



## La crisis actual ¿es irreversible?

Salvador Casado Buendía<sup>a,\*</sup> y Isabel Núñez Lozano<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Consultorio local Miraflores de la Sierra, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Navalcarnero, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de septiembre de 2022

Aceptado el 24 de septiembre de 2022

Palabras clave:

Política sanitaria

Atención Primaria

Medicina de Familia

Keywords:

Health Policy

Primary Health Care

Family Medicine

### R E S U M E N

Los sistemas de atención primaria europeos están en crisis, las causas van a persistir e incrementarse. Para entenderlo, hay que asumir que estamos en una crisis multisistémica globalizada que afecta al resto de instituciones y servicios públicos. Dicha crisis va a ir a más allá. Dentro de los posibles cursos de acción, tanto extremos como intermedios, habrá que plantear un decrecimiento general sanitario. Ampliar el paradigma biopsicosocial para incluir la dimensión existencial, será necesario tanto para los profesionales como para los pacientes. La irreversibilidad del deterioro parece evidente, dado que ni va a haber refuerzo del sistema ni recursos suficientes para mantenerlo al nivel actual. La merma de profesionales será el factor clave que, unido al aumento de presión asistencial, funda la capacidad del sistema. Para que los profesionales mantengamos la posición en estas circunstancias, tendremos que asumir tanto las luces como las sombras, autocuidarnos, apoyarnos mutuamente y plantear un diálogo con nuestras comunidades.

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

### The current crisis, is irreversible?

### S U M M A R Y

European Primary Care systems are in crisis, the causes are set to persist and increase. To understand this, it must be assumed that we are in a globalised multi-systemic crisis that affects the rest of public institutions and services. This crisis is set to grow. Within the possible courses of action, both extreme and intermediate, we will have to consider a general decrease in health care. Broadening the biopsychosocial paradigm to include the existential dimension will be necessary for both professionals and patients. The irreversibility of the deterioration seems evident given that there will be neither reinforcement of the system nor sufficient resources to maintain it at the current level. The decline in the number of professionals will be the key factor which, together with the increase in the number of patients cited, will undermine the capacity of the system. If we professionals are to maintain our position in these circumstances, we will have to take on board both the lights and the shadows, take care of ourselves, support each other and establish a dialogue with our communities.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier Ltd. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

No hay mal que 100 años dure, ni cuerpo que lo resista. Tampoco crisis que no derive en un cambio. Lo cierto es que los seres humanos tendemos a desesperarnos cuando afrontamos catástrofes vitales, sean del tipo que sean, y en casi todos los casos nos parecen eternas cuando las padecemos. Y es la dificultad para comprender la situación, encontrar alternativas o ser capaces de implementarlas lo que condiciona la prolongación de las mismas. Si miramos atrás podemos decir que la atención primaria ha estado en crisis<sup>1</sup> para un buen número de profesionales durante un tiempo, pero ha sido la pandemia por COVID-19 la que ha levantado

todos los velos y mostrado a las claras que el sistema no da más de sí. Para los profesionales es muy desesperante comprobar que ni siquiera el desastre pandémico ha servido para reforzar o mejorar la sanidad<sup>2</sup> y para los pacientes, evidenciar que han dejado de tener citas en pocos días en su centro de salud, que las urgencias hospitalarias cada vez están más llenas y que las listas de espera hospitalarias suben como la espuma. La atención primaria que teníamos antes parece haber desaparecido en muchos lugares. Hablaremos pues en este artículo de su pronóstico, centrándonos en la situación de crisis que atraviesa y en los posibles cursos de acción que se pudieran tomar.

Habría que empezar planteando la pregunta de si podemos llamar crisis a una situación que dura varias décadas<sup>3</sup>, o más bien, hay que

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [salvador.casado@salud.madrid.org](mailto:salvador.casado@salud.madrid.org) (S. Casado Buendía).

asumir un prolongado estado de decadencia debido a un incompleto diseño de la reforma que dio a luz al sistema, una insuficiente financiación y una gestión cuestionable, que junto a una presión asistencial y a la complejidad del paciente crecientes, y a un malestar profesional galopante constituyen un cóctel explosivo.

