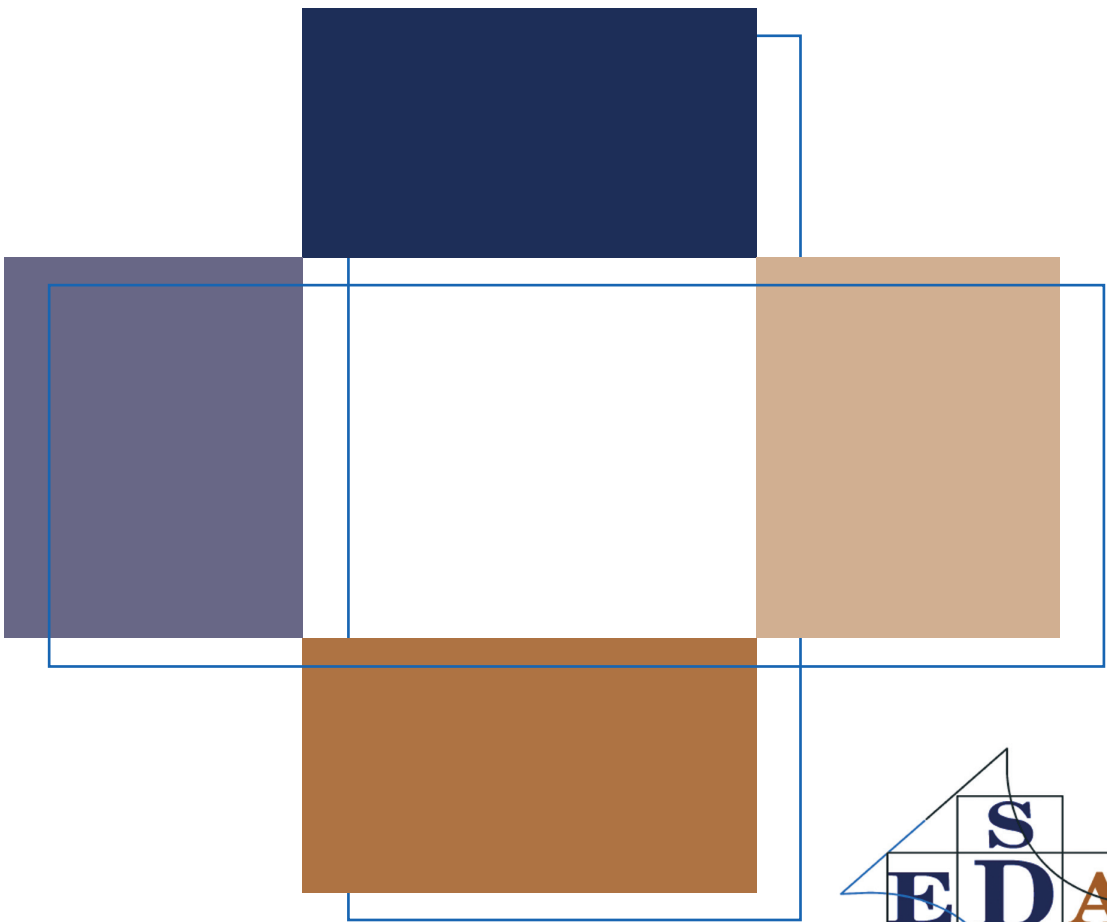
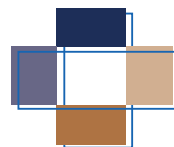


Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones

INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA





Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones

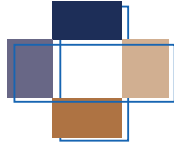
INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIRECTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edita:  **Grupo
saned**

© Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria
C/ Antonio López 249-1º
28041 Madrid

ISBN: 978-84-96835-19-1
Depósito Legal: M-25067-2009

Documento disponible: www.sedap.es



Presentación informe SEDAP 2009

Luis Verde Remeseiro

Presidente de SEDAP

El presente informe SEDAP que hoy ve la luz con el título “Atención Primaria de Salud: Nuevos retos, nuevas soluciones” pretende ser el primero de una serie de documentos que puedan servir de referencia para estudiosos, planificadores y gestores de las políticas sanitarias en Atención Primaria de nuestro país. En esta primera edición hemos querido profundizar en tres pilares básicos sobre los que se sustenta nuestro sistema de Atención Primaria: la formación, la investigación y la organización.

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), nació hace ya catorce años, con el objetivo de constituir un espacio de intercambio de experiencias y opiniones en el ámbito de la gestión de la Atención Primaria en España. Actualmente, es el foro profesional de referencia en su especialidad a nivel estatal; sus actividades pretenden ser un estímulo para las personas y entidades que vuelcan sus esfuerzos de forma cotidiana en la mejora de la gestión de Atención Primaria. Es en este ámbito, de la promoción y el desarrollo de la función directiva en Atención Primaria y en la sanidad en general, donde la SEDAP viene aportando su experiencia y la de sus socios, en colaboración con las organizaciones tanto públicas como privadas, que apuesten por la mejora continua del primer nivel asistencial.

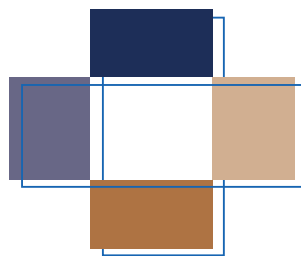
Somos conscientes de la importancia de que la formación pregrado y postgrado se ajuste a las necesidades clínicas y organizativas de nuestro sistema; de que la investigación biomédica no ha tenido el desarrollo que debiera en este nivel asistencial y de que son muchas las voces que actualmente cuestionan, en todo o en parte, la continuidad del actual modelo asistencial en el primer nivel. Por lo tanto consideramos que un informe

con la opinión de expertos como el que aquí se presenta, puede contribuir a mejorar nuestra Atención Primaria en sus diferentes aspectos, fin último que mueve a nuestra sociedad.

En la elaboración de este informe, bajo la coordinación de la Dra. Marta Aguilera Guzmán, se han reunido las opiniones de más de veinte autores, los cuales conforman una parte muy considerable de los principales expertos en esta materia de nuestro país. Vaya por delante, para todos ellos el agradecimiento de la SEDAP, al igual que sin duda lo obtendrán de los lectores del informe. En él, creo que han logrado plasmar una visión actual, sincera y objetiva de las distintas cuestiones abordadas.

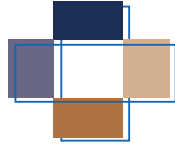
Confiamos en que los lectores encuentren en las páginas de este documento las repuestas que buscan y una fuente de estímulo que les anime a la reflexión y a manifestar sus opiniones e inquietudes, las cuales serán de gran utilidad de cara a la elaboración de sucesivos documentos de esta serie que hoy iniciamos.

¿MODELO AGOTADO O REFORMAS NECESARIAS?



- El modelo de Atención Primaria está agotado: una realidad o un espejismo** 7
Marta Aguilera Guzmán
Junta Directiva de la SEDAP
- Cualquier opción de futuro pasa por tener en cuenta al profesional** 37
Benjamín Abarca Buján
Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- Atención Primaria: Reforma sí, pero completa** 42
Luis Aguilera García
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
- La Pediatría en Atención Primaria, presente y futuro próximo dentro del Sistema Público de Salud** 45
José Luis Bonal Villanova
Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)
- La Atención Primaria desde la perspectiva de los pacientes** 49
Albert J Jovell
Foro Español de Pacientes
- Modelo actual de Atención Primaria ¿está acabado?** 52
Maribel Macian Morro
Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
- Documento de reflexiones en Atención Primaria** 54
Julio Zarco Rodríguez
Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)
Jesús Vázquez Castro
Director Médico Área 5. Madrid. Socio de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)





El modelo de Atención Primaria está agotado: una realidad o un espejismo

Marta Aguilera Guzmán

Junta Directiva de la SEDAP

1.- Introducción

Nuestro Sistema Nacional de Salud está considerado como uno de los más eficientes del mundo, ya que con una financiación del 6% del Producto Interior Bruto, que supone dos puntos por debajo de la media de los países de nuestro entorno, tiene unos niveles de salud muy buenos, como indica tener la tercera esperanza de vida mayor, 81 años, por detrás de Japón con 83 años y de Andorra, Australia y Mónaco, con 82 años; tener la mayor esperanza de vida saludable con 73 años; la segunda mejor tasa de mortalidad neonatal (2 por 1000 nacidos vivos) y la tercera mejor tasa de mortalidad infantil (4 por 1000 nacidos vivos)¹. La cobertura es prácticamente universal y oferta una amplia cartera en servicios de Atención Primaria, atención especializada y prestación farmacéutica.

Este Sistema Nacional de Salud (SNS) es muy apreciado por los ciudadanos, como lo demuestra el barómetro sanitario² en población general y, en personas que han recibido un servicio, con grados de satisfacción “buena” o “muy buena”, que superan el 80% en las encuestas realizadas. Las conclusiones del último barómetro sanitario 2008 son:

- La opinión sobre el Sistema Nacional de Salud es positiva. El 48,9% opina que funciona bien pero son necesarios algunos cambios.
- La mayoría prefiere la sanidad pública (Atención Primaria, ingresos hospitalarios y urgencias) frente a la privada.
- Lo mejor del sistema público son: el equipamiento, los profesionales sanitarios y la cartera de servicios. Lo mejor del sistema privado son: la rapidez en la atención y el confort de las instalaciones.
- Los ciudadanos desean que las Comunidades Autónomas se pongan de

acuerdo para ofrecer nuevos servicios sanitarios.

- Los ciudadanos opinan que hay déficit de información en campañas sobre problemas de salud, servicios prestados, trámites para el especialista u hospitalización, medidas y leyes adoptadas y en derechos y vías de reclamación.

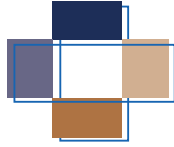
Además, las expectativas de la población española respecto al sistema sanitario son muy elevadas, como se muestra en un estudio reciente del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), cuyos resultados relacionados con la sanidad se muestran a continuación.

Resultados referentes a Sanidad del estudio “Actitudes hacia el Estado de Bienestar”. CIS, Junio 2008³

- El 93,6% estarían en contra de que se gastara menos en Sanidad.
- El 89,5% opinan que se debe ofrecer asistencia sanitaria para todos y que debe ser responsabilidad de los poderes públicos.
- El 85,8% opinan que la sanidad debe ser pública y financiarse mediante impuestos.
- El 81% están en desacuerdo que la Sanidad Pública deba reservarse para los más desfavorecidos y que las clases medias utilicen la sanidad privada.
- El 77,4% sólo tiene sanidad pública.
- El 49,8% no estaría dispuesto a ningún recorte en Sanidad, en caso de que fuera necesario reducir gasto público.
- El 49,6% creen que se dedican pocos recursos a Sanidad.

En relación con Atención Primaria, casi a diario aparecen noticias en los medios de comunicación especializados que hacen referencia a la crisis que está viviendo el primer nivel asistencial. Algunos opinan que el modelo está agotado, otros que necesita profundas reformas.

Ante este debate, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) presenta este informe en el que se analiza la situación actual de Atención Primaria y se propone una serie de medidas dirigidas a su mejora. Para ello, se ha revisado información de diferentes fuentes oficiales; se ha elaborado un cuestionario que se ha remitido a las diecisiete CCAA, y se ha recopilado información de las Sociedades Científicas involucradas así



como del Foro de Pacientes (cuyos artículos de opinión se incluyen en este informe). El cuestionario enviado a los Responsables de Atención Primaria de las CCAA consta de dos partes: la primera, cuyo objetivo es recoger la percepción de los logros y deficiencias en el desarrollo del primer nivel asistencial y su opinión sobre el modelo y, una segunda parte, cuya finalidad es conocer sus propuestas de mejora. A este cuestionario han contestado ocho Comunidades Autónomas, que representan al 56% de la población, cuyos resultados se adjuntan en anexo a este informe. Además, se ha revisado las recomendaciones de la OMS sobre Atención Primaria y las reformas que se están efectuando en el Reino Unido.

A continuación, se presenta el resultado de este análisis y las propuestas de mejora.

2.- Análisis de la situación actual de Atención Primaria

El modelo actual de Atención Primaria, diseñado de acuerdo con los principios de la declaración de Alma-Atá, se implantó en nuestro país en 1984, según se recogía en el Real Decreto de Estructuras Básicas de 11 de enero de 1984 (BOE de 1 de febrero) y ratificado posteriormente en la Ley General de Sanidad de 1986. El modelo se basa en los pilares fundamentales de: atención integral (biopsicosocial) e integrada (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y reinserción) realizada por un equipo multidisciplinar, en centros de fácil acceso a la población, con el fin de ser la puerta de entrada y el asesor o guía del ciudadano en su itinerario por el sistema.

Teniendo en cuenta la opinión de los responsables de Atención Primaria de los ocho Servicios Regionales de Salud así como las Sociedades Científicas y el Foro de Pacientes, a continuación se va a realizar un análisis de la situación actual.

Desde la implantación, ha tenido un considerable desarrollo en varios aspectos, como son:

- Oferta de Servicios

Atención Primaria tiene una amplia oferta de servicios a la población, no solo en la atención a demanda y concertada, sino en una Cartera de Ser-

vicios orientada a la atención del niño, la mujer, el adulto y el anciano, en la cual predominan actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, atención a crónicos y domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

En el desarrollo de la oferta de servicios han predominado las actuaciones de prevención y de curación. No se han logrado adecuados desarrollos en intervenciones de promoción, lo que ha derivado en una mayor demanda y medicalización de la población, y en falta de autocuidado y responsabilidad de su salud por parte de los ciudadanos. Asimismo, no se han desarrollado actividades comunitarias ni de participación de los ciudadanos, salvo excepciones.

Atención Primaria tiene una larga experiencia en el desarrollo de “Programas de Mejora Continua de la Calidad”, fundamentalmente en calidad asistencial, calidad de prescripción y calidad percibida, entre otros. Estos programas han generado una “cultura de evaluación”, difícil de igualar por otros dispositivos y niveles asistenciales.

- Infraestructuras

El sistema de información actual únicamente facilita datos a partir de 2004, por lo que se desconoce la evolución de las infraestructuras desde la implantación del modelo de Atención Primaria. No obstante, se dispone de datos del extinto Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) por Comunidades Autónomas antes de las transferencias en 2002⁴. Si se compara el nº de Zonas Básicas de Salud y Centros de Salud de INSALUD con los datos disponibles de 2007⁵, se observa que ha habido un incremento en ambos, aunque sigue existiendo un número considerable de Zonas Básicas sin Centro de Salud. Algunas de estas inversiones han sufrido limitaciones, bien por la disponibilidad de suelo, bien por la falta de previsión de los desarrollos demográficos, o por las disponibilidades presupuestarias. (Ver figura 1).

- Recursos Humanos

Como ya se ha comentado en el apartado anterior, no se dispone de la información necesaria para conocer la evolución de los recursos humanos en el primer nivel asistencial. Únicamente se ha podido comparar la evolución de las Comunidades Autónomas con gestión de la asistencia sani-

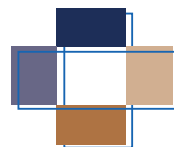
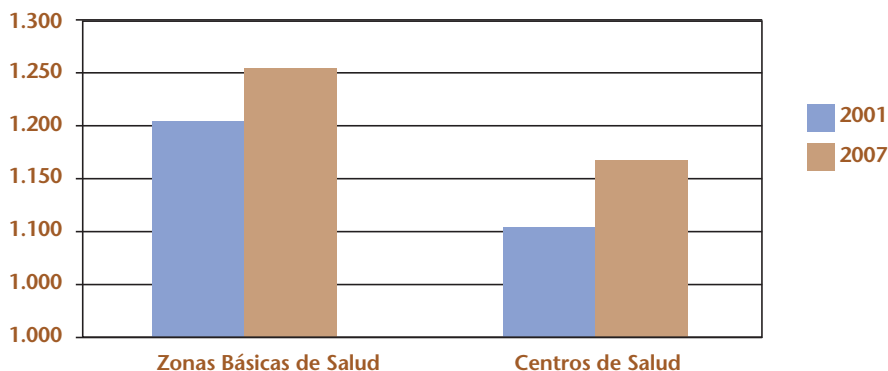
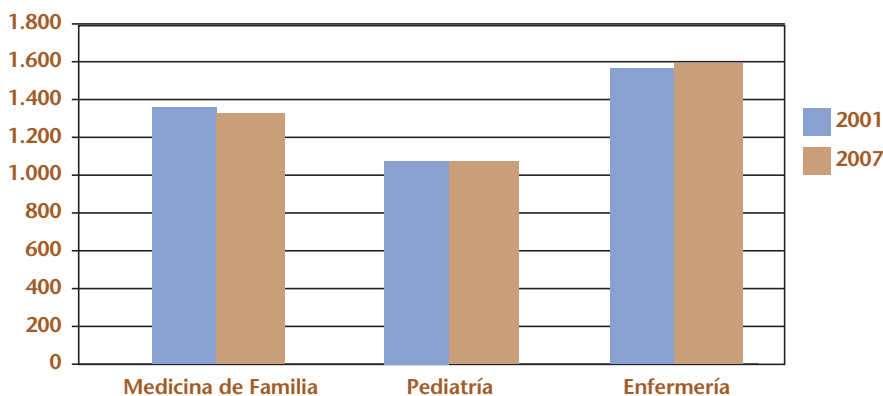


Figura 1: Evolución 2001 – 2007 de Zonas Básicas y Centros de Salud. Comunidades Autónomas con gestión de la asistencia sanitaria por el INSALUD en 2001^a



Elaboración Propia. Fuente: Atención Primaria en el INSALUD-Dieciséis años de experiencia. INSALUD, 2002
Serie SIAP 2004 - 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo

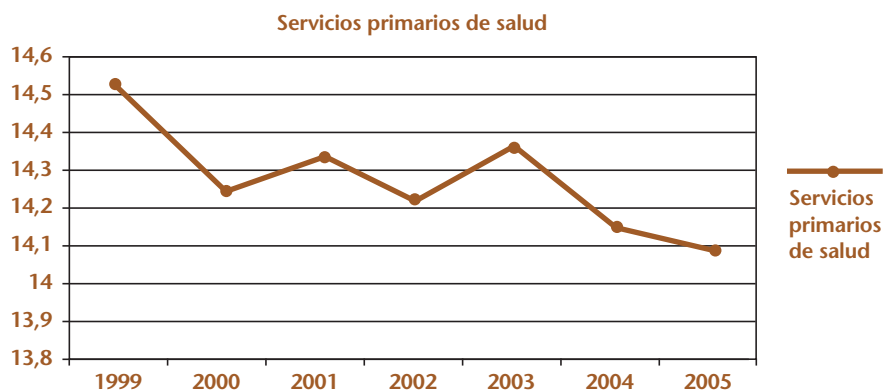
Figura 2: Evolución 2001 – 2007 de Ratios de habitantes por profesional (medicina de familia, pediatría y enfermería). Comunidades Autónomas con gestión de la asistencia sanitaria por el INSALUD en 2001^a



Elaboración Propia. Fuente: Atención Primaria en el INSALUD-Dieciséis años de experiencia. INSALUD, 2002
Serie SIAP 2004 - 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo

^a Comunidades Autónomas de: Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla

Figura 3: Porcentaje del presupuesto asignado a Atención Primaria 1999 - 2005



Fuente: Gasto Sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007

taria por el extinto Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) antes de las transferencias en 2002. No parece que esta evolución, ratio de habitantes por profesional, se haya acomodado con el ritmo que requerían las necesidades de atención. (Ver figura 2).

- **Accesibilidad**

Con independencia de otras insuficiencias, se ha mejorado considerablemente la accesibilidad geográfica y horaria al primer nivel asistencial.

- **Financiación**

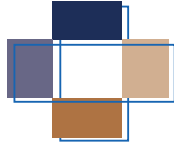
En el periodo 1995 – 2005 el porcentaje de presupuesto sanitario destinado a la Atención Primaria ha disminuido en 4 décimas⁶, pasando de un 14,52% a 14,09%, de acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo. (Ver figura 3).

- **Sistema de Información**

Se detectan insuficiencias en el sistema de información que limitan el análisis del desarrollo de la Atención Primaria en las diecisiete Comunidades Autónomas. Únicamente se tiene información de actividad, cartera de servicios, infraestructuras y recursos humanos desde 2004.

- **Satisfacción del ciudadano**

La opinión de los ciudadanos, como se manifiesta en el barómetro² del Ministerio de Sanidad y Consumo y en las encuestas de satisfacción que realizan las Comunidades Autónomas, obtiene resultados muy buenos en



la percepción que se tiene con la atención recibida en los centros de salud, con puntuaciones del 85%. Los aspectos peor valorados en Atención Primaria, son la obtención de cita y el tiempo para entrar en consulta.

Además, en el escenario actual intervienen otros factores, como son:

- **Población:** En los últimos años, varias Comunidades Autónomas han experimentado un crecimiento de población significativo, con un patrón de incremento de mayores de 65 años (autóctona) y aumento de población joven en edad laboral y fértil (inmigrante) lo que ha supuesto una mayor tasa de natalidad. Asimismo, la población tiene más medios para estar informada en salud, aunque la información en ocasiones resulte inadecuada e incluso alarmista, dando lugar a unos usuarios más exigentes y demandantes. También se percibe un cambio en las expectativas de los ciudadanos que quieren una solución rápida y efectiva a sus problemas de salud. Asimismo, empieza a surgir entre los ciudadanos una tendencia a ser partícipes en las tomas de decisiones concernientes con su salud y la de sus familias. Este movimiento, aún tímido, parece que irá creciendo en un futuro.
- **Clima Laboral:** Otro aspecto a tener en cuenta es la percepción de cierto malestar e insatisfacción en los profesionales debido a la presión asistencial en las consultas, la excesiva “burocracia”, la pérdida de la cultura de equipo, la inadecuada y rígida organización interna por la falta de recursos y de suplentes, la incertidumbre sobre la valoración de la calidad en la atención que prestan, la falta de horizontes de los profesionales, la falta de tiempo para formación continuada e investigación y la percepción de que la Atención Primaria sigue subordinada al nivel especializado. Además, en los Servicios de Salud en los que se ha implantado “turno de tarde”, los profesionales reclaman “conciliación familiar”, por lo que quieren que su jornada finalice a media tarde, con carácter general. Todos estos elementos contribuyen a una desmotivación de los profesionales.
- **Continuidad Asistencial:** excepto experiencias puntuales con éxito, se ha obtenido pocos logros en la coordinación entre Atención Primaria y

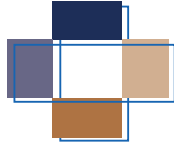
Atención Especializada, dado que no existe comunicación fluida y adecuada, información clínica compartida ni actuaciones consensuadas para procesos específicos. Esta situación, sin duda está influyendo en el desánimo de los profesionales de Atención Primaria y de la decepción de no poder ser verdaderos asesores del paciente en su discurrir a través del sistema sanitario.

En este contexto, algunos Servicios de Salud han introducido modelos de gestión alternativos en Atención Primaria, como son las Entidades de Base Asociativa y de gestión integrada pública o privada.

Las Entidades de Base Asociativa (EBA) se iniciaron en Cataluña a partir de la experiencia de Vic, y se constituyeron de acuerdo a los requisitos de acreditación para la gestión de centros establecidos en diciembre de 1997. Estas Entidades se conforman como empresas privadas, con ánimo de lucro, propiedad de los profesionales (mínimo 51% del capital social) que asumen la Atención Primaria de una zona mediante un contrato con el Servicio Catalán de la Salud. El 49% restante puede ser suscrito por personas jurídicas que tengan como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios. Transcurridos más de diez años desde su implantación, existen sólo nueve entidades de base asociativa que atienden a doce zonas básicas de salud, por lo que parece que el modelo tiene ciertas limitaciones ya que la mayoría de los profesionales actuales no están dispuestos a asumir una responsabilidad empresarial en la gestión de Atención Primaria⁷, por lo tanto, no es generalizable y no ayuda a resolver los problemas actuales de la Atención Primaria.

Respecto a los modelos de gestión integrada tanto públicos como privados, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) elaboró en 2006⁸, un documento consensuado con expertos de las Comunidades Autónomas sobre "Gestión Integrada", con recomendaciones respecto a las condiciones previas al desarrollo de este tipo de proyectos. Estas recomendaciones pueden ser consultadas en el mencionado documento (www.sedap.es).

Estos modelos de gestión alternativos han sido objeto de evaluaciones parciales, como las EBA, en las cuales se han realizado cuatro evaluaciones (Sindic de Greuges, FAD y IES, en los años 2000, 2001 y 2006 respectiva-



mente)⁹, cuyas conclusiones son que en las EBA hay mejor clima laboral (probablemente debido a la voluntad activa de pertenencia, estímulo en la novedad y al menor tiempo de funcionamiento, aunque se percibe menor tiempo libre) y mayor flexibilidad económica y en recursos (ajuste del presupuesto de farmacia, flexibilidad horaria). En el resto no hay diferencias significativas con los equipos de Atención Primaria pertenecientes al Instituto Catalán de la Salud. En los modelos de gestión integrada, se desconoce si existen evaluaciones del papel de Atención Primaria, por lo que no es posible valorar si pueden ser una alternativa a considerar en otros Servicios Regionales de Salud.

A estas iniciativas cabría añadir que antes de finalizar el proceso de transferencia de la gestión de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) había dado tímidos pasos para descentralizar parte de la gestión en los equipos de Atención Primaria (EAP). Posteriormente, en el periodo postransferencial, en algunos Servicios de Salud no se ha avanzado e incluso se ha incrementado la centralización de la gestión, lo que ha supuesto desencanto y desmotivación de los profesionales.

Ante este panorama, la cuestión que subyace, la pregunta que podría centrar el debate sobre la “crisis” de la Atención Primaria es si el modelo definido en la Ley General de Sanidad está o no agotado. La percepción de los ciudadanos, las opiniones de los profesionales, a través de sus respectivas sociedades científicas y la opinión del 50% de los responsables de Atención Primaria en los Servicios Regionales de Salud, no parece apuntar hacia que el modelo esté agotado. Entonces ¿qué ocurre?, ¿por qué la crisis de Atención Primaria?. Si se analiza el desarrollo de Atención Primaria a lo largo de treinta años, se observa que el modelo previsto de atención integral no se ha logrado en aspectos psicológicos ni sociales, no se ha desarrollado adecuadamente la promoción de la salud y, consecuentemente, el autocuidado y responsabilidad de su salud por parte del ciudadano, no se ha alcanzado la capacidad de resolución que se esperaba y, menos aún, no se ha desarrollado el papel de asesor o guía del ciudadano en su itinerario por el sistema.

Y esto ¿por qué? En buena parte se debe a que no ha habido una

apuesta políticamente clara por la Atención Primaria, que se ha traducido en una subfinanciación. Este déficit de financiación ha causado inadecuadas inversiones en infraestructuras, recursos humanos y equipamiento. Además, Atención Primaria sigue supeditada al nivel especializado con problemas en el acceso a pruebas diagnósticas que repercuten en su capacidad de resolución. Por tanto, el modelo no está agotado, debe desarrollarse, aunque necesita profundas reformas para adaptarse a las necesidades y demandas de la sociedad actual.

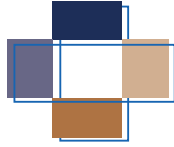
3.- Recomendaciones de la OMS y Reformas en el National Health Service del Reino Unido

Se ha revisado las recomendaciones que manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un reciente informe sobre Atención Primaria y las reformas que se están desarrollando en el Reino Unido, por ser éste un modelo con bastantes similitudes al nuestro.

