto de un proceso democratizador. Ambas legislaciones consideran un principio de ciudadanía similar y entienden la salud como un derecho social que debe ser garantizado mediante políticas públicas universales y equitativas^{7,8}. Sin embargo, el aspecto que las diferencia de forma llamativa es la ordenación de los servicios de salud alrededor de la APS que contempla la propuesta española. Este enfoque marca significativamente las diferencias en los desarrollos de ambos sistemas de salud.

Tras la publicación de la Ley General de Sanidad durante los años ochenta, la reforma sanitaria más importante que se produjo fue justamente la reforma de la APS, que contó con la participación de los profesionales, los intelectuales, los políticos y los planificadores^{9,10}. Se creó un nuevo Sistema Nacional de Salud organizado de forma descentralizada y territorializada, alrededor de dos niveles de

atención: la atención primaria y la especializada. Se aportó un marco legal que conceptualizaba, describía y estandarizaba la APS¹¹.

La experiencia brasileña de la construcción y formulación inicial del Sistema Único de Salud (SUS), en cambio, no enfatizó el ámbito de la APS. El orden del día de la VIII Conferencia Nacional de Salud, celebrada en 1986, que marcó las directrices de la reforma sanitaria brasileña no citaba este ámbito¹². La preocupación central era garantizar una cobertura universal para eliminar la separación tradicional entre los que tenían derecho a la atención sanitaria y los que no lo tenían, que precisamente eran la mayoría. Esta focalización en la cobertura universal distrajo la atención de la necesidad de introducir cambios en la organización y la provisión de servicios. En la España de 1980, la cobertura universal no suponía un reto importante ya que el antiguo modelo de Seguridad Social ya cubría a más del 80% de la población, especialmente a las clases más desfavorecidas¹¹.

Esta primera consideración es fundamental para comprender la ausencia de la APS en las formulaciones iniciales del SUS. No fue hasta 1995 cuando este tema empieza a ocupar un espacio central de la agenda pública brasileña

Aprobación del modelo de Atención Primaria de Salud, reconociendo la experiencia y los procesos existentes y consolidados

Como se ha comentado, la creación del Servicio Nacional de Salud español, empezó por una reforma de la APS que reconocía, incorporaba y mejoraba la calidad de los servicios de APS que existían en aquella época. Antes del año 1986, disponíamos de ambulatorios públicos atendidos por médicos generalistas que asistían a la población asignada en consultas de dos horas y media. Este modelo, criticado por su baja calidad, fue sustituido por los equipos de APS que incorporaban a los antiguos generalistas, a los recién creados especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), a pediatras, a los profesionales de enfermería, a asistentes sociales y a odontólogos. La reforma consiguió mejorar sensiblemente la calidad del servicio. Los equipos, que cubrían un área geográfica delimitada, empezaron a desarrollar su labor en el centro de atención primaria y en los domicilios de los pacientes. Los profesionales ampliaron su dedicación horaria, introdujeron historias clínicas, mantuvieron la asignación del ciudadano a su médico y siguieron regulando el acceso a la atención especializada, pero aumentando considerablemente su capacidad de resolución^{13,14}.

Las experiencias de servicios de APS en Brasil se remontan a los años 1920, con el despliegue de los primeros centros de salud en el estado de São Paulo. Le siguieron otras iniciativas, entre las que destacan por su importancia: las unidades de salud del Servicio Especial de Salud Pública en el Norte y Nordeste (1950), la «red» de los Centros de Salud del Ministerio de Salud de São Paulo (1968) y los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en Londrina (Paraná) y Montes Claros (Minas Gerais), en los años 1970 y 1980¹².

