



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

Evolución de la Atención Primaria en la Región
de Murcia en los últimos 30 años

Esther Martínez Bernabé

2014

“A mi familia, mis padres mi marido y mis hijos
Inés, José y Sara, gracias a todos por vuestra paciencia y
comprensión durante las muchas horas que os he robado”

Agradecimientos

- Al profesor Pedro Maset Campos por su apoyo y orientaciones en la dirección de la tesis, porque sin su paciencia, dedicación y criterio la realización de esta tesis no habría sido posible.
- A la facultad de Medicina, en especial a la unidad de historia de la Medicina del Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia por el excelente trato recibido.
- Al Dr. Juan José Canovas Valverde, médico de familia del centro de salud de Santa María de Gracia que fue mi tutor durante la residencia, porque siempre me ofreció su apoyo y me enseñó como con dedicación, entrega y amor a los pacientes llegar a ser un buen médico de familia.
- Al resto de tutores del centro de salud de Santa Maria de Gracia porque siempre estuvieron dispuestos a ayudar en especial a la Dra. M. Carmen Terol por su apoyo durante estos años.
- A mis compañeros y compañeras de promoción por su amistad y comprensión en los momentos mas difíciles, en especial a Irene Carmona, por concederme tan buenos momentos en su compañía.
- A la Dra. Susana Puebla, al Dr. Amador Lozano y al Dr. Juan Pedro Carreres compañeros del centro de salud por mostrarse siempre dispuesto a ayudar.
- A todos los médicos que de forma desinteresada han colaborado en la realización de la encuesta haciendo posible la realización de esta tesis.
- A mi familia, en especial a mi marido Andrés García Meroño por su apoyo constante, su disponibilidad y entrega durante el proceso de elaboración de esta tesis doctoral.

Abreviaturas

APS	Atención Primaria de Salud.
CP	Carrera Profesional.
ECOE	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada.
GAPS	Gabinete de asesoría y promoción de la salud.
IC	Interconsulta.
INP	Instituto Nacional de Provisión.
INSALUD	Instituto Nacional de Salud.
MFYC	Medicina Familiar y Comunitaria.
MIR	Médico Interno Residente.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAC	Punto de Atención Continuada.
PSOE	Partido Socialista Obrero Español.
SEMER	Sociedad Española Medicina Rural.
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad.
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias.
UCD	Unidad Centro Democrática.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
EL MEDICO DE CABECERA	1
La historia del médico de cabecera	1
La evolución del médico de cabecera y su incorporación a los centros de salud.....	2
LA SALUD	3
DECLARACIÓN DE ALMA-ATA	4
DESARROLLO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD	5
REFORMA SANITARIA DE 1984	9
Problemática de la reforma de la atención primaria de salud.....	10
LEY GENERAL DE SANIDAD	11
LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS	13
REAL DECRETO DE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD	14
PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	19
Prestaciones de salud pública.....	19
Prestación de atención primaria	19
Prestación de atención especializada	19
Prestación de atención sociosanitaria.....	20
Prestación de atención de urgencia	20
Prestación farmacéutica	20
Prestación ortoprotésica	20
Prestación de productos dietéticos	21
Prestación de transporte sanitario	21
Garantías de las prestaciones	21
CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y	
COMUNITARIA	23
Integración en el sistema de especialidades	23
Los antecedentes del sistema de formación	24
Hospitales generales con programas graduados.....	25
La formación de especialistas	27
El sistema de homologación	31
LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	33
Creación de las sociedades profesionales en el ámbito de la atención primaria	34
LOS PLANES DE SALUD Y LA CONTRAREFORMA	38

2.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	40
OBJETIVOS.....	40
HIPOTESIS.....	49
3.- MATERIAL Y METODO	51
4.- RESULTADOS.....	54
Hipótesis 1. Áreas de salud.....	54
Ordenación sanitaria del territorio	54
Áreas de salud del mapa sanitario de la Región de Murcia y hospitales de referencia	66
Delimitación de las áreas y zonas básicas de salud del mapa sanitario de la Región de Murcia en la actualidad	66
Hipótesis 2. Equipos de AP	72
Componen el equipo de atención primaria.....	72
Del coordinador médico.....	73
Funciones de los equipos de atención primaria.....	73
Jornada de trabajo	74
Coordinación de niveles.....	74
Del personal sanitario	74
De la provisión de vacantes del personal sanitario	75
Competencias de las Comunidades Autónomas.....	75
Características generales de la muestra.....	76
Hipótesis 3.....	120
Cuidados paliativos.....	120
Población incluida.....	124
Servicios de especialidades de los hospitales.....	125
Centro de Atención a la Drogodependencia.....	127
Urgencias Hospitalarias	131
Servicios de Urgencias Extrahospitalarios.....	133
Salud Mental.....	135
Servicios Sociosanitarios	139
Hipótesis 4. Cambios demográficos.....	141
Censo poblacional.....	141
Población extranjera.....	145
Áreas sanitarias	146
Censo de personal sanitario	147
Descripción poblacional de las consultas de AP.....	151
Hipótesis 5. Especialidad medicina familiar y comunitaria.....	155

Programas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	155
Examen MIR.....	158
Hipótesis 6. Investigación	165
Hipótesis 7. Planes de futuro.....	170
Planes de salud.....	170
Situación de partida	172
La contrarreforma sanitaria	174
5.- GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS HIPOTESIS.....	182
Hipótesis 1 Mapa sanitario.....	182
Hipótesis 2 El trabajo en equipo.....	183
Hipótesis 3 AP y especializada	186
Hipótesis 4 Cambios demográficos.....	187
Hipótesis 5 La especialidad de Medicina Familiar y comunitaria.....	189
Hipótesis 6 La investigación	192
Hipótesis 7 Análisis de futuro	193
Los planes de salud	193
La contrarreforma	194
6.- CONCLUSIONES.....	197
Propuestas de actuación	201
7.- BIBLIOGRAFIA.....	203
8.- ANEXOS.....	214

Lista de figuras

Figura nº 1	Hospitales de referencia y zonas básicas de la Región de Murcia	70
Figura nº 2	Tipos de centro	76
Figura nº 3	Distribución de las encuestas por centros.....	77
Figura nº 4	Distribución por sexo	78
Figura nº 5	Distribución por edad	79
Figura nº 6	Distribución por años de ejercicio	80
Figura nº 7	Eje sanitario	81
Figura nº 8	Gestión de recursos.....	82
Figura nº 9	Gerente de área	83
Figura nº 10	Funciones del personal	84
Figura nº 11	Recursos en atención primaria.....	85
Figura nº 12	Condiciones laborales.....	86
Figura nº 13	Retribución económica.....	87
Figura nº 14	Avisos a domicilio	88
Figura nº 15	Modelo de AP	89
Figura nº 16	Gestión de los centros de salud.....	90
Figura nº 17	Sobrecarga asistencial.....	91
Figura nº 18	Tareas burocráticas	92
Figura nº 19	Motivación.....	93
Figura nº 20	Consultas innecesarias	94
Figura nº 21	Reuniones de trabajo	95
Figura nº 22	Promoción de salud	96
Figura nº 23	Prevención de la salud	97
Figura nº 24	Colaboración con la ciudadanía.....	98
Figura nº 25	Centro * Sexo	99
Figura nº 26	Edad * Sexo	100
Figura nº 27	Años Medico * Sexo	101
Figura nº 28	Eje sanitario * Sexo	102
Figura nº 29	Gestión profesional * Sexo.....	103
Figura nº 30	Gerentes Sujetos A Cambios Políticos * Sexo	104
Figura nº 31	Designación escrita de las tareas * Sexo	105
Figura nº 32	Recursos necesarios * Sexo.....	106
Figura nº 33	Satisfacción condiciones laborales * Sexo	107

Figura nº 34	Retribución Económica * Sexo	108
Figura nº 35	Vehículo Avisos Domicilio * Sexo	109
Figura nº 36	Modelo AP Válido * Sexo.....	110
Figura nº 37	Autogestión Centros Salud * Sexo.....	111
Figura nº 38	Sobrecarga Asistencial * Sexo	112
Figura nº 39	Distribución Cargas * Sexo.....	113
Figura nº 40	Desmotivado * Sexo.....	114
Figura nº 41	Consultas Innecesarias * Sexo.....	115
Figura nº 42	Reuniones Organizativas * Sexo	116
Figura nº 43	Promoción Salud * Sexo	117
Figura nº 44	Prevención Salud * Sexo	118
Figura nº 45	Actividades Colaboración * Sexo.....	119
Figura nº 46	Frecuentación en consultas externas de atención especializada.....	126
Figura nº 47	Frecuentación de urgencias hospitalarias	132
Figura nº 48	Comparativa de las urgencias de AP y especializada.....	132
Figura nº 49	Comparativa de la evolución entre el censo nacional y la región	142
Figura nº 50	Índice de envejecimiento	143
Figura nº 51	Evolución de la población según las Áreas Sanitarias	146
Figura nº 52	Médicos por cada 100.000 habitantes por CCAA.....	148
Figura nº 53	Médicos de familia y pediatras por 100.000 habitantes	151
Figura nº 54	Motivo de consulta al médico de familia en España, por edad	152
Figura nº 55	Número de médicos presentados a MIR cada año.....	162
Figura nº 56	Relación entre médicos que terminan la carrera y plazas MIR.....	162
Figura nº 57	Número de publicaciones por año	168
Figura nº 58	Número de publicaciones por municipio.....	168
Figura nº 59	Evolución de los grupos de riesgo.....	173
Figura nº 60	Evolución de la esperanza de vida.....	173

Listado de tablas

Tabla nº 1.	Evolución del numero de zonas de salud de la Región de Murcia y su población media desde 1986-2009	70
Tabla nº 2.	Zonas de salud y equipos de Atención Primaria.....	71
Tabla nº 3.	Tipos de centro	76
Tabla nº 4.	Distribución de las encuestas por centros.....	77
Tabla nº 5.	Distribución por sexo	78
Tabla nº 6.	Distribución por edad	79
Tabla nº 7.	Distribución por años de ejercicio	80
Tabla nº 8.	Eje sanitario	81
Tabla nº 9.	Gestión de recursos.....	82
Tabla nº 10.	Gerente de área	83
Tabla nº 11.	Funciones del personal	84
Tabla nº 12.	Recursos en atención primaria.....	85
Tabla nº 13.	Condiciones laborales.....	86
Tabla nº 14.	Retribución económica.....	87
Tabla nº 15.	Avisos a domicilio.....	88
Tabla nº 16.	Modelo de AP	89
Tabla nº 17.	Gestión de los centros de salud.....	90
Tabla nº 18.	Sobrecarga asistencial.....	91
Tabla nº 19.	Tareas burocráticas	92
Tabla nº 20.	Motivación.....	93
Tabla nº 21.	Consultas innecesarias	94
Tabla nº 22.	Reuniones de trabajo	95
Tabla nº 23.	Promoción de salud	96
Tabla nº 24.	Prevención de la salud.....	97
Tabla nº 25.	Colaboración con la ciudadanía.....	98
Tabla nº 26.	Centro * Sexo	99
Tabla nº 27.	Edad * Sexo	100
Tabla nº 28.	Años Medico * Sexo	101
Tabla nº 29.	Eje sanitario * Sexo	102
Tabla nº 30.	Gestión profesional * Sexo.....	103
Tabla nº 31.	Gerentes Sujetos A Cambios Políticos * Sexo	104
Tabla nº 32.	Designación escrita de las tareas * Sexo	105

Tabla nº 33.	Recursos necesarios * Sexo.....	106
Tabla nº 34.	Satisfacción condiciones laborales * Sexo.....	107
Tabla nº 35.	Retribución económica * Sexo.....	108
Tabla nº 36.	Vehículo Avisos Domicilio * Sexo.....	109
Tabla nº 37.	Modelo AP Válido * Sexo.....	110
Tabla nº 38.	Autogestión Centros Salud * Sexo.....	111
Tabla nº 39.	Sobrecarga Asistencial * Sexo.....	112
Tabla nº 40.	Distribución Cargas * Sexo.....	113
Tabla nº 41.	Desmotivado * Sexo.....	114
Tabla nº 42.	Consultas Innecesarias * Sexo.....	115
Tabla nº 43.	Reuniones Organizativas * Sexo.....	116
Tabla nº 44.	Promoción Salud * Sexo.....	117
Tabla nº 45.	Prevención Salud * Sexo.....	118
Tabla nº 46.	Actividades Colaboración * Sexo.....	119
Tabla nº 47.	Distribuciones de ESAD Y ESAH.....	124
Tabla nº 48.	Urgencias hospitalarias atendidas en Murcia.....	132
Tabla nº 49.	Evolución histórica de la asistencia pública a la salud mental.....	138
Tabla nº 50.	Evolución del censo poblacional de la Región de Murcia.....	141
Tabla nº 51.	Esperanza de vida al nacer.....	142
Tabla nº 52.	Proyecciones de población.....	143
Tabla nº 53.	Evolución de la población por edades e índice de envejecimiento..	143
Tabla nº 54.	Evolución de la población según los censos oficiales.....	144
Tabla nº 55.	Evolución de la población según el Padrón Municipal.....	144
Tabla nº 56.	Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor.....	145
Tabla nº 57.	Evolución de los extranjeros residentes según nacionalidad.....	145
Tabla nº 58.	Evolución de la población según las Áreas Sanitarias.....	146
Tabla nº 59.	Médicos en ejercicio por cada 100.000 habitantes, UE.....	147
Tabla nº 60.	Médicos por cada 100.000 habitantes por CCAA.....	148
Tabla nº 61.	Profesionales de enfermería y comadronas por cada 100.000 habitantes. UE.....	149
Tabla nº 62.	Profesionales en enfermería por cada 100.000 habitantes. CCAA...	150
Tabla nº 63.	Contacto de la población con la AP en España.....	153
Tabla nº 64.	Implantación y utilización de la AP de salud por CCAA.....	154

Tabla n° 65.	Programas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria	155
Tabla n° 66.	Rotaciones del primer programa MFyC	156
Tabla n° 67.	Evolución de estudiantes admitidos en las facultades de medicina. Licenciados anuales. Plazas MIR. Tasa de especialización. Aspirantes a plaza.	161
Tabla n° 68.	Tabla provisión de plazas MIR (elaboración propia)	164
Tabla n° 69.	Número de publicaciones por centro de salud y año	167
Tabla n° 70.	Número de publicaciones por municipio	169
Tabla n° 71.	Número de publicaciones por año	169
Tabla n° 72.	Áreas de intervención de los planes de salud en la Región	170

INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

EL MEDICO DE CABECERA

La imagen actual de la Atención Primaria se empezó a forjar en la década de los años setenta, donde se veía al médico de cabecera como una figura paternalista y amable, transportando su maletín de aviso en aviso por las calles de los pueblos, o la del médico de cupo urbano, o la del practicante administrando inyectables, a la nueva concepción de atención primaria que se empieza a forjar con las recomendaciones de la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud(OMS) celebrada en Alma-Ata en 1978, a partir de la cual se produjo el verdadero despegue de la Atención Primaria.¹

A partir del “X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana”, celebrado en Perpiñán en 1976, y del trabajo realizado por el Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona se promovió un grupo de estudios sobre la medicina de la asistencia primaria. Las deliberaciones y recomendaciones de este grupo de estudios se dieron a conocer en 1980 y representaron una aportación muy útil en el debate sanitario posterior. En este texto ya se recomendó superar la organización tipo Seguro Obligatorio de Enfermedad mediante un Sistema Nacional de Salud, se colocó a la Atención Primaria como núcleo del sistema de salud, complementada por la asistencia hospitalaria, y como nexo básico de las actividades asistenciales, de promoción y de prevención, y se propuso el Centro de Salud como soporte institucionalmente necesario para el Equipo y como organismo coordinador de las personas y de los medios implicados en los servicios de Atención Primaria.²

La historia del médico de cabecera

A principios de la década de 1980, se mantuvo, respecto a la Atención Primaria de Salud, una estructura de Médicos Titulares en el medio rural y de Médicos de Zona,

¹ Gol J; 1980.

