

## **La atención primaria en España en 2026. De los ambulatorios a los centros de salud y, tras 40 años, vuelta a los mismos ambulatorios (y se sabía, es un caso de “malicia sanitaria”)**

Juan Gérvas (Doctor en Medicina, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España, exprofesor de salud pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos) y

Mercedes Pérez-Fernández (especialista en Medicina Interna y médica rural jubilada) Equipo CESCA, Madrid, España.

jjgervas@gmail.com mpf1945@gmail.com www.equipocesca.org @JuanGrvas @juangrvas.bsky.social

La reforma de los ambulatorios y consultorios franquistas se inició en 1984, y en 1986 se aprobó una más amplia Ley General de Sanidad.

Se realizó una reforma “pro-contenido”, de implantación sin experimentación del modelo “único” de centro de salud para todas las Españas.

Hubo mucho entusiasmo, pero poco (o ningún) conocimiento de organización de servicios.

Fue un caso de “malicia sanitaria”, de hacerlo mal por orgullo e ideología sin ciencia, de ignorar todo lo que conocía en el mundo, de despreciar críticas y sugerencias, de negarse a aprender del mundo al que pertenecíamos (por ejemplo, de Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Japón, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y Suiza).

Se implantó la reforma a sangre y fuego, ignorando toda crítica por más constructiva que fuera.

Fue una reforma “pro-contenido”, una mejora de estructuras y personal, no una reforma “pro-coordinación” que hubiera dado el poder al médico de cabecera para organizar la atención total precisa, para que los especialistas focales fueran consultores, para que el sistema, también hospitalario, girara alrededor de los pacientes (y no al revés, como sucedió y sucede).

En los centros de salud los pacientes giran en torno a los profesionales como demuestran la rigidez de sus citas y programas, el rechazo a los avisos a domicilio, los problemas de acceso, la rotación del personal, la desvinculación con pacientes/barrios/pueblos y el rechazo a los turnos de tarde.

La opción final y única de 1984, modelo de los centros de salud, fue franquista en realidad, a favor de una organización burocrática, jerarquizada, militarizada y presta a la corrupción. Y en corrupción han acabado, con profesionales que llegan tarde, “reciben” a los representantes, toman café, mucho café, y se van pronto.

Se comparaban, ¡y todavía comparan!, los nuevos centros de salud con los ambulatorios y consultorios del franquismo, tras 40 años de su existencia (desde la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944) y de abandono por dicha dictadura.

Pero tras 40 años de reforma psocialista, los centros de salud se han transformado en casi peor que dichos ambulatorios y consultorios.

Peor, pues las listas de espera son lo común en los centros de salud, es habitual las dos semanas para ver al médico de cabecera, y no es atención primaria aquella en que se precisan más de 24 horas para ver al propio médico de cabecera.

Peor, pues hay una constante rotación de personal y los pacientes acaban no sabiendo quién es su médico.

Peor, pues son constantes las bajas y ausencias de profesionales, sin que se cubran dichas bajas y ausencias.

Peor, pues se cumplen protocolos y guías “sin conciencia”, sólo para cumplir con los indicadores y conseguir los incentivos, lo mismo en vacunas que en citologías, o en programas sin ningún fundamento, como de la menopausia y del niño sano.

Peor, porque los edificios giran en torno a inmensas salas de espera y son simples consultorios con ínfulas de “generar” salud.

Peor, pues la actividad se centra en programas, campañas y protocolos de promoción y prevención sin fundamento, dañinos, de forma que al final los pacientes molestan (“qué bien estaríamos sin enfermos, el centro funcionaría la perfección” hemos llegado a oír).

Peor, por las miles de horas empleadas en inútiles diagnósticos de salud, “mapeos” y actividades “comunitarias” en que se pretende adoctrinar sin escuchar.

Peor, porque la especialidad en Medicina General se llama Medicina de Familia y no tiene nada ni de familia ni de general ya que los residentes se pasan cuatro años básicamente en el hospital haciendo guardias en urgencias (dedican más horas a dichas guardias que a estar en el barrio-pueblo en que se forman) de forma que no aprenden lo básico: el control de la incertidumbre, el control del tiempo y el valor de la longitudinalidad.

Peor, pues en plena Era de la Medicina Basada en Pruebas persisten prácticas insanas como demuestra el perfil de uso de medicamentos, un escándalo mundial por las resistencias provocadas por el abuso de antibióticos.