Por lo tanto, Brasil goza de una larga tradición en la prestación de cuidados básicos de salud, basada en la organización de los procesos de trabajo bajo la lógica de los «programas de salud» del adulto, infantil y de la mujer. En los equipos tradicionales participaban médicos, pediatras,

Tabla 1 Indicadores comparativos entre Brasil y Cataluña

	Brasil (2008)	Cataluña (2005)
Extensión	8.515.215,3 km ²	32.000 km ²
Población	189 millones	7,3 millones
Densidad demográfica	22,2 habitantes/km ²	228,1 habitantes/km
Tasa de fecundidad	1,86	1,43
Índice de envejecimiento	0,25	1,08
Esperanza de vida al nacer en hombres	69,1 años	77,3 años
Esperanza de vida al nacer en mujeres	76,7 años	83,8 años
Mortalidad infantil	24,10/1.000 nacidos vivos ^a	2,9/1.000 nacidos vivos
Cobertura poblacional con atención primaria de salud	49,5% de la población cubierta por el PSF	100%
Gasto sanitario público por habitante	244,07 €	1.272 € (2010)

Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística y Pla de Salut de Catalunya. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut/menuitem.7baf2c730ce9e94d061ead10b0c0e1a0/?vgnnextoid=f2a810b73ed17110VgnVCM1000000b0c1e0aRCD&vgnnextchannel=f2a810b73ed17110VgnVCM1000000b0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default>).

^a En el estado de Sao Paulo, el más desarrollado, la tasa de mortalidad infantil es de 12.5/1.000 nacidos vivos.

gineco-obstetras y salubristas, así como enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales. Actualmente este modelo está muy criticado por su carácter rígido, burocrático y fragmentado. Todavía no se ha reconocido el impacto en la salud de esta práctica de atención social.

Hoy, con la Política Nacional de Atención Básica, Brasil adopta un modelo de APS denominado Estrategia de Salud de la Familia (ESF), cuyo núcleo es la figura del médico de familia, responsable de la asistencia médica de ambos sexos y de todos los ciclos vitales⁵. Con esta política de atención centrada en la persona, iniciada casi 10 años después de la creación del SUS, adopta un modelo radicalmente distinto del que se venía desarrollando. Sigue siendo rígido, ya que no se amolda a las diferentes realidades regionales del país.

Una red asistencial autonómica centrada en Atención Primaria de Salud

La Ley General de Sanidad española del año 1986 ya divide el Servicio Nacional de Salud de cada región autonómica en Áreas de Salud que comprenden poblaciones de 200.000 a 250.000 habitantes, subdivididas a su vez en varias Zonas Básicas de Salud, cubiertas por un equipo de atención primaria. Cada una de estas áreas de salud dispone de servicios asistenciales para los 2 niveles de atención, tanto de APS como de atención especializada¹⁵.

En Brasil, la territorialización y la estructuración del sistema de salud está todavía en fase de construcción y consolidación: existe una división en niveles asistenciales denominados «grados de referencias asistenciales». También dispone de una división territorial en Regiones de Salud introducida a partir del Pacto por la Salud, que otorga la gestión de los servicios de salud de estos territorios a los denominados Colegios de Gestión Regional, que son agrupaciones de municipios¹⁶. El gobierno estatal coordina y financia el servicio de salud y gestiona directamente algunos servicios especializados. Los municipios deben ofrecer y financiar, como mínimo, los servicios de APS, a pesar de que algunos ofrecen y financian además servicios especializados y hospitalarios. Esta implicación municipal en la atención sanitaria también sucede en Cataluña, donde muchos ayuntamientos son propietarios y gestionan directamente

hospitales y servicios de atención primaria contratados por el servicio autonómico de salud, al tiempo que los alcaldes participan en la planificación y gestión de los servicios de salud de su territorio mediante los recién creados gobiernos territoriales de salud.

Creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

La implementación y consolidación de un modelo asistencial depende en gran medida de los agentes que lo han de ejecutar. La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) el año 1979 fue un aspecto crítico de la reforma sanitaria. Los médicos de familia recién creados, organizados en entidades científicas y en grupos profesionales, tuvieron un papel decisivo en el impulso de las reformas, en la definición de nuevas competencias profesionales, en el diseño del equipo asistencial, así como en la definición de la propia organización del Servicio Nacional de Salud¹⁷.