Uno de los efectos no deseados de la atención primaria española ha sido la incentivación no buscada de su uso. La presión asistencial ha ido creciendo con el tiempo dada la ausencia de barreras de acceso y a la percepción de facilidad, calidad e inmediatez por parte de los usuarios, las nuevas altas por el flujo migratorio o los cambios desde las mutualidades, así como por el envejecimiento poblacional y la complejidad creciente de los pacientes<sup>4</sup>. Se podría decir que en parte hemos muerto de éxito. Es común que cuando los niños y niñas de 14 años pasan a consulta de medicina de familia tengan historias clínicas que parecen de enfermos crónicos con múltiples episodios y visitas. También lo es, que ante cualquier eventualidad menor se acuda sin cita al centro de salud o a algún servicio de urgencias. Todo esto termina produciendo sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como la saturación de cada vez más agendas médicas, que dejan de ser funcionales al pasar a dar citas a más de 3 días de vista.

Los continuos esfuerzos de múltiples actores por mercantilizar la salud y proponer servicios y productos sanitarios privados están haciendo que esta deje de percibirse como un derecho y se empiece a sentir como un bien de consumo. De esta forma aumentan los dispositivos de biometría, se crean nuevas enfermedades, se ofrecen nuevos tratamientos. Esta tendencia solo puede ser frenada por sistemas sanitarios públicos potentes que modulen la percepción del ciudadano acompañándole en sus problemas y explicando cuándo estos son productos de la vida ordinaria y cuándo son verdaderas enfermedades. Como todos sabemos esta modulación precisa de tiempo, y el tiempo es oro, al desaparecer ambos de la atención primaria esta no puede hacer otra cosa que contraerse y ceder poco a poco su papel de puerta de entrada a las urgencias hospitalarias, donde cada vez acuden más ciudadanos buscando inmediatez y tecnología, tampoco la ciudadanía parece tener tiempo.

No abundaré en el diagnóstico de la situación, dado que existen análisis muy precisos al respecto, tan solo decir que la pandemia ha sido la gota que ha desbordado el vaso y nos ha dejado en situación de shock. Y como bien sabemos, el déficit de oxígeno y de nutrientes derivados de un shock causa lesiones potencialmente irreversibles en los órganos que afecta. Muchos profesionales y equipos han quedado dañados<sup>5</sup>. Algunos se han ido del sistema, muchos están deseando jubilarse.

Sin embargo, no es posible entender la crisis sanitaria sin ponerla en relación con la *crisis multisistema* globalizada que afecta al resto de servicios públicos, instituciones en general, medio ambiente, carencia de energía, economía y sociedad. Porque las sanidades públicas europeas están todas en crisis al compartir la mayoría de las causas que limitan su financiación y gestión de recursos humanos. Pero también veremos problemas si miramos hacia la educación, funcionariado, bomberos, juzgados, transportistas, etc. ¿Qué está pasando? Pues sencillamente, que estamos en una etapa de transición de un modelo socioeconómico de libre mercado basado en el crecimiento progresivo (dentro de un planeta que no da más de sí) hacia otro modelo decreciente. Estamos llegando al límite y en lugar de hacer una frenada progresiva seguimos a toda velocidad hacia un muro que hará que todo salte en pedazos. Aquellos científicos que lo llevan anunciando y proponen este decrecimiento siguen siendo ignorados dado el amargor de su remedio. Preferimos seguir oyendo el discurso oficial que promete mejoras a futuro porque tiene mejor sabor. Desgraciadamente, cada vez es más evidente que las cosas no pintan bien y que las catástrofes meteorológicas, climáticas, sanitarias y sociales son más frecuentes, intensas y espantosas. Nos enfrentamos a escenarios de alta complejidad con instituciones extenuadas que no tienen la capacidad funcional para hacer más de lo que buenamente pueden y que solo estamos reforzando con aplausos y buenas palabras. De momento aguantan, pero nadie sabe hasta cuándo.