3.1. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS, en un informe editado en septiembre de 2008, "Atención Primaria de Salud: Ahora más que nunca"¹⁰, comenta que en un mundo cambiante como el actual, es necesario girar los sistemas de salud hacia la Atención Primaria, ya que la desproporcionada orientación a hospitales y a subespecializaciones ha llegado a ser una fuente de ineficiencia y de inequidad. La especialización tiene sus comodidades pero la fragmentación induce a ser contraproducente e ineficiente. La presión de la demanda, las profesiones médicas y la compleja industria médica conducen a que los recursos públicos y privados fluyan a la atención especializada y no se invierta en Atención Primaria.

Refiere que hace 30 años, los valores de equidad, orientación al ciudadano, participación comunitaria y autodeterminación fueron los pilares de la Atención Primaria de Salud, considerada radical por algunos. La orientación al ciudadano no es un lujo, es una necesidad. Hay que reorganizar los sistemas de salud, teniendo como eje al ciudadano con sus necesidades y



expectativas. Atención Primaria es el camino para los servicios de salud organizados, siendo el mejor soporte, no sólo para mejorar la equidad sino también para atender las necesidades básicas y expectativas de la población.

Las características de la Atención Primaria son: el eje en el ciudadano, integral, integrada y continuidad en el cuidado, con responsabilidad para una población definida y con habilidad para coordinar los soportes como los hospitales, servicios especializados y organizaciones sociales.

Los equipos de Atención Primaria (EAP) tienen que ser capaces de responder a los problemas de salud de la comunidad. Cuando no pueden hacerlo, deben ser capaces de movilizar otros recursos, derivando o acudiendo a soportes como los servicios hospitalarios, servicios especializados, servicios de salud pública, servicios de larga duración, atención domiciliaria sanitaria y social, autoayuda y otras organizaciones comunitarias. El no poder resolver los problemas no significa dejar de tener la responsabilidad de ayudar a la gente para que pueda vivir en un ambiente complejo. También los EAP facilitan la detección precoz y la prevención de problemas, aún en ausencia de una demanda explícita.

Sin embargo, la falta de medición sistemática y monitorización ha limitado el avance de la Atención Primaria. Hay que mejorar la información para dar una buena atención a los pacientes. La efectividad y seguridad de la Atención Primaria ha tenido escasa prioridad en las políticas de salud.

En relación con la población, la OMS refiere que los estudios demuestran que en las sociedades modernas, la gente quiere participar en las decisiones importantes concernientes a su salud. Requieren que los proveedores de salud con los que se relacionan y les asisten, les den información de alternativas de elección. La gente puede tomar decisiones si conoce un abanico de ofertas de cuidados. Además, esto maximiza oportunidades para la prevención y promoción de la salud mientras reduce la confianza innecesaria en los cuidados especializados u hospitalarios. Asimismo, los ciudadanos valoran la libertad de elección de los proveedores de salud porque quieren uno en el que tengan confianza y ser atendidos con prontitud, en un ambiente adecuado, con respeto y confidencialidad. El acceso al mismo equipo de atención predice una buena relación de confianza entre el individuo

y los proveedores de salud.

La gente que utiliza la misma fuente de atención para la mayoría de sus necesidades en salud, tiende a una mejor sintonía con la atención recibida, confía menos en los servicios de emergencia, requiere menos hospitalizaciones y está más satisfecha con la atención. Los proveedores incrementan la atención preventiva, ahorran tiempo de consulta y reducen el uso de pruebas de laboratorio y, por lo tanto, de costes.

La reforma de Atención Primaria debe tener los siguientes requisitos:

- ofrecer atención con proximidad donde la gente vive
- los proveedores deben tener la responsabilidad de una población definida
- fortalecer el rol de los proveedores de Atención Primaria como coordinadores de la entrada a otros niveles de atención, dándoles autoridad y poder.

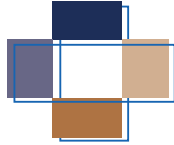
Los equipos deben ser responsables presupuestariamente, a través de medidas administrativas o procesos contractuales, para proveer una atención centrada en la persona con responsabilidad y continuidad y para movilizar los servicios de soporte desde la promoción a los cuidados paliativos.

Estas reformas requieren de una mayor inversión en Atención Primaria relacionada fundamentalmente con incremento de recursos humanos y tecnológicos, mayor formación y precisan de un sistema de información sanitaria adecuado a las necesidades de los ciudadanos, los profesionales, planificadores, gestores, políticos y sociedad.

3.2. Reformas en el Reino Unido

En el Reino Unido¹¹, las reformas que se están llevando a cabo en Atención Primaria guardan sintonía con las recomendadas por la OMS, de tal manera que los ciudadanos tengan información sobre su estado de salud y elijan la atención sanitaria con la asesoría de los médicos generales y los equipos de Atención Primaria. Se plantea que exista mayor accesibilidad horaria para la atención en los centros de salud y un desarrollo tecnológico que permita que las personas sean atendidas en su propio domicilio.

Se han establecido estándares de calidad y estrategias para una mayor



coordinación con los servicios sociales, con el fin de que en un futuro los médicos generales y los equipos de Atención Primaria gestionen los servicios sociales necesarios para dar una buena atención a los pacientes, bien en coordinación con los servicios sociales locales disponibles en la actualidad, bien contratando empresas que den respuestas a las necesidades de los pacientes.

Además del desarrollo tecnológico y de los sistemas de información sanitaria, se han modificado las retribuciones de los médicos generales en base a mayor responsabilidad como proveedor de servicios, a mayor accesibilidad horaria, a la calidad de la atención y al número de pacientes asignados.

4. Propuesta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

A continuación, se va exponer la propuesta de SEDAP, que esperamos sirva como motivo de reflexión y de valoración por los actores implicados: ciudadanos, organizaciones sociales, políticos, gestores, sindicatos, sociedades científicas y profesionales, entre otros.

La propuesta se realiza desde un modelo basado en la gestión pública de los recursos, debido a las siguientes consideraciones:

- Cierta aversión al riesgo por parte de los profesionales, lo que dificultaría la introducción de modelos de gestión alternativos¹².
- Con carácter general, el modelo de gestión predominante es el público. El cambio de modelo supondría una parálisis en el desarrollo de Atención Primaria.
- Como se ha señalado, no existen estudios evaluativos sobre los modelos alternativos.
- La opinión generalizada de los expertos y responsables de la Atención Primaria es que el modelo no está agotado, sino más bien pendiente de desarrollo.

Hay dos requisitos imprescindibles para la reforma de Atención Primaria, como son: que exista un compromiso político en relación con el papel central y fundamental de la Atención Primaria y que éste conlleve un incremento en la financiación del primer nivel asistencial. Hablar de incrementar

la financiación de Atención Primaria en la realidad actual de crisis económica puede parecer poco planteable. Es verosímil pensar que en la actualidad no sería posible, pero si se tiene claro el horizonte de a dónde queremos llevar las reformas de Atención Primaria, se puede ir adaptando las cantidades disponibles para inversión a las futuras reformas.

En un futuro, cuando mejore la economía, se debería ir incrementando el PIB para aproximarnos a los países de nuestro entorno. De ese incremento, el porcentaje de presupuesto dedicado a la Atención Primaria debería ser mayor, aunque no podemos decir sin una evaluación económica si su incremento debe ser de cinco o diez puntos más. No obstante, parecería razonable que el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la Atención Primaria se sitúe, al menos, en torno a un 20%, debido al incremento de la población y a la potencialidad de Atención Primaria en mejorar su capacidad de resolución.

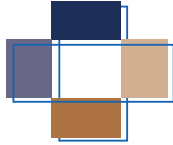
Los aspectos prioritarios de financiación deberían ser los relacionados con el sistema de información, tecnología, equipamiento, adaptación o nueva infraestructura, adecuación de recursos humanos, mejoras retributivas y formación.

Como elementos clave de la propuesta, identificamos los siguientes:

- **Ciudadano:** toda reforma de Atención Primaria tiene que estar centrada en el ciudadano. Atención Primaria es una organización al servicio del ciudadano. Hasta ahora, se ha trabajado **para** el ciudadano, pero hay que dar un paso más de tal manera que se trabaje **para y con** el ciudadano.

El ciudadano debe tener acceso a información sanitaria tanto propia (acceso a su historia clínica) como relacionada al estado de salud de la comunidad en la que reside. En un plazo corto-medio, debe tener acceso a la información sobre estándares de calidad de su centro de salud y su hospital de referencia, así como de la organización de los servicios de los centros sanitarios, para que pueda optar, con el apoyo de su médico de familia, por aquellos que considere que le pueden dar la mejor atención. En un plazo medio debe estar en condiciones de participar en las decisiones que se tomen en la gestión de los servicios de Atención Primaria, del área dónde reside.

La oferta de servicios debe adecuarse a las necesidades y demandas de la



población y debe corregir los aspectos menos desarrollados hasta la actualidad como son: los relacionados con la promoción de la salud, haciendo verdadero hincapié en el autocuidado^b, la rehabilitación y los aspectos psicosociales.

- **Profesionales:** al igual que la oferta de servicios, la organización del trabajo debe adecuarse a las necesidades y expectativas de la población.

Deben tener acceso a las pruebas diagnósticas, de la misma manera que cualquier otro especialista, y dotarles del equipamiento necesario en el centro de salud para aumentar la capacidad de resolución. Deben percibir un cambio en la relación con el nivel especializado, pasando de la supeditación a la coordinación y cooperación en la resolución de problemas.

Los equipos de atención primaria deben responsabilizarse de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los ciudadanos en sus problemas de salud y en su itinerario por el sistema sanitario.

Asimismo, a medio-largo plazo, sería deseable que los equipos de Atención Primaria pudieran gestionar los recursos sociales para atender los problemas sociosanitarios de la población asignada, bien mediante acuerdos con los servicios sociales municipales, bien mediante contratación externa (previa dotación presupuestaria específica).

Para ello, deben adecuarse las plantillas de personal tanto en categorías de profesiones como en número de profesionales. Deben tener la formación necesaria en clínica, tecnología, gestión y comunicación, para llevar a cabo la responsabilidad asignada.

La organización del trabajo debe garantizar la accesibilidad de la población, tanto geográfica como horaria, con flexibilidad en la organización interna del centro, estableciendo jornadas de trabajo que mejor se adecúen a las necesidades y demandas de la población. Cabe una gran variedad en la organización, desde turnos de mañana y tarde, turnos parti-

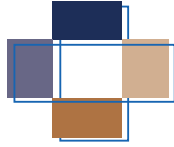
^b Se entiende por autocuidado, cuando la persona asume el papel de principal responsable del cuidado de su salud, adquiriendo hábitos de vida saludable o aprendiendo habilidades, motivación y confianza para manejar los síntomas de la enfermedad, de tal manera que consiga mejor calidad de vida, en colaboración con el profesional sanitario.

dos y turnos que se inicien a media mañana y finalicen a media tarde. Esta flexibilidad debe garantizar el cómputo total de horas anuales, incluyendo las horas anuales de formación continuada.

No todas las Zonas de Salud necesitan el mismo número de profesionales. No es lo mismo atender a una población envejecida, que tiene más necesidades y demandas de atención, que una población joven. Por tanto, debe dejarse el discurso de ratios de habitantes por profesional, obsoleto en el siglo XXI, ya que los resultados de diversos estudios^{13,14} contemplan criterios de asignación de recursos más adecuados como son población estratificada por edad y sexo, nivel socioeconómico y dispersión, entre otros, que explican un porcentaje elevado de la actividad esperada. Los pactos con los sindicatos para la asignación de recursos deben basarse en estos estudios.

Las retribuciones deben estar de acuerdo a la responsabilidad que se les asigna a los profesionales y a los resultados de su actividad. Deberían cambiarse las retribuciones fijas, dando un mayor peso al componente capitolativo con ajustes en función de la población ponderada. Debe tenerse en cuenta las horas trabajadas en turno de mañana o de tarde (ponderación de horas de tarde, a partir de las diecisiete horas) y características de la zona (urbana o rural) con ponderación por las condiciones de trabajo en medio rural. En las retribuciones variables, se dará mayor peso a la actividad, estándares de calidad relacionados con cartera de servicios, calidad de prescripción, calidad percibida por la población y al cumplimiento presupuestario, entre otros. Se deberá tener en cuenta las actividades docentes e investigadoras.

- **Organización de los Equipos de Atención Primaria (EAP):** la organización debe garantizar las siguientes premisas:
 - Atención integral e integrada en centro y domicilio
 - Atención longitudinal a lo largo de las etapas de la vida
 - Potenciar la promoción y la prevención
 - Garantizar la accesibilidad de la población a los Centros
 - Trabajo en Equipo
 - Mantener la calidad de la atención con una capacidad de resolución



de, al menos, el 75% de los problemas de salud.

La organización de los EAP debe adecuarse a las necesidades y demandas de la población, por lo tanto la organización no tiene que ser la misma en todos los EAP y, lógicamente, será muy distinta ya sea en medio urbano o rural.

- **Medio Urbano:** deberían establecerse Áreas de Salud de 350.000 a 500.000 personas con Zonas Básicas de Salud de 40.000 a 50.000 personas, garantizando una isocrona al centro de salud no mayor de quince a veinte minutos en transporte público. El EAP debe garantizar la atención directa desde las ocho- nueve de la mañana hasta las ocho-nueve de la tarde, adecuándose el nº de consultas a los picos de demanda. Esta propuesta permite concentrar recursos en un mismo centro, por lo que da lugar a planificar las jornadas laborales con cierto margen de flexibilidad. La jornada no tiene que ser siempre la misma, sino que puede ser distinta para cada profesional y puede ser distinta para un mismo profesional según días de la semana, mes,... En esta planificación, debe tenerse en cuenta las horas de formación, vacaciones, permisos reglamentarios y otras licencias. Como la planificación estará realizada con antelación, los ciudadanos pueden estar informados de las horas de consulta de su médico y enfermera.
- **Medio Rural**^c: deberían establecerse Áreas de Salud máximas de 150.000 personas, con Zonas Básicas de Salud máximas de 15.000 personas, garantizando una isocrona al centro de salud no mayor de quince a veinte minutos en transporte público o privado. Los profesionales del EAP trabajan normalmente en consultorios locales, cuyo horario sería desde las 8 o 9 horas hasta las 16 o 17 horas. A partir de esta hora se iniciaría la atención continuada, sin menoscabo que los profesionales con el fin de adecuar sus horarios de consulta a la demanda de la población, optaran voluntariamente por incrementar

^c Se entiende por medio rural, si las quince mil personas, como máximo, residen en tres o más núcleos de población

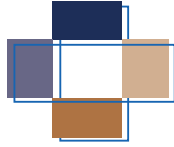
su horario más allá de las 17 horas. El centro de salud, ubicado en el núcleo cabecera concentraría el equipamiento que no sería eficiente incluir en las dotaciones de cada consultorio local. Debe garantizarse el cómputo anual de jornada laboral, pero debe incrementarse el nº de horas de formación continuada de tipo presencial. En este medio no es posible la flexibilidad en la organización interna, debido a sus características de dispersión y de imposibilidad de concentrar recursos en un mismo centro. Por tanto, esta penosidad debe ser reconocida en las retribuciones fijas con una ponderación considerable.

Creación de la figura de Director del Centro, dependiente jerárquicamente del Gerente del Área. El Coordinador pasaría a ser Director del Centro, siendo un mando intermedio en el equipo directivo del Área Sanitaria. Se le reduciría su cupo al 50% de la población media adscrita del EAP (sea médico de familia o pediatra), sin que repercutiera en sus retribuciones. El 50% de su jornada laboral sería para atención directa y el otro 50% para organización y gestión, sin menoscabo de su tiempo para descanso, formación continuada e investigación. Sus retribuciones deberían reconocer la responsabilidad del puesto.

Con el fin de ir dando pasos en la descentralización de la gestión, para aproximarse a la autonomía de gestión, se debería ir paulatinamente descentralizando los presupuestos de personal, bienes y servicios, farmacia e inversiones, excepto obras. Los procesos contractuales (contratos-programas, contratos de gestión o similar) deberían incluir compromisos, al menos, relacionados con actividad, cartera de servicios, calidad y asignación presupuestaria.

Las Gerencias de Área deberían ir descentralizando la toma de decisiones en los EAP, de tal manera que próximos a la autonomía de gestión, se conviertan en Unidades Administrativas de apoyo a los EAP del Área (gestión de nóminas, tramitación de suplencias, gestión de compras, asesoramiento técnico – uso racional del medicamento, metodología de investigación,... - gestión del sistema de información y evaluación).

A medio plazo, se constituiría un Consejo de Administración representado por los Directores de los Centros y las asociaciones más representativas del Área, donde la Unidad Administrativa de apoyo (actual gerencia)



tendría voz pero no voto, llevando a cabo las gestiones administrativas de las decisiones tomadas en el Consejo de Administración. Estos Consejos deberían estar constituidos por un máximo de doce a quince personas.

- **Libre elección de médico y enfermera:** la libre elección debería concretarse en la Zona Básica de Salud, lo que fortalece la relación entre el EAP con cada persona asignada. Esto facilita actividades de promoción de la salud, la longitudinalidad en la atención y la coordinación y gestión de otros recursos, tanto sanitarios como sociales. Excepcionalmente, se podría autorizar la elección de médico y enfermera de otra Zona, siempre que la justificación sea razonablemente adecuada y el ciudadano tenga información completa de las limitaciones que esta libre elección conlleva.
- **Acceso a pruebas diagnósticas:** los médicos de Atención Primaria deben tener acceso a las pruebas diagnósticas con los mismos criterios que cualquier especialista del hospital. Sus limitaciones al acceso serán iguales a las que tenga establecidas el hospital para determinadas pruebas.
- **Equipamiento:** deberá valorarse la dotación de equipamiento que pueda mejorar la capacidad de resolución en Atención Primaria. Debe desarrollarse la tecnología de comunicación, priorizando el medio rural, desde acceso telefónico, fax, correo electrónico con otros profesionales de Atención Primaria y con los especialistas hospitalarios hasta telemedicina (telerradiología, teledermatología, videoconferencia,...). Asimismo, debe mejorar las tecnologías de citación para que el ciudadano pueda realizar sus citaciones por vía telefónica, automatizada o por vía internet.
- **Infraestructura:** deben adecuarse a las reformas de Atención Primaria, teniendo en cuenta la oferta de servicios, el equipamiento, los recursos que constituyen el EAP así como su organización interna.
- **Formación continuada:** la formación debe ser prioritariamente por vía

informática. La formación de tipo presencial debe reservarse fundamentalmente para adquirir conocimientos de técnicas o habilidades. Éstas últimas, como pueden ser rotaciones por una especialidad, deben estar planificadas en la organización interna de los EAP. Dado el aislamiento que puede haber en el medio rural, el número de horas de formación de carácter presencial debe ser mayor que en los EAP urbanos.

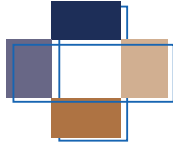
- **Sistema de Información:** los sistemas de información deben desarrollarse para dar contestación a los ciudadanos, profesionales y gestores.

El ciudadano debe tener acceso a su historia clínica en los términos que establece la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y a la solicitud de cita en la agenda de su médico y enfermera. En una segunda etapa, debe tener acceso a indicadores clínicos de Atención Primaria y atención especializada y de organización (del propio EAP, horarios de atención especializada, listas de espera,...), con el fin de que pueda elegir centro o servicios de atención especializada, con la asesoría de su médico de familia.

Para ello, es necesario que atención especializada establezca estándares de calidad (dos o tres criterios relevantes) de los procesos más frecuentes, así como de las técnicas que utiliza, con el fin de que el ciudadano con la asesoría de su médico de familia tenga información para poder optar por la alternativa que considere más oportuna.

Los profesionales de Atención Primaria deben tener acceso a la información clínica (generada por ellos mismos, atención especializada y atención en urgencias) de la población asignada, de la cartera de servicios de los hospitales, las listas de espera de atención especializada y de los estándares de calidad por proceso, en los que interviene los centros de especialidades y hospitales. Deben tener información de su actividad, del cumplimiento de los estándares de cartera de servicios y de la calidad de prescripción.

Los gestores (Directores de Centro) deben tener información asistencial, organizativa, y de gestión. Las Unidades Administrativas de apoyo (actuales gerencias) deben tener información de recursos, almacén, gestión presupuestaria.



- **Sistema de Seguimiento y Evaluación:** desde el inicio de las reformas debe contemplarse un sistema de seguimiento y evaluación de las mismas. Estos sistemas deben permitir la comparación con otros modelos alternativos que se están desarrollando actualmente u otros que pudieran implantarse en el futuro. Disponer de datos objetivos que permitan efectuar comparaciones rigurosas sobre la eficiencia y la calidad de los diferentes modelos de gestión es una necesidad ineludible, que beneficiará a los Servicios Regionales de Salud y al Sistema Nacional de Salud en su conjunto. Una necesidad que es incluso una obligación si queremos que el ciudadano sea el centro de los servicios sanitarios públicos.

(Observación: no se comenta otros dos aspectos claves como la formación de grado y postgrado, así como investigación, ya que se desarrollan en otros apartados de este informe)

5.- Conclusiones

- Disponemos de un Sistema Nacional de Salud altamente eficiente, como lo demuestran los indicadores de salud y la buena valoración por parte de los ciudadanos, con un financiación del 6% del PIB, dos puntos por debajo de la media de los países de nuestro entorno.
- En los treinta años desde su implantación, Atención Primaria ha logrado tener una amplia cartera de servicios, con una mejora considerable en la accesibilidad de la población y una buena percepción de la atención por parte de los ciudadanos. Sin embargo, ha tenido una financiación insuficiente, que se ha agudizado por los incrementos de población experimentados, lo que ha llevado a una inadecuada dotación de profesionales. Tampoco se ha conseguido la necesaria coordinación con atención especializada.
- El modelo de Atención Primaria no ha seguido el desarrollo previsto, por lo que no se puede afirmar que el modelo está agotado.
- Hace falta avanzar en cultura de evaluación. Las alternativas de gestión que se están implantando, no tienen evaluaciones consistentes.
- Las reformas de Atención Primaria deben profundizar en el desarrollo del modelo en el sentido de orientarlas a mayor autonomía de gestión y

dotar a los profesionales de los medios necesarios para que puedan orientar y asesorar al ciudadano en su trayecto por el sistema sanitario.

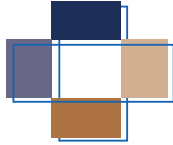
Los avances deben articularse mediante:

- Mayor financiación
- Implicación de los ciudadanos en su propia salud
- Flexibilidad en la organización de los equipos de Atención Primaria
- Mayores recursos (personal, equipamiento, nuevas tecnologías de comunicación)
- Mayor acceso a pruebas diagnósticas
- Mayor coordinación sociosanitaria
- Sistema de Información clínica y de gestión en tres vertientes: ciudadano (tanto de su salud como para su trayecto por el sistema sanitario), propia para una mejor atención y organización de los servicios, y compartida con atención especializada para la continuidad en el proceso asistencial.
- Sistema de seguimiento y evaluación.

La Sociedad de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) cree que se debe avanzar en el desarrollo de la Atención Primaria, con iniciativas centradas en el ciudadano, garantizando la atención integral e integrada y la continuidad de cuidados. Para ello, SEDAP considera que se debe contar con todos los sectores implicados: ciudadanos, organizaciones sociales, políticos, gestores, sindicatos, sociedades científicas y profesionales, entre otros. La propuesta que se presenta en este documento pretende aportar elementos de reflexión que contribuyan a la discusión y generen un debate constructivo. La Atención Primaria es un pilar básico en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y, quizás hoy más que nunca, necesita de la colaboración de todos para avanzar en propuestas que permitan que ocupe el lugar que le corresponde en un sistema sanitario que es un elemento de cohesión social y uno de los servicios públicos más valorados por los ciudadanos.

Referencias bibliográficas

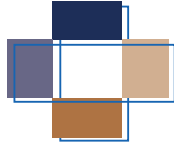
- 1 WHO. World Health Statistics 2008. WHO, 2008
- 2 Ministerio de Sanidad y Consumo – CIS. Barómetro Sanitario 2008. MSC, 2009
- 3 Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes hacia el Estado de Bienestar. CIS, Junio 2008



- 4 Instituto Nacional de la Salud. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. INSALUD, 2002
- 5 Ministerio de Sanidad y Consumo. Serie SIAP 2004 – 2007. MSC, 2008
- 6 Ministerio de Sanidad y Consumo. Gasto Sanitario. MSC, 2007
- 7 Segura A. La provisión de la Atención Primaria en Cataluña. E-ras, noviembre 2008
- 8 Sociedad de Directivos de Atención Primaria. Gestión Integrada. SEDAP, 2006
- 9 Planes A. Gestión APS en Catalunya. Presentación 25 Aniversario SOMAMFYC, diciembre 2008
- 10 Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria: Ahora más que nunca. OMS, 2008
- 11 National Health Service. Our vision for primary and community care. NHS, 2008
- 12 Jano. Debate en torno a la autogestión. Jano.es, 23 de enero, 2009
- 13 Lillo T. Diseño de un modelo de asignación de médicos de familia para la Atención Primaria de la comunidad. Máster de Administración Sanitaria. ENS, 2002
- 14 Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006 – 2009. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, 2006

ANEXO: Resultados del cuestionario remitido a los responsables de Atención Primaria de las Comunidades Autónomas

- 1.- En su opinión, la Atención Primaria está dando una atención (biopsicosocial) e integrada (promoción, prevención, curación y rehabilitación)? Valore de 1 a 5, siendo 1 el valor más desfavorable y 5 muy favorable
7 CCAA han dado una puntuación de 3 y 1 CA ha dado una puntuación de 4
- Aspectos relevantes **favorables**:
 - Prevención y Curación
 - Aspectos relevantes **desfavorables**:
 - Demanda excesiva
 - Poco desarrollo en Promoción, Rehabilitación y Aspectos Psicosociales
 - No orientación al autocuidado
 - Poco desarrollo del papel de Enfermería
-
- 2.- ¿El modelo de Atención Primaria ha obtenido logros en promoción de la salud en población sana?
En adquisición de hábitos saludables:
7 CCAA han dicho SI y 1 CA ha dicho NO
- En caso de contestación afirmativa, especifique ejemplos con evidencia científica:
 - Ejercicio físico
 - Hábitos alimentarios
 - No fumar
- En cambios de estilos de vida saludable:
6 CCAA han dicho SI, 1 CA ha dicho NO y 1 Ns/Nc
- En caso de contestación afirmativa, especifique ejemplos con evidencia científica:
 - Tabaquismo
 - Promoción de la salud dirigido a jóvenes, prevención o reducción del consumo de tabaco, alcohol y cánnabis (Trabajo publicado)
 - Alcoholismo
-
- 3.- ¿El modelo de Atención Primaria ha obtenido logros en responsabilidad de la propia salud y mejora en el autocuidado?
4 CCAA han dicho SI, 4 CCAA ha dicho NO
-
- 4.- ¿El modelo de Atención Primaria ha obtenido logros en prevención de la enfermedad?
Los 8 CCAA han dicho SI



- En caso de contestación afirmativa, especifique ejemplos con evidencia científica:
 - Vacunación universal
 - Control de factores de riesgo cardiovascular
 - Atención a la Mujer / Screening de Cáncer de Cervix
 - Programa del Niño Sano

5.- Según el modelo de Atención Primaria, el 70 – 75 % de los problemas de salud deberían ser resueltos en el primer nivel asistencial. Diga el porcentaje de problemas resueltos actualmente en el primer nivel asistencial de su Comunidad Autónoma:

La mayoría opinan que se resuelve entre un 60 y 75% de los problemas. Seis CCAA basan su contestación en “opinión propia” y dos CCAA lo basan en estudios realizados.

