



Programa de la I Reunión Anual de la AEPap (Murcia, 2 al 4 de junio, 2005)

Comité científico: Agustina Alonso Álvarez (Asturias), Dolores Gutiérrez Sigler (Valencia), Isabel Mora Gandarillas (León) y Juan José Morrell Bernabé (Badajoz).

Jueves, 2 de junio

Taller de búsquedas bibliográficas

Horario: 16:00-20:00 h.

Moderador: J. Cristóbal Buñuel Álvarez (Girona).

Monitores: César García Vera (Zaragoza), Pilar Aizpurúa Galdeano (Barcelona), Rosa Blanca Cortés Marina (Girona) y Domingo Barroso Espadero (Badajoz).

Viernes, 3 de junio

Mesa redonda. Obesidad

Horario: 8:30-10:00 h.

Moderadora: Ana Martínez Rubio (Sevilla).

Ponentes:

- Javier Aranceta (Bilbao). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad en España.
- Ana Martínez Rubio (Sevilla). Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andalucía.
- Elena Fernández Segura (Granada). Experiencias de manejo integral de la obesidad infantil en Pediatría de Atención Primaria.

Mesa redonda. Cooperación Internacional

Horario: 10:15-11:45 h.

Moderadora: Dolors Canadell Villaret (Barcelona).

Ponentes:

- Maite de Aranzabal (Vitoria). Presentación del Grupo de Cooperación Internacional.
- Pedro Alonso (Barcelona). Paludismo: presente y futuro.
- Luis Villa (Barcelona). Enfermedad de Chagas: desconocida y olvidada.

Mesa redonda. Salud sexual y reproductiva del adolescente

Horario: 15:30-17:00 h.

Moderadora: Julia Colomer Revuelta (Valencia).

Ponentes:

- Eduardo Plá Ernst (Valencia). Epidemiología de la anticoncepción en adolescentes.
- Ezequiel Pérez Campos (Valencia). Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales.
- Luis Mitjans Lafont (Valencia). Sexualidad y educación en sexualidad en adolescentes.

Seminario. La formación MIR de Pediatría también desde la Atención Primaria

Horario: 17:15-18:45 h.

Moderadora: Begoña Domínguez Aurrecoechea (Oviedo).

Ponentes:

- Gloria Orejón de Luna (Madrid). Información desde la Comunidad de Madrid.
- Pedro Martín Muñoz (Sevilla). Experiencias en Andalucía.
- José Manuel García Puga (Granada). Síntesis de la situación en España.

- M.^a Dolores Gutiérrez Sigler (Valencia). Propuesta del Grupo de Docencia AEPap.

Sábado, 4 de junio

Taller de Entrevista Clínica

Horario: 8:30-12:30 h.

Moderadora: M.^a Luisa Arroba Basanta (Madrid).

Monitoras: M.^a Luisa Arroba Basanta (Madrid), Rosario Dago Elorza (Madrid) y Marian Llusà Arboix (Barcelona).

Mesa redonda. Situación actual y perspectivas de futuro de la Pediatría en España.

Horario: 8:30-10:00 h.

Moderador: Alfonso Delgado Rubio (Bilbao).

Ponentes:

- Juan Casado Flores (Madrid). Situación de la Pediatría Hospitalaria.

- Juan Ruiz-Canela Cáceres (Sevilla). Situación de la Pediatría de Atención Primaria.
- Representante del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Foro con expertos. Actualización en la patología más prevalente en Nefrología infantil.

Horario: 10:15-11:45 h.

Moderadora: Agustina Alonso Álvarez (Asturias).

Ponentes:

- Fernando Santos Rodríguez (Oviedo). Infección urinaria.
- Luis Miguel Rodríguez (León). Hematuria. Proteinuria.

Reunión de la Junta Directiva de AEPap: viernes 3 (19:00 h.)

Asamblea anual de socios de AEPap: sábado 4 (12:00 h.)