² Elola FJ; 1991.

ubicados en los ambulatorios de la Seguridad Social, para los municipios de más de 10.000 hab. Ambos ejercían su labor asistencial en base a un cupo de asegurados. Existían además puntos de atención de urgencias de la Seguridad Social, ubicados en centros específicos de grandes urbes.³

El ejercicio médico en el medio rural previo a la implantación de la Atención Primaria de Salud, consistía en el de funcionario del estado al servicio de la administración local. El acceso se realizaba mediante oposición pública, a la plaza de “Titular de Sanidad Nacional”, al que correspondía un partido médico cerrado como ámbito territorial, integrándose el facultativo a vivir en la comunidad rural correspondiente. Contemplaba un modelo retributivo mixto público y privado:

Público: como funcionario perteneciente al cuerpo de Sanidad Nacional con labores de Salud Pública, unido a la asignación de la Seguridad Social en base al número de cartillas de trabajadores en su cupo sobre los que tenía labores asistenciales⁴

Privado, por el sistema de “Iguales”, pactado con las familias del municipio sin cobertura de la Seguridad Social (las “Iguales” fueron legales hasta la incorporación de los trabajadores agrarios al Seguro Obligatorio de Enfermedad). La carrera profesional se basaba en la antigüedad como funcionario de cara a la movilidad geográfica mediante concursos de traslado. La comunicación con otros facultativos era nula y con el medio hospitalario estaba protocolizada por escuetos formularios P10. La formación continuada no existía y tampoco había posibilidad de análisis de los resultados de su labor asistencial

La evolución del médico de cabecera y su incorporación a los centros de salud

La reforma de la Atención Primaria de Salud desde la promulgación del RD 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, hizo posible la constitución de los Equipos de Atención Primaria, dicha reforma requirió 10 años para generalizarse, y en 1995 el 75%

³ Fernández Díez A,2005

⁴ Fernández JL,1996

de la población del territorio INSALUD recibía ya asistencia a través de los Centros de Salud y sus Equipos de Atención Primaria.⁵

En los Centros de Salud se integraron Médicos generales y de familia, con un esquema de trabajo en equipo distinto al de los Consultorios Locales.⁶

Se trasladaron a los Centros de Salud, con nuevas instalaciones y mejor dotados, en jornadas de 40 horas semanales y ejercieron con una concepción integral de la salud, dirigiendo sus actividades tanto a la asistencia sanitaria a demanda, como a la realización de una cartera de servicios que incluía actividades de promoción, prevención, y rehabilitación de la salud, delimitado a la zona básica de salud a la que estaba adscrita su Centro.⁷

LA SALUD

En la vida cotidiana usamos el concepto de salud como ausencia de enfermedad, pero la OMS definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedad”⁸

Según la OMS para que la salud sea posible existen una serie de condiciones previas como: la paz, la vivienda, unos ingresos mínimos, la educación, la equidad, la justicia social, la voluntad política y un ecosistema estable⁹

Pese a las dificultades para establecer un diagnóstico de salud como ya indicó Linnerberg¹⁰, que éstas dependen de la época, el lugar y las circunstancias, se añade la dificultad para medir el nivel de salud de la población, para ello utilizamos los indicadores de salud, se ha trabajado en buscar los indicadores mas fiables y que mejor

⁵ Fernández Díez A,2005

⁶ Gené J,1994

⁷ Freire JM,2004

⁸ Hogart J;1977

⁹ Álvarez Dardet C; 1991

¹⁰ LinnerbergC.C.;1964

reflejen la salud de la población también se recopila información a través de las Estadísticas de salud, que permiten identificar los principales problemas de la comunidad.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

De la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, capital de Kazajistán, en septiembre de 1978, nos queda un lema y un objetivo: “Salud para Todos en el Año 2000”. Es el reconocimiento de que el derecho a la protección de la salud es un derecho humano fundamental y la convicción de que la búsqueda del grado más alto posible de salud es un objetivo irrenunciable en todo el mundo. Se recordó a los gobiernos la obligación de cuidar la salud de sus pueblos; la desigualdad en salud se consideró política, social y económicamente inaceptable y se promovió el desarrollo económico y el aumento de la protección social para lograr el máximo de salud para todos.¹¹

Para lograr los fines de la Declaración de Alma-Ata se proponía la cobertura asistencial universal por los servicios de Atención Primaria y el desarrollo de Sistemas Nacionales de Salud. Se insistía en que el logro del bienestar físico, psíquico y social no se consigue por los servicios médicos, sino que es preciso abordar la multicausalidad de la enfermedad, mantener el acercamiento bio-psico-social, la intersectorialidad y la atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad. La salud no es el producto del trabajo del sistema sanitario, sino la expresión de una sociedad justa y equitativa que logra para todos sus miembros educación, vivienda, trabajo y justicia mediante la distribución adecuada de los recursos materiales, humanos y financieros, también en el ámbito sanitario.¹²

España estuvo presente en la Conferencia, con el ministro de sanidad Enrique Sánchez de León y firmó la Declaración de Alma-Ata. A partir de aquí se desarrollaron algunas tímidas acciones políticas, como la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) dentro del sistema MIR (Médico Interno Residente), y de la

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978.

¹² Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978.

Unidades Docentes de MFyC, en donde se inició el ensayo de lo que intentaría ser la Atención Primaria en el futuro.

DESARROLLO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

En 1932 el ministro Largo Caballero ordenó al INP la propuesta de una ampliación de la cobertura sanitaria, lo que llevó al desarrollo de un intenso trabajo de expertos, y antes de la Guerra Civil (1936-1939) se discutió en el Parlamento una nueva legislación que hubiera transformado a la larga el INP en un Servicio Nacional de Salud, pero la rebelión militar no permitió ni llegar a un acuerdo final, ni aprobar ninguna ley al respecto.

Después de la Guerra Civil, el gobierno militar estableció el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), en 1942, que se adapta al modelo Bismarck, éste modelo nace en el siglo XIX en Alemania, daba cobertura a los trabajadores por cuenta ajena y a sus beneficiarios, a raíz de que los trabajadores industriales se organizaron en cooperativas o sociedades, al principio débiles y, tras la adquisición del derecho de voto, cada vez más fuertes y organizadas. Estas sociedades comenzaron a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas, creándose las primeras organizaciones gremiales, con una filosofía derivada directamente de las antiguas cajas de enfermedad, centradas en la curación de los trabajadores. Con la lógica de las igualas, los médicos cobraban por un cupo definido de "familias", según las "cartillas" (documento en el que constaban el trabajador y su familia), y en principio atendían en su propio domicilio, pero pronto se desarrolló una red de consultorios públicos en los que pasaron a ofrecer sus servicios los médicos generales, en horario de dos horas y media de consulta, más avisos a domicilio (de nueve de la mañana a cinco de la tarde en el medio urbano, cuando se desarrollaron los servicios de urgencia, y las 24 horas, en el medio rural, hasta la implantación de los Centros de Salud).¹³

¹³ Huertas R. 2000

Los médicos titulares, funcionarios locales (de los ayuntamientos) con actividad clínica curativa y preventiva, y en salud pública, fueron incorporados al Seguro Obligatorio de Enfermedad como médicos generales, con una doble dependencia que perdura en 2005, con matices distintos según Comunidades Autónomas. En el ambiente rural fue donde perduró más el sistema de “iguales”, como complemento a los bajos sueldos oficiales, primero de forma legal, y luego ilegal, hasta convertirse en algo anecdótico en 2005, por ser ya digna la remuneración oficial.¹⁴

Las enfermeras trabajaron bien como practicantes (cobro por cartilla, con el cupo de varios médicos adscritos, trabajo en consulta de dos horas, y avisos a domicilios con horario similar al médico; profesional muy independiente en el medio rural), bien como enfermeras de consultorio (a tiempo completo, pago por salario, adscripción a una “consulta” o despacho, con tres médicos que cambiaban cada dos horas y media, para auxiliar al médico en las labores burocráticas y en algunas técnicas). En los consultorios una enfermera tenía el nombramiento de "Jefa de Enfermeras", y ejercía una mínima labor de coordinación sobre todo el personal.

Los especialistas también eran remunerados por “cartillas”, lo que constituye casi una primicia mundial de pago por capitación, aunque nunca se ha estudiado a fondo dicha “anomalía”, y también trabajaban a tiempo parcial [el objetivo fue permitir la convivencia del trabajo en el sector público y privado, para lograr la colaboración de los médicos con el sistema, y de paso mantener bajos los salarios públicos]. Así mismo, los especialistas tenían un régimen de cuasi-funcionarios (estatutarios), como los médicos generales. Cada médico general tenía un cuadro de especialistas que ejercían en instituciones abiertas (ambulatorios) o cerradas (clínicas contratadas, para el ejercicio de la cirugía de día, por ejemplo), y remitían a los pacientes al hospital si se requería ingreso. El acceso a los especialistas era vía visita previa al médico general, con alguna excepción, y si el médico general lo creía conveniente derivaba obligatoriamente a algún especialista de su cuadro.¹⁵

¹⁴ Larizgoitia I.1997

¹⁵ Martínez Pérez JA.2003

Nunca hubo copagos, más allá de los que acompañaban a la medicación. Tampoco nunca hubo un sistema de cita previa, ni en Atención Primaria ni con los especialistas, pues se daba por supuesto que los pacientes debían ser atendidos en el día, según orden de presentación en la consulta.

Hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad, en 1986, el sistema sanitario español mantuvo una estructura fragmentada basada en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Las Administraciones (Estado, Diputaciones, y Ayuntamientos) se ocupaban de los aspectos de salud pública y de salud mental, y el individuo debía responsabilizarse de la atención a su enfermedad. La Beneficencia, con aportaciones económicas públicas, se encargaba de la población sin recursos.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad tenía una finalidad curativa, y se financiaba por las cuotas de empresas y trabajadores (Seguridad Social). Éste énfasis curativo, y el aislamiento de otras instituciones y organismos sanitarios, fueron los puntos débiles del Seguro Obligatorio de Enfermedad.¹⁶

La incorporación masiva de trabajadores de distintos sectores productivos a dicho seguro se produjo entre 1953 y 1962. La consiguiente mejora de la situación económica de la Seguridad Social permitió la construcción de hospitales públicos (“residencias sanitarias”, en la jerga oficial), muy bien dotados en lo material y personal, que lograron un enorme prestigio en la población.

En 1977 se creó el primer Ministerio de Sanidad, con el primer gobierno democrático (de la UCD) tras la dictadura. En 1978 el organismo gestor de las prestaciones sociales, el Instituto Nacional de Previsión (INP), se desdobló en entidades gestoras, correspondiendo al INSALUD la gestión de la asistencia sanitaria (el antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad), que dependía del Ministerio de Sanidad.¹⁷

¹⁶ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 1986

¹⁷ Pérez-Giménez R, 2000

Posteriormente, en 1986, en el primer gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), la Ley General de Sanidad expresó la voluntad política de orientar los servicios sanitarios hacia un modelo de cobertura universal, y de coexistencia de prevención y curación, y creó el Sistema Nacional de Salud, como evolución lógica del INSALUD, en la búsqueda de la equidad y de la eficiencia del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad incorporó dos elementos clave ya en desarrollo: a/ la descentralización (transferencias) y b/ la reforma de la Atención Primaria.

En el origen de la organización y del ordenamiento normativo de los servicios de Atención Primaria de Salud podemos distinguir influencias varias, coincidentes en el tiempo. Como ya se ha dicho anteriormente, fue determinante la "filosofía" emanada de la Declaración de Alma-Ata, con el ejemplo de los centros de salud finlandeses como modelo promocionado por la OMS. También, la toma de conciencia de algunos profesionales que rechazaban el modelo puramente administrativo y curativo, y se sentían solos, marginados y desmoralizados en su ejercicio clínico. La población contribuyó con un mayor nivel de exigencia, que germinó durante la dictadura y se desarrolló con el inicio de la democracia. Fue importante el ambiente de permeabilidad ideológica que hubo en España durante la apertura y la transición política, entre 1970 y 1982. No fue ajeno el desarrollo en EE.UU., en los años setenta, de la especialidad de Medicina de Familia, como forma de dignificar y de "legalizar" la renovación de la Medicina General. Por último, la llegada al gobierno en 1982 del PSOE, un partido que compartía filosofía socialista y ansia de renovación, dio el impulso final para la reforma de la Atención Primaria, lo que supuso el inicio de la organización de la Atención Primaria que hoy conocemos.¹⁸

Bajo un gobierno de UCD, en 1978, se creó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), con el objetivo de lograr un médico bien formado. Se aspiraba a que este médico de familia fuera la figura fundamental del sistema sanitario, con la misión de realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad. En el fondo, lo que se pretendió fue llevar el nivel que se había alcanzado en los hospitales públicos, con el sistema de residencia MIR, a los consultorios del INSALUD. En la convocatoria MIR de 1979 aparece por primera vez la especialidad de

¹⁸ Rico Gómez A, 1998

MFyC, con cerca de 500 plazas. Las unidades piloto de Medicina Familiar, para que los futuros especialistas rotaran por centros de salud, se crearon con posterioridad, en 1982, y un año después se aprobó el programa docente de la especialidad.¹⁹

REFORMA SANITARIA DE 1984

Durante los primeros gobiernos democráticos de UCD (Unión de Centro Democrático), las fuentes de opinión y las encuestas manejadas ponían de manifiesto la coincidencia entre profesionales, personal de la Administración y población sobre las carencias de la Atención Primaria y sobre la necesidad de que su reforma fuera prioritaria en las decisiones ministeriales. De hecho, ya en 1978, el acuerdo con las Comunidades Autónomas facilitó la ordenación territorial sanitaria (RD 2221/1978, de 25 de agosto), mediante las normas de confección del mapa sanitario, requisito previo para la reestructuración de la Atención Primaria. En 1980 y 1982 se publicaron los mapas sanitarios de Cataluña y del País Vasco, respectivamente, con una primera planificación de necesidades y objetivos en cuanto a la red de centros de Atención Primaria.²⁰

La primera transferencia del INSALUD fue a Cataluña, en 1981. A partir de 1982, con la entrada en el gobierno del PSOE, se precipitaron los hechos. En 1983 se modificó el baremo para plazas de Medicina General, incorporando la especialidad de MFyC. Y en 1984, paralelamente a la jerarquización de las Instituciones Sanitarias Abiertas, se publicó el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, en el que se establecieron las Zonas de Salud, los Centros de salud y los Equipos de Atención Primaria.

Se modificó el Estatuto Jurídico del personal sanitario no facultativo, creándose la modalidad de Enfermería de Atención Primaria, y en 1986 se aprobó la Ley 14/1986, Ley General de Sanidad español (LGS). En paralelo se fueron produciendo transferencias del INSALUD, a Andalucía en 1984, Valencia y País Vasco en 1988 y

¹⁹ Real Decreto 3303/1978

²⁰ Corrales D. 1996.

otras que culminaron a finales de 2001 con las últimas diez Comunidades Autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia).²¹

En Atención Primaria, el nuevo modelo exigió una expansión de medios: plantillas a tiempo completo (ocho horas diarias, al comienzo, siete desde 2003), acceso a pruebas diagnósticas, reformas y construcción de nuevos centros, uso de documentación clínica, formación, etc. Se introdujeron nuevos estamentos profesionales en Atención Primaria, con implantación variable según Comunidades Autónomas (trabajadores sociales, veterinarios, farmacéuticos, epidemiólogos y técnicos en Salud Pública), y se extendió la cobertura asistencial de la Seguridad Social. Las tres cuestiones críticas fueron:

1. el paso a trabajo a tiempo completo del médico general (en muchos casos, además, con dedicación exclusiva),
2. el establecimiento de la historia clínica y de otros sistemas de registro
3. la capacidad de formar residentes de MFyC y de impartir formación continuada en los Equipos de Atención Primaria.²²

Aunque en un primer momento se planteaba la Atención Primaria como eje y puerta de entrada del Sistema Nacional de Salud en la práctica se observa que hay una insuficiencia presupuestaria, una atención cada vez menos universal y una falta de apoyo político, gestor y profesional para dotarla de recursos y mejorar su organización y eficiencia.

Problemática de la reforma de la atención primaria de salud

Las primeras dificultades aparecieron a nivel del Área de Salud, como:

1. Dificultades de orden institucional.
2. La planificación partía de la administración autonómica, pero la gestión seguía correspondiendo al INSALUD

²¹ Elola FJ. 1991

²² Gervas J, 2005

3. La superposición de órganos de gestión pertenecientes a distintas estructuras administrativas: Delegaciones Provinciales del Ministerio de Sanidad, estructura administrativa del INSALUD, administración de los incipientes Servicios Regionales de Salud, Diputaciones con competencias de Salud Pública ²³

Todo esto impidió durante años la elaboración de Planes de Salud de Área que integrasen las actuaciones sanitarias de las distintas administraciones y ralentizó la reforma de la Atención Primaria.²⁴

La insuficiente participación de los profesionales sanitarios en la planificación de la reforma, en contra de lo dictado por la Ley General de Sanidad, motivó sentimientos de rechazo en los Médicos Titulares hacia la nueva estructura y hacia el nuevo perfil de Médico de Familia. Los Centros de Salud se tuvieron que implantar en este clima de enfrentamiento, entre la labor asistencial del INSALUD y la labor preventivo-sanitaria a cargo de la autonomía.²⁵

Con el paso de los años, las gerencias de área desarrollaron Sistemas de Información integrales de evaluación de servicios en el Área de Salud, según lo establecido en la Ley General de Sanidad, introdujeron:

1. Medidas de control de calidad de los servicios prestados
2. La Memoria anual del Centro de Salud
3. Un plan de auditorías provinciales de Equipos de Atención Primaria, que sirvió para establecer objetivos realistas de gestión a nivel del Área de Salud.²⁶

LEY GENERAL DE SANIDAD

La Ley General de Sanidad fue promulgada el 25 de abril de 1986 en España y en ella restablece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud

²³ Ris H,1997

²⁴ Morera R,2003

²⁵ Guarga A,2000

²⁶ Valdés P,2004

establecida en el artículo 43 de la Constitución española. En su título III define las prestaciones públicas y sus estructuras como un Sistema Nacional de Salud, con una organización de sus servicios basado en las distintas comunidades autónomas.