6.- En su opinión, para mejorar el porcentaje de problemas de salud resueltos en Atención Primaria en su Comunidad Autónoma, ¿qué mejoras deberían desarrollarse o potenciarse? (las contestaciones no son mutuamente excluyentes):

Mayor equipamiento en los centros de salud **6 CCAA**

- En caso de contestación afirmativa, especifique equipamientos:

- Ecógrafos
- Espirómetros
- Retinógrafos
- Cirugía Menor

Mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas **7 CCAA**

- En caso de contestación afirmativa, especifique pruebas diagnósticas:

- Ecografía
- Endoscopias, especialmente digestiva
- Tomografía Axial Computarizada (TAC)
- Resonancia Magnética (RNM)
- Laboratorio completo como hospital

Mayor accesibilidad a intervenciones terapéuticas **5 CCAA**

- En caso de contestación afirmativa, especifique intervenciones terapéuticas:

- Cirugía Menor
- Infiltraciones
- Anticoncepción postcoital
- Control Anticoagulación oral

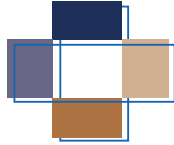
Mejor comunicación con atención especializada **8 CCAA**

- En caso de contestación afirmativa, especifique mejoras en comunicación:
 - Especialista Consultor
 - Sistema para compartir información clínica on-line (incluye tele dermatología, radiología digital,...) y de comunicación rápida (teléfono, e-mail,...)
 - Protocolos de actuación conjuntos / Comisiones y Jornadas conjuntas
 - Mejor formación de los profesionales de Atención Primaria & CCAA
 - En caso de contestación afirmativa, especifique mejoras en formación:
 - Específico de Atención Primaria
 - Conjunta con Atención Especializada
 - Organización de la Formación (reglada, acceso a suplencias,...)
-

- 7.- En su opinión, ¿los Equipos de Atención Primaria de su Comunidad Autónoma tienen flexibilidad en la organización de su jornada laboral?:
3 CCAA han dicho SI, 5 CCAA ha dicho NO
- Justificación contestación afirmativa:
 - Recae fundamentalmente en la Dirección del Centro
 - Justificación contestación negativa:
 - Rigidez en la organización de los Servicios Regionales de Salud
-

- 8.- En su opinión, ¿Atención Primaria ha logrado el papel de gestión y orientación de cuidados dentro del conjunto del sistema sanitario (“gatemanager”) en su Comunidad Autónoma?:
2 CCAA han dicho SI, 5 CCAA ha dicho NO y 1 CA ns/nc
- Justificación contestación afirmativa:
 - Aspectos puntuales sin llegar al concepto global de “gatemanager”: liderazgo en los procesos compartidos y en el papel de enfermería
 - Justificación contestación negativa:
 - Falta de motivación de los profesionales
 - Falta de un sistema de información necesario para desarrollar el papel de “gatemanager”
-

- 9.- En su opinión, el grado de descentralización de la gestión en Atención Primaria en su Comunidad Autónoma es:
La mayoría de las CCAA opinan “Medio-Bajo”
- Justificación del grado de descentralización:
 - Positivamente: Gestión de tiempos y sustituciones. Cultura de evaluación e incentiación



- Negativamente: Rigidez de estructuras organizativas. No gestión de consumos, plantillas y presupuestos. No se ha favorecido la descentralización

10.- En su opinión, el presupuesto asignado a Atención Primaria en su Comunidad Autónoma es:

4 CCAA opinan que es suficiente – adecuado y 4 CCAA manifiestan que es insuficiente

11.- En su opinión, la plantilla actual en Atención Primaria en su Comunidad Autónoma es:

La mayoría opinan que es insuficiente

- En caso de contestación de que haya contestado insuficiente, especifique las categorías con más insuficiencia:

Fundamentalmente facultativos, seguido de enfermería, fisioterapeutas y personal administrativo

12.- En su opinión, el grado de motivación de los profesionales de Atención Primaria en su Comunidad Autónoma es:

La mayoría opinan que el grado de motivación es “Medio”

- Lo que influye en la balanza como positivo:

- La participación en programas, comisiones, formación continuada,...

- Lo que influye en la balanza como negativo:

- Carga de trabajo

13.- En su opinión, ¿el modelo de Atención Primaria está agotado?:

Las 8 CCAA manifiestan que NO, aunque una CA opinó que Sí pero su propuesta de desarrollo posterior no modifica el modelo

14.- En caso de que opine que el modelo no está agotado, ya que es posible introducir mejoras, especifique aquellos aspectos que considere necesario **lograr**:

- Mayor capacidad de resolución
- Mayor protagonismo de Atención Primaria
- Impulsar la promoción y la prevención
- Participación de los ciudadanos

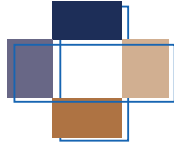
- Proponga posibles medidas en relación con su propuesta:

- Mayor capacidad de resolución
 - Incremento o total acceso a pruebas diagnósticas

- Herramientas de gestión clínica
- Incremento de capacidades y competencias profesionales

- **Mayor protagonismo de Atención Primaria**
 - Autonomía de gestión / descentralización
 - Flexibilidad organizativa
 - Desburocratización de la práctica asistencial
 - Cambio del sistema retributivo
 - Crear condiciones necesarias para un trabajo gratificante de todos los estamentos profesionales, impulsando el desarrollo profesional y la distribución adecuada de cargas de trabajo.
 - Diversificar los canales para poder pedir una cita con antelación: por correo electrónico, por teléfono o dejando un mensaje en el buzón de voz. Próximamente también a través de Internet.
 - Rediseño de las agendas de los profesionales, ampliando de forma significativa los huecos reservados para garantizar la cita en el día, siempre que sea necesaria.
 - Asegurar que los pacientes salgan del Centro con la cita para la próxima revisión
 - Rediseñar los distintos circuitos asistenciales.
 - Realizar consultas de alta resolución coordinando mejor las distintas actividades médicas y de enfermería para evitar que el paciente tenga que volver otro día.
 - Poner en marcha un teléfono de atención personalizada para resolver trámites y atender dudas y consultas que puedan ser resueltas sin necesidad de acudir al Centro.
 - Dotar al personal administrativo de nuevas capacidades e instrumentos de apoyo informatizados para que puedan resolver de manera más ágil las necesidades de los pacientes.
 - Eliminar al máximo los trámites administrativos de escaso valor que obligan a continuos desplazamientos al Centro. La puesta en marcha en los próximos meses de la Receta Electrónica supondrá sin duda la mejora más significativa en este campo.

- **Impulsar la promoción y la prevención**
 - Promover el autocuidado e incrementar la autonomía e implicación del paciente en su proceso



- Incorporar a la enfermera a la atención inicial de determinadas molestias, síntomas iniciales y tensiones de la vida diaria, dudas en el cuidado de nuestros hijos, etc., situaciones que de entrada no es recomendable medicalizar y que requieren un modelo de atención más natural y educativo que nos ayude a autocuidarnos; modelo de atención para el cual la enfermera es el profesional idóneo.
 - Elaborar protocolos para los motivos de consulta más comunes susceptibles de autocuidados con material informativo para los pacientes.
 - Diseñar una estrategia de autocuidados en riesgo cardiovascular dirigida a incrementar la implicación de los pacientes en los factores de riesgo.
 - Consulta a demanda de enfermería.
- **Participación de los ciudadanos**
 - Asegurar un tiempo de atención por paciente adecuado que permita incrementar la información al paciente sobre su proceso.
 - Diversificar la oferta de servicios para atender las demandas y expectativas de los ciudadanos, adaptando la modalidad de atención y el profesional idóneo para cada tipo de proceso.
 - Todos los comentados en el apartado de promoción y prevención relacionados con el autocuidado.
- ¿Sus medidas garantizarían la promoción de la salud?:
4 CCAA contestan afirmativamente
- ¿Su medidas garantizarían la continuidad asistencial?:
4 CCAA contestan afirmativamente
- Describa sistema de evaluación de la alternativa que propone:
Únicamente contestan 3 CCAA : Mantienen sistemas continuistas de cumplimiento de contrato de gestión, aunque dos CCAA proponen CMBD o indicadores del documento AP XXI
- Describa sistema de incentivación de la alternativa que propone:
Únicamente contestan 3 CCAA. Según contrato de gestión. Una comunidad autónoma propone aumentar la parte variable del sistema retributivo en 2/3 del cómputo total.

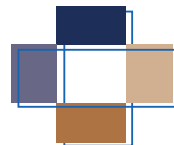
15.- Como última pregunta, le solicitamos haga un ejercicio de reflexión. Supongamos la constitución de un nuevo modelo de Atención Primaria, piense en estructura, recursos, organización, oferta de servicios, sistema de información, sistema de evaluación, sistema de incentivos u otros aspectos del primer nivel asistencial.

En su opinión, qué elementos actualmente existentes, deberían mantenerse en el nuevo modelo:

- Trabajo y Objetivos de equipo
- Oferta de Servicios

En su opinión, qué elementos actualmente existentes, deberían eliminarse en el nuevo modelo:

- Rigidez organizativa
 - Burocratización de la labor asistencial
 - Fractura en la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada
-



Cualquier opción de futuro pasa por tener en cuenta al profesional

Benjamín Abarca Buján

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Para saber realmente “dónde estamos” quizás sea bueno hacer un somero repaso a “de dónde venimos” y qué ha pasado en este tiempo. Y en este repaso es imprescindible tener en cuenta algunos hitos que marcaron evolución: la “universalización de la asistencia sanitaria” será el más claro exponente de estas reformas. Se trata de una época en la que se rompe la tendencia al ‘hospitalcentrismo’, se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y se empieza a plantear que es el médico de Atención Primaria quien debería ser la figura fundamental de este nuevo sistema. Un modelo de Atención Primaria (AP), iniciado allá por 1984 por el INSALUD y desarrollado luego por las distintas Comunidades Autónomas, que logró mejorar la atención que se prestaba de una forma impensable años antes, no solo por la consecución de resultados en el ámbito de la salud sino también, y no menos importante, para conseguir un Sistema Sanitario sostenible.

La creación de estructuras acordes a los nuevos planteamientos logró entusiasmar: la nueva red de Atención Primaria era percibida como más dinámica, con un mayor uso de historias y protocolos clínicos, un mayor acceso, aunque limitado, a nuevas pruebas complementarias, una reducción en las prescripciones y en las derivaciones, modernización en los procedimientos administrativos, y una mayor dedicación de tiempo al paciente, asegurando con todo ello un aumento de la calidad del servicio que también percibieron los usuarios, convirtiéndose en los centros mejor valorados de toda la oferta sanitaria. Por otro lado, se inicia una nueva relación con los profesionales incorporando modelos de incentivos ligados a la obtención de resultados. Sin embargo, todos estos factores positivos no fueron acompañados de cambios en la organización de los recursos humanos que eran imprescindibles y que condicionaron sobremanera el desarrollo de los

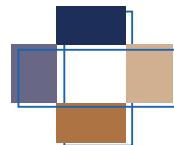
equipos de Atención Primaria, principalmente los referidos a una estructura jerárquica definida o el abordaje del rol que debía asumir cada uno de los profesionales, y concretamente la enfermería: las consecuencias de todo ello las estamos viviendo en la práctica cotidiana.

Después de los incuestionables logros conseguidos y el crecimiento espectacular en lo que se refiere a su peso en el sistema sanitario y al reconocimiento social, a lo largo del último decenio el deterioro de la Atención Primaria se ha ido consumando y hoy los centros de salud se ven impotentes para dar solución a todos los nuevos retos, quizás porque la demanda de servicios por parte de los ciudadanos prácticamente se ha duplicado y sin embargo los recursos no se han incrementado en la misma proporción; además de que los cambios sociales, políticos, económicos, profesionales y científicos plantean nuevas exigencias y, aunque formalmente la Atención Primaria se reconoce como una prioridad política, se constata que ello no tiene reflejo significativo en los presupuestos para desarrollarla adecuadamente, y paralelamente se vislumbra cierta potenciación de la atención hospitalaria, con el atractivo que supone la tecnificación de la misma y que políticamente parece más rentable.

El profesional, en el que se percibe cierto cansancio emocional, despersonalización y minusvaloración profesional, tiene la percepción, como ha constatado la SEMG en su estudio "El estado actual de la AP", de que las mejoras que se empiezan a implantar en los últimos tiempos, a través de los denominados planes de mejora de la AP desarrollados por las Comunidades Autónomas en línea con la denominada Estrategia AP21, no se visualizan y manifiesta mayoritariamente que la situación de la AP "sigue igual o ha empeorado".

Como consecuencia de todas estas situaciones se observa un cierto interés político hacia la gestión descentralizada, presentándola como la solución "panacea" de los males arrastrados por los modelos "tradicionales". Los factores que han podido sustentar este interés son de diversa índole, destacando entre ellos el hecho de las limitaciones para poder variar el modelo hospitalario, por las dificultades extraordinarias que supone, y por la gran resistencia al cambio del sector, haciendo que se vea a la primaria como la forma de obtener, al menos, algún pequeño éxito político.

En los últimos años hemos asistido al intento de encontrar el/los modelos que permitieran obtener la mejor o por lo menos más eficiente ges-



tión clínica. La carrera hacia la implementación de diferentes formas de gestión en las distintas Autonomías (ya sea como unificación de gerencias, o como autogestión), no expresa una necesidad sentida por la población, satisfecha de la atención que se le presta. En el lado de los profesionales, como ya comentábamos, podríamos resumirlo con la palabra “desinterés”, ya que éste se decanta más hacia la búsqueda de soluciones de los problemas cercanos a su trabajo, del día a día, como la burocratización creciente o el escaso tiempo de atención, que le agobian de forma continuada y sin observar respuestas adecuadas, a pesar de su conocimiento por parte de la administración sanitaria específica.

Cuando se analizan las diferentes experiencias llevadas a cabo se observa, casi de forma generalizada, la no participación en su diseño y puesta en marcha de los estamentos profesionales (sociedades científicas, colegios médicos, sindicatos...), actuando casi siempre como meros espectadores en sus primeras conclusiones, solicitando, a renglón seguido, la colaboración para que el proyecto salga adelante. El objetivo sería poder incrementar la capacidad de decisión del profesional, dentro de la organización de su actividad, incluyendo la posibilidad de poder gestionar los recursos necesarios para llevarla adelante. Esto implica su participación en todo el proceso, planificación, desarrollo y consecuencias de los resultados, incluyendo circuitos de mejora. Existe el riesgo de que algunos gobiernos autonómicos lo que en realidad quieren son médicos buenos gestores, no buenos clínicos, prodigando especial atención a los que son buenos gestores, surgiendo en la profesión dos tipos de médicos: los que tienen capacidad de gestión y los que son buenos clínicos. Una pregunta que dejamos en el aire es que con la generalización de estos proyectos, el médico ya no tendrá suficiente con la idea de medicina basada en la evidencia, con los protocolos clínicos, pasará a convertirse en un médico-gestor que canalice la satisfacción del paciente y la cuenta de resultados. ¿Dónde se pone el límite a cada tarea?

¿La reforma de la reforma?

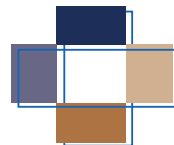
En el momento actual, con retos infinitos y recursos limitados, se buscan nuevas fórmulas de gestión para una sanidad con un concepto de uni-

versalidad. El médico de familia del futuro tendrá que hacer frente a retos que ahora son emergentes, tales como la atención a una población envejecida, con pluripatologías, coordinar la atención prestada por diversos profesionales, proteger a sus pacientes de intervenciones innecesarias, orientarle y guiarle y, por supuesto, curar o aliviar sus problemas de salud. Los gobiernos pueden intentar promover el fortalecimiento de los sistemas de Atención Primaria de la salud de muy diferentes formas, unas mediante nuevos modelos de gestión y coordinación, o mediante la ampliación de la cartera de servicios, pero su éxito siempre dependerá de contar con el apoyo de los profesionales.

Para que sea viable, el presupuesto de la Atención Primaria debe incrementarse y aproximarse al 25% del presupuesto sanitario, muy lejos de la media actual de las Comunidades Autónomas que difícilmente sobrepasa un 15%; además, si seguimos las recomendaciones de la OMS, el porcentaje de médicos de familia en el conjunto del Sistema Nacional de Salud debe representar más de la mitad (actualmente un 42%), dado que, como puerta de entrada del sistema, el médico de cabecera español realiza más del 80% de todos los actos médicos del SNS y ello se traduce en que resuelve cerca del 90% de todos los problemas de salud que atiende, siendo por tanto también la puerta de salida.

El futuro del primer nivel asistencial dependerá de lo que a nuestro juicio son premisas fundamentales: mantener una atención de calidad, darle al profesional autonomía en su práctica diaria y capacidad para organizarse, y aumentar el poder de decisión de los médicos de AP con respecto a otros niveles, ampliar la cartera de servicios, introducir cambios en la organización y finalmente mejorar su remuneración, sin esas premisas su futuro será incierto.

En cuanto a la autogestión, sin una evaluación de los nuevos modelos que permita valorarlos y compararlos para establecer si mejoran el modelo actual, será imposible la viabilidad de cualquier reforma. Y en la actualidad ninguno de los que se aplican en España cumple los cinco requisitos mínimos para garantizar su viabilidad: transparencia y facilidad de acceso a la información, participación activa de los profesionales en su elaboración, aplicación voluntaria, existencia de un plan piloto y evaluación externa del



modelo por parte de instituciones independientes que garantice la comparación para que se puedan determinar sus ventajas e inconvenientes.

Pero todo esto seguramente es imprescindible pero no suficiente, probablemente es necesario dotar a los Centros de Salud de autonomía para la gestión tanto de los recursos humanos, como de los servicios que se prestan, como de la capacidad de elección de los consultores de otras especialidades, de los medios diagnósticos o terapéuticos precisos, si queremos dar respuesta a lo que el ciudadano demanda de nosotros, que no es otra cosa que un profesional altamente cualificado para que le resuelva la mayoría de los problemas de salud y para que en aquellos que no pueda resolverle tenga capacidad para orientarle y guiarle.

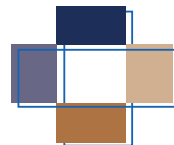
Atención Primaria: Reforma sí, pero completa

Luis Aguilera García

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Tres décadas se han cumplido de desarrollo de nuestro sistema sanitario desde que se le asignara un papel central tanto a la Atención Primaria como a su principal especialidad médica, la Medicina Familiar y Comunitaria, creada en 1978. En líneas generales, el conjunto del sistema sanitario español ha evolucionado positivamente hacia una mayor capacidad de servicio y de resolución de problemas de salud. Un logro, sin duda, del todo, que en buena medida cabe achacar, fundamentalmente, al desarrollo y crecimiento de una de sus partes: la Atención Primaria. A pesar de las asignaturas pendientes (entre los grandes olvidados, podemos destacar la incorporación de los ciudadanos en la toma de decisiones o el enfoque preventivo en nuestro sistema sanitario) y de las múltiples dificultades, la contribución de la medicina de familia y de los profesionales de los centros de salud viene a arrojar un balance positivo en lo referente a la salud durante estos treinta años en España.

Si como dice el viejo tango ‘veinte años no es nada’, treinta es un poco más que nada. Desde luego, no ha sido tiempo suficiente para completar el modelo de Atención Primaria que permita desarrollar toda su potencialidad transformadora. Más allá del imprescindible incremento de los recursos asignados al primer nivel asistencial (la Atención Primaria arrastra un estrangulamiento presupuestario de años), existen elementos diseñados inicialmente en el modelo que todavía no han sido incorporados; elementos facilitadores de la orientación del conjunto del sistema sanitario hacia un verdadero abordaje integral de las personas enfermas y hacia una atención centrada en la salud. Pero realmente ¿es necesaria la reforma de la Atención Primaria? Si por reformar entendemos volver a formar, no, porque no es necesario empezar de nuevo ni tan siquiera rehacer. Si aceptamos



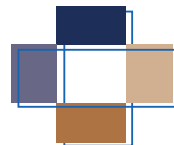
mejora por reforma, sí, pero completando, terminando de construir, con la mayor agilidad posible, lo que nos habíamos propuesto hace veinticinco, treinta años.

Si antes apelábamos al célebre tango de Gardel, ahora lo hacemos con la conocida canción de Bob Dylan: los tiempos están cambiando. Son tiempos nuevos que nos van a exigir un gran esfuerzo de adaptación y ello pesa a que seguramente seamos los profesionales del primer nivel asistencial los que nos encontremos en una posición más avanzada, debido a que a lo largo de todo este tiempo nos hemos preparado para poder afrontar en las mejores condiciones algunos de los cambios que nos depara el futuro. En cualquier caso, todavía nos queda un largo trayecto por recorrer. De lo contrario, podemos vernos abocados a un abismo de desentendimiento con las necesidades de los ciudadanos. Los avances en el ámbito de la biomedicina y en los derechos de las personas se han sucedido a lo largo del XX y han traído como consecuencia la necesidad de asumir cambios profundos para este siglo. Por ejemplo, cambios en los modelos de relación entre el médico y el paciente, entre el médico y el sistema sanitario, entre el sistema sanitario y el paciente y los ciudadanos. Por tanto, si queremos alcanzar elevadas cotas de eficiencia y de influencia en la mejora de la salud de los ciudadanos, es necesario, insisto, comenzar a preparar el futuro.

En los próximos tiempos, la Atención Primaria mantendrá la responsabilidad social de resolver la gran mayoría de los problemas de salud de los ciudadanos. Para continuar desarrollando este cometido deberíamos emplearnos a fondo en perseguir la eficiencia, más en el momento actual en que sentimos que el contexto de crisis económica global lo impregna todo. Precisamente ahora debería ser el tiempo de la capacidad resolutive del primer nivel asistencial, el tiempo de la orientación de nuestro sistema público de salud hacia la mejora del desempeño, la hora del regreso a la Atención Primaria, a sus principios y valores. Hay que incidir en la capacidad resolutive de los centros de salud, en la atención comunitaria, en la participación de cada persona en la toma de decisiones acerca de su propia salud, en la gestión clínica, en la continuidad de los cuidados, en la atención compartida entre distintos especialistas y/o dispositivos asistenciales dirigida por el médico de familia.

El análisis incluido en el Marco Estratégico AP21 2007-2012, elabora-

do por todos los colectivos profesionales y aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, recoge las acciones dirigidas a una transformación eficiente del sistema sanitario. Las Comunidades Autónomas tienen la oportunidad, mediante la aplicación de las estrategias AP21, de promover cambios en sus Servicios de Salud para que estos actúen como Servicios centrados en la mejora de la promoción de la salud de los ciudadanos. Cumplidos treinta años, la vocación generadora de riqueza en términos de salud de nuestro sistema público debería servir como punto de partida en el futuro Pacto de la Sanidad. Parte del trabajo está hecho, y ahora es el momento en el que los políticos deben decidir hacer política sanitaria. Los médicos de familia reiteramos nuestra propuesta firme y es fundamental que se alcancen acuerdos, al menos, en dos vertientes: una, económica, vinculada a una distribución de los recursos sanitarios en función de las necesidades y que corrija las deficiencias y desigualdades, atendiendo a criterios de corresponsabilidad fiscal; otra, sanitaria, vinculada a la orientación y mejora de la organización y del funcionamiento del sistema sanitario.



La Pediatría en Atención Primaria, presente y futuro próximo dentro del Sistema Público de Salud

José Luis Bonal Villanova

Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

La pediatría es parte de lo que se ha llamado “modelo de Atención Primaria”, fue el resultado de la aplicación de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Altá, en septiembre de 1978, en el modelo sanitario español.

Los resultados no se hicieron esperar, la mejora de la atención a los ciudadanos en nuestro caso a la población infantil española, fue más que aceptable.

Actualmente se cuestiona el modelo de Atención Primaria por los médicos implicados y por las autoridades sanitarias, aunque no ha llegado a desarrollarse por completo el modelo de Atención Primaria.

La atención del ciudadano, por los diferentes profesionales implicados en modelo de Atención Primaria, desde su nacimiento hasta su muerte, de una forma universal, es uno de los mayores logros del Estado de Bienestar.

Suponiendo un avance social de enorme trascendencia, hoy día se cuestiona si podrá seguir en pie, por los vaivenes económicos y situación de crisis.

Un correcto funcionamiento, una calidad en la prestación de servicios, una constante preocupación de mejora y continuada formación profesional, son imprescindibles para que la Atención Primaria tenga un nivel adecuado de aceptación por el ciudadano, al cual nos debemos.

Es imprescindible que el médico se encuentre cómodo dentro de ese modelo de atención, en la prestación de sus servicios, en la relación con los demás compañeros y amparado por el sistema de gestión del mismo.

Por desgracia, en el mundo pediátrico, hoy por hoy, eso no ocurre.

La situación es la siguiente:

El 55% de los pediatras considera que las condiciones laborales han

mejorado a lo largo de los años de ejercicio profesional. Solo el 47,5 % considera haber mejorado en la categoría y reconocimiento personal.

El volumen de población atendida es muy variable, según la comunidad autónoma en donde trabaje, oscila entre las 1.232 cartillas por pediatra en Cataluña y las 768 de Asturias, la media española se fija en 1.039, cuando el cupo óptimo se fija en 800, dadas las características de la atención pediátrica.

La media de pacientes atendidos es de 32, considerándose óptimo 21. Estas cifras se superan ampliamente en comunidades como la andaluza.

El tiempo medio dedicado a cada paciente es de 9'4 minutos.

El porcentaje de pacientes atendidos entre 0 y 2 años suponen el 47'5% y entre 3 y 6 años el 30%. Si hacemos un simple cálculo del tiempo que tardan unos padres en quitar parte de la ropa al niño de esa edad, podemos apreciar que el tiempo dedicado a la exploración es ínfimo.

La jornada laboral para el 71'4 % de los pediatras es de 35 horas. Su distribución y posibilidad de conciliación de la vida familiar supone bastante problema en muchos casos.

En referencia al nivel de ingresos del pediatra, un 55'2 % percibe entre 2.000 y 3.000 euros al mes.

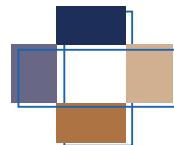
La composición de los Equipos de Atención Primaria en los últimos 4 años ha sido de un 45'1% de Médicos de Familia, un 44'9% de Enfermeras y un 10% de Pediatras, registrándose variaciones mínimas. Esta situación da lugar a una sensación de aislamiento por parte de muchos pediatras y una realidad a la hora de solicitar recursos o tener voz dentro del equipo, impuesto por la inferioridad numérica.

El 38'8% de los pediatras manifiesta la necesidad de aumentar los recursos de enfermería destinados a la pediatría, esta cifra puede variar mucho en función del lugar de trabajo.

Igualmente se reclama la necesidad de que el personal de enfermería, que colabora con el pediatra, tenga una formación específica.

El grado de satisfacción en relación a las condiciones laborales en una escala de 0 a 10, sería como media:

- Estabilidad laboral o tipo de contrato: 7'7
- Función o tareas que realiza: 7'2



- Horario o jornada laboral: 7'1
- Posibilidades de conciliación vida laboral y familiar: 6'4
- Ingresos económicos: 5'9
- Número de pacientes que atiende al día: 5'8

El grado de satisfacción en relación a los aspectos organizativos, como media:

- La organización dentro del equipo: 6'3
- La coordinación con otros profesionales: 5'9

Si analizamos los porcentajes referentes a las oportunidades de desarrollo profesional fácilmente se puede ver un grado de frustración evidente:

- Posibilidades de formación continuada: 4'8
- Posibilidades de desarrollo o promoción profesional: 3'9
- Posibilidades de realizar investigación: 3'2

La situación descrita con anterioridad, sin entrar en detalles más complejos, es la que describen los pediatras españoles según el estudio de investigación realizado por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria en el año 2008.

Situación que no ha sufrido grandes cambios en relación a anteriores estudios, lo que indica que los males que atañen a la Atención Primaria, parcela pediátrica, no han recibido el tratamiento adecuado por parte de las Administraciones implicadas.

Pensamos que la situación puede y debe de mejorar, en coordinación con los diferentes equipos implicados.

Los pediatras podemos aportar soluciones.