Presentación del Grupo de Cooperación Internacional de la AEPap

Una de las principales consecuencias de las tendencias desiguales que existen hoy en el mundo es el deficiente estado sanitario de buena parte de la humanidad. Desde hace ya algunos años diversas organizaciones no gubernamentales han centrado sus esfuerzos en intentar paliar esta situación, pero lo cierto es que la mayoría de sociedades médicas en nuestro país se han mantenido al margen de los problemas de salud fuera de nuestras fronteras. La iniciativa de formar este grupo de trabajo nace del sentimiento solidario de muchos pediatras de Atención Primaria para con los países injustamente desfavorecidos. Creemos que el *Grupo de trabajo de Cooperación Internacional* va a cumplir una función necesaria en el seno de nuestra sociedad. En primer lugar, queremos hacer una bolsa de trabajo de pediatras que quieran trabajar en situaciones de emergencia. En segundo lugar, queremos ser interlocutores con la administración y con las ONG tanto en lo que respecta a asesoramiento técnico como a mejorar las condiciones laborales de los profesionales expatriados. Por otro

lado, queremos constituirnos en cauce de información y formación específica en los problemas de salud frente a los cuales el colectivo de pediatras debe estar crecientemente sensibilizado.

Desde hace algún tiempo estamos trabajando en este proyecto. Sin embargo, llegado el momento de constituir el grupo necesitamos vuestra colaboración para llevar a cabo los objetivos planteados (en la web tenéis un resumen de los mismos). Para formar parte del grupo no se requiere experiencia previa en cooperación, tan sólo interés por trabajar en estos temas. Creemos imprescindible poder contar con al menos un pediatra de cada autonomía de cara a poder implantar nuestras actividades en todo el Estado.

Nos despedimos de vosotros animándoos a que decidáis integraros en el grupo que ahora nace. Estamos seguros de que el afán solidario de los pediatras de Atención Primaria garantiza el éxito de este proyecto.

Aquellos de vosotros que os presentéis como voluntarios deberéis señalar vuestra actividad de

preferencia: trabajo de campo en otros países, asesoramiento, evaluación de proyectos, relación con la administración y ONG.

Podéis enviar vuestros nombres a Dolors Canadell 21223dvcv@comb.es o a Maite de Aranzabal mdearanzabal@apar.osakidetza.net

Grupo de Cooperación Internacional.

**Carta del Presidente de la AEPap al Sr. D. Manuel Oñorbe de Torre,
Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.**

Estimado Director General:

El motivo de la presente carta es informarle de que en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), organización que aglutina a los pediatras de Atención Primaria de España, fuertemente sensibilizados ante las diferentes catástrofes que afectan al mundo, hemos decidido impulsar a través de nuestro Grupo de Cooperación Internacional una lista con un grupo de pediatras voluntarios que puedan acudir a las zonas donde se precisen. Este grupo ya constituido y que asume esta nueva función está liderado por Dolors Canadell Villaret (pediatra de Cataluña [21223dvcv@comb.es]) y Maite de Aranzabal (pediatra del País Vasco [mdearanzabal@apar.osakidetza.net]).

La AEPap informará en este sentido con todos los medios de que en la actualidad disponemos, como son nuestra pagina web (www.aepap.org), la revista *Pediatría de Atención Primaria*, listas de distribución de la REDIRIS y cartas a los afiliados. La intención es ofertar la posibilidad de integrarse en este grupo de ayuda a los pediatras del Estado que lo deseen.

Lo cual ponemos en su conocimiento por si pudiera ser de utilidad en la ayuda que el Ministerio de Sanidad pueda realizar con otros Estados.

Atentamente le saluda.
Presidente de la AEPap
16 de marzo de 2005

Constitución del Grupo de Trabajo para el estudio de los Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)

El pasado día 22 de febrero de 2005 se constituyó en Madrid el Grupo de Trabajo para el estudio del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), promovido por la AEPap, con el fin de mejorar la atención a la patología más prevalente de la salud mental infantil.

El TDAH afecta a diferentes aspectos de la vida de las personas, tanto en el contexto escolar-educativo como en el medio familiar y social, representando un problema con una dimensión social y sanitaria de especial relevancia. El pediatra de Atención Primaria se encuentra en un lugar privilegiado para su abordaje integral, pero existen múltiples carencias formativas y metodológicas para llevar esta propuesta al conjunto de la Atención Primaria de salud.

Por ello, el Grupo de Trabajo TDAH se plantea los siguientes objetivos:

1. Difundir el conocimiento del TDAH en la Atención Primaria (pediatras, médicos de Familia y enfermería) y en el ámbito de los profesionales de la Educación.
2. Crear un modelo de atención uniforme de acuerdos con las guías clínicas vigentes.
3. Mejorar la atención del niño-familia con TDAH, implicando a las administraciones y a todos los profesionales (médicos y no médicos) que atienden al niño.
4. Desarrollar estudios que vayan encaminados a su mejor conocimiento, diagnóstico precoz, modalidades de tratamiento y manejo de los problemas asociados.