La aprobación de esta Ley, constituye un paso decisivo para desarrollar el Sistema Sanitario a nivel nacional, ya que en él, y de acuerdo con la Constitución Española, la protección a la salud es un derecho para todos los ciudadanos, esta ley adopta el modelo à la Beveridge, es un modelo no contributivo donde el financiamiento proviene de impuestos generales y los beneficios tienden a ser universales, siendo así más inclusivos, es un sistema nacional de salud para toda la ciudadanía.

El artículo 1.1 de la Ley 14/1986 de 23 de abril, dice: La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución

La Ley General de Sanidad consta de 7 Títulos, 10 Disposiciones Adicionales, 3 Transitorias, 2 Derogatorias y 13 Disposiciones Finales.

1. • Título Preliminar. Del Derecho a la Protección de la Salud.
2. • Título I. Del Sistema de Salud.
3. • Título II. De las competencias de las Administraciones Públicas.
4. • Título III. De la estructura del Sistema Sanitario Público.
5. • Título IV. De las actividades sanitarias privadas.
6. • Título V. De los productos farmacéuticos.
7. • Título VI. De la docencia y la investigación.
8. • Título VII. Del Instituto de Salud Carlos III.²⁷

El Real Decreto 137/84 no modificó los siete pilares básicos del sistema previo de Atención Primaria del INSALUD:

1. El pago por “cartilla” (cuasi-capitación, que después se hizo desaparecer por el pago por salario, y finalmente se ha conservado como capitación propiamente dicha, en torno al 15% de los ingresos mensuales)
2. La distribución en cupos y la asignación de un médico de cabecera a los asegurados (con la consecuente limitación en el número de profesionales y la

²⁷ Ley General de Sanidad 14/1986 de 23 de Abril

- forzada distribución geográfica que conlleva la asignación de una población definida)
3. El papel de filtro del médico general (lo que contribuye a definir explícitamente un nivel de atención cercano a la población que llamamos Atención Primaria, un nivel definido en el que se realizan determinadas actividades asistenciales)
 4. El cuadro de especialistas al que derivar obligatoriamente los pacientes
 5. La ausencia de copagos
 6. Un modelo único para toda España (lo que era más propio del anterior gobierno de la dictadura, pero no de la actual democracia y de su consiguiente descentralización de poder hasta el máximo posible, para organizar los servicios según las necesidades)
 7. La integración de provisión, gestión y financiación de los servicios sanitarios en una sola institución, y la naturaleza de la relación de los profesionales con la misma.

En la práctica, el Real Decreto 137/84 implantó una reforma de la Atención Primaria más orientada a aumentar su capacidad de resolución de problemas que a la mejora de la coordinación. Es decir, se buscó más la dotación de un nivel asistencial próximo a la población, capaz de resolver problemas de salud frecuentes; que la introducción de mecanismos que dieran al médico general más poder de coordinación (más poder para resolver los problemas frecuentes y al tiempo seguir los problemas infrecuentes), y para asegurar la continuidad de cuidados a la población.²⁸

LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS

En alguna Comunidad Autónoma, Cataluña por ejemplo, el proceso de implantación de la reforma fue particularmente lento, ya que, aunque la reforma se puso en marcha con carácter experimental en el centro de La Mina (1983) y en los de Vila-roja y Ciutat Badia (1984), hasta el 21 de marzo de 1985 no se aprobó el decreto que establecía las características fundamentales de la Atención Primaria, y hasta el 9 de julio de 1990 no se aprobó la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña. De cualquier forma, aunque con

²⁸ Real Decreto 137/1984, de 11 de enero

distinta cronología, en todas las Comunidades Autónomas se han introducido las reformas legales necesarias para adaptar el Real Decreto 137/84 a su marco competencial, fundamentalmente la ordenación asistencial del territorio en áreas y zonas de salud y el reglamento de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria. Pero no puede olvidarse que incluso en 2005 todavía persistía una fracción marginal de la población cubierta por la organización del sistema del Seguro Obligatorio de Enfermedad, con médicos de cupo con horario de consulta de dos horas y media, que ha perdurado, pues, más de sesenta años.²⁹

REAL DECRETO DE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD

El elemento legislativo clave en el desarrollo de la Atención Primaria fue el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, en el que se definían los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria. Destacaron en este decreto el establecimiento de:

1. La delimitación territorial de la población (Zonas Básicas de Salud, ZBS),
2. El trabajo en equipo multidisciplinar (Equipo de Atención Primaria, EAP),
3. Una estructura física común (Centro de Salud, CS),
4. La necesidad de coordinación entre distintas Administraciones,
5. La atención individualizada y personalizada, y la integración de las actividades curativas con las de promoción y prevención de la salud.

La publicación del Real Decreto de estructuras básicas de salud (RD 137/84, de 11 de enero), definió el nuevo modelo de atención sanitaria del primer nivel en España. Dicho modelo se inspiró en los principios incluidos en el pronunciamiento que sobre este tema había realizado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS a través de la Declaración de Alma-Ata hizo a nivel mundial una serie de recomendaciones sobre la atención primaria de salud

²⁹ Rico Gómez A,1998

En España se produjo un gran cambio a nivel conceptual y organizativo desde la asistencia sanitaria primaria a la denominada Atención Primaria de Salud (APS).

Esta pretensión respondía además a una necesidad de cambio y mejora de dicho nivel, masificado y con escaso tiempo de atención en el medio urbano, aislado en el medio rural y sin apenas medios disponibles en ambos, con escasa resolutiveidad y con la consiguiente pérdida de prestigio e insatisfacción del ciudadano.³⁰

La OMS eligió España para conmemorar el XXV aniversario de su Declaración, por considerar que nuestro país ha sido uno de los que mejor ha sabido adaptar los principios de Alma-Ata su entorno. Desde aquella situación de precariedad de la asistencia primaria hasta la reconocida actualmente a nivel internacional como una de las mejores APS del mundo, han transcurrido tan solo 30 años y para lograrlo ha jugado un papel importante Hannu Vuori que fue director de la oficina europea de la OMS.³¹

Nos movemos en un escenario donde se plantean desafíos que la dinámica actual del sistema no parece poder afrontar. El aumento del nivel de información y de exigencia de la población, el incremento de la población asegurada, el envejecimiento progresivo, la proliferación de pacientes crónicos y la irrupción de tecnologías caras y eficaces, junto con la existencia de un sistema sanitario caracterizado por la gratuidad en el momento del servicio que confiere a los ciudadanos una enorme capacidad de uso, encuentran respuesta, incomprensiblemente, en unos subsistemas compartimentados.³²

El progreso del nivel primario o del nivel especializado no puede concebirse por separado y, de hacerlo así, estaremos poniendo en cuestión el propio modelo sanitario, más cuando los ciudadanos que otorgan cada día mayor prioridad a su salud, esperan una atención de calidad.³³

Análisis histórico y retos de futuro basados en el conocimiento científico pero, además, desean que los servicios sean altamente accesibles, rápidos, eficaces y que no supongan

³⁰ Starfield B, 2001

³¹ Boerma WGW, 1997

³² Aguilera Guzmán M, 2002

³³ Caminal J, 2003

más impuestos o costes particulares. La Atención Primaria es un servicio bien valorado por los ciudadanos tanto desde el punto de vista de la accesibilidad como de atención, quienes optarían por la provisión pública de este servicio de forma mayoritaria. El gran déficit de la Atención Primaria, como de los restantes servicios asistenciales, se localiza en los aspectos organizativos, peor valorados por los ciudadanos, con una evolución negativa más acusada que la relativa a los componentes.³⁴

El nuevo modelo de Atención Primaria introduce una filosofía diferente: la organización del trabajo bajo la fórmula de equipo, con mayor participación de las profesiones sanitarias distintas a la médica. El papel de la enfermería se centraba, en la mayor parte de los casos, en la aplicación de algunas técnicas y en el apoyo a la consulta médica. En estos momentos el papel de la enfermería en Atención Primaria se debe centrar en la gestión estratégica por procesos: procesos asistenciales, procesos organizativos y procesos de gestión.³⁵

La capacidad real de gestión, y por tanto la implicación de los profesionales sanitarios sólo puede conseguirse desde fuera de la Administración Pública. El modelo, basado en la gestión de riesgo ha contribuido a la mejora de la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales, al incremento de la eficiencia tanto por el aumento de la calidad del producto asistencial, como por la reducción del coste.³⁶

La implantación de una gestión única del Sector de Salud como elemento integrador de la gestión de Servicios Sanitarios. El objetivo es cambiar una organización basada en la gestión de recursos por una organización profesional que se justifica por sus resultados. Esto supone basar todas las decisiones en la relación entre profesionales y ciudadanía a través de un proceso de rediseño organizativo.³⁷

³⁴ Artells JJ,1999

³⁵ Corrales D,1996

³⁶ Fernández Díez A,2005

³⁷ Guarga A,2000

Análisis histórico y retos de futuro para incorporar al profesional sanitario a la gestión de los recursos utilizados e su propia práctica clínica con criterios exclusivos de efectividad y calidad.³⁸

La motivación de los profesionales sanitarios ha constituido tradicionalmente un tema clave tanto de la agenda política como de la agenda de investigación de las ciencias sociales interesadas por el sector sanitario. En España el sector sanitario es sin duda el ámbito de la administración pública más activo a la hora de proponer e incorporar los modelos de motivación y esquemas de incentivación que surgen del sector privado. Los próximos años van a ser cruciales en lo relativo a establecer un marco laboral y retributivo para los profesionales sanitarios. Compatibilizar la autonomía de los diferentes Servicios regionales de salud con la necesaria coordinación de las distintas políticas en el ámbito estatal será sin duda el reto fundamental.³⁹

La carrera profesional (CP) se propone estimular el crecimiento profesional y, por tanto, incentivar el desarrollo de sus competencias. Si aceptamos que los recursos humanos son el principal recurso de las organizaciones sanitarias parece poco arriesgado concluir que, en la medida que funcione, repercutirá positivamente en el funcionamiento general del Sistema Nacional de Salud. No obstante, la CP no es la panacea para resolver los múltiples problemas que están llevando a los profesionales a la desmotivación. Es necesario establecer una política de personal incentivadora que no sólo se preocupe por el desarrollo y establecimiento de la CP.⁴⁰

La apuesta en Atención Primaria es introducir un nuevo enfoque cultural y organizativo y dar respuesta decidida a nuevos retos o a desafíos a los que aún tenemos que responder:

1. La orientación de los servicios desde la perspectiva del usuario.
2. Favorecer la participación del ciudadano en el sistema, a través de los consejos de salud.

³⁸ Fernández JL,2005

³⁹ Álvarez-Dardet C,2000

⁴⁰ Gervas J,2005

3. La autonomía de gestión y la responsabilidad profesional.
4. La cultura de la calidad asistencial, la formación profesional continua y la competencia profesional acreditada.
5. El enfoque de la evaluación por resultados.
6. El posicionamiento de la Atención Primaria con mucha más capacidad resolutive y diagnóstica.

La reforma de la atención primaria favoreció que la atención primaria de salud (APS) incluyera la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a las funciones ya indicadas de tratamiento y rehabilitación. Se trataba de dar un servicio de salud continuo e integral hacia la persona, la familia y la comunidad. Se introdujeron importantes cambios organizativos (trabajo en equipo, horarios más amplios, uso de historia clínica, etc.).⁴¹

La RAP se ha evaluado en diferentes estudios y muchos de ellos han llegado a conclusiones muy positivas en diferentes aspectos económicos y de salud: reducción de costes mediante la disminución de las visitas y los ingresos en la atención especializada, mejora de la calidad en la atención y la equidad en la distribución de los servicios, y un impacto en la reducción de la mortalidad por todas las causas y por algunas de las causas prevenibles desde la atención primaria. Aun así, otros estudios muestran que algunos aspectos no han mejorado o que han empeorado, el más destacable de los cuales es la accesibilidad de la visita, ya que el usuario tiene que pedir hora antes de ser visitado por algún profesional sanitario.⁴²

La RAP ha influido claramente en promocionar las prácticas preventivas en la atención primaria en el sector público, es positivo que se continúe potenciando y promocionando la prevención desde los servicios públicos, ya que su universalidad permite el acceso a las personas de todas las clases sociales. Al mismo tiempo, se debe potenciar los cambios que favoreció la reforma, ya que se han obtenido resultados positivos, es

⁴¹ Larizgoitia I,1997

⁴² Morera R,2003

también importante seguir controlando el impacto de la actuación del sistema sanitario, así como la posible producción de desigualdades.⁴³

PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.

Prestaciones de salud pública

Conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

Prestación de atención primaria

La atención primaria, que incluye la atención al adulto y al niño a través del trabajo que desarrollan los pediatras en los centros de salud, es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Prestación de atención especializada

Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención

⁴³ Pérez-Giménez R,2000

de la enfermedad, incluye la prestación de salud mental y la de planificación familiar y atención materno infantil, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.⁴⁴

Prestación de atención sociosanitaria

Comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.⁴⁵

Prestación de atención de urgencia

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.

Prestación farmacéutica

Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Prestación ortoprotésica

Consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien de modificar, corregir o

⁴⁴ Fernández Díez A,2005

⁴⁵ Fernández JL,1996

facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Prestación de productos dietéticos

Comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.

Prestación de transporte sanitario

Necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.⁴⁶

Garantías de las prestaciones

1. De accesibilidad
2. De movilidad
3. De tiempo
4. De información
5. De seguridad
6. De calidad y de servicios de referencia

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia recibió, el 1 de enero de 2002 de manos de la Administración Central del Estado, las competencias en asistencia sanitaria que hasta ese momento venían siendo desempeñadas por el INSALUD. Estas transferencias suponen una oportunidad excepcional para nuestra Comunidad Autónoma, que ahora puede planificar, presupuestar y gestionar todas las actuaciones sanitarias.⁴⁷ Con las transferencias se desaprovechó la oportunidad de organizar el SMS

⁴⁶ Huertas R,2000

⁴⁷ Pérez-Giménez R,2000

alrededor de la lógica de la salud y siguió pilotando sobre la enfermedad base heredada del Seguro obligatorio de enfermedad y posteriormente del Insalud

El sistema sanitario ha de identificar y establecer las prioridades y necesidades de su población, y tras ello emprender las mejores medidas posibles destinadas a su atención.⁴⁸ Con tal motivo se han elaborado los planes de salud con objetivo de dar respuesta a la necesidad de disponer de un marco estratégico donde se recoja la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Con una población que se dirige al envejecimiento, y sin abandonar el desarrollo de medidas innovadoras y eficaces para el estudio y la curación de la enfermedad, se hace absolutamente necesario facilitar una respuesta integral que permita a nuestra población la mejor de las atenciones también en el momento en el que no existe tratamiento curativo posible. Es entonces cuando el paciente y la familia pueden llegar al mayor sufrimiento y en contraposición, a menudo, es cuando llegan a sentirse más desamparados.⁴⁹

Además, el proceso de morir se había desplazado gradualmente desde el hogar hacia los hospitales, no siendo éstos el lugar deseado por la mayoría de los pacientes. Este hecho se atribuye a las dificultades para obtener en el domicilio una atención adecuada, y de la máxima calidad, para estos enfermos.