Somos conscientes de la necesidad de avanzar, queremos mejorar, y el ciudadano lo aprecia, a pesar del continuo y progresivo deterioro del sistema de salud, gracias al esfuerzo de los médicos.

Mejoraremos todos, si se mejoran las condiciones profesionales y laborales de los Equipos de Atención Primaria. Si la presión asistencial baja. Si la educación para la salud hace que baje la hiperfrecuentación de las consultas o bien se establecen otros elementos disuasorios y reguladores como el discutido copago de las prestaciones sanitarias.

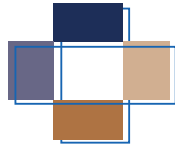
Hay que permitir la permanencia de pediatras de más de 65 años en su puesto de trabajo, siempre que estos lo acepten y reciban el incentivo

correspondiente.

Habrá que evitar la sangría que supone la pérdida de médicos que salen a trabajar fuera de nuestro país o abandonan el sistema sanitario público en busca de unas mejores condiciones.

Y por supuesto es necesario hacer una planificación adecuada de las necesidades de especialistas, para proceder a su formación, ampliando las que actualmente se ofertan en las convocatorias MIR.

Estas medidas son algunas de las que forman parte dentro de una visión global de la pediatría de Atención Primaria que la SEPEAP ofrece, ante un análisis actual y real de la situación, siempre con el convencimiento y defensa absoluta de que el especialista más cualificado en la atención del niño y del adolescente es el pediatra.



La Atención Primaria desde la perspectiva de los pacientes

Albert J Jovell

Foro Español de Pacientes

No cabe ninguna duda de que la Atención Primaria (AP) es el dispositivo sanitario central para los pacientes. La elevada prevalencia de las enfermedades crónicas, la mayor supervivencia de los pacientes afectados por enfermedades agudas, el envejecimiento de la población, la cercanía a la ciudadanía, la mayor capacidad de resolución de la AP y el hecho de que ésta se visualice más entre la población son algunos factores que promueven la centralidad de la AP en nuestro sistema sanitario. A ello se une la mejor preparación de los profesionales en un modelo de atención que combina la visión general del paciente con visiones especializadas en áreas específicas, como son la diabetes, el riesgo cardiovascular y otras similares. En este sentido, la reforma de la AP, iniciada hace más de 20 años, ha conseguido sus principales objetivos y, posiblemente, debería hacer un esfuerzo por medir esos resultados y visualizar en ellos un refuerzo de la autoestima de sus profesionales y de las posibles áreas de mejora.

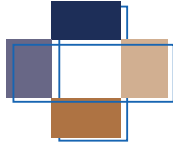
En AP no se puede dar nunca por finalizada una reforma, ya que la complejidad de la medicina requiere ir incorporando progresivamente nuevas competencias profesionales, nuevas tecnologías y nuevos modelos organizativos. La reforma en AP es dinámica y, por lo tanto, debe ir adaptándose a los cambios sociales y tecnológicos, así como a la disminución de los efectivos profesionales y a las crisis económicas generadas por el fracaso de profesiones no sanitarias. Entre estas necesidades de adaptación podría incluirse el partenariado comunitario entre profesionales y asociaciones representativas de la sociedad civil para la gestión de centros públicos, organizando una provisión de servicios más cercana a las necesidades de los pacientes. A ello se podrían asociar otros modelos de organización y gestión, cuya misión común debe ser preservar la equi-

dad y garantizar una alta calidad de la atención sanitaria a la ciudadanía preservando la universalidad y la gratuidad. No se debería contemplar la AP desde un único modelo organizativo.

Los éxitos de la AP en España garantizan la confianza necesaria para que colectivamente se planteen áreas de mejora. La Agenda Política del Foro Español de Pacientes plantea acciones específicas que pueden contribuir a la mejora de la AP (www.webpacientes.org/fep). Entre ellas destacan: la mejor coordinación de la AP con los hospitales y con los centros sociosanitarios, la mejora del cumplimiento terapéutico, el seguimiento del paciente crónico por parte de enfermería y la incorporación de programas de educación para pacientes. Los problemas de coordinación entre AP y atención hospitalaria son muy frecuentes y son causa de errores médicos, atribuibles a prescripciones duplicadas, entre otros factores. El incumplimiento con la terapia, o el cumplimiento inadecuado, es posiblemente el principal problema de salud pública en AP, cuyas consecuencias son gravísimas en términos de morbilidad vascular, ataques agudos de asma, EPOC reagudizadas o complicaciones de la diabetes que se podrían prevenir o retrasar.

Estos diferentes problemas existentes en la AP podrían prevenirse con una reorganización de las cargas de trabajo y de las responsabilidades de los profesionales de la AP, reservando a los médicos para las tareas propias del diagnóstico y el tratamiento de condiciones clínicas, liberándolos de las tareas administrativas y del seguimiento del paciente crónico controlado. Otro elemento a tener en cuenta es las ventajas que proporciona la educación de los pacientes y cuidadores en competencias y habilidades específicas de autocuidado y monitorización de su enfermedad. Diferentes estudios demuestran que este tipo de educación, como la proporcionada en España por la Universidad de los Pacientes (www.universidadpacientes.org), ofrece múltiples beneficios, entre los que se incluyen: disminución del número de visitas a urgencias, menor frecuentación de la AP, mayor cumplimiento terapéutico y mejoras en el conocimiento que los pacientes tienen sobre su enfermedad y en su nivel de autoestima.

Finalmente, una buena valoración de la AP surge de los estudios realizados en la opinión pública. Así, el estudio sobre “Confianza en el Sistema Nacional de Salud”, realizado por la Fundación Josep Laporte y la Harvard



University, en 3.010 ciudadanos españoles ofreció resultados muy clarificadores: el 90% de los ciudadanos confiaban en su médico de AP, el 81% conocía su nombre y la AP era uno de las instituciones en las que más confiaba la población. Esos datos justifican que los cambios que se han ido produciendo en la AP en los últimos años han sido muy bien valorados por la ciudadanía. Felicidades por su capacidad de mejora y a seguir mejorando.

Modelo actual de Atención Primaria ¿está acabado?

Maribel Macian Morro

Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

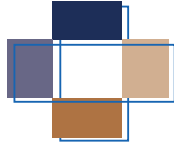
Desde la FAECAP pensamos que no está acabado, pero sí en serio peligro y si sigue sin ser adaptado a la actual demanda, en poco tiempo será inviable.

Hay varios aspectos que es imprescindible modificar para que la Atención Primaria sea operativa, resolutive y responda tanto a las necesidades actuales de la población como a ser un modelo sostenible desde el punto de vista económico.

En primer lugar es necesario reconocer que el modelo biomédico no funciona desde hace tiempo. Éste modelo es el responsable de que todo el sistema sanitario gire en torno a la figura del médico, en lugar de girar en torno a las necesidades de la población, además de haber pretendido dar solución a los problemas casi exclusivamente con fármacos y múltiples pruebas complementarias, aumentando enormemente el gasto y siendo manipulados en muchos casos, por la industria farmacéutica.

En segundo lugar, ya no resulta aceptable que la puerta de entrada al sistema sea un único profesional sanitario, pues esto ocasiona una demora en la asistencia que los usuarios solucionan acudiendo de forma reiterada y por procesos banales a las puertas de urgencias de los hospitales, con el consiguiente colapso de los mismos, retraso en la asistencia de procesos urgentes y percepción de asistencia tardía, de mala calidad y desánimo de los profesionales.

Una reforma urgente consiste en reconocer y habilitar a la enfermera como puerta de entrada al sistema, impulsando la figura de la Enfermera de Familia y Comunitaria y que además los usuarios puedan elegir libremente. El modelo de cuidados de enfermería por necesidades de salud y con su visión holística de los pacientes, sí da solución al tipo actual de demanda.



También es necesario que la enfermera pueda desempeñar su trabajo de forma finalista, pues el actual sistema que nos obliga a depender de otro profesional, por ejemplo para preescribir un apósito, resta resolutivez al sistema y sobrecarga la consulta del médico de familia de forma poco operativa.

Otra reforma necesaria es el desarrollo de la LOPS, que ningún gobierno se atreve a llevar a cabo pero que resulta imprescindible para el correcto funcionamiento del trabajo en los equipos.

La asignación del nº de pacientes/profesional debe calcularse según las cargas de trabajo, valorando grado de dependencia de la población, edad media, dispersión geográfica, problemas sociales,...

Un aspecto que creemos muy importante para que la Atención Primaria no se separe por completo de su finalidad inicial, pasa porque en todos los puestos de gestión con capacidad para la toma de decisiones, haya una enfermera asistencial, con pleno conocimiento de la realidad de la Primaria y del trabajo en Equipo y evitar así que un colectivo desarrolle estrategias que afectan a otros, con el consiguiente fracaso de las mismas, por ejemplo actividades de promoción y prevención de la salud.

Por último, es necesario pedir responsabilidad a los usuarios en el uso del sistema. La administración ha permitido que los usuarios hayan confundido lo "público" con lo "gratuito" y el sistema esté infravalorado. Nadie como quien escribe estas palabras para sentirlo, pues fui compañera de la residente asesinada en el Centro de Salud de Moratalla, donde trabajo desde hace 14 años, por un usuario del mismo al que según él "no se atendió correctamente" y esto era cuando él dijo y cómo él dijo. Los profesionales no nos sentimos apoyados por la administración, el usuario siempre lleva la razón.....

Documento de reflexiones en Atención Primaria

Julio Zarco Rodríguez

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

Jesús Vázquez Castro

Director Médico Área 5. Madrid. Socio de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

Introducción

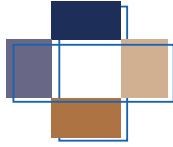
Tras más de veinte años de implantación de lo que se vino en llamar la Reforma de la Atención Primaria se han conseguido alcanzar muchos de los objetivos marcados. La universalización de la asistencia es un hecho, se ha avanzado mucho en el camino de la equidad del sistema y se han alcanzado niveles de satisfacción por parte de la población más que aceptables.

Sin embargo existe en la sociedad cierta inquietud por la situación de la sanidad actual. Tras la utopía de “salud para todos en el 2000” nos encontramos con la realidad de una sociedad cada vez más hedonista, que no tolera el más mínimo sufrimiento y que exige más y mejores niveles de asistencia sanitaria.

Los cambios sociales acaecidos en los últimos veinticinco años, el incremento de la edad de la población, y, el aumento demográfico consecuencia de la inmigración configuran una realidad nosológica diferente. Estos cambios en el modelo de enfermedad deben orientar la estructura sanitaria de España, hacia la potenciación de la Atención Primaria.

Algunas reflexiones

Se debe desterrar la idea de que la Atención Primaria es “la puerta de entrada” del sistema sanitario. Debe dejar de ser considerada como una distribuidora de flujos asistenciales para pasar a ser considerada como el nivel asistencial donde el paciente vive, enferma, sana, se rehabilita y de la



que, ocasionalmente, sale hacia otros niveles de asistencia. Para alcanzar esta consideración debe asumir aquellas competencias para las que está sobradamente capacitada.

La satisfacción del usuario se relaciona con la continuidad asistencial, la duración de las consultas y la relación médico-paciente. Por otro lado, la accesibilidad, la continuidad asistencial, la duración de las consultas, la relación médico-paciente y la práctica de actividades preventivas se asocia con mejoras en la salud de la población. Continuidad, duración de las consultas, la relación médico-paciente y la práctica de actividades preventivas son componentes que han mostrado ser coste-efectivos en Atención Primaria.

Análisis de la situación actual

Una vez superada la reforma se dice que, actualmente, la Atención Primaria de Salud está en crisis o que está agotada, pierde competencia en ámbitos asistenciales que le son propios, los hospitales la están asimilando considerándola uno más de sus servicios y tiene dificultades para asumir nuevas responsabilidades. Su supervivencia depende de que sepa ofrecer una buena medicina personal y pueda gestionar todos los servicios sanitarios que se ofrecen en la proximidad del paciente.

Son múltiples las causas que han originado la actual insatisfacción de la Atención Primaria y no existe un consenso sobre la fórmula para poder salir de esta situación. Casi siempre se apunta a soluciones parciales sin que estemos muy seguros de su impacto en la globalidad del problema.

En principio las medidas que más se barajan tienen que ver con el aumento del número de facultativos para que éstos puedan disponer de un mayor tiempo de atención a los pacientes y descarga de tareas burocráticas que también puedan incidir sobre esa mayor dedicación.

Las reivindicaciones salariales se han ido plasmando en sucesivos acuerdos durante los últimos años sin que se perciba un mayor grado de satisfacción ligado a estos incrementos retributivos, todo lo contrario el descontento se ha agudizado.

El exponencial incremento de la demanda de atención sanitaria no guarda relación con el aumento de las necesidades susceptibles de ser sa-

tisfechas mediante asistencia médica. En esta situación es fundamental abordar la responsabilidad del propio sistema sanitario como generador de una demanda desproporcionada de actividad ineficiente que consume gran cantidad de recursos asistenciales y de medicamentos.

El seguir aumentando nuestros recursos sin que se aborden cambios sustanciales de gestión de los mismos no sólo no contribuirá a una mayor satisfacción de los profesionales sino que redundará en una no deseable mayor medicalización de la sociedad en su conjunto.

Por ello, parece que las medidas a tomar sólo serán efectivas si pasan por una mayor satisfacción de la sociedad y de los profesionales, a los que hay que dotar de autonomía profesional para que se sientan más implicados y al mismo tiempo puedan obtener mejores retribuciones.

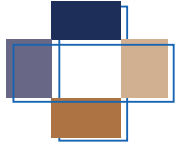
El modelo asistencial de semergen

Ante esta situación, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) plantea la necesidad de un cambio de rumbo en los planteamientos de la asistencia. Esta sociedad considera que la Atención Primaria debe rediseñarse tomando como centro de toda la organización al paciente y a la población, en función del enfoque de las actividades a realizar (asistencia individual o comunitaria).

Teniendo en cuenta los puntos hasta aquí tratados, es discutible que el actual modelo favorezca la consecución de estos objetivos. La presencia de rigideces administrativas y el exceso de burocracia, son algunas de las causas que están impidiendo alcanzar niveles de satisfacción y que motivan la disfunción de nuestros centros.

SEMERGEN, siguiendo las recomendaciones del 2º World Health Congreso, celebrado en las inmediateces de París (marzo del 2006), considera que el cambio organizativo necesario para poder alcanzar una sanidad de calidad centrada en el paciente debe ir asociado a:

Presupuesto económico unido al paciente: La libertad de elección debe ir unida a la idea de que “el dinero seguirá a los pacientes”, es decir donde decida el usuario del sistema sanitario recibir la asistencia es donde se asig-



narán las partidas presupuestarias correspondientes a ese enfermo. Esto implica cambiar la estructura de gestión centralizada que actualmente impera en nuestro modelo. Si el paciente es el garante presupuestario, su satisfacción supone el mantenimiento del presupuesto, por tanto satisfacer esas necesidades es un objetivo a conseguir por la organización.

Por tanto, este cambio de modelo implica la necesidad de gestionar de un modo más eficiente el presupuesto asignado por lo que debemos acompañar a la identificación y satisfacción de las necesidades del paciente, la educación y formación del mismo en su autocuidado.

La descentralización: Debe orientarse, tanto hacia la consecución de objetivos en salud, como en alcanzar la satisfacción de todos los actores que comparten escenario en la Atención Primaria teniendo en cuenta que el éxito del modelo gravita en la coordinación y comunicación estrecha de todos los ámbitos asistenciales (en especial de la primaria y el hospital, sin olvidarnos de los otros garantes de la salud de los pacientes).

Libertad del paciente para elegir el médico que le atienda: La posibilidad de elegir a qué profesional quiere acudir se debe basar en una información precisa y real del perfil de asistencia que oferta cada uno de los médicos, que vendrá determinado por su nivel de Desarrollo Profesional.

La autogestión de los centros: No sólo económica sino plena, teniendo potestad en plantear políticas de financiación, recursos humanos y, fundamentalmente, la introducción de dinámicas de gestión clínica.

Múltiples formas organizativas: Que además de presentar una oferta de alternativas acorde con las distintas expectativas de unos y de otros nos permita en el futuro la comparación y la reorientación hacia las fórmulas más eficientes. En cualquier caso, en todas ellas tendría que cobrar relevancia, la asunción de riesgo ligado a retribuciones variables en función de resultados.

Desarrollo real del trabajo en equipo: La libertad de elección del paciente impone la necesidad de llevar a cabo un verdadero trabajo en equi-

po. Todos los profesionales del centro de salud deberán colaborar para conseguir un fin común, la satisfacción del paciente. Se tendrá que consensuar el modo de reducir la variabilidad en las actuaciones, lo que redundará en un aumento de la calidad del servicio así como de la cohesión del propio equipo.

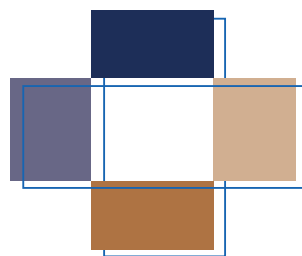
Conclusiones

La Atención Primaria debe influir en el sistema sanitario para que éste sea eficiente y sostenible. Esta influencia se logra con la implicación de los profesionales en la gestión y en su capacidad para mejorar la accesibilidad y resolución de las necesidades sanitarias del ciudadano.

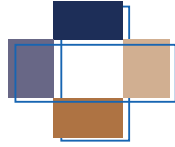
Es necesario, por tanto, avanzar en aquellos mecanismos que permitan un papel más activo y corresponsable de los profesionales sanitarios en la gestión de los servicios.

En este contexto, es necesario modernizar, reordenar y potenciar la Atención Primaria de Salud, para adecuar la oferta de servicios a las necesidades, demandas y expectativas de la población, a través de una intervención integral que comprenda mejoras en la accesibilidad, capacidad de resolución de problemas, organización de los servicios y gestión de los recursos. Estos objetivos específicos deben estar orientados a los ciudadanos, a los profesionales y a la organización y gestión de los servicios.

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INVESTIGACIÓN



- | | |
|---|-----------|
| Investigar en Atención Primaria ¿por qué?
Jordi Daniel i Díez
<i>Junta Directiva de la SEDAP</i> | 61 |
| Apoyo a la investigación en Atención Primaria: experiencia de la Comunidad de Madrid
Elena Andradas Aragonés, Teresa Sanz Cuesta
<i>Área de Investigación y Estudios Sanitarios. Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios "Pedro Laín Entralgo" de la Comunidad de Madrid</i> | 75 |
| La investigación en Atención Primaria: una oportunidad que no podemos dejar pasar
José-Ramón Luis-Yagüe Sánchez
<i>Director Relaciones CCAA
Farmaindustria</i> | 79 |
| La investigación en Atención Primaria
Blanca Parra
<i>Directora de FISCAM</i> | 86 |
| La Promoción de la investigación en Atención Primaria: una Oportunidad para los Sistemas Sanitarios
Pilar Viedma Gil de Vergara
<i>Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Comunidad de Valencia</i> | 90 |
| La importancia de investigar en Atención Primaria
Concepción Violán
<i>Instituto de investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina</i> | 94 |



Investigar en Atención Primaria ¿por qué?

Jordi Daniel i Díez

Junta Directiva de la SEDAP

La Atención Primaria debería tener un papel relevante en la investigación biomédica, sobre todo cuando una parte considerable de este tipo de investigación se realiza sobre problemas de salud prevalentes y atendidos mayoritariamente en la propia Atención Primaria.

La situación de la investigación en Atención Primaria (AP) en relación con otras especialidades médicas y con otros niveles asistenciales es escasa a pesar del peso importante del primer nivel asistencial en el sistema sanitario en nuestro país. La producción científica de nuestros profesionales se ha incrementado en los últimos años pero sigue siendo baja a pesar de las iniciativas desarrolladas para la promoción de la misma.

El informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) pretende describir la situación de la investigación en AP en el momento actual, describir y objetivar los principales factores que favorecen o dificultan un nivel alto de investigación por parte de las instituciones y de los profesionales, describir la organización de un centro sanitario del primer nivel en que la investigación es una de sus líneas de servicio, describir y proponer el papel relevante de los Directivos de Atención Primaria y de sus líderes en la promoción y fomento de la investigación y, por último, establecer las principales propuestas claves para impulsar la investigación en cualquier organización de Atención Primaria desde un punto de vista de organización de servicios, responsabilidad de los directivos de las organizaciones. Este informe va acompañado de la visión de varios expertos que aportando su visión actual complementan el informe de la SEDAP.

Podemos diferenciar en el informe de la SEDAP los siguientes apartados:

- Situación actual de la investigación en Atención Primaria.
- Papel de los directivos de Atención Primaria en la promoción de la investigación.
- ¿Por qué debemos liderar-facilitar la realización de investigación en AP?
- 13 Razones para facilitar la realización de investigación por parte de los directivos de AP
- ¿Cómo debemos organizar el liderazgo (fomento y facilitación) de la investigación en AP?
- Organización de la investigación en Atención Primaria. Propuestas para impulsar la investigación en el primer nivel asistencial.

Situación actual de la investigación en Atención Primaria

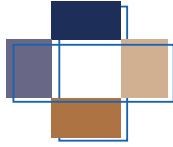
La situación de la investigación en Atención Primaria en nuestro país sigue siendo una constante en cuanto a la limitación de su desarrollo. En los últimos años, después de iniciativas promovidas por la administración sanitaria con la aparición de estructuras de promoción de la investigación en determinadas comunidades autónomas, la investigación en el primer nivel asistencial sigue siendo un aspecto a mejorar.

Existen condicionantes en la Atención Primaria que nos demuestran la obligación de desarrollar iniciativas estables de investigación en AP. Estos condicionantes son:

La población atendida en el primer nivel asistencial es la más parecida a la situación real de la población. Cualquier medida de intervenciones, cualquier estudio de investigación cuanto más cerca de la realidad mejor será su aplicación en la práctica clínica.

La longitudinalidad de la atención. En AP, el servicio longitudinal nos permite una valoración continua de los estados clínicos del paciente durante toda su vida haciendo más real la aplicación de los resultados de la investigación.

Las enfermedades más prevalentes, las intervenciones sanitarias más utilizadas en número cuantitativo de los servicios sanitarios con un gran efecto sumatorio debido a la enorme accesibilidad de los servicios de AP ya



que en cualquier punto del territorio existe servicios de AP, nos obliga a que debamos medir y conocer el efecto de nuestras intervenciones. El medir el efecto de una intervención sanitaria en AP potencialmente representa un enorme conocimiento en toda la comunidad que recibe servicios sanitarios.

La investigación clínica pretende dar respuestas a las preguntas racionales que surgen de la práctica médica, la Atención Primaria es la fuente real de donde surgen las principales decisiones aplicadas a los pacientes.

A pesar de estos condicionantes, podemos ver que la participación en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o europeas no supera el 5% en el año 2002, la participación en ensayos clínicos por parte de los servicios de AP es escasa (menos del 4% de los ensayos clínicos se realizan en AP) y, por último, la poca producción científica tiene poco impacto en la comunidad científica.

Papel de los directivos de Atención Primaria en la promoción de la investigación en Atención Primaria

Los directivos de Atención Primaria tenemos la obligación de liderar (fomentar y facilitar) la realización de investigación y la realización de ensayos clínicos (EC) en el ámbito de la Atención Primaria (AP)

Esta primera afirmación viene desarrollada posteriormente con un razonamiento lógico que responde a las siguientes preguntas:

¿Por qué debemos liderar-facilitar la realización de investigación en AP?

13 Razones para facilitar la realización de investigación por parte de los directivos de AP

¿Cómo debemos organizar el liderazgo (fomento y facilitación) de la investigación en AP?

¿Por qué debemos liderar la realización de Investigación en la AP?

Los directivos de AP habitualmente desarrollan su labor gestionando los recursos que la organización ha destinado para ofrecer servicios sanita-

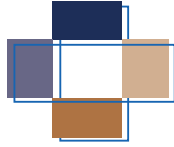
rios de atención sanitaria siendo los profesionales de la AP quienes previenen, curan o paliar los problemas de salud de una población de referencia. Pero en realidad gestionar los recursos no es solo la función de los directivos sino de toda la organización, la clave esta en gestionar la propia atención sanitaria.

La gestión de la atención sanitaria conlleva implícita la gestión del conocimiento y la generación del mismo.

La investigación médica en AP entendida como una actitud de preguntarse constantemente el porqué de las intervenciones que realizamos los profesionales de la salud enfrente de nuestros pacientes y entendida también como la capacidad de conocimiento crítico y reflexivo, debe ser uno de los grandes valores de los profesionales de AP, este concepto de la investigación debe estar implementado en el día a día de todos los profesionales de la AP.

De esta investigación entendida como un valor no hablaré, hablaré de la investigación reconocida como un “servicio” o una actividad específica más de un profesional de AP, de un Equipo de Atención Primaria, o de una dirección de AP, la palabra “servicio” en este contexto de organización se debe entender tal como Kotler definió el concepto de “producto”: “Producto es cualquier cosa que pueda ser ofertada en el mercado para su atención, adquisición, uso o consumo que satisfaga un deseo o necesidad”, la investigación es un “producto” como también lo es el resolver problemas de salud de la asistencia sanitaria.

Actualmente las organizaciones sanitarias y las de Atención Primaria como empresas de servicios se organizan ordenándose alrededor de la actividad clave de la organización. En nuestro caso, nuestra actividad clave, que da la razón de ser de nuestra existencia, es la atención sanitaria: el curar, paliar o prevenir los problemas de salud. Todo el resto de actividades se ordenaran alrededor de ella. Incluida en el concepto de atención sanitaria encontramos otras actividades también claves: programación de usuarios, información, visita en la consulta, visita domiciliaria, prestaciones y derivaciones. Tenemos algunas actividades de ayuda a la clave: laboratorio, radiología, sistemas de información, logística, personal y otras actividades estratégicas que orientan y posicionan a la clave: Guías de práctica clínica,



programas de formación, dirección por objetivos, voz del cliente e investigación. Pero en aquellos equipos que realizan investigación, la investigación pasa a ser una actividad clave de la organización junto con la atención sanitaria.

Los resultados de la investigación médica representada como I&D en las organizaciones es una actividad estratégica que orienta y posiciona la actividad clave de los centros sanitarios.

Un Centro de Salud puede desarrollar su actividad sin tener en cuenta la realización de proyectos de investigación, de hecho tenemos muchos centros de salud que no realizan investigación y tienen un buen “servicio” de atención sanitaria. También sabemos que los resultados de la investigación médica una vez comunicados pueden ser incorporados a la práctica clínica sin ningún problema si aportan una mejora en la atención sanitaria, entonces:

¿Por qué debemos hacer proyectos de investigación si no es una actividad clave y los resultados de la misma los podemos incorporar “copiar” sin ningún problema?

La respuesta es que aquellos profesionales y Centros de Salud que realizan investigación tiene implícitamente una connotación de mejor atención sanitaria, son líderes, son los mejores y en nuestro entorno es importante el esfuerzo en cualquier aspecto de I&D de las organizaciones. Los profesionales y centros de salud que realicen buenos proyectos de investigación serán potencialmente los mejores en la atención de las personas.

La investigación en AP genera tres aspectos positivos en el contexto de la organización que investiga, y están en cada uno de los actores de la organización: en los pacientes, en los profesionales y en el servicio que da la organización.

En los pacientes, la investigación en un centro conlleva una estandarización de los procedimientos y de la práctica clínica que reciben basado en el aprendizaje continuo de los profesionales.

En los profesionales genera un clima de motivación laboral y refuerzo positivo, aumenta la satisfacción de los profesionales y actúa como elemento catalizador de reflexión de buenas prácticas clínicas.

Para los servicios sanitarios conlleva una mejora de las intervenciones

realizadas ya que se aplican en base a un conocimiento aprendido con el método científico.