Peor, pues persiste una mística de “equipos” pero lo que hay son macrocentros con microespecialistas que prestan una atención fragmentada.

Peor, pues cada vez los pediatras invaden más campo y el ideal “desde la cuna a la muerte” se destruye también por los “equipos de paliativos” que copan la atención al morir en casa.

Peor, pues hasta el hospital invade la atención primaria (que no funciona) con sus “programas de hospitalización a domicilio”.

Peor, pues se desprecia la longitudinalidad (la relación en el tiempo con un médico de cabecera propiamente dicho) pese a que dicha longitudinalidad se asocia a menor mortalidad, mejor calidad de vida y menor coste.

Peor, por el descrédito absoluto de esta atención primaria que rechazan quienes pueden como los dos millones de funcionarios y sus familiares (MUFACE y Cía) y los trece millones de quienes pueden pagarse un seguro privado.

Peor, pues la atención primaria se relega a los pobres (una pobre atención primaria).

Peor, pues se continua con una suficiencia que carece de fundamento y bien se expresa en el artículo que sigue, publicado en “El País”, donde todas las opiniones que se recogen son de parte interesada, de comprometidos con el error y el daño provocado por los centros de salud.

Peor, pues ahora es mucho más difícil lograr un cambio digno dados los desmadrados intereses capitalistas y la sociedad enferma de “ansia de salud”.

Por supuesto, se hizo algo bien como ampliar los horarios de consulta de los médicos, el trabajo con historia clínica, las mejoras materiales de las consultas, la especialización en Medicina General y el despertar de la investigación en atención primaria.

Por supuesto, hay centros de salud que escapan de la miseria moral pero son excepción y no se utilizan de ejemplo y estímulo (para “benchmarking”). Por ejemplo, San Pablo en Zaragoza, Cudillero en Asturias, Besós, La Mina y El Raval en Barcelona, Daroca en Madrid, Camarenilla y Arcicollar en Toledo y Almanjáy y Cartuja en Granada.

Llevamos proponiendo desde hace 40 años reformas en línea con lo que debería ser una atención primaria fuerte, a la europea y renacentista, generalista, con profesionales independientes y trabajo por cuenta propia que girasen en torno a pacientes y comunidades. Pero ello va contra el afán franquista de control y desconfianza que impregnó e impregna la reforma y los centros de salud socialistas, lo que se sigue defendiendo, por ejemplo, en el texto publicado en el periódico “El País” en abril de 2026, con motivo de los 40 años de la Ley General de Sanidad: “De los ambulatorios a los centros de salud: qué aportó y en qué falla la Ley General de Sanidad 40 años después”

<https://elpais.com/sociedad/2026-04-25/de-los-ambulatorios-a-los-centros-de-salud-que-aporto-y-en-que-falla-la-ley-general-de-sanidad-40-anos-despues.html>.

## **NOTA**

### **Para saber más**

“La destructiva pulsión focal de la medicina general/de familia (y de la sociedad)”

<https://saludinerop.blogspot.com/2026/02/la-destructiva-pulsion-focal-de-la.html>

“¿Qué queremos? ¡Más salud! ¿Cómo la conseguiremos? Mejorando la sociedad y la sanidad (con menos hospitales, menos médicos, menos gestores-políticos y menos prevención)”

<https://saludinerop.blogspot.com/2026/04/que-queremos-mas-salud-como-la.html>

“Reforma de la atención primaria a la europea y renacentista. De nadar en una piscina a nadar en alta mar”. Madrid, Mercurio, 2023

<https://www.nogracias.org/2023/06/10/reforma-de-la-atencion-primaria-a-la-europea-y-renacentista-de-nadar-en-una-piscina-a-nadar-en-alta-mar-por-mercedes-perez-fernandez-y-juan-gervas/>

“Análisis crítico y personal de la reforma psocialista de la atención primaria en España”. Cuadernos Gestión. 1996; 2: 173-6

<http://equipocesca.org/analisis-critico-y-personal-de-la-reforma-psocialista-de-la-atencion-primaria-en-espana/>

“El fracaso de la reforma sanitaria”. El País, 30 noviembre, 1993.

<https://equipocesca.org/el-fracaso-de-la-reforma-sanitaria/>

“La reforma de la atención primaria en España, una propuesta pragmática”. Gac Sanit. 1989; 3: 476-81.