Con el objetivo de dar respuesta a estas necesidades se ha elaborado este Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia, con la intención de procurar la mejor calidad y confort posible al propio paciente y su familia, sin pretender alargar su supervivencia, atendiendo a sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales, con respeto a su dignidad, autonomía y a su capacidad de decisión.⁵⁰

⁴⁸ Morera R,2003

⁴⁹ Morera R,2003

⁵⁰ Pérez-Giménez R,2000

CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La implantación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad médica en España tuvo lugar en noviembre de 1978, mediante el Real Decreto 3303/78 (Anexo 2) fruto de la necesidad de habilitar un nuevo perfil de profesional que guiase el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, dentro de la corriente socio sanitaria de la época, que concebía la salud como derecho humano fundamental y llave del desarrollo. La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, órgano consultivo del Ministerio de Sanidad y Política Social, sobre esta base conceptual, fue responsable, durante los últimos 30 años, de dar contenido a esta Especialidad, construyendo y perfeccionando su estructura docente, integrada en el sistema de especialización MIR.⁵¹

Integración en el sistema de especialidades

La idea de implantar una "Atención Primaria de Salud" basada en la Comunidad, para la consecución del cuidado integral de la salud para todos y por todos; concepto propugnado en la Asamblea Mundial de la Salud de 1975, en el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales de Nueva York, de 1976, y en la Declaración final de la conferencia de Alma-Ata en 1978, se concibió un modelo moderno de atención primaria en España, liderado por un nuevo perfil de Médico de Familia, el cuál sería la figura fundamental del Sistema, y que realizaría una atención médica integrada, añadiendo a los contenidos médicos tradicionales, un aspecto bio-psicosocial en el ámbito de la Atención Primaria basada en la Comunidad, y que recibiría obligadamente una formación continuada que garantizase el mantenimiento de su competencia profesional, dado lo extenso de su labor asistencial⁵²

Asistimos a la génesis de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España y a su Comisión Nacional, mediante el RD 2015/78, donde se reconoció la nueva Especialidad, y el RD 3303/78 sobre regulación de la misma, tipo de formación,

⁵¹ Fajardo Alcántara A,2007

⁵² Fajardo Alcántara A,2007

forma de adquirirla y las condiciones de acceso a los futuros puestos de trabajo de la estructura básica del nuevo modelo sanitario.⁵³

Los antecedentes se buscaron en médicos de familia pioneros de esta atención primaria en otros países, entre los que destacan : Michael Heyden en Holanda; Tim Farley y Bob Haggerty (Harvard, Boston) y Barbara Starfield (JHSPH, Baltimore) en Estados Unidos; Brian Hennen en Canadá (University of Western Ontario); el médico de familia galés Gabriel Smilkstein, pionero en la utilización del APGAR familiar; en el Reino Unido Robert Rakel y Robert Taylor, autores de los primeros textos recopilatorios de Medicina de Familia, e Ian McWhinney, pensador e investigador, centrado en la relación médico-paciente en Medicina de Familia.⁵⁴

Los antecedentes del sistema de formación

Primera mitad del siglo XX

La enseñanza de la medicina estuvo centrada al ámbito de la universidad, con un método de enseñanza tradicional, basado en la lección magistral, distante de la práctica clínica, posteriormente se sucedieron los avances médicos y el programa universitario se hizo paulatinamente más denso respecto a sus contenidos, pero persistiendo en sus metodologías clásicas.⁵⁵

El postgrado fue impartido en España, inicialmente, en dos ámbitos:

1. Los Institutos y Escuelas Profesionales de Especialización (Puericultura, Salud Pública,...), sobre programas reglados, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional o habilitadas por las Cátedras de las Facultades de Medicina, y ligadas a los Hospitales Clínicos Universitarios.
2. En los Hospitales Generales, a la sombra de un jefe de servicio que habilitaba como especialistas a sus pupilos sin programas reglados.⁵⁶

⁵³ Presidencia del Gobierno. Real Decreto 3303/1978

⁵⁴ Mc Whinney I,1995

⁵⁵ Bonal P,2008

⁵⁶ Caballero J,2000

Segunda mitad del siglo XX

Durante la segunda mitad del siglo XX, en la enseñanza de la medicina, confluyeron dos nuevos factores:

1. Aumentó exponencialmente el volumen del conocimiento médico, que, junto al desarrollo tecnológico, condujo a una progresiva super-especialización
2. La generalización del estado de bienestar significó el acceso masivo de la población a los sistemas públicos de salud, en una sociedad postindustrial, estableciendo una demanda cada vez mayor de servicios sanitarios por un colectivo de pacientes más reivindicativo respecto a su salud y que exigía una mejora cualitativa de la praxis médica.⁵⁷

A medida que la formación en medicina, durante el pregrado, evidenció carencias en la adquisición y mantenimiento de las capacidades y actitudes necesarias para el ejercicio de la profesión, y persistió en la formación orientada a la adquisición y mantenimiento de conocimientos teóricos y habilidades, se hizo más necesario incidir en una formación de postgrado eminentemente práctica y regularizada, que garantizara la competencia profesional antes del ejercicio de la medicina. Así, se implantó en España a partir del Seminario de Hospitales con Programas Graduados, el sistema de residencia o sistema MIR, donde el licenciado era integrado en diferentes grupos profesionales, adquiriendo responsabilidades progresivamente crecientes, con constante supervisión, llegando a dominar, después de un período de años reglado, los diferentes aspectos de la especialidad elegida.⁵⁸

Hospitales generales con programas graduados

La forma de especializarse consistía en inscribirse en el Colegio Médico de la Provincia, y tras un tiempo como médico becario interno en los Hospitales Generales y bajo el patrocinio del Jefe de Servicio correspondiente, obtener la confianza de éste para ocupar una plaza en el Servicio y poder ejercer a la misma vez en el sector privado. Así

⁵⁷ Dichiarà KA,2004

⁵⁸ Ezquerro M,2007

se obtenía con el tiempo el “título” de especialista. Bajo este sistema el Jefe de Servicio lo decidía todo:

1. Los ascensos
2. La consecución de las especialidades
3. Establecía las relaciones con las sociedades médicas privadas
4. Tenía acceso a la repartición de plazas en la Seguridad Social.⁵⁹

Frente al sistema de los Hospitales Generales, a la sombra de los Jefes de Servicio, se produjo un cambio cualitativo con la creación de las Residencias de la Seguridad Social. En estos modernos hospitales comenzaron a implantarse modelos norteamericanos de formación, implementando programas formativos reglados y constituyendo, en 1968, el Seminario de Hospitales con Programas Graduados. Para la elaboración de los programas conjuntos, se tomó como referencia el texto de la Comisión Conjunta sobre acreditación hospitalaria americana (año 1965) y el nombre surgió simplemente de la traducción del inglés Internal Medicine Residency: médico interno residente.⁶⁰

Se establecieron programas reglados de formación para cada especialidad y articulando para su realización rotaciones por los Servicios y Departamentos de sus correspondientes hospitales.⁶¹ Este grupo de instituciones sanitarias fueron, desde la década de 1950, el Hospital de Basurto en Vizcaya, la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social Francisco Franco y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona, Hospital Casa de la Salud de Valdecilla en Santander y el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid (unido a la Clínica de la Concepción, en 1955 se convirtió en la Fundación Jiménez Díaz); posteriormente, en la década de 1960, se añadieron el Hospital General de Asturias, el Hospital Provincial Santiago Apóstol en Vitoria, la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Paz y Clínica Puerta de Hierro de Madrid.

Las Universidades habrían de contar con al menos un hospital y tres centros de salud de Atención Primaria, con función universitaria para el ejercicio de la docencia y la

⁵⁹ Medina RM,1993

⁶⁰ Muñoz S,1995

⁶¹ Pardell H,1996

investigación, incluyendo en los programas docentes del pregraduado rotaciones por los servicios clínicos de los Hospitales de la Seguridad Social. El primer convenio de cooperación, fue el suscrito por la Universidad Autónoma de Madrid con los centros hospitalarios Clínica Puerta de Hierro y Ciudad Sanitaria La Paz⁶².

En 1978 la Dirección General de Investigación y Docencia del Ministerio de Sanidad introdujo el actual sistema MIR, basado en los sistemas de especialización norteamericanos y que constaba de tres características:

1. Función selectiva.
2. Función distributiva.
3. Equidad, al tratarse de una prueba objetiva y de ámbito estatal.

En su diseño colaboraron Antonio Gallego, presidente de la Sociedad Española de Educación Médica, y reconocidos médicos relacionados con la estructura política del momento, José M^a Segovia de Arana (Secretario de Estado para Sanidad desde 1979) y Vicente Rojo Fernández (Subdirector General de Docencia e Investigación del Ministerio de Sanidad desde 1978).⁶³

La formación de especialistas

La Orden Ministerial de 27 de junio de 1989, sobre normalización del procedimiento selectivo del MIR, estableció un procedimiento selectivo que se caracterizó por:

1. Principio de mérito y capacidad, al estructurarse la prueba selectiva, mediante un examen de conocimientos planteado de forma objetiva y con un baremo único de méritos académicos.
2. Instauración de los sistemas de determinación de plazas: elaboración de una oferta de plazas, con participación de las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud, del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, del Consejo Nacional de Especializaciones

⁶² Peinado JM,2008

⁶³ Real Decreto 3303/1978

Farmacéuticas y de las Universidades; con adecuación a la capacidad docente acreditada, a las necesidades sociales de especialistas del Sistema Nacional de Salud, a las disponibilidades presupuestarias y a los compromisos adquiridos por el Estado, en Convenios y Tratados Internacionales.

3. Información continuada del desarrollo del proceso selectivo, desde la publicación de la convocatoria que contiene el calendario de la misma, y cumplimiento estricto de los plazos.
4. Transparencia en la corrección de la prueba, con publicidad de la plantilla de corrección del examen y posibilitando la reclamación de los interesados.

Adjudicación de las plazas en acto público y simultáneo, en distintas localidades para comodidad de los interesados, respetando orden de prioridad.

La legislación, en materia de formación médica postgraduada, posteriormente a la década de 1980, vino marcada por la Directiva Europea 1985/57/CEE, que condicionaba el ejercicio de las actividades de médico general y especialista hospitalario, en el margen de los servicios públicos de salud, a la posesión de título acreditativo de especialista. Su aplicación, a partir del 1 de Enero de 1995, significó la obligatoriedad de poseer una especialización vía MIR, para poder ejercer la medicina en el Sistema Nacional de Salud.⁶⁴

Para acoger al colectivo de médicos licenciados con posterioridad a 1984, que trabajaban como especialistas sin el correspondiente título, previamente a la entrada en vigor del Real Decreto 127/1984 (de regulación de la formación médica especializada), el Ministerio de Sanidad diseñó las normas recogidas en los Reales Decretos 1776/1994, 931/1995 y 1497/1999, que habilitaron procedimientos excepcionales de acceso al título de Médico Especialista, resolviendo dicha situación de ilegalidad.⁶⁵

Muchos de estos facultativos habían iniciado una formación especializada de carácter retribuido, en Instituciones Públicas o concertadas con la Administración Pública, cumpliendo los períodos formativos previstos para cada especialidad, pero ajenos a la

⁶⁴ Gómez GT,2002

⁶⁵ González B,2007

vía MIR. Así, se constituyó una Comisión Mixta entre Ministerio de Sanidad y Consumo, y Ministerio de Educación y Cultura, para la tramitación de las solicitudes presentadas, procediendo a su calificación previa, desde el punto de vista administrativo, antes de ser remitidas a las Comisiones Nacionales de cada especialidad, para su análisis desde el punto de vista formativo.⁶⁶

Subrayar que, en esta época, toda decisión política respecto a la modificación de las vías de especialización resultaba extraordinariamente polémica, puesto que la limitada oferta anual de formación de especialistas en el sistema MIR, venía generando una “bolsa de paro” de postgraduados desde la década de 1980 (oferta MIR para 1980 fue de 2.077 plazas, frente a 20.082 facultativos presentados). Esta “bolsa de paro”, era el resultado del acceso masivo de estudiantes de medicina a las facultades que tuvo lugar en la década de 1970, la cual desplazó a los nuevos licenciados, que además, posteriormente a la Directiva Europea 1985/57/CEE, no podían ejercer legalmente en la sanidad pública sin especialidad vía MIR.⁶⁷

Esta situación forzó al Ministerio de Sanidad a duplicar la oferta anual del MIR, llegando a 5.000 plazas en el año 1995, cifra que continuó aumentando hasta el 2008, con una oferta de 6.661 plazas. Este geométrico aumento de plazas MIR, supuso una acelerada acreditación de dispositivos docentes a nivel de las Unidades Docentes, y supuso comprometer la calidad de la formación impartida.

La Directiva 86/457/CEE, del Consejo de las Comunidades Europeas, sobre formación específica en Medicina General, estableció la necesidad de dicha formación específica para el ejercicio de las funciones de médico general en los regímenes públicos de Seguridad Social de los distintos Estados miembros, a partir del día 1 de enero de 1995.⁶⁸

Esta situación motivó la publicación del Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, por el que se dictaron normas relativas al acceso a la formación como Especialistas en

⁶⁶ Gallo-Vallejo FJ,1997

⁶⁷ Farfán SG,1999

⁶⁸ Casado V,2007

Medicina Familiar y Comunitaria de los Licenciados en Medicina posteriores al 1 de enero de 1995. Medidas que se ampliaron con el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre el acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud en relación con los profesionales que superaron los estudios conducentes al título oficial de Licenciado en Medicina, con anterioridad al 1 de enero de 1995 y que ejercían como Médicos de Familia. Supuso establecer un sistema excepcional de acceso al título de Especialista, de conformidad con los requisitos y procedimiento que fijó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en julio de 1997 de carácter transitorio hasta el año 2008.

Dicho Acuerdo contemplaba también otros dos aspectos. El primero de ellos era la denominación común de Médico de Familia para los profesionales que ejercieran con ese perfil. El segundo, buscaba una valoración equilibrada en todas las pruebas de acceso a plazas de Medicina de Familia, entre los méritos relativos a la experiencia profesional y la formación postgraduada como especialista por el sistema de residencia. A efectos de tal valoración, el citado Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, hacía equivalentes la puntuación otorgada en el período completo de formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria, con la equivalente a seis u ocho años de servicios prestados como médico de general; contemplándose también la realización de convocatorias periódicas para el acceso a las plazas del Sistema Nacional de Salud. Esta baremación resultó ser aplicada muy anárquicamente por las Comunidades Autónomas, lo que motivó, en los diez años siguientes, un sin fin de reclamaciones judiciales, desde los diferentes colectivos implicados.⁶⁹

En resumen, los requisitos de acceso al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, paralelos a la vía MIR, eran: haber obtenido el título español de Licenciado en Medicina antes del 1 de enero de 1995, acreditar un total de cinco años de ejercicio profesional efectivo como Médico de Familia del Sistema Nacional de Salud, poseer una formación complementaria de un mínimo de trescientas horas convalidables por los Cursos de Perfeccionamiento previstos en el Real Decreto 264/1989, y una prueba objetiva, dirigida a evaluar la competencia profesional del

⁶⁹ Casado V,2007

interesado, organizada y gestionada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma respectiva. Será el punto de partida de las pruebas de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO)E (Anexo 7)⁷⁰

El sistema de homologación

Mediante el Real Decreto 127/84, sobre la Obtención del Título de Especialista, que establecía un “Curso de Perfeccionamiento” y un “Examen de Especialistas”, por vía extraordinaria ajena al MIR, para la consecución del "Certificado de Médico Especialista Diplomado" (la denominación vuelve a ser diferente a la oficial de “Medicina Familiar y Comunitaria”).⁷¹

Dicho Real Decreto dejaba a discreción de las Comunidades Autónomas, y bajo supervisión de sus Comisiones Autonómicas Reguladoras, la homologación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, por ello la Comisión Nacional estableció de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, una Comisión Mixta de seguimiento de dichos procesos de homologación autonómicos, insistiendo en el cumplimiento de los baremos en la provisión de plazas y procurando la denominación única de las plazas de Atención Primaria.⁷²

La Directiva Europea 457/86 y 264/89, sobre Formación Postgraduada Básica en Atención Primaria (normativa CEE que exigía un mínimo 2 años de especialización postgraduada para ejercer la medicina en el ámbito público), forzó a la Administración a elaborar el Real Decreto 264/1989, sobre Homologación de Médicos Generales, con 5 años de ejercicio; posibilitando así la convalidación de la Especialidad también a los médicos generalistas que ya estaban ejerciendo en los Equipos de Atención Primaria, aún iniciada su actividad laboral después de haberse implantado la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR.⁷³

⁷⁰ Casado V,2006

⁷¹ Real Decreto 3303/1978

⁷² Real Decreto 55/2005

⁷³ Real Decreto 183/2008

En el año 1997 el Consejo Interterritorial estableció una serie de acuerdos en relación a la normalización de la Medicina de Familia en España, aprobando los Criterios para la Homologación de Títulos, fijando los años y periodos de ejercicio necesarios para los aspirantes, la formación complementaria requerida y la elaboración de una prueba de capacitación para ello se configuraron las pruebas de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada iniciadas en 1999 y cuya finalización estaba prevista para el año 2008 ⁷⁴

La ECOE significó el desarrollo de una nueva cultura evaluadora en la formación de postgrado en Medicina, sobre medición de la competencia, un compendio de conocimientos, habilidades y actitudes, basada en el manejo y resolución de situaciones. Las pruebas ECOE se diseñaron como un circuito de estaciones o situaciones por las que los aspirantes a la homologación rotaban de forma consecutiva, resolviendo casos clínicos de contenido práctico, ajustados al perfil profesional del médico de familia que contemplaba el Programa de la Especialidad.⁷⁵

Para este circuito de estaciones se llevaban a cabo entrevistas con pacientes estandarizados; entre los criterios evaluativos se puntuaban las habilidades clínicas básicas (anamnesis y exploración física), habilidades de comunicación, aspectos éticos en la práctica clínica, habilidades diagnósticas y terapéuticas. También se crearon situaciones para desarrollo del abordaje familiar y comunitario, así como valoración del conocimiento en actividades preventivas. La perfección de la ECOE de Medicina de Familia sirvió de modelo al Consejo Nacional de Especialidades para la elaboración del examen de homologación de otras Especialidades, realizándose la 1ª ECOE en Julio del 2001 para 8 especialidades y 12.094 examinados, con un 80% de aprobados. Posteriormente, la prueba fue regulada mediante Resolución de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades (BOE 01/2002 página 1612), sobre las características comunes de las Pruebas de Homologación, en desarrollo del Art. 3 del RD 1753/98.⁷⁶

⁷⁴ Real Decreto 1142/2007

⁷⁵ Quintana J,2006

⁷⁶ Sánchez A,2008

LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La investigación médica en España correspondió tradicionalmente a determinadas cátedras universitarias y sus hospitales clínicos universitarios de referencia. Con la creación, en 1960, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el desarrollo de los hospitales asistenciales de la Seguridad Social (y del Seminario de Hospitales con Programas Graduados especialmente), se incentivó la investigación en los hospitales de la Seguridad Social; destacando la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz). Posteriormente, la colaboración de la industria farmacéutica con el Instituto Nacional de Previsión, que creó la Comisión del Descuento Complementario, que en 1980 pasa a denominarse Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS), aumentó la actividad en ayudas a proyectos de investigación y a la docencia en el Sistema Nacional de Salud.⁷⁷

Con la Ley General de Sanidad, de 1986, se creó el Instituto de Salud <<Carlos III>>, organismo autónomo de la Administración del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, implantado con la finalidad del apoyo científico y técnico a la investigación y docencia en el Sistema Nacional de Salud. Para su capitalización asumió el patrimonio restante, tras las transferencias a las Comunidades Autónomas, de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), además de integrar el FIS preexistente. En 1994, añadió la Escuela Nacional de Sanidad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Posteriormente, con la Ley 13/1986 de Fomento y Coordinación de la Investigación Científica y del Desarrollo Tecnológico, se consolidó un sistema de investigación y desarrollo (I+D) en España, con la creación de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología y el Plan Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.