Dentro de los *cursos de acción posibles* para el futuro de la atención primaria, siguiendo el procedimiento de trabajo de los comités de ética asistencial, nos detendremos en primer lugar en los extremos: no hacer nada y reformularla completamente. El primero es el que de momento parece que hemos elegido y el que matemáticamente tiene más verosimilitud para un futuro próximo. Incluye a su hermano gemelo «hacer muy poco», que añade cambios cosméticos, de apariencia o de gestión de poca calidad o de poca inversión. Son los anuncios que suelen hacer las consejerías de sanidad de cara al electorado: ecógrafos en los centros de salud, mensajes de texto al teléfono móvil del paciente para recordar citas y prestaciones, servicios de prevención (vacunaciones, mamografías, citologías). La enorme inercia del sistema hace que para los gestores sanitarios y los políticos sea enormemente difícil acometer cambios de calado o plantearlos a más de 4 años vista.

La reformulación completa es bastante compleja, implicaría un cambio de paradigma<sup>6</sup> que precisaría de consenso político y social, así como de una inversión de recursos muy potente. No hay político que se atreva y la ciudadanía no parece muy sensible a tener que sacrificarse con el necesario aumento de impuestos que esto requeriría. Este curso de acción no se ha producido en 40 años, incluyendo algunos de bonanza, y es el más improbable en un contexto de crisis económica o limitación de recursos.

Dentro de los cursos intermedios apuntaríamos 2: ajustes mínimos y ajustes máximos. Los ajustes mínimos incluirían una mayor autogestión en los equipos, mejoras en los sistemas de información, una receta electrónica y un módulo de incapacidad laboral para reducir la burocracia y favorecer la comunicación entre los profesionales y los niveles. También sistemas de refuerzo dentro del equipo y de un centro a otro y un plan integral que evite la sobrecarga máxima y permanente de centros con más presión asistencial y/o mayor complejidad social. Sería fundamental corregir y revertir la abducción de médicos de familia por parte de los servicios de urgencia hospitalaria que han privado de muchos recursos humanos a los centros de salud.

Los ajustes máximos incluyen además de los previos los siguientes: autogestión auditada<sup>7</sup> de cada centro con presupuesto propio; sistema integral de refuerzo con teleconsulta médica y otras herramientas; sistema de limitación de uso de servicio (ticket moderador, límite de número de consultas anual según la edad y la enfermedad, etc.); centralización de mutuas (Muface, Isfas, Mugeju) y otros servicios públicos en una única red sanitaria; modificación del sistema de gestión de personal para incentivar longitudinalidad y fidelización a un mismo equipo. En otros artículos de esta revista encontrarán más propuestas en esta dirección.

De estos 2 cursos intermedios el más deseable es el de ajustes máximos, pero convendremos que no es fácilmente implementable, entre otras cosas porque cada medida propuesta tiene un coste elevado. El de ajustes mínimos es más verosímil pero no da respuesta suficiente a la situación de complejidad y no puede por sí mismo revertir la crisis del sistema.

En cualquier caso, nos asomamos a una situación de crisis global que implicará un decrecimiento global<sup>8</sup>. La idea es muy incómoda, pero es necesario contemplarla, repensarla y discutirla. Asumamos entonces que ante la crisis multisistémica el mantra «más recursos para la atención primaria» que hasta ahora no ha sido escuchado será cada vez menos operativo. Pensemos entonces en un último curso de acción que llamaríamos «atención primaria básica», dentro de un decrecimiento general sanitario<sup>9</sup>, que se basaría en un adelgazamiento tanto de la cartera de servicios como del resto de indicadores de atención. Asumir que ante una disminución mantenida de presupuesto y recursos humanos habría que «dejar de hacer» muchas cosas que aportan poco valor, incrementar algunas de alto valor y replantear el resto. Empezaríamos reformulando los roles profesionales de administrativos, enfermeras y médicos. Una revisión que convierta a los administrativos en gestores personales del paciente, a las enfermeras en profesionales independientes y resolutivas, que se merecen ser y ahora no son, y a los médicos en algo distinto a los «chicos para todo» del sistema donde