La formación del médico especialista en MFyC en España se realiza mediante programas de residencia de 4 años de duración, dentro del programa que agrupa el resto de especialidades médicas denominado Programa MIR (Médico Interno y Residente). El ministerio de Salud selecciona los candidatos que pueden participar en el programa MIR mediante una convocatoria única para todo el Estado y destina a cada comunidad autónoma el número de plazas necesario para cada especialidad, siendo la de MFyC la que obtiene el mayor número de puestos. Por ejemplo, en la convocatoria 2010/2011, de las 7.221 plazas ofertadas, el 26,6% lo fueron para MFyC (1.919), y en segundo lugar para pediatría con un 5,8% (419)^{17,18}, si bien se considera que la distribución está todavía demasiado balanceada hacia las especialidades secundarias, atendiendo a la creciente demanda de médicos de familia para atender el aumento de personas que presentan enfermedades crónicas e invalidantes.

Brasil se encuentra actualmente todavía lejos de esta situación. Tradicionalmente existía en algunos territorios la especialidad de medicina general y comunitaria. Pero hasta el inicio de los años 2000 no desaparece esta especialidad minoritaria, para crear la especialidad de MFyC¹⁹ que

se incorpora a la oferta de plazas de residencia médica. Desafortunadamente, todavía no ha conseguido alcanzar una proporción relevante frente al resto de especialidades médicas^{20,21}.

La organización del trabajo de los equipos de Atención Primaria de Salud

Cantidad de población asignada a cada médico

La Ley General de Sanidad española define que cada equipo de APS debe atender una población de entre 25.000 y 30.000 habitantes. Dentro del equipo, únicamente el trabajador social y el odontólogo han de hacer frente a la totalidad de esta población, ya que se dispone de un pediatra y de una enfermera por cada 1.200 menores de 14 años, y de un médico de familia y una enfermera por cada mil 500 personas adultas¹⁵.

En Brasil, el modelo de ESF señala que un equipo compuesto por un médico generalista o uno de MFyC y una enfermera cubre entre 3.500 y 4.000 individuos (incluidos los niños)⁵. De entrada, estas cifras alertan de la necesidad de reflexionar sobre la planificación que se está desarrollando. Es necesario obtener más datos de resultados para poder considerar mejor la efectividad de esta política.

El derecho de que cada paciente elija a su médico

Desde el inicio de la reforma del sistema sanitario español de los años 1980, se ha considerado el derecho de elección de MFyC como una «máxima», sencillamente porque ya existía en el modelo anterior. Incluso actualmente se ha ampliado al derecho de elección de equipo de APS. Este derecho garantiza que, dentro de unas condiciones determinadas, el paciente puede escoger o cambiar de médico y viceversa.

Este aspecto es relevante para la calidad de los servicios de salud, ya que mejora la relación personal entre profesional y paciente y por lo tanto influye positivamente sobre la satisfacción y el resultado asistencial²².

Brasil todavía no contempla esta posibilidad. La ESF señala que las 800 a 1.000 familias asignadas al equipo de referencia compuesto por un único médico no tienen otra alternativa asistencial en atención primaria.

Autonomía y descentralización de la gestión

En España, cada comunidad autónoma tiene plenas responsabilidades en el ámbito de la salud. El proceso de transferencia de competencias del gobierno central al autonómico se inició en 1978 y por lo que respecta a la salud finalizó en 2003. Cada autonomía tiene plena libertad de decisión sobre la financiación y la organización de sus servicios de salud. Lo realiza de forma que considera más adecuada para las necesidades y demandas de la población de su territorio.