Por el Real Decreto 1183/2008, el Instituto de Salud <<Carlos III>> pasó a integrar el organigrama del Ministerio de Ciencia y Tecnología, junto con las entidades de él dependientes:

⁷⁷ Starfield B, 1997

1. Escuela Nacional de Sanidad
2. Agencia Estatal de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
3. Centros de investigación biomédica en red (Ciber)
4. Redes temáticas de investigación cooperativa (Retics)
5. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)
6. Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)
7. Centro de Investigación de las Enfermedades Neurológicas (CIEN).⁷⁸

Creación de las sociedades profesionales en el ámbito de la atención primaria

Las Sociedades Científicas participaron activamente en el desarrollo de la Atención Primaria ya que:

1. Asesoraron a la Administración Pública en la selección de las coberturas a establecer en la Atención Primaria
2. Colaboraron en la elaboración de los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PPAPS) contemplados en el primer nivel asistencial
3. Abogaron por la implantación del trabajo clínico basado en protocolos de actuación consensuados.

En 1973 se constituyó oficialmente la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER), cuyos objetivos fundacionales fueron:

“Agrupar a los médicos rurales con el objetivo común de resolver las difíciles condiciones laborales y escasa formación continuada, en la que se desarrollaba su actividad profesional”.

La celebración de su congreso fundacional tuvo lugar en León en 1974, “Congreso de la Unidad, de la Sinceridad y de la Esperanza”, que sirvió para reclamar una formación continuada similar a la que se impartía en el ámbito hospitalario. Señalar también, que la SEMER editó la primera revista que se publicó en España en el ámbito de la

⁷⁸Starfield B,2001

Atención Primaria, en el año 1977. SEMER tradicionalmente encabezó los grupos de presión opuestos a la Medicina de Familia vía MIR, sobre procesos de homologación y baremación para la provisión de plazas en Atención Primaria. Entorno a esta sociedad científica, los médicos generalistas se organizaron en la década de 1980 conformando la “Asamblea de Médicos Titulares”, que apoyada por el Consejo General de Colegios de Médicos, consiguieron el rechazo formal desde el Ministerio de Sanidad y desde las Consejerías de Salud autonómicas, de la preferencia de los Médicos vía MIR en la provisión de plazas en Atención Primaria.⁷⁹

Este colectivo presionó a la Administración Pública en la elaboración del RD 683/1981, que interpretaba la Disposición Transitoria 8ª del RD 3303/78, para la obtención de la Homologación del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria a los médicos que acreditasen 5 años de ejercicio en puestos de “asistencia primaria”, previo cursillo de perfeccionamiento a determinar por cada Comunidad Autónoma. Esta circunstancia la llevó a una clásica rivalización con la sociedad científica semFYC, dado el colectivo al que representaba, en aspectos referentes a la homologación de títulos, y en la última década en los procesos de concurso para la organización de las pruebas ECOE. Respecto a su influencia en el desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMER tuvo representatividad en la primera Comisión Nacional de la Especialidad con dos vocales, y unida al Consejo General de Colegios de Médicos (representaban 5 vocales de los 11 existentes en la Comisión Nacional), llegaron a solicitar en el año 1980, desde la propia Comisión, la disolución de la Especialidad recién creada.⁸⁰

En 1982 la sociedad pasó a denominarse Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERAP), en 1990, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), y desde el año 2003, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, manteniendo su acrónimo previo. Corresponde también a ese año, la publicación de la revista del ámbito de la Atención Primaria: SEMERGEN. En la actualidad, la sociedad científica cuenta con ocho mil socios, constituida en Sociedades Autonómicas, con una Comisión Nacional de Formación SaAP SEMERGEN-semFYC

⁷⁹ Simó J, 1997

⁸⁰ Gómez de la Cámara A, 1991

para la relación con otras sociedades, y cuenta con varios grupos de trabajo, de formación continuada y de investigación en Atención Primaria. SEMFYC se creó fruto del activo movimiento asambleario de la “Coordinadora de Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria”, constituida espontáneamente por la primera promoción de médicos residentes de la Especialidad, que percibió la necesidad de establecer unas mínimas garantías de calidad en el proceso formativo de la Especialidad.⁸¹

La “Coordinadora de Residentes” dirigió en junio de 1982 una larga huelga y encierro en el Colegio de Médicos de Madrid, para reivindicar la creación de los Centros de Salud preconizados en el RD 3303/78 y necesarios para la realización del tercer año del programa formativo de la Especialidad. Así mismo, forzó en julio de 1983 la disolución de la primera Comisión Nacional de la Especialidad, mediante escrito remitido por el “Colectivo de Médicos de Familia” al Ministerio de Sanidad, reclamando el cumplimiento de los periodos de renovación de la Comisión establecidos en el RD 3303/78, y denunciando la orientación favorable al colectivo “generalista” que los representantes de la Organización Médica Colegial y SEMER habían impuesto en la misma, ambos contrarios a la implantación y desarrollo de la propia Especialidad⁸²

Posteriormente, la “Coordinadora de Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria” planteó la conveniencia de constituirse en sociedad científica, conscientes de que se hacía necesario el mantenimiento de foros de contacto de las sucesivas promociones de especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, y para organizar un grupo de presión que contrarrestara el empuje de SEMER y su entorno. Así, en diciembre de 1983, se celebró el “Primer Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria” en Granada, constituyéndose una Junta Gestora que en 1984 consiguió el reconocimiento formal y legal de la sociedad científica SEMFYC, la aprobación de sus Estatutos y la celebración de las primeras elecciones a su presidencia. Durante el período de 1984 a 1987 se constituyeron sus Sociedades Autonómicas, centrándose este período inicial en el desarrollo estructural de la propia Sociedad y en la promoción de

⁸¹ Rico A,2002

⁸² Peiró S,2001

actividades formativas propias de las Sociedades Autonómicas. Desde 1989, colabora con el Ministerio de Sanidad para la implantación y desarrollo de los Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), en el ámbito de la Atención Primaria.⁸³

Estableció posteriormente contactos con las organizaciones internacionales de Medicina de Familia (WONCA y CIMF) y con las Sociedades Científicas de la Especialidad en otros países, dotando a la Medicina de Familia española de un carácter y reconocimiento mundial. Con más de 10.000 socios, es el actual referente de la Medicina de Familia y la Atención Primaria en España, volcada en la formación continuada, mejora de la calidad asistencial y formativa, evaluación (ECOPE) y en nutrir la Medicina de Familia de una amplia oferta en forma de publicaciones, programas, cursos y actividades, que ayuden a la consolidación de la Especialidad.⁸⁴

El objetivo constitucional de la SEMG fue la representación y defensa de los intereses profesionales del colectivo de médicos generalistas interinos, en contraposición al auge que la Medicina Familiar y Comunitaria empezaba a tener en España. Fue creada en 1988 bajo el lema fundacional que recoge su intencionalidad: “Si se quiere destruir algo basta con cambiarle el nombre y hacer desaparecer y olvidar su historia”.⁸⁵ Su colectivo entendía por médico general, aquel licenciado en Medicina y Cirugía que realizaba de forma continuada, sistemática o como ejercicio profesional fundamental, la Medicina General, permaneciendo ajenos a que fuera necesaria una titulación para el desempeño de dichas funciones. También rechazaron el desarrollo en España de la normativa europea que exigía, a partir de 1995, una formación específica en Medicina de Familia, para poder ejercer la medicina en el ámbito de la Atención Primaria, considerando que la condición de médico general sólo la otorga el ejercicio efectivo de la profesión.

⁸⁶

⁸³ Palomo L,1995

⁸⁴ Palomo L,2001

⁸⁵ Juan Payán M,1999

⁸⁶ López LA,1993

Posteriormente, la colaboración de la industria farmacéutica con el Instituto Nacional de Previsión, que creó la Comisión del Descuento Complementario, que en 1980 pasa a denominarse Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS), aumentó la actividad en ayudas a proyectos de investigación y a la docencia en el Sistema Nacional de Salud.

LOS PLANES DE SALUD Y LA CONTRAREFORMA

La Ley General de Sanidad (**ley 14/1986 de 25 abril**) en su artículo 54 dice “cada comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus servicios de salud” La comunidad autónoma de Murcia ha elaborado cuatro planes de salud:

1. I Plan de Salud 1992-1996
2. II Plan de Salud 1998-2000
3. III Plan de Salud 2003-2007
4. IV Plan de Salud 2010-2015

La elaboración de estos planes de salud responde a la necesidad de disponer de un marco estratégico donde se recoja la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la comunidad autónoma de la Región de Murcia.

Dada la crisis económica actual y con la finalidad de ahorrar 7.000 millones de euros, se publica en el BOE de 24 Abril, el **RD-Ley 16/2012** de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que pretende “afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia y viabilidad y reforzar las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo” supone cambios fundamentales en el sistema sanitario público, e inician una verdadera contrarreforma sanitaria.

El RDL además utiliza el estilo habitual en las leyes de acompañamiento y reúne una gran cantidad de medidas de ámbito y características muy distintas sobre las siguientes materias:

1. Derecho a la asistencia sanitaria
2. Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud
3. Creación del fondo de garantía asistencial
4. Reforma de la prestación farmacéutica
5. Medidas en materia de recursos humanos.⁸⁷

⁸⁷ Sanchez Baylen M,2013

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

La presente tesis doctoral trata de analizar como ha ido evolucionando la atención primaria en la Región de Murcia en los últimos 30 años, a distintos niveles, para ello se han desarrollado una serie de objetivos que son los siguientes:

1-Analizar, el número y la distribución de las zonas básicas de salud de la AP en el marco de la región de Murcia, así como la evolución del mapa sanitario murciano en las últimas tres décadas.

Para ello La ley general de sanidad de 25 Abril de 1986, en su artículo 56 establece las competencias de las comunidades autónomas para delimitar y constituir demarcaciones denominadas Áreas de Salud, como estructuras fundamentales del sistema sanitario, para facilitar la puesta en marcha de este sistema, se procedió por Decreto Regional de 18 de julio de 1986, a delimitar las zonas de salud de la Región, para asegurar la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, como primer paso para la organización general del sistema sanitario de la comunidad autónoma de Murcia

Delimitación de la zona de salud

- La zona de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines
- La delimitación del marco territorial que abarcara cada zona de salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender a cada zona de salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.
- No obstante, y con carácter excepcional, podrá determinarse una zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la

dispersión geográfica y otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

- La zona de salud delimita una zona médica, y está constituida por un solo partido médico, sin separación en distritos. Cuando la zona de salud este constituida por varios municipios se fijara un municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicara el centro de salud.

Centro de salud.

- El centro de salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En el desarrollará sus actividades y funciones el equipo de atención primaria.
- En el medio rural podrá existir un consultorio local en cada una de las localidades restantes que constituyan la zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del centro de salud.
- Los centros de salud contarán con una dotación de personal con las necesidades de cada zona.

2-Evaluar la forma de trabajo dentro de los equipos de AP.

Se denomina Equipo de atención primaria, al conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la zona de salud. El equipo de atención primaria tiene como ámbito territorial de actuación la zona de salud y como localización física principal el centro de salud. Componen el equipo de atención primaria:

- Los médicos de medicina general y pediatría, puericultura de zona, ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, matronas y practicantes de zona y auxiliares de clínica, adscritos a la zona.

- Los funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local adscritos a los cuerpos de médicos, practicantes y matronas titulares radicados en la zona.
- Los farmacéuticos titulares radicados en la zona colaborarán con el equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.
- Los veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el equipo de atención primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- Los trabajadores sociales o asistentes sociales.
- El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del centro.

En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales

Los equipos de atención primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un coordinador médico.

Del coordinador médico

El personal del equipo de atención primaria dependerá funcionalmente de un coordinador médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizara las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás servicios e instituciones sanitarias y con la población.

El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del equipo de atención primaria

El coordinador médico armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan éstos vinculación estatutaria o funcional por su pertenencia a los cuerpos técnicos del Estado al servicio de la sanidad local.

Funciones de los equipos de atención primaria

- Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los equipos de coordinación con el siguiente nivel asistencial.
- Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Realizar el diagnóstico de salud de la zona.
- Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.
- Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.
- La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la zona.
- El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Jornada de trabajo

La dedicación del personal integrado en los equipos de atención primaria será de cuarenta horas semanales, sin perjuicio de las dedicaciones que pudieran corresponder por la participación en los turnos de guardias, debiendo responsabilizarse de las peticiones de asistencia a domicilio y de las de carácter de urgencia, de conformidad con lo establecido en los Estatutos jurídicos de personal médico y auxiliar sanitarios de la Seguridad Social, y las normas que los desarrollan. En el medio rural la atención se prestara en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el centro de salud, consultorios locales y domicilio, tanto en régimen ordinario como de urgencia.

Se establecerán turnos rotativos entre los miembros del equipo para la asistencia de urgencia, centralizándose en el centro de salud durante todos los días de la semana.

Coordinación de niveles

Los equipos de atención primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel.

Del personal sanitario

El número de médicos del equipo de atención primaria estará en función de la población a atender. El número máximo de población adscrita a cada médico general y pediatra-puericultor se establecerá en las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto.

La población atendida podrá ejercer el derecho a la libre elección de médico dentro de la zona de salud, de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo del presente Real Decreto.

El número de personal sanitario auxiliar titulado se fijará teniendo en cuenta la población a atender. El resto del personal, que forme parte del equipo de atención primaria, se fijará teniendo en cuenta las necesidades de su zona de salud.

3-Analizar la relación existente entre el médico de AP y otros niveles asistenciales: ámbito hospitalario, CAD, centro de salud mental, cuidados paliativos, servicios de urgencias.

Los médicos que trabajan en AP tienen que coordinarse con distintos servicios asistenciales para lograr que la atención sanitaria sea interdisciplinar, entre ellos destacan:

Cuidados paliativos

Desde el año 1990, existe en nuestra Comunidad Autónoma un dispositivo asistencial orientado a la prestación de cuidados paliativos, tanto a nivel de Atención Especializada como de Atención Primaria.

El modelo de atención de los cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma de Murcia está orientado a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario murciano, una atención sanitaria de calidad para los enfermos terminales que responda a las necesidades y expectativas del enfermo y su familia, que constituyen el eje de este Plan, de acuerdo a los siguientes principios:

- Universalidad: Asegurar la atención paliativa a todos los pacientes con enfermedad en fase terminal.
- Equidad: Garantizar el acceso en condiciones de igualdad efectiva, en todas las Áreas Sanitarias y en los distintos niveles asistenciales.
- Calidad: Proporcionar una atención que responda a los más exigentes estándares de calidad que garanticen su efectividad y eficiencia.
- Atención Domiciliaria: Orientar la atención al domicilio del paciente como entorno más idóneo para seguir su evolución y prestarle el apoyo y tratamiento en esta fase de su enfermedad, con un adecuado soporte familiar y sanitario, respetando siempre las preferencias del enfermo y su familia.
- Coordinación: Reforzar los mecanismos de coordinación y colaboración necesarios entre los diferentes profesionales, niveles y servicios asistenciales, y en su caso sociosanitarios.
- Continuidad Asistencial: Garantizar la continuidad asistencial, en una atención global interdisciplinar y multiprofesional.
- Integral: Abordar todas las necesidades del paciente terminal, tanto en los aspectos físicos como en los psicológicos, sociales y espirituales para reducir, y minimizar, en lo posible, el impacto de la enfermedad en el propio enfermo y su familia.
- Autonomía del Paciente: Garantizar el derecho y la protección de la dignidad personal del paciente terminal y de su autonomía. Para ello se asegura su libertad de elección tanto en lo relativo al lugar donde quiere recibir los cuidados y donde quiere que ocurra su fallecimiento como a su derecho a ser o no informado, sobre su enfermedad y demás circunstancias.
- Individualidad: Proporcionar una atención personalizada, acorde con las circunstancias específicas de cada paciente y su familia.