13 razones para facilitar la realización de investigación en AP

La realización de proyectos de investigación debe ser una actividad clave de la AP igual que la asistencia sanitaria, tal como hemos comentado anteriormente.

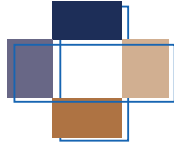
La Atención Primaria debe ser capaz de generar conocimiento propio de su actividad, ya que el servicio sanitario de AP presenta particularidades específicas que lo diferencian del resto de servicios sanitarios, de otras especialidades y de otros niveles de atención.

La mayor parte de la investigación clínica y sanitaria que se realiza en el país tiene lugar en los hospitales o en las universidades. En estas instituciones es donde se ubican casi todos los proyectos con financiación externa, procedente del FIS, de la industria farmacéutica o de la Unión Europea. Sin embargo, en Atención Primaria es donde se detectan la mayoría de las enfermedades, donde se sigue a los pacientes a lo largo de su vida (longitudinalidad) y donde se tiene, por tanto, un conocimiento de la historia natural de las enfermedades más próximo a la realidad.

El hecho de que la mayoría de investigaciones y ensayos clínicos, el tipo de estudio epidemiológico con más posibilidades de atribuir causalidad, procedan del ámbito hospitalario establece serias limitaciones para trasladar sus conclusiones a la realidad de la práctica cotidiana en Atención Primaria.

No es extraño que los conocimientos científicos tarden en ser incorporados a la práctica, ya que los médicos de Atención Primaria apenas participan en estudios experimentales serios. La participación activa de los servicios en la investigación facilitaría la incorporación del conocimiento a la práctica clínica.

Los ensayos clínicos con medicamentos en fase III y IV deberían realizarse preferentemente en Atención Primaria, para conocer la respuesta de los pacientes en estadios subclínicos de la enfermedad y/o con comorbi-



dad y/o con síntomas inespecíficos, de forma que se facilitase la redefinición de los efectos del medicamento.

Detrás de muchas de las enfermedades que más años de vida perdidos ocasionan, están determinadas prácticas de riesgo o agentes causales que, por ahora, no están recibiendo la atención que merecen por parte de los organismos promotores de investigación. Así ocurre con el tabaco, el consumo de alcohol, la práctica de sexo sin protección, los accidentes laborales, el consumo de drogas ilegales, la contaminación, la hipertensión arterial o la inactividad física. El lugar natural donde estudiar fórmulas para abordar estos problemas es la Atención Primaria.

Añadir dos ejes básicos de la investigación en medicina de familia: los seres humanos presentan unos patrones de problemas de salud, unas preferencias y unos comportamientos que deben definitivamente incorporarse a la investigación médica y, por otro lado, el hábitat de trabajo determina de manera decisiva la estrategia de investigación.

El ensayo clínico es un procedimiento fundamental de generación e incorporación de conocimiento propio en Atención Primaria por los médicos de familia para aumentar la efectividad, oportunidad y adecuación de las intervenciones sanitarias.

Es necesario investigar mediante ensayos clínicos y estudios observacionales sobre pacientes reales y habituales, cumplimentación terapéutica, vías de administración más adecuadas, posología más útil y «a la medida» de los individuos en su hábitat natural, así como sobre efectos indeseables y reacciones adversas.

Para que se puedan realizar estudios satisfactorios sobre productos farmacéuticos en Atención Primaria, es necesario formular una propuesta de convergencia que abarque a los tres fundamentales actores implicados: investigadores, promotores (en su inmensa mayoría industria farmacéutica) y Administración Sanitaria (directivos).

El promotor de ensayos clínicos y estudios observacionales de productos farmacéuticos, en general promotor de la industria farmacéutica, debe comprender que existe un enorme potencial de mejora en la realidad actual de los ensayos clínicos si confía en los profesionales de la Atención Primaria, en la inversión en inteligencia local frente a la inteligencia importada

y en la propuesta de ensayos clínicos que produzcan conocimiento innovador con presencia de objetivos de interés mutuo. El promotor debería reconocer en el ensayo clínico un proyecto de investigación que le permita integrarse en el sistema de producción de conocimiento médico general con pleno protagonismo.

Es deseable reconocer al ensayo clínico como un proyecto de investigación que sirve para integrarse en el sistema general de producción de conocimientos médicos y de intercambio profesional. El investigador de Atención Primaria debe corregir la investigación superficial y episódica y proponer problemas de investigación pertinentes en sintonía con líneas prioritarias.

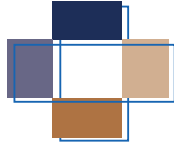
¿Cómo debemos organizar el liderazgo (fomento y facilitación) de la investigación en AP?

El realizar proyectos de investigación es una actividad clave de AP.

La investigación debe estar gestionada y organizada en el entorno de AP. Ello quiere decir que, como cualquier creación de un servicio, es necesario planificarlo y la metodología de creación de un servicio nos ayuda a sistematizar el procedimiento de la organización. Debemos ser capaces de conceptualizar el servicio, conocer su especificidad, identificar clientes, segmentarlos, analizar el entorno, estructurar la oferta de servicios, “servuccionar” el servicio (producir el servicio de investigación), comunicarlo y evaluarlo, todo ello son etapas del marketing de servicios, en la creación y organización del mismo.

Pero en toda organización hay determinados aspectos que marcan el posterior éxito, como son la especificidad, la segmentación de los profesionales sanitarios y la elaboración-servucción de la oferta de servicios.

Dentro de los posibles diseños de una investigación, es cierto que en AP tenemos una gran número de estudios descriptivos, pocos analíticos observacionales (casos-controles y cohortes) y menos analíticos experimentales (ensayos no aleatorios, ensayos comunitarios aleatorios y ensayos clínicos aleatorios). De todos los tipos de estudios siempre existe un líder del proyecto o investigador principal (IP) identificado en la segmentación des-



crita anteriormente. A los directivos les corresponde establecer unos vínculos de proximidad, soporte, ayuda y colaboración estrecha para potenciar la investigación que lidera estos IP, los directivos deben cuidar a los IP que verdaderamente aportan sentido a sus proyectos, pero hay un tipo de estudio en que este IP no está tan claramente identificado como es en el ensayo clínico en que el promotor establece contacto con profesionales que aportan casos al estudio. Las diferencias a destacar son:

Características organizativas que diferencian los ensayos clínicos del resto de investigación:

- Es el tipo de investigación que más aporta al conocimiento científico
- El cliente - promotor suele ser la industria
- El cliente – promotor quiere un rigor metodológico en el profesional de AP que participa en la investigación.

Si la organización decide hacer investigación en AP, no sólo investigación descriptiva y observacional sino estudios analíticos experimentales promovidos por la industria, el directivo o en términos generales la organización, debe crear todas las actividades de soporte y ayuda necesarias para la realización de esos estudios que son:

- Facilitar la acreditación de la formación de los profesionales de AP en ensayos clínicos (EC).
- Velar por el cumplimiento de las leyes y normas éticas para la realización de ensayos clínicos. Hay pocas actividades humanas tan reguladas internacionalmente como la investigación con productos farmacéuticos en seres humanos.
- Facilitar elementos de gestión de las retribuciones percibidas por los profesionales. La investigación en EC igual que la asistencia requiere de tiempo para realizarla y ello debe de retribuirse como cualquier servicio asistencial.
- Facilitar la correcta imputación de todos los costes derivados del estudio.
- Establecer redes de investigadores en determinados problemas de salud que facilite al cliente la identificación de los líderes.
- Velar por el mantenimiento de las actividades clave de la organización: atención sanitaria, docencia e investigación sin que ninguna de ellas quede enmascarada en el entorno de la organización de AP.

En este contexto es destacable un ejemplo de organización al servicio de los profesionales de AP y de la investigación en AP como es la Fundación Jordi Gol i Gurina de Cataluña, su papel en el sentido de facilitar la realización de investigación y ensayos clínicos en AP en Cataluña ha sido primordial para el desarrollo y organización de la misma.

En conclusión el papel de los directivos de AP es el de facilitadores de todas las actividades que dan soporte a las claves de la organización.

Organización de la investigación en Atención Primaria. Propuestas para impulsar la investigación en el primer nivel asistencial

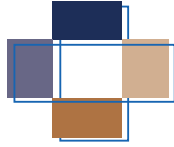
Como cualquier organización de un servicio, en primer lugar debemos describir su propósito, es decir “la misión”, del servicio que queremos crear, que en nuestro caso estará en relación al fomento y promoción de la investigación en el ámbito de la AP, seguidamente debemos buscar y describir su especificidad, aquella característica que lo distingue de otros y será consecuente con el fin que perseguimos. Los siguientes pasos serían identificar nuestros clientes (utilizadores del servicio), separar los clientes en función de sus características, para dar a cada uno lo que precisamente busca (segmentación). Y finalmente podemos estructurar nuestros servicios para producirlos (servucción).

Búsqueda de la especificidad

¿Cuál puede ser la especificidad de un servicio de facilitación de la investigación en AP?

Nuestra especificidad es:

Establecer un procedimiento sistematizado de ayuda a la investigación que facilite el aumento de proyectos de investigación. Cualquier profesional de Atención Primaria delante de una iniciativa de investigación debe ser capaz de identificar donde se encuentran las personas y los servicios de ayuda a la investigación y saber como acceder a los recursos de investigación.



Identificación de clientes

¿Quién es el que utilizará los servicios de ayuda a la investigación en Atención Primaria?

Dependiendo del entorno concreto de la organización, pero en general sería:

- Profesionales sanitarios de los equipos de AP
- Profesionales no sanitarios de los equipos de AP
- Fundaciones e instituciones en relación con la investigación
- Equipo directivo de la organización
- Clientes institucionales (Universidad, ...)
- Administración sanitaria
- Industria farmacéutica

Segmentación

Separación de los clientes principales según la característica de lo que desean buscar cuando acuden a nuestros servicios de promoción de la investigación.

La principal segmentación a realizar es en relación con los profesionales de AP, diferenciando dos grandes grupos de segmentación:

1.- Profesionales que han participado en trabajos y proyectos de investigación en los últimos años, pudiendo ser los mismos líderes de proyectos o colaboradores:

Líderes de proyectos importantes (proyectos importantes son proyectos que han recibido financiación externa a la organización o pueden recibirla dadas las características de la idea y del proyecto desarrollado: FIS, ayudas de la industria, Maratón TV3, Ayudas agencias de evaluación, proyectos europeos... Este grupo de clientes son en general los que llamamos IP (investigadores principales de un proyecto de investigación).

Para los IP, líderes de proyectos, debemos crear una organización a su medida y a sus necesidades de investigación, debemos mimarles y ayudarles en sus capacidades de aglutinar al resto de profesionales que les siguen.

A los colaboradores también debemos cuidarlos y ofrecerles servicios de ayuda y promoción de la investigación de acuerdo con sus necesidades, pero en menor medida que a los IP. A los colaboradores debemos pensar que en un futuro crecimiento de la propia organización serán IP, en función de su propia capacidad de generar ideas de investigación, y de llevarlas adelante junto a otros colaboradores.

2.- Profesionales que no hacen investigación

En este grupo también podemos diferenciar dos subgrupos más, uno son profesionales que no hacen investigación por situaciones personales de su entorno de trabajo o personal, y otro grupo en el que realmente no quieren dedicarse en este campo de los servicios sanitarios.

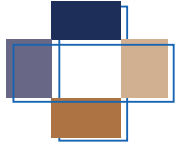
A ambos no debemos preocuparnos en proporcionarles ningún servicio de ayuda o soporte. Cuando manifiesten su interés de participar en los proyectos, inicialmente requerirán de los servicios de formación básica, pero de entrada no son de nuestro interés.

Estructuración de la oferta de servicios

Es el listado de servicios que como organización hemos creado para la finalidad de nuestro propósito, en relación al propósito del servicio y especialmente dedicado a las necesidades de los profesionales del grupo de IP y colaboradores capaces de llevar adelante ideas y reflexiones en relación con la práctica clínica de Atención Primaria.

¿Qué servicios ofrecemos para fomentar la investigación en AP?

- Formación continuada en investigación
- Elaboración y actualización periódica de un plan de formación en relación a la investigación
- Formación básica en investigación, es la formación mínima que debe recibir un profesional para realizar y participar en los proyectos de investigación
- Formación complementaria en investigación, dedicada especialmente para profesionales IP y colaboradores, grupo 1 de la segmentación de los clientes-utilizadores del servicio (formación en búsqueda bibliográfica,



formación en estadística avanzada, formación en liderazgo, formación en dirección de grupos de trabajo...)

- Formación específica en participación en ensayos clínicos promovidos por otras instituciones.

Asesoramiento-consultoría en las diferentes etapas de creación de un proyecto de investigación

- Asesoramiento-consultoría individualizada.
- Asesoramiento y realización de procedimientos de diseño de proyectos y técnicas estadísticas.
- Seguimiento de grupos de investigación que están realizando un proyecto de investigación.
- Asesoramiento- consultoría especial a los médicos especialistas en formación de medicina de familia.
- Puesta en funcionamiento y seguimiento de las líneas de investigación relacionadas con los objetivos de la organización de Atención Primaria.
- Definición de acuerdo con la dirección, las líneas de investigación prioritarias de acuerdo con los objetivos asistenciales del entorno.
- Difusión activa en los diferentes centros y profesionales de la organización sobre los objetivos de investigación de la organización.
- Detección y captación de profesionales colaboradores de proyectos de investigación.
- Seguimiento continuo de proyectos de investigación en fase de consolidación.

Obtención de financiación externa a la organización para desarrollar proyectos de investigación

- Búsqueda y difusión activa y pasiva de las diferentes fuentes de financiación del entorno de la investigación.
- Formación de cómo elaborar y redactar un proyecto de investigación.
- Generar colaboraciones y alianzas para nuevos proyectos.
- Creación y mantenimiento de una base curricular de investigadores.

- Creación de estructuras de gestión de los recursos de investigación dedicadas a los IP y a los investigadores que participan en ensayos clínicos. (Ejemplo Fundación Jordi Gol i Gurina).

Difusión de los resultados científicos en ámbitos de Atención Primaria

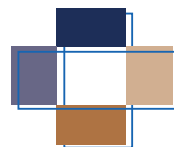
- Selección de los ámbitos de difusión de resultados.
- Asesoramiento en la colaboración de resultados científicos.
- Facilitación de herramientas para la comunicación científica (financiación de pósters, financiación de asistencia a congresos, financiación de traductores para publicación en otros idiomas...

Todas estas líneas de servicio deben de crearse de forma que los profesionales de Atención Primaria interesados en la investigación vean una necesidad de acercarse a ellos al ser fácilmente accesibles, facilitando el diseño de sus ideas de investigación en proyectos, facilitando el asesoramiento de expertos en las técnicas de investigación (epidemiología, estadística,...), facilitando la logística de trabajo de campo, y finalmente facilitando la comunicación de los resultados científicos; pero todo ello de acuerdo con los objetivos de investigación del entorno de Atención Primaria.

La "investigación" entendida como una actitud y una capacidad de conocimiento crítico y reflexivo, el preguntarse el por qué de nuestras intervenciones ha de ser uno de los grandes valores de los profesionales de Atención Primaria.

Bibliografía consultada

- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed. Masson .2001
- Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la Atención Primaria. Gac Sanit. 2002, vol. 16, no. 2 pp. 182-187.
- Fundació Jordi Gol i Gurina. Guía de buena practica en investigación en Atención Primaria de Salud: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2003.
- Fernández I. Investigación en Atención Primaria. Med Clin (Barc) 2005; 124:57-60.
- Diogene E. Guía de investigación clínica para Atención Primaria. En la pagina Web: <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP>
- Pita S, Pertega S. dificultades de la investigación en Atención Primaria. En la pagina Web: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/difInvestAP/difInvesAP.asp>



Apoyo a la investigación en Atención Primaria: experiencia de la Comunidad de Madrid

Elena Andradas Aragonés, Teresa Sanz Cuesta

Área de Investigación y Estudios Sanitarios. Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios “Pedro Laín Entralgo” de la Comunidad de Madrid

Introducción

La investigación y la docencia son un binomio inseparable que contribuye a generar conocimiento y a mejorar la calidad asistencial. Ambas son actividades básicas en el ámbito sanitario y específicamente en Atención Primaria donde se resuelve casi el 90% de los motivos de consulta de la población y donde se produce un importante gasto de farmacia¹.

Hay una conciencia creciente de que la investigación en Atención Primaria es necesaria para lograr una Atención Primaria que proporcione cuidados clínicos excelentes, para desarrollar políticas y sistemas de salud efectivos y para educar a los futuros profesionales e investigadores de Atención Primaria². La Administración Sanitaria tiene la responsabilidad de apoyar, fomentar y potenciar una práctica clínica basada en el conocimiento generado a partir de la investigación.

Atención Primaria se caracteriza por ser la “puerta de entrada” de los pacientes al sistema sanitario y esta accesibilidad a la población general, y la atención continua a los pacientes, especialmente en patologías más prevalentes, junto con la valoración del paciente con un enfoque integral –contexto personal, familiar y comunitario– permite tener una visión bastante precisa de la historia natural de la enfermedad. Estos son elementos que en principio deben favorecer la realización de investigación en Atención Primaria. Sin embargo, la creciente presión asistencial, la dispersión geográfica de los centros, carencias organizativas relacionadas con los incentivos profesionales, la formación, las estructuras de apoyo a la investiga-

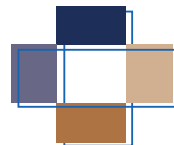
ción, así como la falta de políticas de investigación, -tanto en lo relativo a la financiación como a la definición de líneas prioritarias- y la necesidad de facilitar la coordinación de las iniciativas investigadoras son algunas de las dificultades^{3, 4} que los profesionales de Atención Primaria identifican para planificar y llevar a cabo proyectos de investigación de interés en este nivel asistencial.

Modelo de apoyo a la investigación en atención primaria: Instituto Madrileño de Investigación en Atención Primaria Área de Investigación y Estudios Sanitarios de la Agencia Laín Entralgo

La Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios “Pedro Laín Entralgo” de la Comunidad de Madrid (CM) empresa pública creada a partir de la aprobación de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid tiene como objeto “llevar una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión y evaluación de todas las actividades de formación e investigación en Ciencias de la Salud”.

En el marco del Plan Estratégico de Investigación Biomédica de la Consejería de Sanidad (2009-2012) se definen un conjunto de medidas que permiten reconocer la investigación como un producto final de la actividad del sistema sanitario de la CM, entre las que cabe destacar la incorporación de los objetivos científico-técnicos en el contrato programa de Atención Primaria. Como medida adicional se configura el Instituto Madrileño de Investigación en Atención Primaria como estructura funcional dependiente del Área de Investigación de la Agencia cuya misión es promover, potenciar y contribuir al desarrollo de la investigación de calidad en el ámbito de Atención Primaria de la CM.

Su principal servicio es la gestión integral de los proyectos de investigación que se realizan en Atención Primaria de la CM: difusión de convocatorias de interés en investigación, captación de fondos y establecimiento de convenios de investigación, apoyo metodológico, tramitación de las solicitudes de las diferentes convocatorias, gestión administrativa y económico-financiera, soporte logístico y metodológico para la ejecución del proyecto y apoyo en la elaboración y gestión de las publicaciones.



El Instituto Madrileño de Investigación en Atención Primaria se configura a partir de las siguientes unidades:

Grupo ICAP (Investigación Clínica en AP): grupo técnico asesor de las Gerencias de AP coordinado desde la Agencia, cuya función es el estudio de la viabilidad y adecuación de proyectos de investigación biomédica y clínica que se proponen realizar en Atención Primaria de la CM.

Unidad de Apoyo a la Investigación Clínica y en Ensayos Clínicos de Atención Primaria, integrada en el consorcio CAIBER, cuyo objetivo es promover la realización de estudios de calidad para evaluar intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas. La unidad de apoyo metodológico asesora todas las fases de los proyectos de investigación independientemente de su diseño.

Área de Gestión Administrativa y Económico-Financiera de Proyectos de Investigación y Ensayos Clínicos.

Centro Colaborador Cochrane / nodo del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para el impulso de la práctica clínica basada en la evidencia científica.

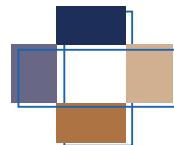
Cuenta también con el apoyo de los servicios propios de la Agencia: biblioteca virtual, búsqueda-gestión documental, reprografía-publicaciones, asesoría jurídica y gabinete de comunicación y de los específicos del Área de Investigación: boletín de difusión de información de interés para investigación, ayudas y subvenciones de intensificación de la actividad investigadora a médicos y enfermeras de AP, ayudas para estancias cortas en centros de investigación, Oficina de Proyectos Europeos para el ámbito sanitario de la CM (OPE-salud-CM) y apoyo a la transferencia de tecnología.

La definición e implementación de una estrategia de apoyo específica para la investigación en Atención Primaria en la CM es necesaria en un marco de integración, compitiendo por las ideas, por la financiación y por la cooperación interdisciplinar y multiinstitucional en la política científica regional y en el sistema de I+D+i nacional.

Bibliografía

- Fernández de Sanmamed MJ, De la Fuente JA, Mercader J, Borrell C, Martín C, Birulés M et al. Factores relacionados con la actividad investigadora de los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 19:283-9.

- Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW and Haq CL. Global Health and Primary Care Research. JABFM 2007; 20(6):518-526.
- Grupo de trabajo depara al promoción de la investigación en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Promoción de la investigación en atención primaria. Aten Primaria 2008; 40(3):125-31.
- CeballosC, Garrido S, López MA, Cervera E, Estirado A. Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos: Aten Primaria 2004; 34:520-7.



La investigación en Atención Primaria: una oportunidad que no podemos dejar pasar

José-Ramón Luis-Yagüe Sánchez

Director Relaciones CCAA

Farmaindustria

El Sistema Nacional de Salud dispone de una red de Atención Primaria que, por un gran número de motivos, está en una situación inmejorable para ocupar un lugar destacado en el ámbito de la investigación biomédica, y en particular en la realización de ensayos clínicos con medicamentos. Sin embargo, es sabido que un importante porcentaje de esta investigación se desarrolla actualmente en el nivel de asistencia especializada y, en particular, en los hospitales.

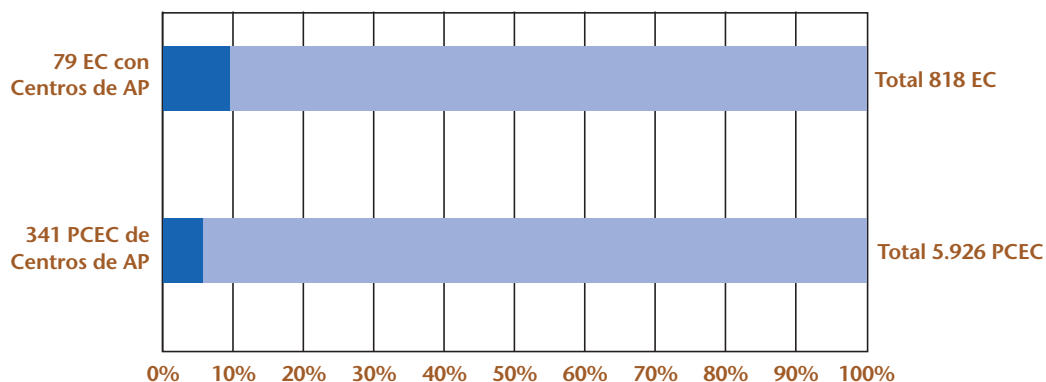
La industria farmacéutica innovadora, dentro de la Plataforma de Medicamentos Innovadores está desarrollando el Proyecto BEST¹, en el que participan compañías farmacéuticas líderes, y cuyo objetivo último es ofrecer a todos los agentes relacionados con la investigación clínica una plataforma de excelencia que posicione a España, y en particular al Sistema Nacional de Salud, entre los países de vanguardia en esta materia.

El Proyecto BEST, a través de la BDMetrics, proporciona información, facilitada por los propios laboratorios, sobre los ensayos clínicos que están realizándose en España desde el primer semestre del año 2004, con indicadores clave como tiempo de aprobación del ensayo, fase del mismo, centros y pacientes participantes y áreas terapéuticas en las que se realizan, entre otros extremos.

En el momento actual está disponible la quinta publicación de esta base de datos BDMetrics, que contiene datos sobre 818 ensayos clínicos (EC), correspondientes a 5.926 participaciones de centros en ensayos clínicos (PCEC) promocionados por la industria en España.

De acuerdo con esta información la Atención Primaria participa en 79

Figura 1: Número de Ensayos Clínicos (EC) y Participaciones de Centros (PCEC)



ensayos clínicos, es decir el 9,7% del total de los ensayos contenidos en la muestra. Estos 79 ensayos clínicos cuentan con 341 participaciones de centros, el 5,8% del total de las participaciones de centros contenidas en la muestra (figura1).

De esta información se deduce la escasa participación de la Atención Primaria en los ensayos clínicos promovidos por la industria (9,7%) y el

Tabla 1: Distribución de los EC con centros de AP por fases de la investigación

FASE	Nº de EC	% sobre el total
Fase II ¹	12	15,2%
Fase IIIa ²	32	40,5%
Fase IIIb ³	18	22,8%
Fase IV ⁴	17	21,5%

¹ **Fase II:** Dirigida a proporcionar información preliminar sobre la eficacia del producto, establecer la relación dosis-respuesta del mismo, conocer las variables empleadas para medir eficacia y ampliar los datos de seguridad obtenidos en la fase I.

² **Fase IIIa:** Destinados a evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento intentando reproducir las condiciones de uso habituales y considerando las alternativas terapéuticas disponibles en la indicación estudiada. Se realizan en una muestra de pacientes representativa de la población general a la que iría destinado el medicamento.

³ **Fase IIIb:** Otros estudios realizados antes de comercialización.

⁴ **Fase IV:** Ensayos clínicos posteriores a la autorización del medicamento. Estudian algún aspecto aún no valorado o condiciones de uso distintas de las autorizadas como podría ser una nueva indicación.

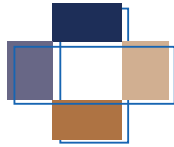
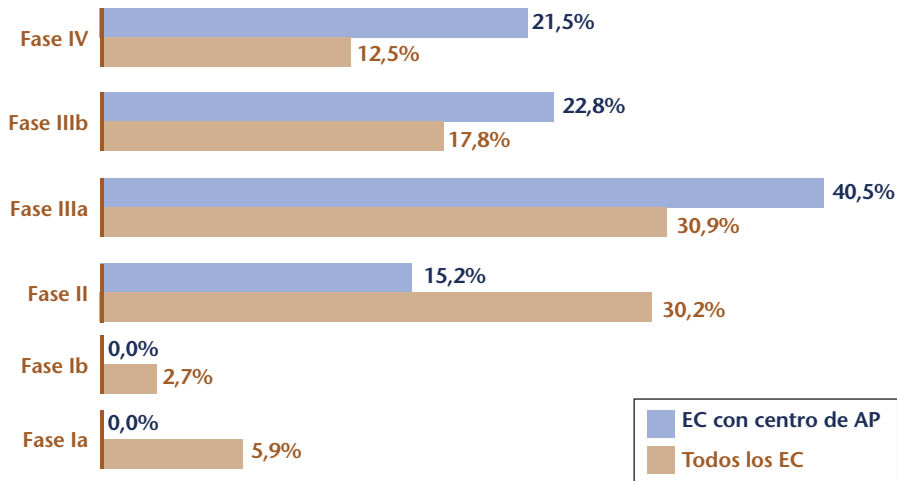


Figura 2: Distribución de los EC por fases de la investigación



bajo número de centros de Atención Primaria en los que se han llevado a cabo estos ensayos clínicos (5,8% del total de centros).

Otro aspecto de interés es conocer la fase del ensayo clínico en la que participa algún centro de Atención Primaria. En la tabla 1, referida a los 79 ensayos con participación de la Atención Primaria, se observa que la participación se centra en los ensayos clínicos Fase III.