terminan la mayoría de los problemas del paciente. Otra revisión imprescindible es el fortalecimiento de la salud comunitaria<sup>10</sup> y de las redes informales de cuidado sin las que la sanidad, cualquier sanidad, está perdida. Este diálogo con la sociedad civil, el ayuntamiento y las asociaciones, es el que debería liderar el esfuerzo social para tener más salud y defender la estructura sanitaria que previsiblemente se vería muy disminuida en los recursos humanos. Y por último reformular la relación del ciudadano con el sistema para revertir el modo de consumo de servicios sanitarios tipo «barra libre» que es del todo insostenible hacia un uso responsable donde el peso del autocuidado vuelva a cada ciudadano y solo se consulten las cuestiones que objetivamente lo precisen. Los sistemas algorítmicos de asesoramiento personal<sup>11</sup> que se puedan crear seguramente aporten algo en este sentido junto a los de moderación de uso<sup>12</sup> que siendo impopulares parecen imprescindibles.

Creo necesario añadir que si planteamos un decrecimiento sanitario es preciso ampliar el paradigma biopsicosocial por uno que incluya la esfera consciente/ética/filosófico/espiritual/existencial<sup>13</sup>. Esto paradójicamente requiere más tiempo de consulta y enfermeras y médicos con formación en comunicación y manejo de emociones, entre otras cosas. Pero será necesario por un lado para asumir que gran parte del malestar de las personas que acuden al sistema sanitario pertenece a este ámbito y por otro para reconocer que solo un crecimiento y fortalecimiento de la misma puede permitir los necesarios equilibrios a los que nos obliga la situación de crisis multimodal que padecemos. No es posible decrecer en lo material si no crecemos en lo no material, y este tránsito va a resultar costoso en una sociedad que por diferentes motivos ha renegado de sus tradiciones espirituales o religiosas, que han sido custodias de este ámbito durante siglos. Afortunadamente no es imprescindible una religión o un sistema de creencias formal para crecer internamente, lo que tal vez nos toque como profesionales sanitarios es *flexibilizar nuestra visión para poder devolver a los pacientes la necesaria capacidad de comprensión de sus procesos vitales*<sup>14</sup>. Las investigaciones que han aplicado técnicas de *mindfulness* a enfermos de todo tipo nos dicen que pueden ser una ayuda para disminuir la ansiedad y el malestar, pero aquí planteamos algo mucho más profundo, recuperar la esfera personal interior<sup>15</sup> que incluye valores, anhelos, deseos, creencias, para permitir que cada cual la alimente, cuide y atienda<sup>16</sup>. De momento gran parte del malestar que esta esfera produce, que es considerable (conflictos de valores, anhelos y deseos incumplidos, desesperación ante la enfermedad y la muerte, falta de trascendencia o equilibrio interior, falta de paz interna, desconocimiento del principio y fundamento personal, angustia existencial, culpa) acaba en la consulta del médico de familia. El clínico lo interpreta y etiqueta desde su paradigma biológico y psicológico y alguna vez social, actuando en consecuencias con diagnósticos y tratamientos que no darán una respuesta completa a la complejidad que el paciente presenta, ni devolverán la cuestión al único que puede sostenerla: el propio paciente.

El decrecimiento en primaria implicará menos profesionales<sup>17</sup> y más consultas y tal vez se parezca parcialmente a la antigua «medicina de cupo» que vivieron nuestros padres en consultas sin sillas y con 3 minutos por paciente. Habrá por supuesto factores que la diferencien, como una mejor formación de los profesionales, un mayor arsenal tecnológico, una estructura más robusta y mejores capacidades de adaptación a la comunidad. Lo que será fundamental en un futuro es proteger la parte más vulnerable del sistema, la humana, de una sobrecarga continua<sup>18</sup> que causa bajas laborales, enfermedad y abandonos<sup>19</sup> que a su vez meten más presión a los que quedan<sup>20</sup>. El mayor incentivo de una plaza es que dicho equipo no esté en situación de sobrecarga crónica. Pero, ¿quién será capaz de asumir y explicar a nuestras comunidades que en corto plazo quizá daremos servicio solo con la mitad del personal?