Servicio de especialidades hospitalarias

Remitir un paciente a las consultas externas hospitalarias es una opción utilizada por el médico de Atención Primaria (AP) para procurar asistencia concreta a los pacientes en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o seguimiento. De esta forma, la interconsulta (IC) es la forma de interrelación y contacto entre ambos niveles asistenciales. La IC es por tanto una necesidad asistencial indicada si: a) el diagnóstico no está claro, b) no hay respuesta al tratamiento, c) se precisan otras valoraciones en

enfermedades de mal pronóstico o d) el paciente desea otra opinión. Se considera que una IC es adecuada y de calidad cuando existe una indicación médica clara, se dirige al facultativo o servicio apropiado y se aporta la información necesaria para que la consulta permita solucionar del modo más eficaz el problema planteado.

CAD

El Plan Regional de Intervención en Drogodependencias, se creó en 1985 y es el referente histórico de la Atención a las Drogodependencias en la Región de Murcia. Aglutinó los recursos públicos (regionales y municipales) y privados (Cáritas, Cruz Roja y AREMUPD), dando lugar a una Red Asistencial Regional única, integrada en el Sistema Sanitario y a una línea de actuación en formación y prevención. Supuso una mayor rentabilidad de los recursos disponibles, evitando la duplicidad de redes que aún existen en otras regiones españolas, y proporcionando unas líneas directrices coherentes, con rigor científico y criterios de realidad, que han permitido una adaptación ágil y flexible a los cambios progresivos del problema de la drogodependencia.

Servicios de urgencias hospitalarios

La utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha aumentado de forma significativa en los últimos años, el INSALUD en su momento y las comunidades autónomas con transferencias sanitarias realizaron importantes inversiones en reformas estructurales en buena parte de los SUH públicos y algunos cambios organizativos, como la creación de los puntos de atención continuada (PAC), la puesta en marcha de sistemas centralizados de emergencias o el empleo del triaje. Pero a pesar de estos cambios diversos estudios han comprobado que la frecuentación es cada vez mayor y sobretodo por motivos banales.

Salud Mental

A partir de la primera mitad de los años ochenta, se inicia el proceso de transformación de la Asistencia a la Salud Mental en Murcia con el desarrollo de una red comunitaria de centros de salud mental formada por equipos multidisciplinares. El antiguo Insalud comienza la apertura de alguna unidad de salud mental extrahospitalaria, y también en esta década se inicia la apertura de las primeras unidades psiquiátricas hospitalarias en hospitales generales. En 1988 se publica las “Bases para un Plan de Transformación de

la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia”, que puede ser considerado el 1º Plan de Salud Mental de nuestra Región.

Servicios sociosanitarios

Estos Servicios se prestan a través de las trabajadoras sociales en la gestión de los recursos y prestaciones técnicas y/ o económicas en coordinación con los recursos sanitarios y de las Asociaciones y Voluntariado en el acompañamiento y el soporte a estos.

La Comisión de Coordinación Sociosanitaria de la Región de Murcia es el órgano de planificación y coordinación de las acciones relativas a la atención sociosanitaria promoviendo, en el ámbito social y familiar, la mejora de la calidad de vida, impulsando la accesibilidad universal a los bienes y servicios de los departamentos competentes de la Administración Regional

4-Evaluar los cambios en la asistencia prestada por los médicos de AP de la región en relación con: el aumento de la demanda, aumento de enfermos crónicos, aumento de la población anciana, aumento demográfico, aumento de la población inmigrante.

A lo largo del siglo XX la población de la Región de Murcia ha experimentado, en paralelo a lo sucedido a nivel del país, profundos cambios en relación a su tamaño, evolución, composición y características demográficas.

Se observó una reducción de la natalidad durante los años ochenta y noventa, pero se inició un proceso de recuperación, como consecuencia de la llegada de extranjeros que marcan una inversión de las pautas demográficas que venían observándose. A partir de los años setenta, y más intensamente en los ochenta y noventa, se destacan: la disminución casi erradicación de la emigración, inicio de un proceso de envejecimiento aunque con cierta ralentización y un claro y creciente flujo migratorio que de nuevo alimenta un crecimiento intenso, eleva la natalidad y reduce la mortalidad, en los últimos años y debido a la situación de crisis actual y como consecuencia a la falta de empleo se esta observando que muchos inmigrantes están volviendo a su país de origen con la consiguiente afectación demográfica que ello supone.

5- Conocer el papel que ha jugado la implantación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en el desarrollo de la AP de salud en la región de Murcia.

La Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia, lleva más de 25 años, facilitando la formación y la docencia de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo de las unidades docentes más antiguas de España y figurando entre las unidades docentes de mayor capacidad de formación de residentes. Inició su andadura con la promoción de los años 1979-1980, desde entonces viene desarrollando su labor formativa, docente e investigadora (durante 32 años).

Recientemente, entre los años 2009 y 2011 ha superado el proceso de reacreditación de toda la Unidad y su estructura docente, según lo establecido por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, de forma que ha sido reacreditada por un periodo de 4 años.

6-Valorar la evolución del papel investigador del médico de AP.

La atención primaria es el ámbito natural donde estudiar los agentes causales o las prácticas de riesgo que originan algunas de las enfermedades que más años de vida perdidos ocasionan, como son 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. Sin embargo la investigación en atención primaria nunca ha sido un competidor de los hospitales o de la universidad en la obtención de fondos.

A pesar de la falta de financiación, y de otras deficiencias y propuestas de mejora repetidamente señaladas, el crecimiento de originales publicados ha sido notable con la creación de la especialidad de medicina de familia y, a partir de 1984, con la aparición de la revista Atención Primaria.

7-Planes de futuro.

Conocer las estrategias y retos de futuro que se plantean en la actualidad para la mejora de la AP en nuestra región y analizar las consecuencias de la contrarreforma del Real

Decreto-ley 16/2012, 20 Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

HIPOTESIS

Partiendo de los objetivos marcados planteamos las siguientes hipótesis

1-Las zonas básicas de salud en la región de Murcia son las adecuadas para que se desarrollen las actividades sanitarias pertinentes en los centros de salud porque cumplen los requisitos establecidos por ley de extensión, número de población, isocronas, perímetro abarcado por centro de salud para una población dada para que estén atendidos en un tiempo racional y para la población más alejada deben existir centros periféricos auxiliares y se establece la necesidad de situar la atención de urgencias dentro del centro de la salud

2-La carga excesiva en asistencia mermará las tareas de promoción y prevención y por ello el trabajo en equipo dentro del centro de salud.

3- El modelo actual de AP que se desarrolla en los centros de salud no facilita el trabajo en equipo entre los profesionales médicos de los distintos niveles asistenciales porque existe demasiada burocracia en las respectivas consultas. La derivación es el acto de remitir a un paciente, mediante un parte interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación. La derivación es un procedimiento que implica a tres partes distintas: el médico de AP, el paciente y el especialista. Los médicos de AP y especialistas deben consensuar mecanismos de derivación para mejorar la coordinación entre ambos, reduzcan la variabilidad en las tasas de derivación, y garanticen la calidad de la atención.

En los países con médicos generales/de familia con función de filtro para la atención primaria, la derivación del paciente desde primaria a especializada abre las puertas para el paso del primer al segundo nivel asistencial. La función de filtro pretende adecuar la intensidad de la atención a la gravedad y/o rareza de la enfermedad.

El objetivo es prestar servicios de máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible.

La tasa de derivación es el indicador para medir la demanda derivada. Es el cociente entre el número de derivaciones por médico y el número de visitas atendidas por médico en un período $\times 100$ o $\times 1.000$. expectativas de los pacientes, médicos generales y especialistas son distinta en relación con la derivación.

4- El sistema de AP actual no tiene estrategias adecuadas para afrontar los importantes cambios demográficos acontecidos en los últimos años, porque no cuenta con los medios personales y materiales suficientes.

5-La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha jugado un papel decisivo en el modelo de AP actual porque ha supuesto la creación de personal médico mas preparado para afrontar el trabajo diario en los centros de salud.

6-Se ha producido un aumento en la labor investigadora del médico de AP en los últimos años porque se ha incentivado las publicaciones en congresos gracias a las distintas sociedades de medicina familiar y comunitaria.

7-En el momento actual no es una prioridad el planteamiento de nuevas estrategias de mejora para el primer nivel asistencial dentro de la región debido a la situación de crisis económica actual y la introducción de la contrarreforma además comportará consecuencias negativas en las prestaciones (cartera de servicios), cobertura (exclusión de inmigrantes) y gratuidad (introducción del copago), etc.

MATERIAL Y MÉTODO

3.- MATERIAL Y METODO

Para comprobar las hipótesis voy a precisar distintos tipos de recursos:

Para la **primera hipótesis** se buscará en las fuentes oficiales y bases de datos como:

La elaboración del Mapa Sanitario de la Región de Murcia y la delimitación de las Zonas Básicas de Salud se realizaron atendiendo a criterios de accesibilidad de la población, características epidemiológicas, demográficas y recursos sanitarios

1- Boletín oficial del estado

<http://www.boe.es>

2- Biblioteca nacional de ciencias

<http://www.Iscii.es/unidad/sgpcd/ens/bnc-ens/cbncs.html>

3-Consejo de Europa

<http://ue.eu.int>

4-Instituto Nacional de Gestión Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.ingesa.msc.es>

5-Ministerio de sanidad y consumo. Dirección general de salud pública-España

<http://www.msc.es/salud/home.htm>

6-Parlamento europeo oficina de información en España

<http://europare.es>

7-Redimet: Red estatal de bases de datos sobre investigación educativa.

<http://www.redinet.mec.es>

8-Repertorio de la legislación comunitaria vigente

<http://europa.eu.int/eur-lax/es/index.html>

9-Revista española de salud pública. Ministerio de sanidad y consumo.

<http://www.msc.es/revistas/reps>

10-Servicio murciano de salud- Servicio de planificación y financiación-Planificación de servicios y mapa sanitario- Decreto numero 27-1987 del 7 de Mayo por el que se delimitan las áreas de salud de la región de Murcia-Orden 12-Mayo del 2005.

<http://www.murciasalud.es>

Para la **segunda hipótesis** es necesario conocer el informe de datos básicos de salud obtenido a través de la consejería de sanidad y consumo, dirección general de consumo, servicio murciano de salud, y el instituto de formación sanitaria y desarrollar un cuestionario (Anexo1) que se pasará en los distintos centros de salud, para ello se han seleccionado cinco centros de salud que pertenecen a zona urbana entre ellos:

C.S. Santa Maria de Gracia

C.S. La Flota

C.S. Infante

C.S. Murcia Centro, San Juan

C.S Vista bella

Y otros cinco centros de zona rural

C.S Molina

C.S Ranero

C.S Cabezo de torres

C.S Zarandona

C.S Espinardo

Para la **tercera hipótesis** es preciso recurrir a datos obtenidos de distintos informes de la consejería de sanidad como: “Plan de salud 2003-2007 de la región de Murcia”, “Estrategias para el desarrollo sostenible en la sanidad de la región de Murcia 2005-2010”, “Plan de urgencias y emergencias de la región de Murcia 2005-2010; y de la cartera de servicios de AP de salud, del servicio murciano de salud como: “Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados”, “ Atención a personas en situación Terminal”, “Prevención y detención de problemas en las personas mayores”

Para corroborar la **cuarta hipótesis** utilizaré información del plan de salud de la región de Murcia 2009-2015: Propuesta preliminar de actuaciones prioritarias, síntesis de estrategias para la salud en la Unión Europea, Síntesis de estrategias del ministerio de sanidad y consumo, Plan de calidad para el sistema nacional de salud.

En el caso de la **quinta hipótesis** realizaré un análisis documental sobre la actividad de la comisión nacional de la especialidad de medicina familiar y comunitaria (Anexo 3), así como una revisión de la legislación y de los programas formativos, y un estudio de la evolución de la provisión de plazas MIR en la región de Murcia en cada convocatoria

y su distribución por áreas de salud y una Estudio de la evolución de la provisión de plazas MIR en la región de Murcia en cada convocatoria y su distribución por áreas de salud.

Para comprobar la **sexta hipótesis** será preciso hacer una revisión de publicaciones científicas, a través de herramientas de búsqueda como el pubmed o medline, realizada por médicos dentro del ámbito de la atención primaria en las últimas tres décadas.

En el caso de la **séptima hipótesis** será preciso valorar informes del Servicio Murciano de Salud, de la Consejería de Sanidad, del Ministerio de Sanidad así como de la Federación asociación de defensa de la sanidad pública.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

4.- RESULTADOS

Hipótesis 1. Áreas de salud

El mapa sanitario en la Región de Murcia ha ido evolucionando a lo largo de los años en función de los cambios demográficos, y estos cambios se han ido recogiendo en las distintas órdenes de la Consejería de Sanidad.

Ordenación sanitaria del territorio

Mediante Decreto 62/1986, de 18 de julio (BORM núm. 199, de 10 de agosto) y Decreto 27/1987, de 7 de mayo, (BORM núm. 126 de 3 de junio), se delimitan 6 Áreas de salud con especificación de las zonas de salud y la población comprendida, así como del hospital de Área de referencia.

Delimitación Geográfica de las Zonas de Salud.

1. Abanilla.

Zona de Salud; Abanilla.

Delimitación: Comprende el Municipio de Abanilla.

2. Abarán.

Zona de Salud; Abarán.

Delimitación: Comprende el Municipio de Abarán y Blanca.

3. Águilas.

Zona de Salud; Águilas.

Delimitación: Comprende el Municipio de Águilas.

4. Alcantarilla.

Zona de Salud; Alcantarilla.

Delimitación: Comprende los Municipios de Alcantarilla, Sangonera la Seca y Barqueros.

5. Alhama.

Zona de Salud; Alhama.

Delimitación: Comprende los Municipios de Alhama y Librilla.

6. Alguazas.

Zona de Salud; Alguazas.

Delimitación: Comprende los Municipios de Alguazas, Ceutí y Lorquí.

7. Archena.

Zona de Salud; Archena.

Delimitación: Comprende los Municipios de Archena, Ojós, Ricote, Ulea y Villanueva.

8. Beniel.

Zona de Salud; Beniel.

Delimitación: Comprende el Municipio de Beniel.

9. Bullas.

Zona de Salud; Bullas.

Delimitación: Comprende el Municipio de Bullas.

10. Calasparra.

Zona de Salud; Calasparra.

Delimitación: Comprende el Municipio de Calasparra incluida la Pedanía de Valentín (de Cehegín).

11. Caravaca.

Zona de Salud; Caravaca.

Delimitación: Comprende el Municipio de Caravaca, incluido Cañada de la Cruz e Inazares (de Moratalla).

12. Cartagena.

12.1 Zona de Salud; Cartagena - Oeste.

Delimitación: Comprende el casco urbano de, Cartagena que limita al Norte con la carretera de Tentegorra, c/Jorge Juan, sube por c/Juan Ramón y Cajal hasta c/Dr. Barraquer hasta c/Juan Fernández y Ángel Bruna.

Al Sur: Paseo Alfonso XIII, acera norte Plaza de España, c/Menéndez Pelayo hasta Rambla de Benipila.

Al Este: C/Ángel Bruna hasta Paseo Alfonso XIII.

Al Oeste: Rambla de Benipila hasta el cruce con carretera de Tentegorra y Barrio de la Concepción (incluido).

12.2 Zona de Salud: Molinos Marfagones.

Delimitación: Comprende Molinos Marfagones, Canteras, San José Obrero, Perín, Cuesta Blanca, Tallante, El Portús, los Puertos y San Isidro-La Magdalena.

12.3 Zona de Salud: San Antón.

Delimitación: Abarca el barrio de San Antón.

12.4 Zona de salud: Los Barreros.

Delimitación: Comprende el Barrio de los Barreros y Cuatro Santos.

12.5 Zona de Salud: Los Dolores.

Delimitación: Comprende Los Dolores, Sta. Ana y La Aljorra.

12.6 Zona de Salud: Isaac Peral.

Delimitación: Comprende Los Barrios de Isaac Peral y San Félix.

12.7 Zona de Salud: Pozo Estrecho.

Delimitación: Comprende Pozo Estrecho, El Albuñón, Miranda, La Palma, La Puebla y La Aparecida.

12.8 Zona de Salud: Cartagena - Este.

Delimitación: Comprende el casco urbano de Cartagena entre los límites Norte: Polígono ensanche, Barriada Virgen de la Caridad hasta Ferrocarril.

Sur: Paseo Alfonso XIII hasta cruce con Ángel Bruna.

Este: Desde Avda. Pintor Portela hasta cruce con Alfonso XIII.

Oeste: C/ Ángel Bruna, Barriada Virgen de la Caridad hasta el Ferrocarril.

Noroeste: Ferrocarril hasta la Avda. Pintor Portela.

También incluye la Barriada de Torreciega.

12.9 Zona de Salud: Cartagena-Casco Antiguo.

Delimitación: Comprende el casco urbano de Cartagena entre los límites:

Sur: Puerto.

Oeste: C/Real hasta c/Menéndez Pelayo.

Norte: Acera Sur Plaza de España y Paseo Alfonso XIII.

Este: Línea de ferrocarril hasta el Puerto.