El Grupo de Trabajo TDAH generará opiniones independientes y consensuadas por sus integrantes y estará abierto a la participación de todos los pediatras y del resto de profesionales implicados en la atención sanitaria, educativa y social.

Integrantes: Maximino Fernández Pérez (Coordinador, Asturias), Benjamín Herranz Jordán (Madrid), Inmaculada García (Zaragoza), Lefa Eddy (Barcelona), Xabier Txakartegui (Bilbao), Alfonso Lora (Málaga) y Enrique Rodríguez-Salinas (Madrid).

Día Mundial del Asma.

Carta del Presidente de la AEPap al Sr. D. Manuel Oñorbe de Torre, Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Estimado Director General:

El próximo día 3 de mayo de 2005 se celebra el Día Mundial del Asma, una iniciativa auspiciada por la Organización Mundial de la Salud con el objeto de sensibilizar a la población y a los profesionales sanitarios sobre la importancia del asma como un problema de salud global.

Como ya le adelantamos en su día, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), organización que aglutina a los pediatras de Atención Primaria de España, a través de su Grupo de Vías Respiratorias (GVR) quiere sumarse a esta iniciativa y realizar para entonces una campaña de promoción sobre los puntos básicos para un adecuado control del asma, la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia.

Se trata de una sencilla campaña en la que la idea es relacionar cada aspa del molinillo con un

aspecto "fundamental" para el cuidado y control adecuados del asma; ya le mostramos en una entrevista reciente los bocetos que le adjunto. Creemos que es útil aprovechar la repercusión de la conmemoración de este Día Mundial del Asma y, por ello, esperamos contar con el apoyo del Ministerio de Sanidad.

También queremos comunicarle que esta iniciativa tiene también el aval de la Asociación Española de Pediatría y la conformidad de su presidente, D. Alfonso Delgado, que también apoyaría la comunicación.

En este sentido, nos gustaría contar con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo y poder contar con el logo correspondiente para el material que se realice.

Atentamente le saluda.
Presidente de la AEPap
16 de marzo de 2005

AMPap: reflexiones desde la Junta de la Asociación Madrileña

Cuando salga el presente número a la calle, estará reciente la celebración de nuestra Jornada anual que deseamos haya sido un éxito de asistencia y participación. Podemos decir que la AMPap ha llegado a su adolescencia en tan sólo 4 años de existencia.

Su volumen de socios supera ya el 25% del total de pediatras de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Además, la curva de velocidad de incorporación de nuevos socios está

adoptando la forma exponencial típica del "pico de crecimiento puberal".

Parece que el movimiento asociativo de los pediatras de Primaria es la mejor respuesta a quienes se están replanteando la necesidad de nuestro lugar en el primer nivel de Atención a la Salud.

Aunque consideramos suficientemente consolidada la función de los pediatras en los Centros de Salud, con el desarrollo de tareas asistenciales que van mucho más allá del tradicional programa

del niño sano, y sabemos que los usuarios no van a permitir un primer nivel sin pediatras, es necesario que nos afiancemos a través de una asociación activa y cohesionada.

Recientemente la AEP está tomando postura en la denuncia de movimientos opuestos a la presencia de los pediatras en Primaria. En Madrid, la AMPap no se ha quedado quieta y colabora con:

- Consejería de Sanidad de la CAM:
 - 6 socios en el Grupo Asesor, trabajando en temas de Cartera de Servicios.
 - 2 socios en el Plan de Mejora de la Atención Primaria.
 - 6 socios con la Agencia Laín Entralgo en temas docentes.
 - 1 socio en la elaboración del Estatuto del Residente.
- Asociaciones profesionales y científicas:
 - Sesiones previas y de organización del I Foro Médico Nacional de Atención Primaria que tendrá lugar en Madrid el próximo 22 de abril.
 - Asistencia a la primera convocatoria del Colegio de Médicos para temas de carrera profesional.
- AEPap:
 - En la organización del III Curso anual de

Actualización: 10 socios están entre el comité organizador y científico.

- Participando habitualmente en los diversos grupos de trabajo: 12 socios
- En la Revista de *Pediatría de Atención Primaria* tenemos 8 socios trabajando en el Equipo Editorial y varios más de referencia en el consejo científico.