La atención primaria es un servicio básico y como tal es difícil que desaparezca. Me temo que tampoco será posible revertirlo al nivel original posterior a la reforma de los años 80. El desgaste es demasiado grande y el aumento de la complejidad del paciente junto a la

disminución de profesionales lo harán imposible. En resumen, parece que podemos quitar los signos de interrogación al título de este artículo y asumir la irreversibilidad de un proceso de deterioro que está en una fase muy avanzada. La sociedad se siente agobiada por múltiples razones, está envejeciendo y los enfermos son cada vez más complejos. Este aumento de las necesidades percibidas de asistencia sanitaria se une a un decrecimiento en los cuadros de sanitarios en la plantilla, en lo que en matemáticas se denomina «cruce de la muerte» entre una función que aumenta y otra que disminuye. La fuga de médicos residentes a otros ámbitos, el abandono de algunos profesionales, por enfermedad u otros motivos, y la jubilación de un 33,2% de efectivos en los próximos 5 años<sup>21</sup>, entre otros factores, condicionarán la velocidad de los ajustes que vendrán. Ajustes que serán más rápidos de lo que pensamos dado que las empresas de salud privadas cada vez harán más presión para ocupar el espacio que las sanidades públicas dejan libre.

El pronóstico de la atención primaria como ven es reservado. No pinta bien la cosa. Pero hay que intentar ser justos, asumamos lo que hay tanto de sombra como de luz. Y sigue habiendo luz, mucha luz<sup>22</sup>. Pese a la adversidad, una gran muchedumbre de profesionales sanitarios sigue sosteniendo los centros de salud y atendiendo a sus pacientes lo mejor que pueden. Sigue habiendo ejemplos de excelencia que ofrecen esperanza y recuerdan cuál es el camino correcto. La sociedad sigue confiando en sus enfermeras y médicos de cabecera. Los pacientes complejos y sus familias saben que somos imprescindibles y la ciudadanía valora el esfuerzo que hacemos contra viento y marea. Ahora bien, trabajar dentro de una permanente «emergencia sanitaria» es duro. Nunca fue más necesario el autocuidado de los profesionales<sup>23</sup>, el apoyo mutuo, el trabajo en equipo y la gestión de la sobrecarga por medio de la institución. La situación de transición sanitaria<sup>24</sup> que atravesamos llegará a su fin cuando alcancemos un nuevo equilibrio, pero sin duda nos esperarán en las siguientes curvas nuevos retos de complejidad creciente derivados de las catástrofes climatológicas, sequías, falta de energía, empobrecimiento generalizado, nuevas pandemias y una larga lista que no es preciso detallar en este momento, pero sí mantener encima de la mesa para no perder el foco. Dado que hablar del futuro nunca ofrece certezas me gustaría acabar con un guiño al presente. Lo que sí es posible decir es que la medicina familiar y comunitaria cada vez será más necesaria en un mundo angustiado y sometido a tensión. Por ello, es básico seguir desempeñando nuestra labor aprendiendo a gestionar el tiempo y la energía personal según la presión asistencial de cada día. También seguir manteniendo la ilusión de ejercer una labor entusiasmante<sup>25</sup> y no desesperar, favoreciendo un diálogo con nuestras comunidades y sus agentes en los que por un lado sepan de primera mano lo que pasa y por otro lideren la adaptación a una situación con menos efectivos. Como dice Fernando Sabater, el mayor valor de nuestro tiempo es la paciencia<sup>26</sup> y recordar la historia de la medicina seguramente nos ayude a mantenerla. No podemos dejar que la situación nos borre la sonrisa, y a este respecto creo que algo sí podemos hacer.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Damos las gracias al doctor Francesc Borrell por la revisión de este artículo y por los comentarios aportados.