12.10 Zona de Salud: Santa Lucía.

Delimitación: incluye Santa Lucía, Los Mateos, Lo Campano, Alumbres, Escombreras, Vista Alegre y Media Legua.

12.11 Zona de Salud: Cartagena-Mar Menor.

Delimitación: Incluye El Algar, El Llano del Beal, Los Belones, Los Nietos, La Manga, Cabo de Palos, Los Beatos y los Urrutias.

13. Cehegín

Zona de Salud; Cehegín.

Delimitación: Comprende el Municipio de Cehegín (excepto la Pedanía de Valentín).

14. Cieza.

Zona de Salud; Cieza.

Delimitación: Comprende el Municipio de Cieza.

15. Fortuna.

Zona de Salud; Fortuna.

Delimitación: Comprende el Municipio de Fortuna.

16. Fuente Álamo.

Zona de Salud; Fuente Álamo.

Delimitación: Comprende el Municipio de Fuente Álamo.

17. Jumilla.

Zona de Salud; Jumilla.

Delimitación: Comprende el Municipio de Jumilla.

18. Lorca.

18.1 Zona de Salud: Lorca-Centro.

Delimitación: Comprende la zona del casco urbano situada al Oeste del Río Guadalentín, incluye los Barrios de San Juan, St^a María, San Patricio, Santiago, San Pedro, San Mateo y las Pedanías de la Parrilla, Los Jarales, Umbrías, Ortillo, Aguaderas, Carrasquilla, Pulgara, Purias, Cazalla y Escucha.

18.2 Zona de Salud: Lorca-San Diego.

Delimitación: Zona del casco urbano situada al Este del Río Guadalentín y comprende los Barrios de San Diego y San Cristóbal y las Pedanías de Tercia, Río, Barranco Hondo, Torrealvilla, La Hoya, Hinojar, El Puntarrón, La Paca, Zarcilla de Ramos, Zarzadilla de Totana, Avilés, Doña Inés., Coy, La Tova, La Culebrina, Fontanares y Marchena.

18.3 Zona de Salud: Lorca-San José.

Delimitación: Comprende las Pedanías de Campillo, Archena, Tiata y Sutullena, Torrecilla y Barrio de San José.

19. Mazarrón.

Zona de Salud; Mazarrón.

Delimitación: comprende el Municipio de Mazarrón, Isla Plana y La Azohía (de Cartagena), Ramonete, Morata y Garrobillo (del Municipio de Lorca).

20. Molina de Segura.

Zona de Salud; Molina de Segura.

Delimitación: Comprende el Municipio de Molina de Segura.

21. Moratalla.

Zona de Salud; Moratalla.

Delimitación: Comprende el Municipio de Moratalla, excepto Cañada de la Cruz e Inazares.

22. Mula.

Zona de Salud; Mula.

Delimitación: Comprende los Municipios de Mula, Pliego, Albudeite y Campos del Río.

23. Murcia.

23.1 Zona de Salud; Murcia - Noreste.

Delimitación: Comprende los barrios de Vista Alegre, Santiago y Zaraiche y Pueblo Nuevo, Zarandona y Barriada Carril de Ruipérez, sus límites son:

Norte: El límite con las Pedanías de Churra, Cabezo de Torres y Monteagudo.

Este: Carril de Ruipérez y Carretera de Alicante.

Sur: Ronda de Levante hasta plaza Circular.

Oeste: Avda. Juan Carlos I.

23.2 Zona de Salud: Murcia-Noroeste.

Delimitación: Comprende los barrios de Stª María de Gracia y la Lonja y la Pedanía de El Ranero, Sus límites son:

Norte: Senda de Granada.

Oeste: El Ranero.

Sur: Autopista, Ronda Norte, Plaza Díez de Revenga, General Primo de Rivera y Plaza Circular.

Este: Avda. Juan Carlos I.

23.3 Zona de Salud: Espinardo.

Delimitación: Comprende Espinardo, Guadalupe y El Puntal.

23.4 Zona de Salud:

Cabezo de Torres.

Delimitación: Comprende Cabezo de Torres y churra.

23.5 Zona de Salud: Murcia-Oeste.

Delimitación: comprende la zona del casco urbano, integrada por los barrios de San Miguel, San Andrés y San Antón con los siguientes límites:

Norte: Autopista, Ronda Norte, Plaza Díez de Revenga, Avda. de la Libertad.

Sur: Río Segura.

Este: Gran Vía.

Oeste: Autopista y las pedanías de La Albatalía y la Arboleja.

23.6 Zona de Salud: Murcia-Centro.

Delimitación: Zona del Casco urbano comprendida entre los siguientes límites:

Norte: Ronda de Levante, Plaza Juan XXIII, Plaza Circular y Avda. Primo de Rivera.

Este: Avda. Rector Loustau, c/Obispo Frutos y Ronda de Garay.

Sur: Paseo de Garay, Teniente Flomesta, Glorieta de España y Plaza Martínez Tornel.

Oeste: Gran Vía y Avda. de la Libertad.

23.7 Zona de Salud: Murcia-Este.

Delimitación: Incluye el barrio de Vistabella,

Zona del casco urbano comprendida entre los siguientes límites:

Norte: Línea imaginaria que va del Mercado de Vistabella a la Avda. 1º de Mayo.

Sur: Avda. Intendente Jorge Palacios.

Este: Avda. 1º de Mayo y Feria de Muestras.

Oeste: Avda. La Fama, C/Melilla, Puerta de Orihuela y Ronda de Garay.

-Polígono de la Paz.- Zona del casco urbano comprendida entre los siguientes límites:

Norte: Avda. 1º de Mayo.

Sur: Línea imaginaria (Norte del Mercado de Vistabella).

Este: Avda. 1º de Mayo.

Oeste: Avda. de la Fama.

-Polígono de la Fama.- Zona del casco urbano comprendida entre los siguientes límites:

Norte: Ronda de Levante.

Sur: Puerta de Orihuela, calle Melilla.

Este: Avda. La Fama.

Oeste: Avda. Rector Loustau y calle Obispo Frutos.

23.8 Zona de Salud: Beniaján.

Delimitación: Comprende Beniaján, Torreagüera y Los Ramos.

23.9 Zona de Salud: Alquerías.

Delimitación: Comprende Alquerías, El Raal y Zeneta.

23.10 Zona de Salud: Puente Tocinos.

Delimitación: Comprende Puente Tocinos, Llano de Brujas, Santa Cruz y Casillas.

23.11 Zona de Salud: Monteagudo.

Delimitación: Comprende Monteagudo, El Esparragal y Cobatillas.

23.12 Zona de Salud: Murcia-Carmen.

Delimitación: Incluye barrio del Carmen, Zona del casco urbano comprendida entre los límites:

Norte: Río Segura.

Sur: Vía ferrocarril.

Este: Santa Joaquina de Vedruna, prolongación Alameda Capuchinos, Torre de Romo.

Oeste: Autopista, Los Barrios de San Pío X y Barriomar y la pedanía de Aljucer y Colonia de San Esteban.

23.13 Zona de Salud: Murcia-Infante.

Delimitación: Incluye el polígono Infante Juan Manuel limitado por:

Norte: Avda. Infante Juan Manuel.

Sur: Vía Ferrocarril.

Este: Avda. Lope de Vega.

Oeste: Santa Joaquina de Vedruna, prolongación Alameda Capuchinos y Torre de Romo; los barrios de Santiago el Mayor y Los Dolores y la pedanía de Patiño.

23.14 Zona de Salud: La Nora.

Delimitación: Incluye las pedanías de La Nora, Javalí Nuevo, Javalí Viejo, Puebla de Soto y Rincón de Beniscornia.

23.15 Zona de Salud: Nonduermas.

Delimitación: Comprende Nonduermas, La Raya, Rincón de Seca, Era Alta y San Ginés.

23.16 Zona de Salud: La Alberca.

Delimitación: Comprende La Alberca y Santo Ángel.

23.17 Zona de Salud: Algezares.

Delimitación: Comprende Algezares y Los Garres.

23.18 Zona de Salud: El Palmar.

Delimitación: Comprende El Palmar, Los Rosales, Sangonera la Verde y Torreguil.

23.19 Zona de Salud: Murcia-Campo de Cartagena I.

Delimitación: Comprende Corvera, La Murta, Los Briones, Valladolides, Lobosillo, Los García, Baños y Mendigo y Carrascoy.

23.20 Zona de Salud: Murcia-Campo de Cartagena II.

Delimitación: Comprende venta de la Virgen, Los Martínez, Los Ruices, Sucina, Avilese, Lo Romero, Riquelme, Los Gea, Truyols y el Caracolero.

24. Puerto Lumbreras.

Zona de Salud; Puerto Lumbreras.

Delimitación: Comprende el Municipio de Puerto Lumbreras y las pedanías lorquinas de Zarzalico, Nogalte, Béjar, Almendricos y Pozo Higuera.

25. San Javier.

Zona de Salud: San Javier-Los Alcázares.

Delimitación: Comprende ambos municipios.

26. San Pedro del Pinatar.

Zona de Salud; San Pedro del Pinatar.

Delimitación: Comprende el Municipio de San Pedro del Pinatar.

27. Torre Pacheco.

Zona de Salud; Torre Pacheco.

Delimitación: Comprende el Municipio de Torre Pacheco y la pedanía de Balsicas.

28. Torres de Cotillas.

Zona de Salud; Torres de Cotillas.

Delimitación: Comprende el Municipio de Torres de Cotillas.

29. Totana.

Zona de Salud; Totana-Aledo.

Delimitación: Comprende el Municipio de Totana y Aledo.

30. La Unión.

Zona de Salud; La Unión.

Delimitación: Comprende el Municipio de La Unión.

31. Yecla.

Zona de Salud; Yecla.

Delimitación: Comprende el Municipio de Yecla.

32. Santomera.

Zona de Salud; Santomera.

Delimitación: Comprende el Municipio de Santomera.

La Ley 2/1990, de 5 de abril, (BORM núm. 96, de 27 de abril), de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia atribuye a la Consejería de Sanidad la competencia para fijar las demarcaciones territoriales, sanitarias y zonas de salud. Derogada por Ley 4/1994, de 26 de julio, (BORM núm. 76, de 4 de agosto), donde se establece que el Mapa Sanitario se ordena en Demarcaciones Territoriales denominadas Áreas y Zonas Básicas de Salud, atribuyendo asimismo a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales su aprobación y revisión del mismo. Por Orden de 13 de octubre de 1999, (BORM núm. 251 de 29 de octubre), de la Consejería de Sanidad y Consumo, se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, derogada por Orden de 12 de mayo de 2005 (BORN

núm. 130 de 8 de junio), que aprueba el Mapa Sanitario que ha estado funcionando hasta que es derogada por la Orden de 24 de abril de 2009 (BORM núm. 103 de 7 de mayo), de la Consejería de Sanidad y Consumo, que introduce una nueva organización territorial con el aumento del número de áreas de salud a 9 Áreas de Salud.

Según la Orden de 13 de octubre de 1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el mapa sanitario de la Región de Murcia.

La ordenación territorial de los servicios de salud, definida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se basa en el establecimiento de dos tipos de demarcaciones territoriales:

1. las Áreas de Salud
2. las Zonas Básicas de Salud.

Esta ordenación se realiza a través del Mapa Sanitario. El Mapa Sanitario es una herramienta de planificación mediante la que se define la organización del sistema sanitario, con el objeto de garantizar la mayor accesibilidad posible de los usuarios y la eficiencia del sistema. Ello le confiere un carácter dinámico y permeable a las modificaciones ocurridas en el entorno. En este sentido, el Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000, en su objetivo 23, recogía la necesidad de revisar las Áreas y Zonas Básicas de Salud del Mapa Sanitario con el fin de adecuarlas a las nuevas necesidades sanitarias. Teniendo en cuenta todo ello, considerado las demandas de los Ayuntamientos y de las instituciones sanitarias de la Región, previa aprobación por la Comisión Mixta para el seguimiento del Convenio Insalud – Consejería de Sanidad y Consumo en materia de Atención Primaria en su sesión de 9 de septiembre de 1999, a propuesta de la Dirección General de Planificación y Ordenación Sanitaria y de acuerdo con los contenidos y competencias recogidas en el título III de la Ley 4/94, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

Según esta ley se crea:

1. la zona de salud n 73, los alcázares, a partir de la subdivisión en dos de la zona 39, san Javier, La creación de la Zona de Salud nº 74, Murcia/Sangonera la

Verde, a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud 23, Murcia/El Palmar

2. La creación de la Zona de Salud nº 75, Murcia/Santiago el Mayor, a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud nº 18, Murcia/Infante.
3. El traslado de la localidad de La Puebla (Cartagena), incluida en la Zona de Salud nº 41, Torre Pacheco, a la Zona de Salud nº 33, Cartagena/ Este.
4. La creación de las Zonas de Salud nº 58, Yecla /Este, y nº 76, Yecla/Oeste, a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud nº 58, Yecla.
5. La modificación de la delimitación de las Zonas de Salud nº 44, de Águilas/Sur, y nº 68 Águilas/Norte.

Según la Orden de 12 de mayo de 2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia.

La Región de Murcia se caracteriza por una demografía muy dinámica que requiere ajustes continuos del Mapa Sanitario con el fin de adecuarlo alas nuevas necesidades sanitarias.

Por otro lado tras la asunción de las transferencias sanitarias es necesario unificar toda la ordenación territorial de los dispositivos asistenciales en una única normativa donde se recoja el Mapa Sanitario de la Región por lo que con esta orden se suprimen regulaciones parciales preexistentes, como la recogida en la orden de 13 de mayo de 1995 sobre salud mental.

Teniendo en cuenta todo ello, considerando las demandas de las Corporaciones Locales y de las instituciones sanitarias de la Región, previa aprobación del Consejo Regional de Salud y consultados los Ayuntamientos implicados, a propuesta de la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica, de acuerdo con los contenidos y competencias recogidas en el título III de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

Se crean:

1. las Zonas Básicas de Salud nº 77: Murcia/Santiago y Zaráiche y 78: Murcia/Zarandona, a partir de la subdivisión en tres de la Zona Básica de Salud nº 6: Murcia/Vista Alegre.

2. la Zona Básica de Salud nº 79: Murcia/El Ranero, a partir de la subdivisión en dos de la Zona Básica de Salud nº 7: Murcia/Santa María de Gracia.
3. La creación de las Zonas Básicas de Salud nº 80: Murcia/Aljucer y nº 81: Murcia/Floridablanca a partir de la subdivisión en tres de la Zona Básica de Salud nº 17: Murcia/Barrio del Carmen.
4. La creación de la Zona Básica de Salud nº 82: Puerto de Mazarrón, a partir de la subdivisión en dos de la Zona Básica de Salud nº 38: Mazarrón.
5. La creación de la Zona Básica de Salud nº 83: Torre Pacheco/Oeste a partir de la subdivisión en dos de la Zona Básica de Salud nº 41: Torre Pacheco, que cambiará su denominación por Torre Pacheco/Este.
6. La creación de la Zona Básica de Salud nº 84: Lorca/Sutullena, a partir de la subdivisión de las Zonas Básicas de Salud nº 45: Lorca/Centro y nº 47: Lorca/San José.
7. La creación de la Zona Básica de Salud nº 85: Totana/Sur a partir de la subdivisión en dos de la Zona Básica de Salud nº 50: Totana, que cambiará su denominación por Totana/Norte.
8. La asignación de las localidades de Torre Guil, Cuevas del Norte y Molino Vereda, pertenecientes al Municipio de Murcia e incluidas en la Zona Básica de Salud nº 2: Alcantarilla/Sangonera la Seca; a la Zona Básica de Salud nº 74: Murcia/Sangonera la Verde.
9. La asignación de las localidades de El Chaparral, Ermita Villares y Arroyo Hurtado, pertenecientes al Municipio de Cehegín e incluidas en la Zona Básica de Salud nº 51: Bullas, a la Zona Básica de Salud nº 55: Cehegín.
10. La modificación en las delimitaciones de la Zona Básica de Salud nº 17: Murcia/Barrio del Carmen, y nº 75: Murcia/Santiago el Mayor, en los términos que figuran en el Anexo.
11. La asignación de la localidad de Pozo los Palos, perteneciente al Municipio de Cartagena e incluida en la Zona Básica de Salud nº 27: Cartagena/Molinos Marfagones; a la Zona Básica de Salud nº 30: Cartagena/Los Dolores.

La actualización en las delimitaciones de las Zonas Básicas de Salud correspondientes a los Municipios de: Águilas, Alcantarilla, Caravaca de la Cruz, Cartagena, Cieza, Lorca, Mazarrón, Molina de Segura, Murcia, Torre Pacheco, Totana y Yecla, según los distritos y secciones censales vigentes en la actualidad.

Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia.