<http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2014/04/La-reforma-de-la-Atenci%C3%B3n-Primaria-en-Espa%C3%B1a-Una-propuesta-pragm%C3%A1tica.pdf>

### **Un poco de historia**

En Estados Unidos, el cambio de Medicina General a Medicina de Familia no se hizo por voluntad propia, pues la primera propuesta de la American Academy of General Practice fue la de crear la especialidad de Medicina General. Pero los especialistas del Consejo de Educación de la Asociación Médica Estadounidense (AMA, American Medical Association) señalaron que nada que fuera “general” podía ser “especial, concreto, limitado”; es decir, que un médico generalista no podía aspirar a ser especialista.

Como expuso Gabriel Smilkstein, los médicos generales estadounidenses hicieron cirugía cosmética y cambiaron el “general” por “family” al escoger la familia como campo de trabajo<sup>xvi</sup>. O, al menos, como un paraguas, “una área compleja, concreta y delimitada en que desarrollar conocimientos y habilidades específicos”, y se transformaron en médicos de familia. Crearon la American Academy of Family Physician, y en 1969 lograron la aprobación de su especialidad, Medicina de Familia.

En otros países como Australia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Noruega, Países Bajos y Reino Unido, se renovó la Medicina General y se mantuvo el médico general como tal.

En España, la atención primaria tuvo influencia estadounidense a través del Hospital Puerta de Hierro, Madrid, y de su director, José María Segovia de Arana (que creó la especialidad de Medicina de Familia en 1978, muy influido por la visión de “internista en atención primaria” y la residencia formativa básicamente en el hospital) y de ahí la solución “a la americana” respecto a la Medicina General.

La Medicina General propiamente dicha tiene en España una historia centenaria, con médicos “titulares”, profesionales independientes que tenían responsabilidades de salud pública (aguas, viviendas, bares, mataderos, etc.), contratos con las autoridades e “iguales” con los pacientes (pago por capitación por el influjo de los ya citados “cupos” de los gremios medievales). En el mismo sentido se desarrolló la enfermería, con los “practicantes”. Y la farmacia, con las farmacias comunitarias llevadas por “boticarios” profesionales autónomos. También la atención al parto, con matronas en trabajo independiente.

La atención primaria de la “Seguridad Social” se desarrolló en los años 60 y 70 del pasado siglo, mediante médicos generales y pediatras, que atendían niños hasta los 7 años (pero el médico general podía también ser de cabecera de menores de 7 años si la familia lo solicitaba). Eran profesionales independientes con trabajo a tiempo parcial en consultorios públicos, y cobro por capitación, con monopolio del primer contacto (filtro para los especialistas focales).

Tales consultorios también acogían a practicantes en condiciones similares a los médicos, y apoyo de enfermeras y personal administrativo.

La reforma de 1984 creó los centros de salud con médicos generales/de familia a tiempo completo, la desaparición de la figura del practicante y el trabajo en equipo con pediatras (atendiendo a niños hasta los 14 años), enfermeras, auxiliares, trabajadora social y personal administrativo.

En España los centros de salud son tipo soviéticos, con sus equipos orgánicos según plantillas, no elección entre los miembros de los equipos, el pago por salario, la estructura

jerárquica y la presencia de pediatras. Todo ha sido siempre muy militar en España como corresponde a una sociedad impregnada de ello por casi 40 años de dictadura militar.

Ahora se han añadido profesionales en la periferia, como especialistas en terminales, en urgencias y en avisos a domicilio y otros y se reclama añadir farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, ginecólogos, geriatras y más.

Cada Comunidad Autónoma es peculiar campo fértil en este “regar” la atención primaria de especialistas, los llamados “nuevos perfiles profesionales”. Por ejemplo en Cataluña, en enfermería en atención primaria, lleva a haber la enfermera de pediatría, la de adultos no complejos, la de cronicidad avanzada, la gestora de casos, la de atención a domicilio y la de pacientes terminales en casa.

“Bajo el epígrafe de nuevos perfiles profesionales se engloba una amplia variedad de figuras con requisitos y funciones distintas: personal administrativo (gestores de salud, asistentes clínicos, administrativos asistenciales), de enfermería (gestoría de casos, enfermería de práctica avanzada en atención primaria), dietistas-nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, agentes comunitarios de salud y profesionales de salud mental, entre otros”<sup>xvii</sup>.

Lo dicho, macrocentros con microespecialistas, la destrucción de la atención primaria fuerte que precisa la población.