Además, nuestra estructura interna se dinamiza tímida pero esperanzadoramente con algunos debates y trabajos de análisis de la situación en tema de plantilla pediátrica, enfermería, presión asistencial, etc., a través de la lista de correo de AMPap.

También se ha empezado a desarrollar el programa docente local, con algunos talleres de pequeños grupos, que se irán repitiendo según la aceptación que vayan despertando. Se ha recogido la propuesta de impartir docencia a los médicos de los Servicios de Urgencia (SUAP). Se ha terminado el documento sobre las rotaciones de los MIR por Primaria y en breve se promoverá su desarrollo por las Unidades Docentes.

Sabemos que todos estos logros pueden desarrollarse hasta aproximarse a la excelencia, o pueden fracasar y convertirse en proyectos vacíos sin la participación organizada de todos.

Existen múltiples líneas de mejora en marcha: en nuestra mano está desarrollarlas.

Programa del I Foro Médico Nacional de Atención Primaria

Viernes, 22 de abril de 2005, Plaza de las Cortes (sede de la OMC)

09:00 h.

Inauguración. Presentación de objetivos:

- Dr. Juan José Rodríguez Sendín (Secretario General de la OMC).
- Dr. Rafael de Pablo González (Coordinador nacional de la PT10M).

09:30 a 11:00 h.

Primera mesa: "Papel del Sistema Público de Salud y el de la Atención Primaria dentro del mismo en la próxima década."

Presentador: un representante del Ministerio de Hacienda.

Moderador: Dr. Luis Aguilera (Presidente de semFYC).

Ponentes:

- Fernando Malmierca (Presidente de la SEPE-AP).
- Juan Simó Miñana (Miembro de la PT10 Minutos).
- Manuel Martín García (Secretario de la FADSP).

11:00 a 11:30 h.

Café

11:30 a 14:00 h.

Segunda mesa: "Capacidad resolutive y autonomía del médico de Atención Primaria."

Presentadora: Dra. Marina Geli (Consejera del Servicio Catalán de Salud).

Moderador: Dr. Julio Zarco (Presidente de SE-MERGEN).

Ponentes:

- Juan Gérvas (Equipo CESCA).
- Juan José Rodríguez Sendín (Secretario General de la OMC).
- Sergio Minué (Escuela Andaluza de Salud Pública).

14:00 a 16:15 h.

Descanso

16:15 a 17:30 h.

Tercera mesa: "Evaluación, incentivos y remuneración del médico de Atención Primaria."

Presentador: un consejero autonómico de Salud.

Moderador: Dr. José Manuel Solla (Presidente de SEMG).

Ponentes:

- Ángel Ruiz Téllez (Presidente del instituti@pCOM).
- Vicente Ortún (Economista de la Salud).

17:30 a 18:00 h.

Café

18:00 a 18:30 h.

"El compromiso de Buitrago"

- Lectura del manifiesto, conclusiones, puntos clave y relación de organizaciones que lo apoyan. Dr. Rafael de Pablo (Coordinador nacional de la PT10 minutos).
- Foto de los líderes de las organizaciones que apoyan "El compromiso de Buitrago".

18:30 a 19:45 h.

Cuarta mesa: "Formación e investigación en Atención Primaria."

Presentador: un consejero autonómico.

Moderador: Dr. Juan Ruiz-Canela (Presidente de la AEPap).

Ponentes:

- Verónica Casado (Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria).
- Luis Palomo (Presidente de la REAP).

19:45 h.

Clausura de la jornada:

- Presidente de la OMC.
- Ministra de Sanidad.

El compromiso de Buitrago

Introducción general

La Plataforma 10 minutos ha tenido la capacidad de poner la necesidad del debate del estado de la reforma sanitaria sobre la mesa, llamando la atención a profesionales, organizaciones y gobiernos de la situación de riesgo de descomposición del propio sistema público, que comienza a ser alto.

Todo debate vivo, si bien nace de la emergencia de estados de alarma, tiene un final incierto si previamente no se han establecido las líneas maestras, los puntos de fuga, los marcos de referencia, que soportarán y orientarán el sentido de las soluciones.

Tales consideraciones fueron magistralmente

explicitadas por P.F. Drucker, padre del *management*, en las siguientes tres claves para el éxito de cualquier empresa no lucrativa, como lo es la sanitaria.