Para su comparación, en la figura 2 se muestra la distribución por fases de la investigación de todos los EC contenidos en la muestra junto con la correspondiente a los EC en los que participa algún centro de Atención Primaria.

Las áreas terapéuticas de los 79 ensayos clínicos en los que participa algún centro de Atención Primaria se muestran en la tabla 2.

Para su comparación, en la figura 3 se muestra la distribución por áreas terapéuticas de todos los EC contenidos en la muestra junto con la correspondiente a los EC en los que participa algún centro de Atención Primaria.

Esta información viene a corroborar lo ya señalado, el escaso peso en investigación que tiene en la actualidad la Atención Primaria, a pesar de reunir elementos, más que suficientes, para ocupar un lugar destacado en este ámbito.

También es indudable que en los últimos años las administraciones sanitarias, las sociedades científicas y los profesionales que trabajan en Aten-

Tabla 2: Distribución de los EC con centros de AP por área terapéutica

Área terapéutica	Nº de EC	% sobre el total
Cardiovascular	18	22,8%
Neurociencias	13	16,5%
Endocrinología	11	13,9%
Psiquiatría	8	10,1%
Respiratorio	7	8,9%
Metabolismo	5	6,3%
Oncología	4	5,1%
Antiinfecciosos	3	3,8%
Ginecología	3	3,8%
Dolor y Anestesia	2	2,5%
Reumatología	2	2,5%
Hematología	1	1,3%
Nefrología	1	1,3%
Urología	1	1,3%

ción Primaria han ido adoptando diferentes iniciativas para impulsar la investigación en este nivel que, sin embargo, no han dado todos los resultados que serían deseables. En este sentido se encuentra la creación de redes de investigación en Atención Primaria, la puesta en marcha de fundaciones e institutos de formación e investigaciones, tanto públicas como privadas.

¿Qué es lo que hace que la Atención Primaria sea un lugar de excelencia para la investigación? Se trata de un tema que ha sido ampliamente debatido. Entre los factores que, en mayor o menor medida, se han identificado, y han sido analizados por diferentes autores, se encuentra, de una parte, la disponibilidad de una amplia red de recursos, desarrollada de acuerdo con el modelo definido en el Real Decreto 137/1984 de estructuras básicas de salud, refrendado por la Ley General de Sanidad, que asegura un acceso equitativo a la población, y en la que trabajan profesionales con un alto nivel de formación. La creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria y la existencia de tres sociedades científicas específicas y propias de estos profesionales (SEMERGEN, SEMG y SEMFyC) han sido claves, tanto para el desarrollo de la especialidad como en su orientación. A los factores anteriores se une el hecho de que la sanidad pública tenga una cobertura casi universal y que la Atención Primaria oferte una amplia

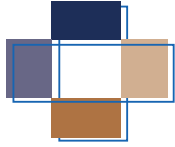
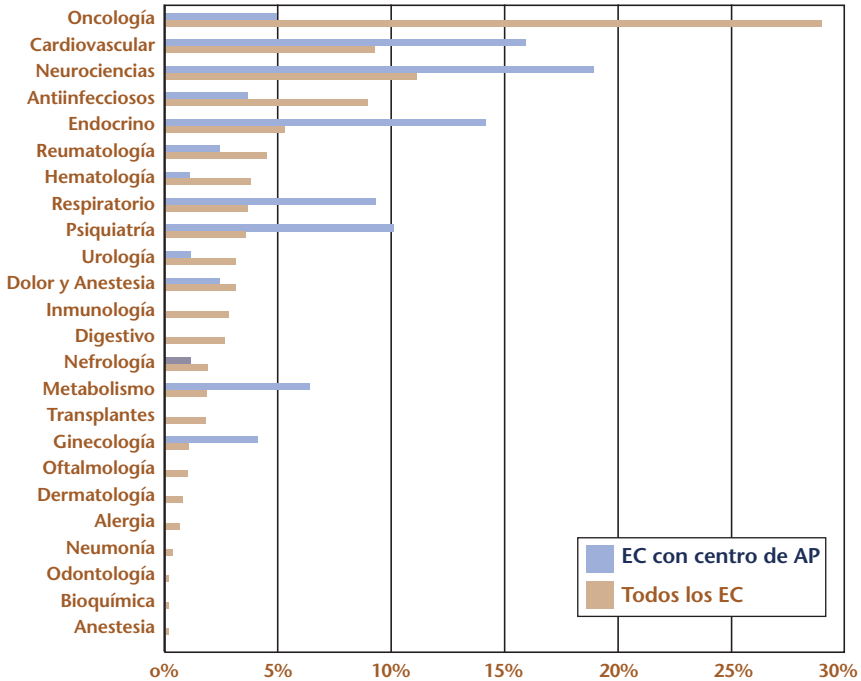


Figura 3: Distribución de los EC por área terapéutica



cartera de servicios, de una elevada calidad, con una atención integral, integrada y longitudinal a los pacientes².

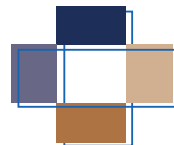
De otra parte, cabe también preguntarse cómo, siendo esto así, es decir, reuniendo la Atención Primaria elementos de excelencia para desarrollar una investigación biomédica de primer nivel, ocupa un lugar muy secundario en la realización de ensayos clínicos. Así, entre los factores que limitan esta capacidad se encuentran: la fragmentación del sistema sanitario; la falta de conexión entre niveles, que se traduce, a los efectos que estamos revisando, en una supeditación al entorno hospitalario, y un aislamiento de la Atención Primaria respecto tanto de este nivel asistencial como de la Universidad. A ello se une la dispersión territorial de los propios Equipos de Atención Primaria; la presión asistencial; la falta de apoyo efectivo, a nivel administrativo y metodológico para acometer proyectos de investigación^{3,4}. Además, en algún caso, se han puesto de manifiesto ciertas

reticencias del lado de algunos gestores para la realización de ensayos clínicos en primaria, ejercida tanto de forma directa como indirecta, por la convicción de que inducen la prescripción y, por tanto, incrementan el gasto en farmacia⁵. Una idea que carece de lógica, máxime si se considera que precisamente la investigación lo que facilita es la generación de evidencia científica, y ésta es la base de una prescripción racional, adecuada a las necesidades del paciente y con las necesarias garantías de calidad, seguridad y eficiencia.

Finalmente, no cabe tampoco ignorar que la industria ha dirigido tradicionalmente una parte importante de los ensayos clínicos hacia el entorno hospitalario, tanto por las características de los medicamentos en fase de investigación, como por la concentración de profesionales especialistas o por la mayor facilidad que éstos tienen para disponer del soporte técnico necesario. La Atención Primaria puede ser el lugar de “primera elección” para la realización de ensayos clínicos de los medicamentos de uso más habitual en este nivel asistencial.

En conclusión, disfrutamos de un Sistema Nacional de Salud que se encuentra entre los mejores del mundo, con una red de Atención Primaria que ocupa un lugar muy destacado, tanto por el prestigio y reconocimiento de sus profesionales como por su amplia cobertura y metodología de trabajo. De otra parte, la industria farmacéutica innovadora está comprometida con seguir impulsado una investigación de la máxima calidad, que permita poner a disposición de los pacientes medicamentos cada vez más eficaces, más seguros y de mayor calidad.

Tenemos, por tanto, todos los elementos para liderar una investigación clínica de vanguardia, en la que la Atención Primaria está llamada a ocupar un papel relevante. Estamos ante una oportunidad que no podemos ni debemos dejar pasar. Pero, para ello, para que la Atención Primaria ocupe el lugar que le corresponde, todo parece aconsejar la necesidad de introducir medidas adicionales dirigidas, entre otros extremos, a reconocer e incentivar la labor investigadora que realizan los profesionales sanitarios; a reforzar y, o en su caso, dotar al Sistema Nacional de Salud, a nivel de sus servicios de salud, de estructuras de coordinación e impulso a la investigación; identificar a los investigadores de excelencia y favorecer la constitución de



redes de investigación a este nivel; facilitar apoyo administrativo y metodológico, así como, potenciar la cohesión entre Atención Primaria y la Asistencia Especializada. Estas medidas, muchas de las cuales están ya en marcha, favorecerán la realización de ensayos clínicos en este nivel asistencial.

Bibliografía

- 1 Proyecto BEST. Puede consultarse en la siguiente dirección. <http://www.medicamentos-innovadores.org/inicio.asp?menu=1,427,51>
- 2 Fernández Fernández I, Gómez de la Cámara A. Investigación en Atención Primaria: situación. Disponible en la siguiente dirección <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-1.pdf>
- 3 Pita Fernández S, Pértégaz Díaz S. Dificultades de la investigación en Atención Primaria. Disponible en la siguiente dirección. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/difInvestAP/difInvesAP.asp>
- 4 Moreno, A. Claves, obstáculos y realidad de la investigación en Atención Primaria. Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/01/14/profesion sanitaria/1231947061.html>
- 5 La investigación Clínica en Atención Primaria, y realidad de la investigación en Atención Primaria. Disponible en <http://www.gacetamedica.com/gacetamedica/Documentacionpdf/cafes/160204.pdf>

La investigación en Atención Primaria

Blanca Parra

Directora de FISCAM

“La investigación no es un lujo, sino una necesidad”.

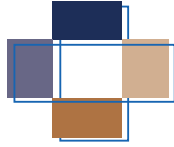
Dr. Peckham

En la sociedad actual, la innovación, la investigación y el avance tecnológico es esencial para lograr el desarrollo de la ciencia biomédica. De hecho, la investigación es el principal pilar sobre el que se asienta la sanidad para seguir progresando y ofrecer respuestas a aquellos problemas médicos que afectan al ser humano, y cuyo fin último no es otro que mejorar la calidad de vida y la salud de todos. Sus procesos de análisis y explicación nos muestran que la verdad y la novedad surgen, muy a menudo, de un delicado equilibrio entre el reconocimiento del saber establecido y la superación de los límites de ese saber, con ayuda de la razón y de la imaginación. *Es mirar hacia delante, hacia el futuro, y creer en lo que estamos haciendo.*

En la actualidad se impone en todos los órdenes institucionales, de España y Europa, una sensibilidad especial acerca de la necesidad de solventar las carencias en materia de investigación en general, y de dotar a las entidades con capacidad investigadora de los medios y recursos necesarios para mejorar sus resultados, su motivación y su potencial de apoyo e influencia a los desarrollos sociales y económicos.

Nuestro sistema sanitario ha carecido, salvo honrosas excepciones, de una tradición investigadora más apreciable aún en el ámbito de la Atención Primaria. Autores como Salvador Pita y Sonia Pértega¹ han identificado sus dificultades, destacando la importante presión asistencial a la que se ven sometidos.

¹ “Dificultades de la investigación en Atención Primaria”. De Salvador Pita, médico de Familia del Centro de Salud de Cambre (La Coruña) y Sonia Pértega, unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario “Juan Canalejo”. (La Coruña).



dos sus profesionales y, la falta de tiempo para acometer este tipo de estudios como dos de los principales obstáculos para llevar a cabo esta labor.

Ejemplo de esta situación, según Jorge Álvarez², es el escaso porcentaje de proyectos de investigación puestos en marcha desde esta área de salud en toda España (221 entre los años 1996-2002, lo que representa menos del 4% del total de los proyectos financiados por el FIS durante este período).

Además, ambos autores han puesto también sobre la mesa otros aspectos que suponen importantes escollos, a la hora de llevar a cabo proyectos de investigación en Atención Primaria, como la falta de motivación, de reconocimiento, de conocimiento metodológico, escasas estructuras de apoyo y dificultades de financiación.

A pesar de todo ello, la investigación clínica en Atención Primaria experimentó a mediados de la década de los 90 un incremento de su producción, que se reflejó en un aumento de los artículos publicados y en el número de consultas y citas realizadas.

Una producción que constata Jordi Camí³ en su Mapa Bibliométrico de España 1996-2004, en el que destaca la publicación científica registrada en la comunidad autónoma durante el mencionado período, siendo de hecho la región española que más ha incrementado el número de documentos de este tipo. Así mismo, Castilla-La Mancha fue, durante el mismo periodo de tiempo, la región que registró un valor más elevado de colaboración interautonómica.

Todo ello nos señala el esfuerzo que en últimos años se ha dado a la investigación en Ciencias de la Salud en esta Región, con el fin de conseguir llegar a niveles españoles y europeos en este tipo de estudios. Desde el año 2002, en el que se transfiere la gestión de la asistencia sanitaria a nuestra región, la investigación sanitaria ha experimentado una profunda transformación basada, fundamentalmente, en un aumento creciente de las inversiones, en la mejora de la gestión de los recursos económicos y humanos y en la articulación del propio Servicio Regional de Salud, dentro del convencimiento

² "La investigación en Atención Primaria, lejos de su despegue". Jorge Álvarez. Revista Española de Economía de la Salud, volumen 2, nº 3 (mayo-junio 2003).

³ "Mapa bibliométrico de España 1996-2004: biomedicina y ciencias de la salud", elaborado por Raúl Isaac Méndez-Vásquez, Eduard Suñén-Pinyol, Rosa Cervelló y Jordi Camí.

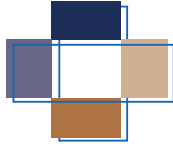
paulatino de nuestra sociedad de la importancia de la investigación como base para un crecimiento sostenible.

Desde el año 2001 la Consejería de Salud y Bienestar Social han financiado un total de 329 proyectos de investigación clínica, en los que han participado más de 1.500 profesionales y que ha supuesto una inversión cercana a los 13,3 millones de euros. Se está potenciando la labor investigadora en Enfermería, en Atención Primaria y prestando una especial atención a los investigadores que inician por primera vez esta labor.

Son 31 los proyectos de investigación en Atención Primaria que se han llevado a cabo en Castilla-La Mancha, a lo largo de esta década. Una labor que desde Fiscam se quiere dar un mayor impulso y para ello se ha creado una convocatoria específica para esta área sanitaria, con el fin de conseguir una mayor aceptación y fomento de esta práctica entre los profesionales de Atención Primaria. No debemos olvidar que son muchos aspectos positivos que la investigación en este nivel nos puede ofrecer como son la atención continua y, por tanto, una mayor facilidad de acceso a la población, la observación de las enfermedades en sus fases más precoces, la posibilidad de investigar en salud preventiva y la inquietud de los profesionales por mejorar la calidad asistencial.

Por su parte el SESCAM ha diseñado líneas operativas que permitirán avanzar en el estímulo a la actividad investigadora del personal sanitario, particularmente mediante la incorporación progresiva de objetivos en investigación e indicadores de cumplimiento en los Contratos de Gestión de todas las Gerencias de Atención Primaria y Especializada, reconociendo y consolidando la actividad investigadora como una actividad consustancial a la atención sanitaria de calidad.

El pasado año se aprobó el *Plan de Investigación en Ciencias de la Salud en Castilla-La Mancha 2008-2010*, un paso decisivo en el camino iniciado en la región para relanzar la actividad investigadora en materia sanitaria. Un texto que no trata tanto de establecer un Plan de Investigación, como de identificar carencias y oportunidades de mejora para que, a través de acciones específicas, sea posible la consecución de objetivos más globales que ya están previstos en otros documentos como el Plan Regional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación (PRINCET), el



Plan Nacional I+D+i o el Plan de Salud de Castilla-La Mancha.

Estas iniciativas, junto con el trabajo desarrollado por los investigadores, han permitido que el nivel científico regional haya iniciado un salto cualitativo en el panorama nacional, cuyos resultados no son aún perceptibles de acuerdo con los indicadores disponibles, que sitúan a nuestra región en un lugar en el que no se corresponde con el alto nivel técnico-asistencial que hemos alcanzado.

Es importante el camino que en investigación hemos recorrido en Castilla-La Mancha, pero aún nos queda mucho, debemos seguir trabajando porque nuestra meta es conseguir que la investigación biomédica se desarrolle hasta alcanzar unos estándares de producción europeos, que redunden tanto en el avance de la investigación como en su aplicación práctica.

La promoción de la investigación en Atención Primaria: una Oportunidad para los sistemas sanitarios

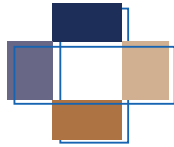
Pilar Viedma Gil de Vergara

Directora General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Comunidad de Valencia

La Atención Primaria, como primer punto de contacto de la población con los servicios sanitarios, presenta un gran potencial de intervención en la mejora de la salud de los individuos y de la comunidad, siendo sus claves la accesibilidad, la continuidad de los cuidados y la visión integral de la salud. En un entorno de creciente demanda de prestación de servicios y de escasez de profesionales sanitarios, integrar la actividad fundamentalmente asistencial con la formación y la investigación en materia sanitaria supone un reto difícil de abordar, pero necesario para el logro de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos. Esta integración de la investigación con la práctica clínica, planteando preguntas de investigación que surgen de la actividad cotidiana y tratando de responderlas de forma científica, junto con la adaptación de los conocimientos de los profesionales sanitarios a la evolución científica y las necesidades de salud, favorece una mayor calidad de los servicios sanitarios y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la asistencia sanitaria.

El actual modelo de Atención Primaria, con su elevado nivel de complejidad y la diversidad de modelos organizativos, de gestión y de financiación, presenta algunas características comunes que condicionan el desarrollo de la investigación en este ámbito como son:

- la accesibilidad a un elevado número de pacientes que hace de éste el ámbito idóneo para la investigación con población general en condiciones reales, con toda la complejidad asociada a la comorbilidad,
- la implantación de la historia clínica electrónica, con acceso a registros y



bases de datos poblacionales, que posibilita una mayor continuidad de la información a lo largo del proceso asistencial,

- la atención integral de la salud de los ciudadanos, abarcando tanto la atención aguda como crónica y preventiva, posibilitando el desarrollo de investigaciones relacionadas con hábitos o estilos de vida y factores de riesgo para la salud.

Son muchos los estudios realizados en España en las últimas décadas que describen la producción científica en ciencias biomédicas. Aunque existen diferencias por comunidades autónomas, regionales e incluso entre centros, la productividad científica de los profesionales de la Atención Primaria, (en adelante AP) en el ámbito español es aún escasa en resultados. Así, las publicaciones realizadas por sus investigadores se concentran mayoritariamente en un grupo de revistas españolas y, con menor frecuencia, internacionales, siendo mucho más probable el intercambio de ideas, opiniones y resultados de los estudios realizados en el entorno de reuniones científicas, congresos o jornadas de ámbito local o estatal.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana, el estudio de "Producción científica de la Comunitat Valenciana en materias de biomedicina y ciencias de la salud a través de las bases de datos del Institute of Scientific Information (ISI) muestra que la producción científica en el ámbito de la Atención Primaria representa únicamente el 2,51% del total de artículos publicados en el periodo 2000-04, mayoritariamente revisiones de práctica clínica y de organización de servicios sanitarios y en menor medida artículos originales de investigación clínica, y con escasa colaboración entre instituciones. En cuanto a la cuota de participación de la AP en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o europeas, no supera el 4 o el 5% ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos, aunque un tercio de los profesionales sanitarios españoles trabaja actualmente en AP.

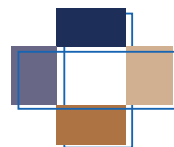
Son muchas las dificultades que aparecen al intentar compaginar la labor eminentemente asistencial de los profesionales de la Atención Primaria con la investigadora. La formación es un elemento clave sin el que resulta imposible avanzar en la consecución de este objetivo. Tanto los médicos como las enfermeras/os y otros profesionales de la salud necesitan acceder a una formación básica en metodología y diseño de estudios que les

permita elaborar preguntas de investigación derivadas de las necesidades concretas de la población a la que atienden y plantear un diseño y una estrategia de recogida y análisis de datos que permita poder avanzar en el conocimiento de los problemas relacionados con la salud que afectan a la población y la mejor forma de solucionarlos. A su vez, la dirección de los centros ha de velar para que sus profesionales dispongan del tiempo necesario para conseguir dicha formación, incentivando, además, la aplicación a la práctica de los resultados derivados de la investigación, lo que supondría un incremento en la calidad de los servicios proporcionados y, por lo tanto, en el nivel de satisfacción de los profesionales y de los propios pacientes.

La mayor integración y coordinación entre niveles asistenciales, junto con la reciente creación de estructuras de apoyo a la investigación en los departamentos de salud está permitiendo crear y consolidar equipos y líneas de investigación en AP y establecer vínculos con otros grupos de investigación que permiten un abordaje más integral de los estudios sobre patologías específicas, contemplando un abordaje multidisciplinar y multicéntrico, partiendo de la base de que la investigación en dicho ámbito se extiende más allá de la práctica del médico de familia e integra diferentes profesionales y perspectivas.

La dificultad de combinar asistencia e investigación por la sobrecarga y excesiva presión asistencial, agudizada en el momento actual por la escasez de profesionales sanitarios, dificulta todavía más la implicación de éstos en tareas investigadoras. Así, se hace necesario incorporar incentivos que faciliten la integración de actividades propias de la investigación con la función asistencial de los profesionales. Los programas de liberación de carga asistencial en los que participa la Consellería de Sanitat para intensificar la dedicación a la investigación, la dotación de estructuras de apoyo a la investigación que incorporan profesionales como estadísticos, epidemiólogos o informáticos, o una formación en metodología de investigación está facilitando el desarrollo de la investigación en este ámbito, aumentando la presencia de la AP en los proyectos presentados en las diferentes convocatorias de ayudas para la investigación.

Otro aspecto clave en este sentido es la actitud, interés y motivación de los profesionales de la Atención Primaria para incorporar la investigación



en su práctica diaria, y para ello resulta clave disponer de herramientas de reconocimiento de la actividad investigadora desarrollada en las pruebas selectivas de acceso a plazas, procesos de carrera profesional, y valoración por parte de otros niveles asistenciales y equipos directivos, en las que vamos avanzando como muestra del compromiso de la Consellería de Sanitat con el fomento de la investigación en todo el ámbito asistencial.

La importancia de investigar en Atención Primaria

Concepción Violán

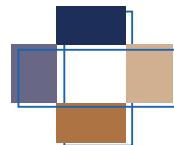
Instituto de investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina

La Atención Primaria (AP) es uno de los pilares básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud, siendo el primer punto de contacto de la población con los servicios sanitarios. El cambio democrático y el inicio de la reforma de la Atención Primaria (1981), la creación de la especialidad de medicina de familia y comunitaria (1978), la creación de las sociedades científicas de medicina de familia (semFYC en 1983), una revista indexada de amplia difusión (Atención Primaria en 1984), así como la creación de los servicios de farmacia de Atención Primaria (1995) han producido una profundización del contenido de esta área de conocimiento. En este ámbito asistencial, donde se resuelve entre el 80%-90% de los problemas de salud, trabaja un tercio de los profesionales del sector sanitario, se dedica casi el 50% del gasto sanitario público, y se produce el 60% del importe del gasto farmacéutico.

En AP las oportunidades para investigar son claras: la existencia de áreas poblacionales de atención, su gran accesibilidad y su atención longitudinal hacen que se puedan desarrollar estudios en base poblacional y estudios de seguimiento de grupos específicos de población.

La justificación de la investigación en AP y de esta área de conocimiento viene tanto de un campo de conocimiento propio, así como por su relación con las otras áreas de conocimiento. Por tanto, en la medida que la AP sea capaz de responder a la falta de evidencia existente en las decisiones que se toman, estará creando una investigación propia y útil para la AP.

Sin embargo, si bien el peso asistencial de la AP es muy importante y ofrece importantes oportunidades para investigar, la investigación que ésta



ha sido capaz de desarrollar es mucho más pobre: la producción científica de los profesionales de Atención Primaria es baja, concentrándose fundamentalmente en revistas españolas y muy poco en revistas extranjeras, y la participación en proyectos financiados por agencias externas no supera el 4-5% ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos.

¿Por qué, entonces, esta desproporción tan enorme entre su gran peso asistencial y el investigador?. Hay cuatro importantes condicionantes de la investigación de AP que, en comparación con otros países europeos, faltan en España. Uno es la inexistencia de infraestructuras de investigación: la presencia de la investigación en los presupuestos de AP es casi nula, mientras que también faltan recursos humanos dedicados a la investigación. El otro condicionante es la falta de relación entre la AP y la Universidad al no existir un área de conocimiento propio de la medicina de familia y/o Atención Primaria. No hay por tanto la simbiosis de producción, diseminación y traslación de conocimiento que se produce en otros ámbitos asistenciales y en otros países. El tercer condicionante son las agencias financiadoras y los organismos de evaluación de estas agencias así como los comités editoriales de las revistas científicas que tampoco han mostrado ningún interés por la AP. Finalmente a este aislamiento de la investigación de la AP también se le añade la poca relación existente con el sector privado (industria farmacéutica, tecnología sanitaria) .

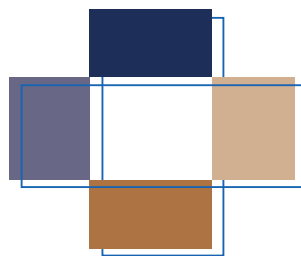
¿Cómo romper este círculo vicioso y hacer resurgir la investigación en AP?. En el momento actual, existen importantes elementos estratégicos que han de servir de punto de inflexión. De forma genérica, cabe destacar el incremento del porcentaje económico dedicado a la investigación en España, así COTEC en su 'Informe 2008 sobre Tecnología e Innovación en España' muestra un incremento considerable de los recursos destinados a I+D, que en el año 2006 fueron de 11.815 millones de euros, un 15,9% más que el año anterior. Estos datos invitan a mirar el futuro con mayor optimismo, ya que la investigación en AP también se nutre del presupuesto de I+D. También se respira un claro soporte político para impulsar la investigación en AP. No se puede fomentar la investigación en AP si no hay un apoyo financiero decidido de los gobiernos. La investigación en AP también debería contar con organizaciones específicas y unidades de soporte espe-

cializado que, junto con los profesionales de AP, trabajen para el desarrollo de la investigación. Es imprescindible crear una política de recursos humanos que permita al personal especializado y profesionales combinar la asistencia y la investigación.

La creación de redes de investigación españolas y europeas es otra gran oportunidad. En España, a partir de la convocatoria de redes temáticas de investigación del ISCiii también se ha dado un fuerte impulso: la AP participa en varias redes, y lidera de forma especial la RediAPP (Red de innovación e integración de la prevención y promoción de la salud en AP). A través de la redIAPP se están desarrollando 14 proyectos de gran envergadura, 3 de ellos internacionales, en colaboración con otras redes e instituciones, incluyendo áreas de investigación muy diversas desde la investigación epidemiológica hasta la genética.

La convocatoria de acreditación de institutos de investigación del ISCiii también está creando nuevas expectativas, aunque su creación se centra en los hospitales y tiene poco en cuenta la AP. A pesar de ello, la AP también se está moviendo para participar. Así, en Cataluña se creó el Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol) , en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. El IDIAP con 11 años de experiencia en la investigación en AP, ha participado en 246 proyectos de investigación, en 225 ensayos clínicos, participa en 9 redes de investigación, y ha publicado 2.121 artículos científicos, con un factor de impacto en el año 2006 de 198,45. Aunque la producción científica es baja comparada con otros centros de investigación, la actividad de esta institución ha supuesto un cambio radical en la investigación de Atención Primaria en Cataluña. Como conclusión, la investigación en Atención Primaria si es posible. La potencialidad de la investigación en AP es clara y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que muestran la capacidad de la Atención Primaria para investigar. Sin embargo, es urgente un mayor soporte político y económico a la investigación en Atención Primaria si se quiere ayudar a innovar en este importante ámbito asistencial del Sistema Nacional de Salud, para pasar de la actual situación de voluntarismo a una situación más profesional y organizada de la investigación.

FORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN GRADO Y POSTGRADO



Planificación de la carrera del profesional sanitario de Atención Primaria. Hacia una formación sólida y continuada 99

Antonio García Quintans

Presidente de la Fundación SEDAP

Formación de Atención Primaria en pregrado y posgrado 107

Francesc Cardellach

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona

La Medicina Familiar y Comunitaria en la troncalidad 111

Verónica Casado Vicente

Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria

Enfermería Familiar y Comunitaria: definición de los nuevos roles enfermeros 116

Máximo González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería

Formación enfermera en Atención Primaria en pregrado y postgrado 119

Manuel López Morales

Vocal de la Comisión de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

Las bases del cambio en la formación del futuro médico 122

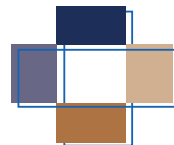
Juan José Rodríguez Sendín

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

¿Quién gana? 125

M^a Carmen Sellán Soto

Directora. Escuela Universitaria Enfermería La Paz-UAM



Planificación de la carrera del profesional sanitario de Atención Primaria. Hacia una formación sólida y continuada

Antonio García Quintans

Presidente de la Fundación SEDAP

La formación de los profesionales de la sanidad en España parece, en líneas generales, bien encaminada. Se ha apostado por formación de nivel elevado, con alta cualificación profesional y por planes de estudios de pregrado completados con ambiciosos desarrollos de postgrado. A nivel médico, los estudios de grado y especialización posterior buscan una formación con un rango alto tanto de conocimientos como de habilidades prácticas. Se han cometido algunos errores, más de forma que de formación, en la adecuación de las antiguas y nuevas titulaciones, en especial en el apartado de medicina de familia, que más que los responsables de la educación, el tiempo ha corregido. En la formación en enfermería se ha planteado de manera teórica una formación universitaria y de especialización correcta que ha, siempre en lo referente a la planificación teórica, satisfecho las expectativas de la mayoría. Es probablemente en esta rama donde menos desarrolladas estén en la práctica las planificaciones formativas teóricas y es evidente que no cabe si no reivindicar el desarrollo de una norma que para algo se ha construido.

En lo que respecta a la Atención Primaria, la situación actual recoge diferentes grados de desarrollo en los planes de estudio de médicos y enfermeras, aunque los más avanzados a la hora de integrar formación específica en esta materia están todavía lejos de alcanzar un grado de implementación suficiente.

La medicina de familia se encuentra presente de manera específica en solo un 25% de los planes de estudio de las universidades españolas. En cuanto a la formación en Atención Primaria de la enfermería, la situación es todavía más precaria a nivel formal, aunque los estudios de pregrado de

enfermería parecen preparar más adecuadamente al profesional para ejercer en Atención Primaria.

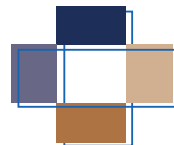
Los expertos en los diferentes campos que influyen en la formación de los profesionales sanitarios agrupan los puntos de mejora en tres apartados fundamentales:

1.- Pregrado

En general se valora positivamente la planificación de estudios de enfermería y la integración de estos profesionales en Atención Primaria. Se considera retrasada la integración de la formación de pregrado en las universidades en lo referente a la medicina de familia, considerándose necesaria la presencia estructurada ya que las competencias de medicina de familia se encuentran dispersas en otras materias, para lo que parece más adecuado generar una dinámica que la incluya de manera progresiva. Dentro de este contexto, se defiende la creación de la asignatura de medicina de familia en pregrado para adecuar la formación del grado de medicina a las necesidades de salud de la sociedad, en base a la alta prevalencia de enfermedades crónicas de curso no grave que tendrá que afrontar el profesional y en las que la mayor parte de la formación no incide salvo en su vertiente más grave.

2.- Postgrado

En medicina se reconoce la buena planificación que supone el programa MIR, aunque se recomienda adecuar la formación continuada para que sea más atractiva y menos costosa en tiempos para el profesional. Al defender y reconocer el valor de la especialización e incluso de la superespecialización, se encuentran más argumentos para potenciar la medicina de familia como disciplina integradora de las competencias atomizadas por el desarrollo de la ciencia médica. Se defiende también la integración de la medicina de familia en la troncalidad y la planificación actual de las especialidades que deben rotar en Atención Primaria. Otro aspecto en el que parece haber consenso es en la apuesta por una planificación construida como un



“continuum” que conecte pregrado y postgrado. Por último, parece positiva la estructuración actual de la troncalidad y la exigencia de adaptación de las Unidades Docentes a la misma.

En el apartado de la formación en enfermería se critica la demora y la falta de desarrollo de las especialidades, toda vez que están adecuadamente planificadas sobre una base teórica razonable, lo que puede ocasionar que no se de respuesta a las necesidades de salud de la población. Es unánime la defensa de la buena formación de pregrado y la reivindicación de su continuidad tras la integración del profesional en Administración como una responsabilidad de ésta, haciendo hincapié en la necesidad de desarrollo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. En algunos casos se aconseja como fuente de formación la propia cartera de servicios del sistema de salud.

3.- Organización

En el apartado correspondiente a la visión de la situación organizativa actual en lo referente a los profesionales de Atención Primaria se tiene por unánime la importancia del nivel asistencial de Atención Primaria y, en lo referente a la enfermería, se valora la integración de la misma y la asignación de competencias aunque se cree necesario continuar incrementando las mismas y desarrollando procesos de atención integral. En determinados foros de enfermería se considera en verdadero estado de déficit el número de profesionales de la enfermería en Atención Primaria, considerándose que podrían desarrollar tareas que actualmente llevan a cabo otros profesionales, reivindicando por lo tanto más competencias y especialización. El acercamiento entre la docencia y la asistencia parece ser el punto clave para la mejora de la integración de la enfermería en Atención Primaria.

En cuanto a los médicos se considera que existe un déficit de conocimientos genéricos pero esenciales por la prevalencia de los casos a los que se refieren y se cree que es un defecto de base al ser la Atención Primaria la pieza clave del sistema. En este sentido se defiende el concepto de formación de médicos para su integración en la sociedad y se reivindica el papel de los colegios médicos en la identificación del tipo de médico que se necesita.

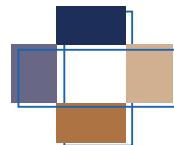
Estos tres apartados constituyen la foto fija de la situación de la formación pregrado y postgrado en España y de las opiniones sobresalientes con respecto a la misma.

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) lleva recorrido un ya largo trecho como foro de opinión de los profesionales responsables de la organización de los servicios en este nivel asistencial. Los gestores han visto como las mejoras en la formación de pregrado y las mayores exigencias en cuanto a postgrado han supuesto un avance a la hora de integrar a los profesionales en las organizaciones. En la práctica totalidad de los casos, bien directamente como sociedad, bien indirectamente a través de nuestros miembros, se ha participado en la planificación que han requerido las necesidades de salud de la población en lo referente a la formación de los profesionales. Es evidente que se han publicado normas de desarrollo formativo de algunas titulaciones que estando en vigor no se llevan a la práctica y que por lo tanto las normas por desarrollar deben ser, en opinión de nuestra sociedad, llevadas a la práctica.

También defendemos la integración de la asignatura de medicina de familia dentro de todos los planes de estudios. No debemos olvidar que casi la mitad de los titulados desarrollarán su carrera profesional en Atención Primaria por lo que algo que ha generado un ambicioso programa de postgrado debe contar con una fuente inicial clara y suficientemente importante dentro de los estudios de pregrado. Además, el resto de profesionales deberían ser conscientes del papel de la Atención Primaria, como sus actuaciones tienen repercusiones sobre la misma y como comprender sus funciones ayudan a desarrollar más adecuadamente para el paciente las labores asistenciales.

Queda un aspecto por analizar y este es el de la formación en gestión de los profesionales sanitarios. La medicina o la enfermería de Atención Primaria será el destino de una parte importante de los profesionales, pero la gestión será una responsabilidad directa de unos pocos pero indirecta de todos los demás.

La formación en gestión debería nacer dentro de los estudios de pregrado como fuente de conocimiento para la comprensión del funcionamiento de los recursos y continuar posteriormente de una forma profesio-



nalizada como lo es la formación en otras disciplinas sanitarias, pero a pesar del enorme volumen de recursos y complejidad de los servicios sanitarios en España, la formación en gestión no parece haber avanzado apenas unos pasos en las últimas décadas. A la politización, tan presente como, es de temer, inevitable en mayor o menor medida dependiendo de gobiernos y políticos, hay que añadir una constante búsqueda del profesional dotado para esta tarea con criterios poco profesionales y más basados en la impresión y la apuesta personal que en criterios objetivos.

Es clásica la formación de un nuevo gestor, sin base teórica alguna, como recién llegado dentro del entorno de un equipo más o menos experto. Es esta la medida, aunque no más adecuada, más segura frente a otras modalidades muy presentes, como puede ser la elección de personas sin formación, solo con afición, en bloque, es decir, conformando equipos totalmente nuevos.

Esta última opción, que haría palidecer al consejo de dirección de cualquier empresa, es habitualmente aceptada como parte del juego de alternancia política, bien sea de gobiernos o solo de responsables, y con enorme tranquilidad se asume el coste que la inexperiencia pueda representar para los servicios sanitarios.

Probablemente este es el motivo de mayor peso al objetivar la poca repercusión que el desempeño de tareas de dirección sanitaria tiene como base de la carrera profesional en gestión de otro tipo de empresas. Eso a pesar de que la complejidad de un hospital o una gerencia de Atención Primaria es difícilmente igualable para cualquier empresa. De hecho, el volumen económico, los diferentes tipos de profesionales con sus heterogéneas condiciones laborales, lo diverso, técnica y tecnológicamente, de los servicios prestados y el elevado número de actos, así como la repercusión social de los mismos, dan a una empresa sanitaria un nivel de dificultad de manejo que, objetivamente analizado, nos tiene por fuerza que exigir una formación del más alto nivel de los profesionales responsables.

En nuestro país la mayoría de los médicos y enfermeras trabajan para los sistemas públicos, durante toda su vida tendrán que manejar recursos, paulatinamente con mayor implicación de responsabilidad y gestión de los mismos, y algunos de ellos se dedicarán durante una parte importante de

su carrera profesional en exclusiva a la gestión. Los profesionales que ejerzan dentro de los ámbitos de la sanidad privada tendrán, en su mayoría, que implicarse en labores de microgestión, gestión o, sobre todo, empresariales, para desarrollar su labor.

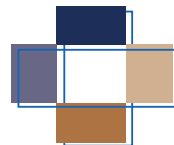
Si buscamos la oferta de formación en gestión sanitaria a la que pueden acceder los profesionales por interés o necesidad, veremos un gran abanico de posibilidades que van desde formación reglada a múltiples ofertas formativas vehiculizadas a través de diferentes organismos o empresas que tratan de trasladar el conocimiento adquirido por los profesionales de la gestión sanitaria con mayor o menor éxito. Pero en esencia es una oferta formativa terriblemente lastrada por la no obligatoriedad de la misma para el ejercicio de las funciones, por depender de la voluntad del alumno y, por que no reconocerlo, con un nivel de rentabilidad del esfuerzo y el coste frente al porcentaje aprovechable que no parece especialmente bueno.

Esta situación se ha prolongado durante demasiado tiempo a pesar del constante incremento de complejidad de los sistemas y precisa un cambio correctamente planificado que nos permita encarar la gestión en el futuro con unas garantías de profesionalización al menos razonables.

Teniendo en cuenta la necesidad, tanto en el ámbito público como en el privado, de unos conocimientos básicos de ordenación y gestión, no parece descabellado proponer, al menos, un repaso a estos aspectos durante la formación de pregrado. Desde luego, dicha formación debería separarse de los conocimientos de medicina preventiva a los que se ha pretendido unir, esta disciplina no está necesariamente más cerca de la gestión que cualquier otra del ámbito sanitario.

En la etapa de formación de postgrado, de la que tan orgullosos nos sentimos en España, debería abundarse sobre estos aspectos, al menos, de una forma suficiente para el desempeño de proyectos de gestión clínica así como el repaso básico al encaje en la estructura sanitaria que el profesional finalmente tendrá que desarrollar.

Si bien en el campo de la sanidad privada difícilmente será otro que el propio profesional el que no tenga más remedio que ponerse al día en aspectos de gestión, es indudable que en el campo de la sanidad pública ésta debería formar al nuevo profesional para que fuera consciente de que



va a entrar a formar parte de una estructura compleja, jerarquizada y necesitada de una gestión adecuada que le permita identificarse con su propia empresa y concienciarse de que el buen futuro de la misma está indefectiblemente unido a un buen futuro del propio profesional.

En cualquier caso, la asunción de responsabilidades de dirección en las organizaciones sanitarias públicas debería requerir, al menos, una formación básica que tendría que estar definida y dicha incorporación tendría que producirse de manera paulatina exigiendo al profesional una experiencia cada vez mayor en función de su grado de responsabilidad.

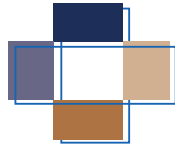
Queda por definir el trayecto profesional al que los gestores podrían optar. Por supuesto, el desempeño de una labor de responsabilidad no puede garantizar un hueco profesional en la función directiva para siempre, pero deberían existir medidas que permitieran al profesional mantenerse en el mercado de los puestos de gestión de una forma razonable, al fin y al cabo, su formación es tremendamente costosa para los servicios públicos.

La tutela de nuevos directivos, mientras no fueran adquiriendo la experiencia exigida, podría ser una base de partida para mantener a los gestores con experiencia dentro del mercado de gestión. Clásicamente las carreras en gestión responden a dos posibles patrones: el radial, en el que el profesional tiene un puesto de clínico desde el que “salta” a puestos de gestión para volver al de clínico y a otro nuevo de gestión, y el perimetral, en el que el gestor se mueve en el entorno de la gestión de un puesto de responsabilidad a otro sin volver en ningún momento a la clínica. Un nuevo planteamiento podría combinar ambos patrones mediante la dedicación parcial a la gestión cuando no desarrollaran puestos directos y que fuera orientada a la tutela o asesoramiento de los responsables con experiencia incipiente. También sería posible el mantenimiento dentro de un cuerpo acreditado de gestores que pudieran asumir responsabilidades de manera temporal en los tiempos de cambio.

En cualquier caso, la potenciación de la carrera directiva como una profesionalización de las personas que han adquirido experiencia no parece una mala idea ya que aprovecharía los conocimientos conseguidos, profundizaría en la carrera directiva y aportaría al servicio independencia y experiencia a la vez. Este planteamiento repercutiría sin duda en la colocación

de gestores sanitarios en el mercado directivo profesional de todo tipo de empresas e incrementaría el reconocimiento de la labor directiva como una tarea desarrollada por profesionales acreditados.

La SEDAP trabaja en el campo de la gestión de la Atención Primaria y está constituida por un número de profesionales dedicados en mayor o menor medida a la misma que no pueden si no reconocerse como ampliamente representativos como foro de opinión en organización sanitaria de Atención Primaria de nuestro país. Como tal, apuesta claramente por una formación básica y global en gestión sanitaria para todos los profesionales, una profesionalización posterior que permita el desarrollo de carreras profesionales en gestión bien siendo únicas o complementarias de la asistencial y, finalmente, por un aprovechamiento de los recursos y esfuerzos empleados en la formación de los directivos mediante labores complementarias que permitan aprovechar el potencial de unos profesionales que, lastrados por los defectos que la carrera directiva sanitaria tiene actualmente, no encuentran el reconocimiento que han demostrado tener ganado y que actualmente no es económico, ni social y que, por lo tanto, debería por lo menos ser profesional. Para esta labor solo cabe una adecuada estructuración del desarrollo de competencias de gestor que deje bien claro que cuenta con la formación adecuada para enfrentar las necesidades de la organización y, cuando sea el caso, afrontar nuevos retos y responsabilidades.



Formación de Atención Primaria en pregrado y posgrado

Francesc Cardellach

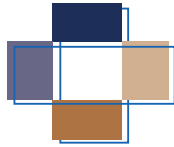
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona

Pocas cosas hay más difíciles en las Universidades que la inclusión de cualquier modificación en los planes de estudios. Se ha acusado con frecuencia a estas instituciones de ir un paso por detrás de los cambios que suceden en la sociedad, y por lo que se refiere a las facultades de medicina esta sensación está lamentablemente hoy en día más arraigada que nunca en la mayoría de foros. Aun aceptando gran parte de responsabilidad en ello, personalmente he intentado responder con argumentos en diversos artículos las posibles causas de esta situación, que a mi entender tampoco puede atribuirse únicamente a los profesionales académicos y que no corresponde en esta ocasión entrar en un análisis de sus motivos.

En este contexto, la formación de pregrado en Atención Primaria ha sufrido sin duda las consecuencias de esta marcha lenta de las facultades de medicina hacia las necesidades de la formación del médico que la sociedad hoy en día demanda. Efectivamente, a los más de 30 años de la creación de la especialidad, un 42% de profesionales de los licenciados anualmente van a ocupar puestos de trabajo en los centros de atención primaria como especialistas en medicina de familia y comunitaria; a pesar de ello, y aunque constituye una firme apuesta como primer nivel de la sanidad pública por parte de la OMS y de la mayoría de comunidades autónomas, la formación en Atención Primaria todavía no ha conseguido consolidarse por lo que respecta a su inclusión en las universidades. Su presencia en los planes de estudios es variable, desde una ausencia absoluta de la materia que permita identificar claramente sus contenidos, hasta su representación como asignatura troncal con un número suficiente de créditos que asegure la adquisición de las competencias que la Orden EC/332/2008 establece

para los nuevos planes de estudios del plan de Bolonia. Con todo, algo se ha avanzado, aunque no suficientemente, ya que según el presidente de la Conferencia Nacional de Decanos, Joaquín García Estañ, de los 12 planes de estudios entregados a la Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación (ANECA) (febrero de 2009) solamente 4 contienen esta materia. Ello parece realmente poco y además preocupante, por cuanto estas cifras se alejan desmesuradamente de lo que cabría esperar a tenor de la realidad actual de la red sanitaria. El momento actual es idóneo para normalizar esta situación y, además, el hecho de que algunas facultades ya tengan implementada una asignatura específica desde hace muchos años puede permitir obtener información útil sobre los resultados y la satisfacción de los alumnos. En cualquier caso, los responsables docentes de la especialidad ya han remitido a las 33 facultades de Medicina los documentos donde se recogen las competencias clínicas, las actividades docentes y el sistema de evaluación de la asignatura que ellos mismos proponen.

Con todo, cabe no olvidar, para no caer en la confusión, que ninguna facultad está obligada a incluir una asignatura específica de Familia, pero sí sus competencias, por lo que a menudo se incluyen en otras disciplinas. A pesar de ello, en mi opinión está claro que la formación en esta materia de Familia en pregrado es una absoluta necesidad por las razones al principio mencionadas, y deben evitarse motivos de tipo proteccionista de los propios intereses que dificulten este proceso y que a menudo chocan con la firme voluntad de los decanos por adecuar los contenidos de los planes de estudios a la realidad del momento. Otra cuestión, a pesar de ello, es la forma como deben configurarse los contenidos de la materia. En este apartado caben todo tipo de opiniones, desde las sociedades afectadas hasta las universidades, con unas estructuras muy consolidadas y no fáciles de modificar (no por ello imposible). Es un hecho que las posibilidades pueden ir desde la creación de un área de conocimiento y Departamentos específicos, con un profesorado especializado y una modificación de la contratación de los profesionales del sector que les permita una dedicación a la docencia a todas luces imposible actualmente, hasta la inclusión de sus contenidos en otras disciplinas. Entre ambas opciones puede haber una gama amplia de posibilidades que como condición indispensable deben



asegurar la adquisición de las competencias establecidas en los programas docentes. En mi opinión, la propuesta más adecuada actualmente es la presencia de unos contenidos eminentemente prácticos con la impartición de seminarios en grupos reducidos donde tratar aquellos aspectos más específicos de la especialidad. El riesgo actual para llegar a una situación óptima son los posicionamientos maximalistas por parte de unos y otros, por lo que el sentido común, la objetividad y, sobre todo, el interés formativo del alumno, deben prevalecer sobre cualquier otra consideración de interés personal o colectivo que, lamentablemente, existen en uno y otro lado.

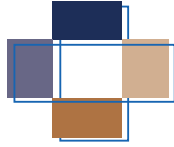
Por lo que respecta a la formación posgraduada, la formación en medicina de Familia del licenciado se incorporó al sistema MIR un año después del reconocimiento de la especialidad (1978) con una duración de 3 años, que desde el año 2005 aumentó a 4. Durante este período el licenciado en formación lleva a cabo un rotatorio de 3 años por distintos servicios hospitalarios y centros de salud para establecerse el último período, de un año y medio, en el centro de salud docente donde acabará su formación. La necesidad del aprendizaje por las diferentes áreas, en ocasiones muy diversas, implica que el especialista en formación deberá conseguir los objetivos de cada una de ellas con un esfuerzo considerable para obtener un bagaje necesario y suficiente de conocimientos, habilidades y actitudes.

Del mismo modo, y con el fin de conseguir también una formación más completa de las otras especialidades y, al mismo tiempo, una mejor conexión entre los dos niveles sanitarios (hospitales y Atención Primaria), desde medicina de Familia se propone a su vez una rotación de otras especialidades por los centros de Atención Primaria. Todavía es pronto para predecir el futuro de esta iniciativa, pero seguramente la racionalidad de la misma hace previsible su consecución en un futuro no demasiado lejano.

En la formación posgraduada del médico de Familia no debe olvidarse la formación continuada, que actualmente se lleva a cabo no sin gran esfuerzo por parte de los profesionales al tener que compatibilizarla con la asistencia diaria en sus puestos de trabajo. Las propias sesiones en los centros así como la asistencia a cursos en sus diferentes formatos (presenciales, a distancia, autoformativos) forman parte de este tipo de formación, que debería formalizarse de un modo que no penalice un esfuerzo que, por

otro lado, debe formar parte ineludiblemente de las obligaciones de cualquier médico. Las actividades de formación que ofrecen las sociedades deben disponer de las suficientes garantías de calidad, es decir, obtener la acreditación oficial con los créditos correspondientes, estar orientados para y por el médico de familia y disponer de unos contenidos específicos que den a los profesionales que las reciben un beneficio práctico. Muy probablemente, la instauración de una carrera profesional en el ámbito de la medicina de Familia, al igual que ya existe en el medio hospitalario, con un control de garantía de las distintas actividades con el fin de que sean adecuadamente valoradas para la progresión profesional del médico, pueda ser la clave del éxito.

En definitiva, tal y como se ha escrito en algún lugar, la medicina de Familia ha llegado a la mayoría de edad, sin ninguna duda, y por ello debe ocupar el lugar que le corresponde tanto en la formación pregraduada como en la posgraduada. De la habilidad y diálogo de todos nosotros, profesionales del sector, universitarios y responsables de las comisiones específicas dependen los resultados que la sociedad espera y necesita de esta especialidad.



La Medicina Familiar y Comunitaria en la troncalidad

Verónica Casado Vicente

Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria

Los médicos recién licenciados presentan una importante distorsión formativa. Acumulan muchos conocimientos muy específicos, tienen pocos conocimientos genéricos o esenciales y sus conocimientos son reducidos sobre los problemas más prevalentes y generales y sobre la medicina preventiva clínica. No se manejan bien con habilidades y actitudes claves en la competencia profesional, su vocación refleja lo que han visto y a lo que han sido expuestos y tienen poco grado de autonomía para el aprendizaje autodirigido y el reconocimiento de la dimensión social y comunitaria de la medicina". Estas fueron las principales conclusiones de un estudio de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) realizado con los jefes de estudio de todas las UDD de MFyC de España en 2005.

Y estas conclusiones no tendrían la envergadura que tienen si no fuera porque:

La función central del sistema sanitario es la Atención Primaria y que su competencia determina claramente los niveles de efectividad y eficiencia del sistema por lo cual precisa de profesionales altamente cualificados y motivados (Starfield 1994¹).

Un sistema sanitario eficiente tiene que contar con que el 50% de los profesionales médicos del Sistema de Salud sean médicos de familia¹ o llegar al 60% si se siguen las Recomendaciones de la OMS².

La exposición temprana a modelos de medicina de familia y a experiencias longitudinales de Atención Primaria incrementa la probabilidad de

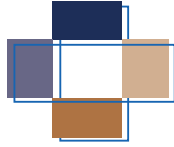
elección vocacional de la medicina de familia en el postgrado³.

En los Planes de Estudios actualmente vigentes de las Facultades de Medicina y en sus ámbitos de aprendizaje se produce una importante ausencia de una gran parte del sistema sanitario (toda la Atención Primaria dónde se atienden más de 300 millones de consultas/año⁴), de sus pacientes (los que nunca van al hospital, los crónicos estables, etc.), de sus problemas de salud (cuidados preventivos y de promoción, patologías que producen sufrimiento en pacientes, familias y sociedad pero que no precisan atención hospitalaria, problemas biopsicosociales, etc.), de sus entornos clínicos (centros de salud, domicilios, trabajo, comunidad, etc.), y de sus profesionales (médicos de familia). Están prácticamente ausentes los contenidos de MFyC que es la responsable de prestar atención sanitaria al 100% de la población en el 90% de sus problemas de salud.

Y sin embargo, el objetivo del grado en Medicina es preparar licenciados profesionalmente competentes y polivalentes y el Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores (EEES) propone orientar en general la formación de grado a los perfiles más demandados por la sociedad y a contenidos más generales y menos superespecializados.

Por esta razón, la introducción de la Medicina de Familia y Comunitaria⁵ como asignatura propia con al menos 6 créditos ECTS, como materia transversal integrada con otras disciplinas en relación con la formación clínica humana y la medicina social, habilidades de comunicación e iniciación a la investigación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos y como ámbito de prácticas supone una muy buena adecuación de la enseñanza a las necesidades de la sociedad, una normalización con respecto a la enseñanza que reciben los estudiantes de medicina en la mayoría de los países de nuestro entorno, y además da respuesta a las distintas normas legales que amparan su realización, así como los criterios del EEES.

Por otra parte, desde hace años se viene demostrando que la atención médica deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica⁶. La especialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia. Este hecho nos lleva a alcanzar en España las 47 especialidades médicas actualmente aprobadas. Sin embargo, esta situa-



ción también tiene algunos inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés. Con el agravante bien conocido de que cuanto más se segmente el mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador⁷. Por ello, en el momento actual asistimos a un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesaria superespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo duro de la formación de todos los especialistas.^{8, 9, 10, 11}

Este mismo contexto ha hecho que todas las facultades de medicina de Estados Unidos, Canadá, Holanda, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Alemania, Bélgica, Portugal, Irlanda y Reino Unido tengan Departamento de Medicina de Familia y se imparta formación teórica y práctica de Medicina de Familia, lo que permite equilibrar lo biológico con lo biopsicosocial, la orientación hacia la enfermedad con la orientación a la salud, lo hospitalario con lo comunitario, lo más prevalente con lo más grave.

Y, asimismo, la formación especializada se está revisando orientándose hacia contenidos troncales^{12, 13}, y hacia un núcleo consolidado y más restringido de especialidades y desde ellas superespecialidades que den respuesta a las nuevas necesidades sanitarias y tecnológicas^{9, 12}.

Los mismos avances de la ciencia médica introducen una cierta transversalidad entre las especialidades clásicas y ello ha hecho prever un nuevo mapa de competencias, lo que exige una versatilidad mayor y cierta flexibilidad para que estos especialistas puedan derivar de una especialidad a otra si sus circunstancias personales, profesionales o del entorno sanitario así lo aconsejan.