## Bibliografía

1. Sherman P, Moscou S, Dang-Vu C. The primary care crisis and health care reform. *J Health Care Poor Underserved*. 2009;20:944–50.
2. Casado S. Atención Primaria de transición. Blog *Avances de Gestión Clínica*. 2021 [Consultado 11 Sep 2022]. Disponible en: <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2021/01/atencion-primaria-de-transicion.html>.
3. Mercadé MF. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria*. 2011;43:627.
4. Padilla J, Carmona M. *Malestamos*. Capitan Swing; 2022.
5. Casado S, Núñez I. Crueldad epidémica. *Revista AMF*. 2022;18:372–3.
6. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica. 2019.
7. Varela J. Cinco intensidades de provisión para una sanidad más valiosa. Amazon; 2019.
8. Jones AH. What is an educational good? Theorising education as degrowth. *J Philos Educ*. 2021;55:5–24.
9. Borowy I, Aillon J-L. Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm. *Soc Theory Health*. 2017;15:346–68.
10. Cubillo J, Terol M, Gil A, González A. Diseño de estrategias de salud comunitaria. Ministerio de Sanidad; 2022 [Consultado 11 Sep 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones\\_estrategia\\_salud\\_comunitaria.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf).
11. Kobrinskii BA, Grigoriev OG, Molodchenkov AI, Smirnov IV, Blagosklonov NA. Artificial intelligence technologies application for personal health management. *IFAC-PapersOnLine*. 2019;52(25):70–4.
12. Rodríguez M, Puig-Junoi J. Por qué no hay que temer al copago. *Gac Sanit*. 2012;26:78–9.
13. Hatala AR. Towards a biopsychosocial–spiritual approach in health psychology: Exploring theoretical orientations and future directions. *J Spiritual Mental Health*. 2013;15:256–76.
14. Mckee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. *J Fam Pract*. 1992;2:201–5.
15. Casado S. El silencio en el ruido: oportunidades para la meditación en la vida cotidiana. *Folia Humanística*. 2018;9:21–40.
16. Saad M, Medeiros de R, Mosini AC. Are we ready for a true biopsychosocial–spiritual model? The many meanings of «spiritual». *Medicines*. 2017;4:79.
17. Strovant J-P, Rafemberg M, Morel S, Françoise Hivert A, Ducourtieux C, Wieder T, et al. Severe shortage of caregivers at heart of European healthcare crisis. [https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/27/crise-des-systemes-de-sante-en-europe-la-grande-penurie-de-soignants\\_6136283\\_3210.html](https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/27/crise-des-systemes-de-sante-en-europe-la-grande-penurie-de-soignants_6136283_3210.html).
18. Bakker AB, Schaufeli WB, Schaufeli HJ, Bosveld W. Burnout contagion among general practitioners. *J Soc Clin Psychol*. 2001;20:82–98.
19. Calahorra T. Por qué ya no quiero ser médico: 2 facultativos explican su adiós. *Redacción Médica*. 2022 [Consultado 11 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/por-que-ya-no-quiero-ser-medico-dos-facultativos-explican-su-adios-8412>.
20. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, García-Batanero M, Alonso-Martínez M, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria*. 2020;52:608–16.
21. Barber P, González B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Ministerio de Sanidad; 2022 [Consultado 11 Sep 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021\\_2035.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021_2035.pdf).
22. Gervas J. Seminario de Innovación en Atención Primaria, Toledo. [Consultado 11 Sep 2022]. Disponible en: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2022/06/Atenci%C3%B3n-primaria-en-Espa%C3%B1a-siap-7-Toledo.pdf>.
23. Nielsen HG, Tulinus C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Educat Prim Care*. 2009;20:353–9.
24. Ruíz Á. *La Sanidad eludida*. Semfyc; 2016.
25. Casado S. *Diario de un médico descalzo*. Amazon; 2017.
26. Savater F. *El valor de educar*. Ariel; 2019.