Para alcanzar el éxito se precisa:

1. El establecimiento de una *meta*, que ha de ser digna, valiosa, retadora y externa a la propia organización, a la que trasciende.
2. El establecimiento de la *relación de los resultados esperados*, como sistema de medición, de monitorización del acercamiento o alejamiento de la organización a la meta establecida.
3. El saberse depositario, que no propietario, del bien público, lo que sitúa a todos los servidores

públicos, directivos, gestores, profesionales y trabajadores en situación de débito social a la población, a la que se debe dar cuentas por lo hecho.

Antes de la propia discusión, como sucede con la que nos enfrentamos, se hace preceptivo definir de forma explícita estos tres extremos, pues supondrán el punto de referencia, el fiel de la balanza que identificará el acercamiento o alejamiento de las soluciones adoptadas.

La Atención Primaria así como la Especializada tendrán un papel bien diferente de acuerdo con la definición general del marco contextual en el que se desenvuelvan. No serán las mismas soluciones si hablamos de un sistema de garantías sociales o de un sistema basado en la capacidad adquisitiva de sus usuarios.

Por ello, marcamos, a priori, el primer marco de referencia para la discusión. Nuestra propuesta parte de la concepción de una sanidad pública universal y gratuita en el punto de atención.

Sin embargo, ello no bastará si el segundo paso no queda igualmente explicitado: el *para qué*, es decir, la meta, puesto que no basta que la sanidad siga siendo pública, universal y gratuita si a lo que se dedica es a "entretener" o a "controlar" a la población sin resolver el problema (por ejemplo: programa de obesidad, HTA...).

El *para qué* debe ser absolutamente explícito, pues sin ello toda discusión como la que nos ocupa carece de posibilidades de obtención de luz y acuerdo, pues cada cual considerará un *para qué* singular de soluciones particulares, de poca extensión al otro.

El *para qué*, la meta, debe ser digna, valiosa, retadora, externa y común a los tres agentes participantes del evento sanitario: los pacientes, los políticos y los profesionales.

Sólo si es así logrará ser motivadora. Sólo así logrará sensación de pertenencia de grupo y de participación activa de cualquiera de los tres agentes en la misión de la empresa común que abordamos: la sanitaria.

De no hacerlo, emergerán con fuerza cualesquiera de las tendencias inerciales de cada agente, las quejas, la autocompasión y aquellas inercias que se manifiestan cuando dejamos de considerarnos del otro, de considerarnos miembros de un

valioso grupo, y que, desgraciada y equivocadamente, nos harán sentirnos las víctimas del otro.

Los tres agentes que participan en el evento sanitario, los pacientes, los profesionales y los políticos, parten de concepciones diferentes y se ven impelidos por sus tendencias inerciales de origen, bien divergentes, cuando falla la motivación por una meta digna.

El paciente, en su inercia natural, tenderá al *todo por nada*, como por ejemplo consultas a cualquier hora y día, tantas veces como quiera, sin demora ni costo, especialista a la carta, bajas sin control, costo cero, etc.

El político, en su inercia natural, tenderá, en su deseo de máxima renta política clientelar y menor esfuerzo presupuestario, a exigir a sus cuadros profesionales y directivos el *más por menos*, como, por ejemplo, más guardias por menos dinero, más pacientes por hora, más pacientes por médico, más prestaciones con los mismos recursos...

El profesional, en su inercia natural, tenderá al *menos por más*, en su deseo de tranquilidad, de aplicar la profesión con sosiego y sin pérdida de influencia social, querrá menos pacientes pero por más sueldo, menos responsabilidades y complicaciones, pero más estatus y reconocimiento pecuniario y social.

A ninguna de esas pretensiones y tendencias puede arrogarse el papel de *meta común*, ni conseguirá del otro la mayor atención, si acaso una frontal oposición en la defensa de sus otros valores "legítimos" tendenciales.

Sólo podremos ponernos de acuerdo de dos en dos, o preferiblemente los tres, sobre deseos, valores u objetivos que sean externos y comunes a ambos o a los tres. Y sólo generarán motivación si tal meta, tal misión de la empresa común es digna, valiosa y retadora.

Tenemos la obligación de dotarnos, como el NHS en 1948, de una meta explícita que señale, a la luz de su sentido, el alejamiento o el acercamiento a tal meta por cualquiera de nuestras acciones, evaluando su pertinencia, entonces.