Esta tendencia a la descentralización y a la autonomía de gestión también se experimenta dentro de las diferentes autonomías. Cataluña, que es una de las primeras autonomías que asumió las transferencias en salud, provee el

75% de los servicios de APS mediante equipos de titularidad pública pertenecientes al gobierno autonómico y el 25% restante con equipos de diferente titularidad, algunos vinculados a municipios, a entidades privadas y hasta una pequeña proporción que son propiedad de los propios profesionales, denominados EBA (Entidad de Base Asociativa). Todos ellos, incluso los públicos gubernamentales, tienen capacidad de organizar su actividad, especialmente las cargas de trabajo de los profesionales. En el ámbito público, los profesionales tienen 36 h de dedicación semanal, y es potestad de cada equipo el distribuir sus cargas de trabajo, que quedan reflejadas en el reglamento de régimen interno de cada equipo de APS²³. La calidad y equidad del servicio queda garantizado por un contrato que tienen con el Servicio Catalán de la Salud, que es quien planifica, contrata, financia y evalúa a todos los proveedores del territorio.

Esta flexibilidad organizativa podría ser una aportación para la APS brasileña. Actualmente la carga horaria de los profesionales de la ESF fijada en 40 h semanales es uniforme para todas las regiones. Esta rigidez contrasta con la declaración de la Constitución brasileña, que señala que los entes federados son autónomos²⁴. Una mayor libertad facilitaría la incorporación de nuevos profesionales al sistema público, ya que esta dedicación excesiva es el factor que limita las nuevas incorporaciones.

Retribución variable vinculada a resultados

Como se ha señalado, en Cataluña existe una separación entre compra y prestación de servicios. El contrato de los equipos de atención primaria públicos y privados contempla una parte variable ligada a la consecución de objetivos definidos por el comprador (Servicio Catalán de la Salud), además de una retribución capítativa ponderada por las características de la población atendida. Los profesionales médicos y de enfermería reciben a su vez una retribución que, además de un salario fijo, contempla una doble parte variable: por un lado la vinculada a la consecución de objetivos de calidad individuales y de equipo fijados por la empresa que los contrata, y por otro la ligada al grado de desarrollo profesional²⁵.

Este también es un instrumento interesante para ser analizado y considerado para los equipos brasileños. Esta política, además de estimular la efectividad de la atención clínica, introduce justicia retributiva, ya que reconoce aquellos que se dedican y se comprometen más con la efectividad del servicio.

Desarrollo de un sistema de información integrado

Las redes de información sanitaria integrada que existen en la mayoría de comunidades autónomas españolas son uno de los aspectos diferenciales más significativos del sistema de salud²⁶. En Cataluña existe una historia clínica electrónica compartida que recoge información clínica y datos de exploraciones, ingresos y tratamientos que es accesible desde cualquier consulta del sistema sanitario, bien sea desde APS o desde el hospital. El paciente dispone de una tarjeta sanitaria que le identifica dentro de sistema y le permite recoger en la farmacia los medicamentos que el médico le ha prescrito mediante la receta electrónica¹³. Sin embargo, todavía

se ha avanzado poco en la integración de la información clínica entre las diferentes regiones del Estado y con el resto de Europa.

Este aspecto logístico requiere importantes inversiones, pero aporta mayor seguridad clínica, reduce frecuentación, evita la duplicación de exploraciones y facilita la integración asistencial. La información supone actualmente un verdadero desafío para la realidad brasileña. La tarjeta del SUS avanza en esta dirección y Brasil también ha desarrollado algunas experiencias superando las lógicas dificultades de implantación dada la magnitud del territorio.

Consideraciones finales

La evolución del sistema de salud español desde la transición democrática muestra una fuerte orientación hacia la APS. España ha seguido en gran medida las tendencias de las políticas sanitarias que la consideran como la forma más adecuada para mejorar la calidad de vida y la salud de la población. Esta política ha supuesto importantes mejoras en los indicadores sanitarios, al mismo tiempo que ha generado una demanda de servicios que puede ser difícilmente sostenible en un futuro inmediato²⁷. A pesar de estas limitaciones, es de valorar la homogeneidad del modelo y su legitimación dentro de la sociedad española.