Asimismo, en muchos dispositivos asistenciales se están experimentando nuevas formas de organización con la integración de distintos especialistas para gestionar casos y resolver demandas a los efectos de disminuir el tiempo de resolución, potenciar de forma coordinada las nuevas tecnologías y conseguir una visión más integrada del paciente. La formación troncal puede favorecer este tipo de organización versus una organización más clásica y basada en los conocimientos y formación de décadas pasadas. Tener una buena base de conocimientos troncales aumentará la eficacia y la cali-

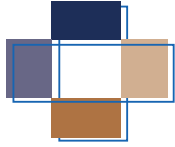
dad de las prestaciones sanitarias y evitará múltiples derivaciones y consultas innecesarias, lo cual acarreará menos molestias al paciente, favorecerá la eficiencia del sistema sanitario y evitará la polifarmacia injustificada.

Las especialidades que formen parte de un mismo tronco deben tener competencias comunes, beneficiarse de estancias formativas comunes y deben compartir áreas en las que el trabajo conjunto mejore la efectividad y eficiencia y la satisfacción del paciente al acarrearle menos molestias.

La medicina de familia y la Atención Primaria son una especialidad y un ámbito sanitario de extraordinaria envergadura para la formación troncal y esta debe iniciarse indefectiblemente en el grado. Así un centro de salud docente debería formar estudiantes de medicina, residentes del tronco médico, residentes en medicina familiar y comunitaria, residentes en enfermería familiar y comunitaria y residentes de las 18 especialidades que deben rotar en Atención Primaria según la resolución de 15 junio de 2006¹⁴. Ya que al igual que Grishaw¹⁵ demuestra que cuando los “médicos de familia con interés especiales” ocupan puestos en los hospitales mejoran la coordinación entre niveles, hecho claramente demostrado en nuestro país con la presencia de médicos de familia en los servicios de Urgencias de Hospital, también estamos convencidos que la formación de una gran proporción de especialistas en nuestro ámbito mejorará de forma considerable no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad sino también la coordinación entre niveles sanitarios y en definitiva la efectividad y eficiencia del sistema.

Bibliografía

- 1 Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-1133.
- 2 WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996
- 3 Palmer RH, Reilly M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care* 1979; 18: 693-717.
- 4 Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del SNS. Principales Cifras del SNS 2005. Madrid. Consulta 6 de marzo de 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF>
- 5 Cátedras de patrocinio de Medicina de Familia y Academia de Medicina Familiar y Comu-



- nitaria de España. Competencias, contenidos y Metodologías de la asignatura de Medicina Familiar y comunitaria. 2009. Disponible en: http://www.semfc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Medicina%20de%20Familia/asigmadefam.pdf
- 6 Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians. *N. Engl J Med* 1993, 329 (17) 1271-3
 - 7 Gonzalez B, Barber P. Oferta y Necesidad de Médicos especialistas en España (2006-2030). Disponible en http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf
 - 8 Terés J, Capdevilla JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M y Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)* 2006; 127 (4): 139-44.
 - 9 World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. Educación médica. 2004: 7 (2).
 - 10 Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In Saltman RB, Rico A, Boerma, W, edit. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 22-49.
 - 11 Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2005. <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
 - 12 Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación. Madrid 2008. Disponible en http://www.semfc.es/pfw_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/Documentoscolaborativos/La%20troncalidad%20en%20las%20especialidades%20medicas.pdf
 - 13 Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE nº 280. 22 de noviembre de 2003.
 - 14 Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.
 - 15 Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford:Update Software. Disponible en <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>

Enfermería Familiar y Comunitaria: definición de los nuevos roles enfermeros

Máximo González Jurado

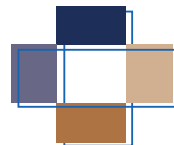
Presidente del Consejo General de Enfermería

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad asignó a la Atención Primaria de Salud la responsabilidad de erigirse en verdadero eje de una reforma sanitaria gracias al cual se ofrecía un primer contacto con el individuo, la familia, la comunidad y el sistema de salud. Solo un año después, en el seno de la profesión enfermera, el Real Decreto 992/1987, de 3 de junio creaba la Especialidad de Enfermería Comunitaria, una especialidad y un decreto que, en su conjunto, jamás llegó a desarrollarse.

Si bien las competencias contempladas en las nuevas enseñanzas de Grado en Enfermería, actualmente impartándose en tres Universidades españolas y en todas las restantes a partir del próximo curso académico, contienen una gran parte de los aspectos fundamentales para garantizar una buena práctica como enfermeros de cuidados generales, no es menos cierto que la creciente complejidad de la praxis asistencial, en materia de cuidados de enfermería, exige de una formación clínica avanzada también en este área del ejercicio profesional y hace verdaderamente inexcusable la puesta en marcha de la nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Nueva y moderna denominación recibida en el Real Decreto 450/2005 que sustituye a aquel del año 1987.

Particular importancia adquiere esta competencia avanzada en la medida en que la Atención Primaria de salud constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y, en ella, la consulta de enfermería ha de ser y lo será con toda certeza en el futuro inmediato, el primer eslabón de ese entramado en aras a su mayor eficacia y eficiencia progresiva.

Necesidad de especialización que deriva de la propia definición del concepto de Atención Primaria cuyo objeto consiste en cubrir las necesida-



des del individuo tanto sano como enfermo, a lo largo de todo su ciclo vital, al margen de que se encuentre en su entorno familiar, escolar, laboral o social.

En Atención Primaria, la enfermera realiza una atención integral a un grupo poblacional que se asigna a un profesional, hasta hoy exclusivamente al médico. En este sentido, debemos aplaudir algunas nuevas iniciativas que permitirán la libre elección de enfermera/o por parte del paciente vinculando así la asistencia al profesional responsable de los cuidados en un escenario irrenunciable de multi e inter profesionalidad.

Conceptualmente se entiende que cada profesional se hace cargo, pues, de cualquier problema de salud/enfermedad de ese grupo de población (individuo, familia y comunidad), al margen de sus circunstancias, es decir, al margen de que sea una mujer embarazada, una persona mayor inmovilizada, un hipertenso, un paciente terminal, etc.

De ahí que a cualquier enfermero de un Equipo de Atención Primaria se le exija una formación especializada de carácter complementario a su formación básica que, trabajando dentro del equipo multidisciplinar les permita contribuir eficazmente junto a los demás especialistas de otras disciplinas, al abordaje y solución de los problemas complejos de la comunidad. A su vez tal formación especializada ha de capacitarles para prestar unos servicios de calidad y seguridad en los términos contemplados por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

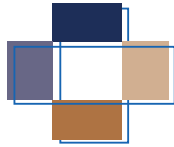
El desarrollo de la Atención Primaria, presenta carencias que no se han abordado precisamente por falta de especialistas. A día de hoy, quedan por abordar acciones de participación comunitaria. No se promueven suficientes ámbitos de participación, no existen apenas Consejos de salud, no se identifican agentes de salud, en definitiva, no se desarrolla uno de los pilares básicos de la Atención Comunitaria que es el de la participación de aquellos que forman el entramado social y que son, de una parte, receptores de nuestros cuidados, pero también deben ser, aliados en el cuidado de su propia salud y agentes de salud.

Otro aspecto a desarrollar en el ámbito de la Atención Primaria es lo referente a la Atención Socio-Sanitaria dirigida fundamentalmente a grupos de alto riesgo como pueden ser inmigrantes, drogodependientes, maltrato

familiar, etc., para lo que se precisan conocimientos específicos de Cuidados transculturales que incluyen, además, aspectos antropológicos.

Pero si algo resulta de extraordinaria urgencia de cara a la sostenibilidad de nuestro modelo y al incremento de su eficiencia es, precisamente, la revisión de las competencias de los diferentes profesionales implicados en la prestación de cuidados de salud. Cuestiones tales como un reconocimiento cierto de las nuevas competencias enfermeras derivadas de sus cuatro años de formación universitaria y un mínimo de dos años más de formación especializada, han de incorporarse a una serie de reformas conducentes al objetivo que la enfermería española ha resumido en lo que será su lema para los próximos años: “proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de los pacientes desde una práctica ética, autónoma y competente”.

El proceso de atención integral de salud, profundamente asentado en un ejercicio profesional en el que el trabajo en equipo es de vital trascendencia y se basa en la confianza mutua, debidamente acreditada, es un enfoque que aún requiere de mayor desarrollo en este primer nivel asistencial. Solo así, supuestos problemas como el vivido en los últimos años alrededor de la “prescripción enfermera” dejarían su espacio al trabajo conjunto en una sola dirección: el mayor bienestar de nuestros pacientes. Ese objetivo por el que todos luchamos y al que, como siempre, todos los agentes sanitarios queremos contribuir desde nuestra mejor competencia, nuestros principios éticos y nuestro permanente compromiso con la sociedad.



Formación enfermera en Atención Primaria en pregrado y postgrado

Manuel López Morales

Vocal de la Comisión de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

El ámbito de la Atención Primaria de Salud es aquel en el que más han cambiado las responsabilidades de las enfermeras en las últimas décadas.

La coincidencia temporal de la Conferencia de Alma Ata¹, 1978, y el cambio de plan de estudios de Enfermería posibilitó la incorporación de contenidos novedosos en la formación universitaria del Diplomado en Enfermería, adaptándose más que ninguna otra profesión sanitaria a la nueva realidad.

La actual formación enfermera de pregrado contiene significativas aportaciones en salud comunitaria. Los recién titulados, Diplomados en Enfermería por ahora, obtienen instrucción sobre los programas de salud y realizan rotaciones por los centros de salud, que les acerca a esa nueva práctica profesional que las enfermeras han ido curtiendo en los últimos 25 años.

Sin embargo, su pronta incorporación en los estudios de pregrado no se secundó en la formación posgraduada. Los nuevos retos profesionales derivados de la reforma sanitaria exigían nuevas competencias. Las funciones de los enfermeros de Atención Primaria se modificaron por medio del artículo 58 bis del estatuto del personal sanitario de entonces², otorgándole nuevas competencias: "...Conforme a su nivel de titulación, las enfermeras de APS centrarán sus actividades en el *fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo*, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a *rehabilitación y recuperación de la salud*.

Para dar respuesta a tales competencias muchos profesionales buscaron en ciencias afines lo que institucionalmente no encontraban en la ciencia enfermera. Hoy día contamos con multitud de enfermeras-psicólogas, enferme-

ras-pedagogas, enfermeras-sociólogas, enfermeras-maestras, enfermeras-trabajadoras sociales, enfermeras-antropólogas, enfermeras-documentalistas, etc...

Por otra parte, desde el punto de vista asistencial, se multiplicaron iniciativas locales, y en muchas ocasiones individuales, que ha sembrado el mapa de la reforma sanitaria de experiencias novedosas que han ido profundizando y extendiendo las prácticas profesionales enfermeras, siendo ejemplo para otros muchos.

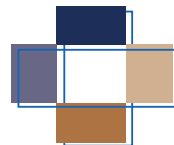
Las enfermeras comunitarias han ido forjando, bien a través de la formación continuada propia, bien a través de la formación complementaria, un campo de conocimiento y experiencia profesional que hoy día es imposible abordar en la formación pregrado.

El decreto de especialidades³ reconoció, con veinte años de retraso, la condición de especialistas a distintos sectores profesionales enfermeros, entre ellos a la enfermería familiar y comunitaria. La especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria incluirá la capacitación práctica propia del sistema EIR y una importante formación teórica, diseñada para abarcar la amplitud de la función asistencial de la enfermería en Atención Primaria, así como de la gestión, la investigación y la docencia. Será un profesional capaz de abordar, en el ámbito comunitario, desde situaciones clínicas complejas hasta intervenciones de salud pública, vetadas a la profesión enfermera hasta ahora.

La Atención Primaria de Salud española es, en comparación con los países de nuestro entorno⁴, de las que más médicos y menos enfermeras tiene. En tales países las necesidades de atención en salud y la cartera de servicios no son tan dispares a las nuestras. La conclusión es automática: hay muchas responsabilidades enfermeras que en nuestro país las desempeñan otros profesionales, incurriendo en una flagrante ineficiencia.

La enfermera comunitaria especialista está preparada para dar respuesta a muchos más problemas y necesidades de la población. En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, más que diagnósticos clínicos, se necesitan cuidados y soporte para el mantenimiento de la calidad de vida. La tecnología y la terapéutica aplicada en la atención comunitaria son más afines al paradigma profesional enfermero que a ningún otro.

La formación especializada y la protocolización de intervenciones permitirá a las enfermeras comunitarias asumir, por ejemplo, la gestión y valoración



de la situación de la dependencia, o el control de la anticoagulación oral, o la gestión de programas de salud, o el abordaje de situaciones de violencia, o la gestión de recursos sociosanitarios, o la prescripción de fármacos y productos para el cuidado, o la corrección de pautas de vacunación, o la valoración y seguimiento de pacientes polimedicados, o la realización de partes de lesiones, o el fomento de la salud sexual, o la gestión de interrupciones voluntarias de embarazo, o la gestión de últimas voluntades, o el desarrollo de talleres para el autocuidado, o la aplicación de cuidados paliativos, o el seguimiento de pacientes con trastornos de conducta alimentaria, o la solicitud de pruebas complementarias para el seguimiento de problemas de salud, así como la derivación a otros profesionales según situación clínica, o bien la gestión de la demanda relacionada con problemas menores (Infecciones de orina, incontinencias, estreñimientos, catarros, anticoncepción de emergencia, ...), etc, etc.

La formación especializada normalizará la actual asimetría que se observa entre distintos centros, y mejorará la eficiencia en el uso de los recursos profesionales. Para ello, la formación especializada deberá acompañarse de la regulación de las nuevas competencias profesionales, así como de la definición de tales puestos de trabajo con carácter especialista, para cuyo desempeño será requisito ostentar dicha especialidad.

La formación en salud comunitaria que se imparte en la formación pregraduada enfermera es, ha sido, importante. Pero el desarrollo competencial y conceptual de la enfermería comunitaria exige una formación adicional, una especialización que homogenice la calidad de la cartera de servicios que las enfermeras pueden estar ofreciendo a la población. Población cada vez más diversa y con necesidades más variadas, que obligan a los profesionales a desarrollar habilidades y metodologías imposibles de asimilar en la formación de Grado.

Bibliografía

- 1 OMS. Declaración de Alma Ata, 1978.
- 2 Artículo 58-bis del Estatuto personal sanitario no facultativo de la seguridad social. 1984. Sustituido por el actual Estatuto Marco del Personal Sanitario de 2003
- 3 REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.
- 4 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2008

Las bases del cambio en la formación del futuro médico

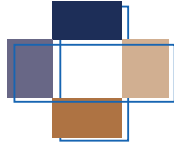
Juan José Rodríguez Sendín

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Es opinión unánime en todos los países desarrollados que los planes docentes de las Facultades de Medicina deben adecuarse a las nuevas necesidades surgidas en los últimos lustros, superando su anclaje ancestral. A medida que se aproxima el horizonte de 2010 y la consiguiente adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), iniciada en 1999 con la Declaración de Bolonia, es fundamental que se torne en realidad la profunda modernización de las enseñanzas de Medicina que permita a las Facultades de Medicina transmitir a sus alumnos las características esenciales de lo que representa “ser médico” en la sociedad, para lo cual han de incorporar en sus planes de estudio los nuevos conceptos del “profesionalismo médico”.

Es oportuno insistir en que los Colegios de Médicos se encuentran en una posición clave para identificar el tipo de médicos que precisa el sistema sanitario en cuestión, por lo cual su opinión debe ser tenida en cuenta a la hora de desarrollar los nuevos planes de estudio de las Facultades de Medicina. No en vano, la normativa del EEES obliga a las Universidades a consultar con referentes externos, entre los que se encuentran las entidades colegiales médicas, con objeto de que dichos planes de estudio estén adaptados de la manera más ajustada y beneficiosa para la sociedad.

Una vez definidos los perfiles profesionales, las Universidades deben identificar las funciones asociadas a los mismos, así como el nivel de competencia que se desea alcanzar con el grado. Ello permite proporcionar una enseñanza básica e identificar los elementos clave que facilitarán continuar con la formación especializada mediante vías de comunicación sin rupturas ni sobresaltos y en coherencia con la trayectoria definida por las Universida-



des en colaboración con las corporaciones profesionales. La Facultad de Medicina debe, asimismo, inculcar a sus alumnos una mentalidad de evaluación permanente que, junto con su vocación de aprendizaje a lo largo de la vida, les permita incorporar plenamente los nuevos postulados del Desarrollo Profesional Continuo.

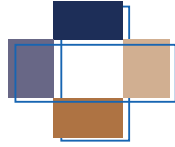
El progresivo incremento de las enfermedades crónicas constituye, asimismo, un paradigma que ya no se puede considerar como cuestión marginal en la enseñanza de las Facultades de Medicina. No es lo mismo aprender a tratar a un enfermo agudo que a uno crónico, del mismo modo que hay diferentes prioridades asistenciales entre el paciente que se encuentra en cuidados intensivos y el que está en situación de enfermedad terminal. Del mismo modo, no puede pasarse por alto el creciente protagonismo de la dimensión preventiva de la Medicina y el impacto del estilo de vida en la promoción de la salud, lo cual sitúa al médico ante funciones de consejero y de educador e, incluso, de comunicador social. Por tanto, lo concerniente a salud pública y su impacto deberían estudiarse de un modo más relacionado con la asistencia individual.

En suma la formación universitaria debe proporcionar la capacitación mínima necesaria para que los profesionales puedan responder, eficientemente, a los requerimientos y necesidades de la sociedad en la que ejercen su profesión. Lo que se recibe y percibe en la facultad donde se estudió o en el hospital donde se hicieron prácticas o se realizó la especialidad, condiciona probablemente para siempre. No digamos el estilo y comportamiento del profesorado y tutores que el futuro profesional encuentra en su larga vida formativa. La asistencia más integral se da fundamentalmente en el primer nivel asistencial, donde se tiene más contacto con el ser humano y con la familia. A pesar de que el 50% de los médicos ejercen en Atención Primaria, hasta ahora el sistema formativo ha sido incapaz de incorporar, mostrar y poner en contacto a la medicina familiar y comunitaria con los futuros médicos. Pero incluso el resto de especialistas antes de serlo tienen que ser médicos y sólo a través de las prácticas en los centros de salud pueden familiarizarse con aspectos antes mencionados como salud pública, prevención, visitas al domicilio de los enfermos, las reacciones de los familiares, etc., porque primero hay que empezar por formar médicos y después especialistas.

¿Y cómo se vislumbra, precisamente, esta formación de especialistas en pleno proceso de transformación, de la mano de la troncalidad, y sobre todo en lo que compete a la Medicina de Familia? Respecto a este punto conviene hacer mención a una resolución, de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación por Atención Primaria de Salud a los programas de determinadas especialidades sanitarias, algunas de las cuales ya lo han ejecutado a medida que se han ido renovando sus respectivos programas formativos, con las consiguientes ventajas que ello conlleva para el médico en formación.

Posteriormente, se inician los trabajos de troncalidad para dar respuesta a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que tiene como uno de sus objetivos regular las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales sanitarios, y en cuyo artículo 19 hace referencia a la agrupación de especialidades, atendiendo a criterios de troncalidad. En el documento que el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud presentó el pasado año al Ministerio de Sanidad incluye recomendaciones tales como que las Unidades docentes acreditadas deberán adaptarse a la troncalidad, incluyendo la posibilidad de asociación docente entre hospitales y centros de Atención Primaria, a fin de garantizar la continuidad asistencial.

Estas estancias comunes entre Primaria y Especializada contribuyen a dibujar un escenario, que, aunque todavía lejano en el horizonte formativo, convierte a la Atención Primaria en una base de aprendizaje para el futuro especialista, y que, sin duda, aportará un impulso y una nueva visión por parte del residente del primer nivel asistencial como puerta de entrada al resto del sistema sanitario.



¿Quién gana?

M^a Carmen Sellán Soto

Directora. Escuela Universitaria Enfermería La Paz-UAM

Resumen

En este artículo, vamos a partir de la historia reciente de la Enfermería española para llegar a la situación actual de la formación pregrado y postgrado, centrándonos en el contexto de la Atención Primaria.

Como se sabe la Enfermería universitaria en nuestro país se remonta al año 1977 cuando aparece, en julio de ese año, el Real Decreto 2128/77: "Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería". Posteriormente, las directrices generales del Plan de Estudios de Enfermería, que el Ministerio de Educación y Ciencia sacó a la luz a través de la Orden de 31 de octubre de 1977 (BOE de 26 de noviembre de 1977), condujeron a los nuevos estudios del Diplomado en Enfermería: un título universitario de primer ciclo y finalista.

Debieron transcurrir diez años para que el legislador en el año 1987, a través del Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, regulase las especialidades para el Diplomado en Enfermería y la obtención del título de enfermero especialista. Las nuevas especialidades aprobadas fueron las siguientes: Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería.

Pero nuevamente, como ha sido habitual en la historia de la Enfermería y en especial en la Enfermería española, los enfermeros no podrán formarse apareciendo conflictos puesto que, si bien estas especialidades estaban reguladas, pasan los años y no entra en vigor ninguna de ellas. Una vez más tendrán que esperar hasta 1992, año en el que, y tras una serie de sanciones de la Comunidad Europea al gobierno de España por no haber especialistas en el área obstétrica, el gobierno promulga la Orden de 1 de junio de 1992 por la que se aprueba con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la ob-

tención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Pero nuevamente, tuvieron que pasar años hasta que la Orden Ministerial de 24 de junio de 1998 desarrolló con carácter provisional el programa formativo de la especialidad en Enfermería en Salud Mental.

Como vemos, en veinte años, la única forma de desarrollo profesional desde el plano educativo, es la formación de especialista; pero ésta, no se desarrolló plenamente.

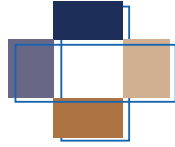
Hasta el momento actual sólo han sido implantadas las dos mencionadas especialidades en Enfermería. No obstante, la legislación vuelve a variar en el año 2005 a través del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril y las especialidades de Enfermería quedan como siguen: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. Conviene notar que el cambio de denominación, que se lleva a cabo lo es, en todas aquellas que nunca han sido implementadas.

Bien, en el momento de redactar este artículo, los profesionales de Enfermería siguen esperando, en mi opinión, con mucha paciencia, que se haga realidad la formación de especialistas. Recordemos que han pasado treinta y dos años de implementación de los estudios de Enfermería en la universidad y, podemos afirmar que, no se ha dejado desarrollar, ni académica ni profesionalmente, a las enfermeras y enfermeros españoles, dentro de su área de conocimientos.

En el momento actual, la formación de los profesionales de la salud (no solo la de los profesionales enfermeros), tiene que modificarse para dar respuesta a las crecientes necesidades de la población, la nueva concepción de su desarrollo y el Espacio Europeo de Educación Superior. Todo ello conlleva la búsqueda de estrategias que aseguren la calidad en los servicios sanitarios y la relevancia del impacto deseado, dicho de otra manera: mejorar la asistencia sanitaria de la población.

El Espacio Europeo de Educación Superior ha servido también para poner en evidencia la necesidad de un mayor acercamiento entre la docencia y la asistencia, o dicho de otro modo, entre la educación y el trabajo; tender caminos que comuniquen la vía de la educación académica con la vía de la educación profesional y conduzcan a la configuración práctica del concepto de formación a lo largo de la vida.

La formación generalista en Enfermería desde el año 1977 ha modificado los planes de estudio en tres ocasiones. Y, en esos momentos, se hicieron los cambios o modificaciones pertinentes a las situaciones de salud cambiantes.



Concretamente, en relación a los contenidos curriculares necesarios para la asistencia a las personas, familias y grupos en Atención Primaria, en cualquier centro educativo el desarrollo ha sido importante (véase, cualquier plan estudios en las Web de las universidades).

La formación teórica en Enfermería Comunitaria y las prácticas clínicas que los estudiantes realizan en el medio comunitario, en mi opinión, son acordes a la adquisición de las competencias necesarias que deben adquirir los futuros profesionales enfermeros. Esto parece una obviedad, ya que ¿quienes hasta el presente han llevado a cabo los cuidados comunitarios? Y, por otra parte ¿la población está descontenta con la prestación de cuidados de las enfermeras en Atención Primaria?. Las respuestas a estas preguntas, en mi opinión, avalan que la formación de los enfermeros generalistas en España, es en general buena o muy buena.

En los currícula de cualquier centro educativo de Enfermería, la visión de la persona desde una perspectiva holística, se ve reflejada en los descriptores de las materias y asignaturas que configuran los planes de estudio. Además, la comunicación con la persona sana o enferma; el trabajo en equipo; la atención integral proporcionada en la asistencia, quedan, igualmente, señaladas tanto en los descriptores como en los objetivos y contenidos curriculares. Estos aspectos son no solo necesarios, sino esenciales para poder ejercer en el ámbito de Atención Primaria.

Sin embargo, en mi opinión, la especialización en Enfermería es necesaria, en concreto en el ámbito de la especialización en cuidados Familiares y Comunitarios, al igual que lo es en las profesiones limítrofes a la Enfermería en el campo de las Ciencias de la Salud.

La calidad de atención y la satisfacción de los usuarios antes mencionada, se ha sustentado en una formación postacadémica diseñada bien por responsabilidad profesional, la ética del cuidado y los recursos personales de cada Enfermera, bien personalmente en función de las necesidades de supervivencia profesional en un puesto de trabajo o bien, en último término y, en las menos de las ocasiones, por intereses del contratador: la propia institución sanitaria.

Esta formación ha tenido especial relevancia en el área profesional que nos ocupa; conviene recordar que en la fecha de creación de la Enfermería universitaria en nuestro país, el año 1977, ni tan siquiera existía la Atención Primaria en este país, y que cuando, en el año 1987, apareció del Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, que regulaba las especialidades para el Diplomado en Enfermería (que como ya dijimos no se desarrolló hasta que lo obligó la Comisión Europea

y nunca en el campo que nos ocupa) las enfermeras que formaron parte de los primeros Equipos de Atención Primaria jamás habían trabajado en ese campo y, evidentemente carecían de la necesaria formación: convendría, por tanto, preguntarse como los administradores, tanto los gestores de Atención Primaria como los académicos, permitieron semejante hecho. Afortunadamente, como siempre ha sucedido, la formación pregrado en Enfermería permite que las enfermeras posean una capacidad de autoformación, autocompromiso a través del autosacrificio (línea esta que no es motivo de este artículo pero que sería conveniente analizar) para asumir nuevas áreas competenciales: hecho este que sería impensable en otras disciplinas.

Los estudios pregrado, por tanto, muestran el camino y preparan a los futuros enfermeros para conocer el camino y le otorgan herramientas para que pueda mejorar su formación: pero ya es hora de que, afortunadamente, sean las instituciones las que reglen y en quienes recaiga la responsabilidad de formar a sus profesionales. Los estudios pregrado, por tanto, muestran el camino y preparan a los futuros enfermeros para conocer el camino y les otorgan herramientas para que puedan mejorar su formación: pero ya es hora de que, afortunadamente, sean las instituciones las que reglen y quienes asuman “su” responsabilidad de formar a sus profesionales. Otro hecho será preguntarse cómo fue que ha sucedido esto, a pesar de las leyes, con el consentimiento de una de las partes: las administraciones sanitarias y los administradores sanitarios. Independientemente el día en que se apruebe esta especialidad gana quien debe ganar: los ciudadanos.

Referencias

- Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, Ministerio de Educación y Ciencia (BOE número 283 de 26/11/1977) relativo a la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) en Escuelas Universitarias de Enfermería y la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales.
- Orden de 31 de octubre de 1977, (BOE número 283 de 26/11/1977), por la que se publican las directrices para la elaboración de planes de estudios.
- Real Decreto 992/87 de 3 de julio, (BOE número 183 de 1/8/1987), por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista.
- Orden de 1 de junio 1992, (BOE número 132 de 2/6/1992) por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológico (Matrona) por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológico (Matrona)
- Resolución de 24 de junio de 1998, (BOE número: 155 de 30/6/1998), por el que se aprueba con carácter provisional Programa Formativo de la especialidad de Salud Mental.