Lo único que nos une, que une a los tres agentes del evento sanitario, es la propia razón de la existencia de la sanidad, que se crea para resol-

ver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional, lo que haremos, por la elección del primer marco (la sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención) de una forma sostenible, equitativa, accesible, efectiva y eficiente, pero que desearemos hacerlo con el estilo propio del humanismo social y de integración equilibrada de las diferentes parcelas vitales de la persona: la laboral, la profesional, la familiar, la social, etc., procurando la mayor satisfacción cualitativa al paciente y la mejor percepción profesional, satisfecho con las condiciones laborales y profesionales.

Ésta es la primera condición de Drucker, la primera clave contra la que referenciar el debate. Por tanto, "todo lo que acerque a la meta será productivo y todo lo que aleje de ella improductivo, y por tanto superfluo o modificable". Éste debe ser el modelo de orientación del sentido de las intervenciones que se realicen.

Hemos de considerar, también en este momento, la tercera de las condiciones de Drucker, que coincide en la oportunidad de comenzar ajustando el marco, pues habla del estilo, por el reconocimiento del débito a la sociedad, por saberse depositario y no propietario del bien público.

Las cuestiones generales serán orientadas preguntándonos si tal acción o solución acerca o aleja de la meta, y si tal o cual comportamiento recoge estilo de depositario o si por el contrario se realiza desde el comportamiento equivocado de "propietario".

La segunda de las condiciones de Drucker es precisamente el establecimiento de los resultados esperados, y por lo del "¡Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto!" se hace preciso identificar con certeza el modelo de sistema de información.

No existe el indicador neutro. Todo indicador, toda medición genera sesgo de comportamiento.

El incentivo tiene que ver con el reconocimiento, puesto que es una parte del mismo, éste con el sistema de identificación de la diferencia y éste con el sistema de medición, por lo que todo se reduce a un sistema de medición capaz de compararse por haber anulado las incertidumbres de

comparación, capaz de identificar la singularidad y valorar el esfuerzo global del profesional.

La Atención Primaria (AP) no es sólo la puerta de entrada sino que es el eje del sistema sanitario público por:

- Razón científica (epidemiología y epidemiología clínica).
- Resolución de los problemas de forma más accesible, equitativa y eficiente.
- Atiende y resuelve el 90% de los problemas.
- Depositario del conocimiento y confianza del paciente.

B. Starfield muestra cómo aquellos países que tienen una AP bien dotada y de calidad presentan unos mejores índices de salud, reparten los recursos disponibles de forma más equitativa entre la población y sus sistemas sanitarios son mucho más eficientes. Para conseguir la misión del sistema sanitario público (alcanzar el mayor número posible de buenos resultados en salud para la población, conseguidos de forma lo más equitativa, accesible, efectiva y eficiente posible, y de la forma más satisfactoria para todos) es necesaria una Atención Primaria resolutoria y eficaz, con profesionales motivados, bien formados y comprometidos.

Propuesta de medidas clave a realizar para mejorar la calidad y dignidad de la Atención Primaria de salud en la tercera década de la reforma sanitaria

1. Los presupuestos destinados a la Atención Primaria deben ser el 50% de los destinados a la totalidad del sistema sanitario público.
2. Adecuar los recursos materiales y de plantilla a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones, objetivos y actividades pactadas.
3. Autonomía para organizarse en función de las necesidades, demandas y características específicas de cada zona.
4. Facilitar al máximo la movilidad voluntaria para conseguir equipos más armónicos.
5. Adecuar las normativas de modelo de receta y de incapacidad temporal para minimizar las visitas no clínicas.

6. Disponer de los adecuados sistemas informáticos que permitan una adecuada gestión clínica, gestión de la información y del conocimiento, que permitan mejorar la organización y un adecuado manejo del secreto profesional.

7. Mejora de las áreas administrativas a las necesarias áreas de atención al cliente con la adecuación de funciones y *ratio* por médico.

8. Aumento del personal auxiliar sanitario (auxiliares de enfermería, enfermería), adecuando funciones y responsabilidades.

9. Amplio acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica sólo limitado por la racionalidad científica.

10. Libre elección de especialistas.

11. Establecer programas estructurados y eficientes de formación continuada dentro del horario laboral.

12. Incentivación económica en función de objetivos pactados con la participación de todos los profesionales, con criterios de calidad asistencial, capacidad de resolución y resultados en salud.