Estas fortalezas de la experiencia española, recogidas en esta reflexión, sirven para identificar los límites y los desafíos de la organización del Servicio Brasileño de Salud, que en estas últimas 2 décadas ha decidido orientarse hacia la APS. A pesar de reconocer que existen grandes diferencias geopolíticas, históricas y sociales, muchos de los aspectos descritos ayudan a formular una estrategia que consolide el SUS dentro del Servicio Brasileño de Salud. Brasil partía de una atención básica organizada por programas de salud que ha ido evolucionando hacia la MFyC. Justamente esta orientación inicial hacia la salud pública hace que persista una orientación comunitaria muy superior a la que actualmente tienen la atención primaria catalana y la española.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*. 2009;5:27-47.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. Atención primaria à saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LYC, Noronha JC, Carvalho AI, editors. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.
4. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, de Maeseneer JM, Hjortdahl P, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:17-26.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Pactos pela Saúde. Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Conil EM. Sistemas comparados de saúde. En: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editors. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 563-613.
7. Jordana J. As comunidades autônomas e a política de descentralização na Espanha democrática. En: Fleury S, editor. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 213-38.
8. Elias PEM, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *Am J Pub Health*. 2003;93:44-8.
9. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish Health Care System. *Health Affairs*. 2010;29:1432-41.
10. Gené-Badía J. Atención primaria como innovación y como innovadora. En: Meneu R, Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F, editors. *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2005. p. 59-79.
11. Buil Aina JA, Mira Solves JJ. Las características del sector sanitario. Tendencias del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. *Revista de Psicología de la Salud*. 1996;8:3-22.
12. Paim JS. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Gestão da atenção básica nas cidades*. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 49-78.
13. Gené-Badía J. Gestión de la atención primaria de salud. En: Navarro López V, Martín-Zurro A, editors. *La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: Semfyc ediciones; 2009. p. 1-10.
14. Elola Somoza EJ. La evaluación de la reforma sanitaria, una base necesaria para reformas futuras. *Rev San Hig Púb*. 1991;65:287-97.
15. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE Boletín Oficial del Estado, 101/1986, de 29-04-1986.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Pactos pela Saúde. Vol. 3. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
17. López-Valcárcel BG, Barber-Pérez P. Programa MIR como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos. En: Meneu R, Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F, editors. *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2005. p. 101-26.
18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. BOE Boletín Oficial del Estado, de 22 de septiembre de 2010, 230, sec II.B.
19. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação em medicina de família e comunidade. *Cadernos ABEM*. 2008;4:30-7.
20. Nunes MPT. Residência médica no Brasil -situação atual e perspectivas [publicado en nov/diez de 2003] [consultado 28/10/2010]. Disponible en: http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno1/art_patrocinio_completo.pdf.
21. Feuerwerker LCM. A formação de médicos especialistas no Brasil. [material preparado para o curso de Política de Rh para Gestão do SUS, Brasília, dez/2000] [consultado 28/10/2010]. Disponible en: http://new.paho.org/bra/index.php?gid=597&option=com_docman.
22. Ley 15/1990, de 15 de Julio, de Ordenación sanitaria -Comunidad Autónoma de Cataluña. BOE Boletín Oficial del Estado, 197/1990, de 17 de agosto de 1990.
23. Ordre de 6 de maig de 1990, d'aprovació del Reglament Marc de funcionament dels equips d'atenció primària. En: Servei Català de la Salut, editor. *La Reforma de l'atenció primària de salut*

- a Catalunya: recull normaliu. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1992. p. 112–44.
24. Nascimento VB. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2007.
 25. Gené-Badia J, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004;34: 198–201.
 26. Protti D, Johansen Ib, Perez-Torres F. Comparing the application of Health information Technology in primary care in Denmark and Andalucía, Spain. *Int J Med Informatics*. 2009;78:270–83.
 27. Martín Moreno JM, Alonso P, Claveri A, Gorgojo L, Peiró S. Looking to Europe: Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ*. 2009;338:1170.