13. Mejorar los presupuestos destinados a los servicios sociales y mejorar su coordinación con el sistema sanitario.

14. Erradicación de los *contratos basura* y mejorar las condiciones laborales de los médicos jóvenes para evitar su emigración.

15. Fomentar mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y mayor responsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios.

16. Incorporación prudente de innovaciones al modelo existente.

Por todo ello

Los legítimos representantes de las organizaciones abajo referidas consideramos la necesidad de colaborar conjuntamente para que la Atención Primaria española alcance la dignidad y la calidad que se merecen los ciudadanos a los que sirve. Por ello, y sin abandonar el marco actual de financiación pública de una asistencia sanitaria de carácter universal y gratuito en el punto de atención, colaboraremos en aquellas propuestas que consideremos necesarias para potenciar la calidad y dignidad que nuestro primer nivel de asistencia debe tener.

Los abajo firmantes nos comprometemos con la mejora del actual modelo de Atención Primaria español y propondremos los cambios precisos que permitan activar las mejoras necesarias, fundamentalmente en el modo de relación de los profesionales y pacientes con el sistema, comprendiendo la justicia de un equilibrio de derechos y deberes resultante del encaje de una ética profesional y de una ética de la empresa, en este caso pública, en la que ejercemos. Por lo tanto, potenciaremos entre los profesionales la necesidad de compromiso, riesgo y responsabilidad profesional para con la sociedad española a la que servimos, nos debemos y a la que rendiremos cuentas. Al mismo tiempo, exigiremos a nuestra empresa pública en la que ejercemos los medios, recursos, autonomía y reconocimiento acordes con dicho compromiso, riesgo y responsabilidad.

Necesitamos un sistema sanitario ético, es decir, una sanidad pública que sepa orientar la acción de las personas que en ella trabajan en un sentido racional de modo que los ciudadanos obtengan del sistema el máximo bienestar posible, que contribuya y les ayude a llevar una vida buena. Para ello, la misión de nuestro sistema sanitario debe ser establecida inteligentemente. El fin de nuestra organización, como el del resto de organizaciones, es sin duda un fin social, porque toda organización se crea para proporcionar a la sociedad unos bienes, en virtud de los cuales queda legitimada su existencia ante la misma. Por lo tanto, el sentido de las actividades que llevan a cabo todos los integrantes de nuestro sistema sanitario proviene de la misión de éste y las normas o reglas (explícitas o no) sólo pueden fijarse teniendo en cuenta esta misión. Los bienes que procura la actividad sanitaria se consiguen orientando dicha actividad a la meta y, como es obvio, no todos los medios para alcanzar dicha misión son igualmente adecuados, apropiados o justos. En palabras simples, no "todo vale" con tal de conseguir la meta. Por ello, nuestras propuestas de mejora siempre contemplarán aquellos aspectos éticos de la organización del sistema, pues di-

cha organización no pretende otra cosa que producir un servicio a los ciudadanos, un servicio no sólo prestado sino también creado, en última instancia, por los profesionales.

La eficiencia económica no debe seguir siendo contemplada como el fin último y a *cualquier precio* de nuestro sistema sanitario, pasando a ser la consecuencia de hacer bien las cosas con las personas (las que trabajan en él y los ciudadanos).

Por todo lo anterior, y en el contexto de nuestra AP, nuestras propuestas se encaminarán a ayudar a:

1) Determinar clara e inteligentemente cuál es el fin último, específico, el bien interno de nuestra actividad, la misión de nuestra organización por la que nuestro sistema sanitario público cobra su legitimidad social especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

2) Averiguar cuáles son los medios adecuados

para producir ese bien y qué valores es preciso incorporar para alcanzarlo.

3) Indagar qué hábitos ha de ir adquiriendo la organización en su conjunto y sus integrantes para incorporar esos valores e ir forjando un carácter que permita deliberar y tomar decisiones acertadas en relación con la misión.

4) Discernir qué relación debe haber entre los distintos agentes (políticos, profesionales, gestores, ciudadanos, agentes sociales, otras organizaciones públicas o no, etc.) interesados de forma más o menos legítima en las actuaciones del sistema sanitario público en general y específicamente en el ámbito de la Atención Primaria.

5) Potenciar aquellas actuaciones que, vengan de donde vengan, contribuyan a proporcionar calidad y dignidad a nuestra Atención Primaria.

Organizaciones firmantes
Madrid, 22 de abril de 2005