En la Región de Murcia la ordenación territorial prevista en la Ley General de Sanidad se desarrolló en el Decreto Regional 27/87. En él se delimitan 6 áreas de salud y se establecen 7 hospitales de referencia, sin que se hayan modificado hasta la actualidad. Desde entonces, en la Región de Murcia se han creado nuevas zonas básicas de salud y dispositivos asistenciales para atender a una población que ha sufrido un fuerte incremento y desde el año 2002 ha asumido todas las competencias en materia de gestión de servicios sanitarios. La culminación del proceso de transferencias sanitarias puso de manifiesto la necesidad de adaptar las estructuras existentes a los nuevos retos, impulsando reformas en la gestión de los servicios de salud dirigidas a mejorar la eficiencia, aumentar la coordinación asistencial y buscar la unificación en la gestión de los niveles asistenciales. Precisamente, la modificación más relevante que introduce esta nueva organización territorial es el aumento del número de Áreas de Salud en que se divide la Región de Murcia, pasando de seis a nueve, teniendo en consideración las mejoras en la dotación de los dispositivos y medios sanitarios que en los últimos años han sido puestas a disposición de la población de esta Comunidad Autónoma. En cuanto a las zonas de salud, hay que destacar como novedades que se crean:

1. la Zona de Salud nº 86 Murcia/Llano de Brujas, a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud nº 15 Murcia/Puente Tocinos;
2. la Zona de Salud nº 87 Cartagena/Santa Ana, a partir de la subdivisión de la Zona de Salud nº 30 Cartagena/Los Dolores;
3. la Zona de Salud nº 88 Lorca/San Cristóbal a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud nº 46 Lorca/San Diego;
4. la Zona de Salud nº 89: Molina Este a partir de la subdivisión de las Zonas de Salud nº 65: Molina de Segura y nº 66: Molina/La Ribera, que pasaran a denominarse Molina Norte y Molina Sur, respectivamente.

Así mismo, se asigna:

1. la localidad de Bolnuevo, perteneciente al Municipio de Mazarrón e incluida en la Zona de Salud nº 38 Mazarrón, a la zona de Salud nº 82 Puerto de Mazarrón

2. la localidad de Balsicas perteneciente al Municipio de Torre Pacheco e incluida en la Zona de Salud nº 83: Torre Pacheco/Oeste, a la Zona de Salud nº 41: Torre Pacheco/Este.

Áreas de salud del mapa sanitario de la Región de Murcia y hospitales de referencia

ÁREA DE SALUD HOSPITAL DE REFERENCIA

- 1.- Murcia Oeste Hospital Virgen de la Arrixaca (El Palmar)
- 2.- Cartagena Hospital Virgen del Rosell (Cartagena)
- 3.- Lorca Hospital Rafael Méndez (Lorca)
- 4.- Noroeste Hospital del Noroeste (Caravaca)
- 5.- Altiplano Hospital Virgen del Castillo (Yecla)
- 6.- Vega Media del Segura Hospital José María Morales Meseguer (Murcia)
- 7.- Murcia Este Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia)
- 8.- Mar Menor Hospital Los Arcos (San Javier).
- 9.- Vega Alta del Segura Hospital de Cieza (Cieza)

Delimitación de las áreas y zonas básicas de salud del mapa sanitario de la Región de Murcia en la actualidad

ÁREA I. MURCIA OESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 1: ALCANTARILLA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 2: ALCANTARILLA/SANGONERA LA SECA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 3: ALHAMA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 5: MULA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 8: MURCIA/ESPINARDO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 10: MURCIA/SAN ANDRÉS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 19: MURCIA/LA ÑORA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 20: MURCIA/NONDUERMAS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 21: MURCIA/LA ALBERCA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 22: MURCIA/ALGEZARES

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 23: MURCIA/EL PALMAR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 24: MURCIA/CAMPO DE CARTAGENA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 74: MURCIA/SANGONERA LA VERDE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 80: MURCIA/ALJUCER

ÁREA 2. CARTAGENA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 26: CARTAGENA/OESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 27: CARTAGENA/MOLINOS MARFAGONES

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 29: CARTAGENA/LOS BARREROS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 30: CARTAGENA/LOS DOLORES

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 32: CARTAGENA/POZO ESTRECHO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 33: CARTAGENA/ESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 34: CARTAGENA/CASCO ANTIGUO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 35: CARTAGENA/SANTA LUCÍA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 36: CARTAGENA/MAR MENOR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 37: FUENTE ÁLAMO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 38: MAZARRÓN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 42: LA UNIÓN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 43: LA MANGA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 82: PUERTO DE MAZARRÓN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 87: CARTAGENA/SANTA ANA

ÁREA 3.LORCA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 44: ÁGUILAS/SUR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 45: LORCA/CENTRO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 46: LORCA/SAN DIEGO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 47: LORCA/SAN JOSE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 48: LORCA/LA PACA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 49: PUERTO LUMBRERAS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 50: TOTANA/NORTE.

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 68: ÁGUILAS/NORTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 84: LORCA/SUTULLENA:

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 85: TOTANA/SUR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 88 LORCA/SAN CRISTOBAL

ÁREA 4. NOROESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 51: BULLAS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 52: CALASPARRA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 53: CARAVACA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 54: CARAVACA/BARRANDA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 55: CEHEGÍN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 56: MORATALLA

ÁREA 5. ALTIPLANO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 57: JUMILLA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 58: YECLA/ESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 76: YECLA/OESTE

ÁREA 6. VEGA MEDIA DELSEGURA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 6: MURCIA/VISTA ALEGRE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 7: MURCIA/SANTA MARÍA DE GRACIA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 9: MURCIA/CABEZO DE TORRES

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 11: MURCIA/CENTRO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 59: ABANILLA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 61: ALGUAZAS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 62: ARCHENA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 64: FORTUNA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 65: MOLINA NORTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 66: MOLINA SUR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 67: LAS TORRES DE COTILLAS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 71: CEUTÍ

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 72 LORQUÍ

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 77: MURCIA/SANTIAGO Y ZARAICHE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 78: MURCIA/ZARANDONA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 79: MURCIA/EL RANERO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 89 MOLINA ESTE

ÁREA 7. MURCIA ESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 4: BENIEL

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 12: MURCIA/VISTABELLA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 13: MURCIA/BENIAJÁN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 14: MURCIA/ALQUERÍAS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 15: MURCIA/PUENTE TOCINOS

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 16: MURCIA/MONTEAGUDO

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 17: MURCIA/BARRIO DEL CARMEN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 18: MURCIA/INFANTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 25: SANTOMERA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 75: MURCIA/SANTIAGO EL MAYOR.

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 81: MURCIA/FLORIDABLANCA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 86 MURCIA/LLANO DE BRUJAS

ÁREA 8 MAR MENOR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 39: SAN JAVIER

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 40: SAN PEDRO DEL PINATAR

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 41: TORRE PACHECO/ESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 83: TORRE PACHECO/OESTE

ÁREA 9 VEGA ALTA DEL SEGURA

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 60: ABARÁN

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 63: CIEZA/ESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 69: CIEZA/OESTE

ZONA BÁSICA DE SALUD Nº 70: BLANCA

Mapa sanitario 2009

Figura nº 1 Hospitales de referencia y zonas básicas de la Región de Murcia

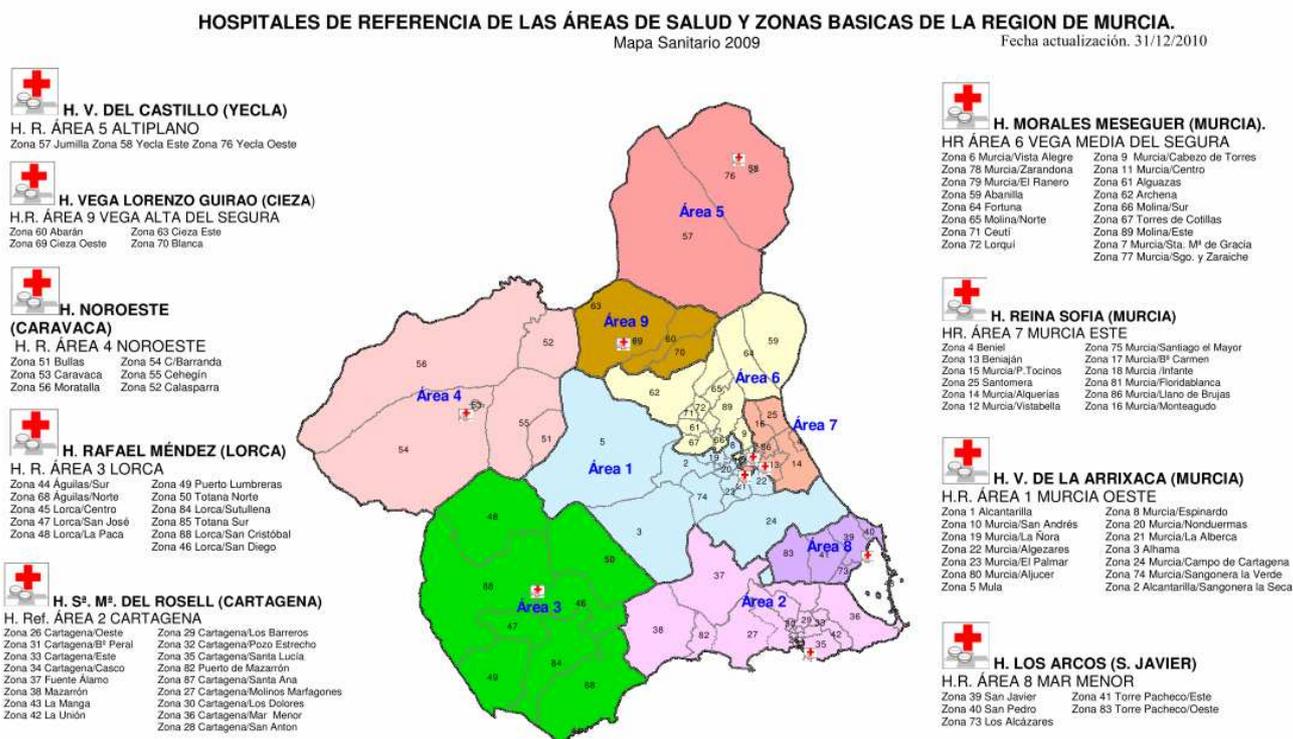


Tabla nº 1. Evolución del numero de zonas de salud de la Región de Murcia y su población media desde 1986-2009

Área	Decreto 62/86		Orden 11/1/91		Orden 17/5/95		Orden 13/10/99		Orden 12/05/05		Orden 24/04/09		Orden 24/04/09	
	NZS	PMZS*	NZS	PMZS**	NZS	PMZS**	NZS	PMZS***	NZS	PMZS	NZS	PMZS	NZS	PMZS
1 Murcia	25	15.649	25	16.466	25	16.466	27	17.148	32	16.127	14	17.699	14	17.974
2 Cartagena	17	14.836	18	13.985	18	13.985	19	15.804	21	16.573	17	16.436	17	16.624
3 Lorca	6	19.741	8	14.783	8	14.783	8	17.644	10	15.963	11	15.333	11	15.515
4 Noroeste	5	13.132	6	10.808	6	10.808	6	10.963	6	11.649	6	12.299	6	12.393
5 Altiplano	2	23.906	2	23.727	2	23.727	3	17.707	3	19.247	3	20.072	3	20.237
6 Vega del Segura	8	18.557	11	13.617	13	11.522	13	12.850	13	14.186	17	14.703	17	14.932
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	16.261	12	16.553
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	19.358	5	19.902
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	13.589	4	13.640
Región	63	16.252	70	14.937	72	14.522	76	15.663	85	15.715	89	16.024	89	16.253

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

Leyenda: NZS: Número de Zonas de Salud. PMZS: Población Media por Zona de Salud según Padrón Municipal de Habitantes de cada año.

PMZS*: Población Media Zona de Salud según Padrón 31-3-1985. PMZS**: Población Media Zona de Salud según censo 1991.

PMZS***: Población Media Zona de Salud estimada a partir de Padrón 1998 y 2000.

Hipótesis 2. Equipos de AP

Se denomina Equipo de atención primaria, al conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la zona de salud. El equipo de atención primaria tiene como ámbito territorial de actuación la zona de salud y como localización física principal el centro de salud

Componen el equipo de atención primaria

-Los médicos de medicina general y pediatría, puericultura de zona, ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, matronas y practicantes de zona y auxiliares de clínica, adscritos a la zona.

-Los funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local adscritos a los cuerpos de médicos, practicantes y matronas titulares radicados en la zona.

-Los farmacéuticos titulares radicados en la zona colaborarán con el equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.

-Los veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el equipo de atención primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.

-Los trabajadores sociales o asistentes sociales.

-El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del centro.

En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

Los equipos de atención primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un coordinador médico.

Del coordinador médico

El personal del equipo de atención primaria dependerá funcionalmente de un coordinador médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizara las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás servicios e instituciones sanitarias y con la población.

El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del equipo de atención primaria

El coordinador médico armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan éstos vinculación estatutaria o funcional por su pertenencia a los cuerpos técnicos del Estado al servicio de la sanidad local.

Funciones de los equipos de atención primaria

- Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los equipos de coordinación con el siguiente nivel asistencial.
- Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Realizar el diagnóstico de salud de la zona.
- Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.
- Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.
- La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la zona.
- El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Jornada de trabajo

La dedicación del personal integrado en los equipos de atención primaria será de cuarenta horas semanales, sin perjuicio de las dedicaciones que pudieran corresponder por la participación en los turnos de guardias, debiendo responsabilizarse de las peticiones de asistencia a domicilio y de las de carácter de urgencia, de conformidad con lo establecido en los Estatutos jurídicos de personal médico y auxiliar sanitarios de la Seguridad Social, y las normas que los desarrollan.

2. En el medio rural la atención se prestara en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el centro de salud, consultorios locales y domicilio, tanto en régimen ordinario como de urgencia.

Se establecerán turnos rotativos entre los miembros del equipo para la asistencia de urgencia, centralizándose en el centro de salud durante todos los días de la semana.

Coordinación de niveles

Los equipos de atención primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel.

Del personal sanitario

El número de médicos del equipo de atención primaria estará en función de la población a atender. El número máximo de población adscrita a cada médico general y pediatra-puericultor se establecerá en las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto.

La población atendida podrá ejercer el derecho a la libre elección de médico dentro de la zona de salud, de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo del presente Real Decreto.

El número de personal sanitario auxiliar titulado se fijará teniendo en cuenta la población a atender. El resto del personal, que forme parte del equipo de atención primaria, se fijará teniendo en cuenta las necesidades de su zona de salud.

De la provisión de vacantes del personal sanitario

Las plazas de personal sanitario de los equipos de atención primaria adscritas estatutariamente a la Seguridad Social se proveerán con arreglo al artículo 110.2 de la Ley de la Seguridad Social, conforme a las normas que dicte el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las plazas vacantes del cupo, existentes o de nueva creación, y del restante personal auxiliar sanitario en las instituciones abiertas de la zona medica donde se haya establecido un equipo de atención primaria podrán ser adscritas por las direcciones provinciales del instituto nacional de la salud a los citados equipos, cubriéndose por el procedimiento de concurso-oposición libre.

Por orden del ministerio de sanidad y consumo se regulara el procedimiento de provisión de plazas y, en especial lo relativo a convocatoria, publicidad de la misma, pruebas y baremos de méritos, composición y actuación del tribunal, así como la incorporación a las plazas de los que resulten seleccionados.

Competencias de las Comunidades Autónomas

Lo previsto en el presente Real Decreto se entenderá sin perjuicio de las competencias propias de las Comunidades Autónomas y de la colaboración que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud presten a las mismas para la aplicación y adaptación de los criterios generales de la planificación territorial y de las fórmulas de cooperación que puedan establecerse.

ENCUESTA

Para valorar el trabajo en equipo dentro de los centros de salud, he realizado una encuesta con distintas preguntas que valoran diversos aspectos del trabajo diario como la organización en la gestión del centro, el trabajo con los compañeros y otras serie de preguntas que valoran el trabajo individual y la satisfacción personal

Características generales de la muestra

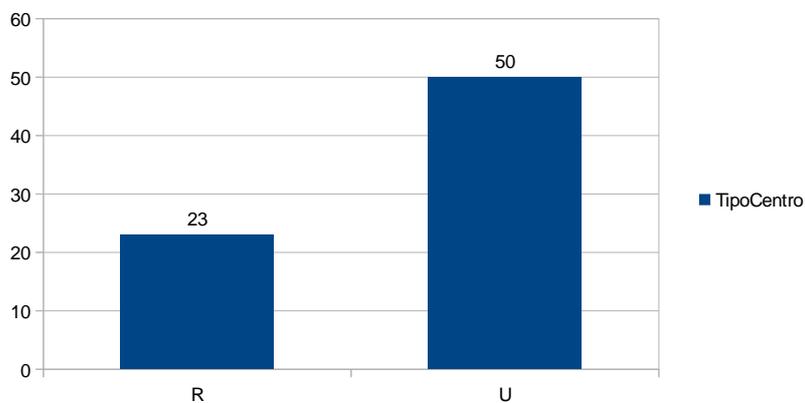
Tipo de centro

El estudio se ha realizado en 10 centros de salud pertenecientes a la región de Murcia, 5 centros urbanos y 5 rurales, han participado un total de 73 médicos de atención primaria de los cuales 50 pertenecen al ámbito urbano con un 68% y 23 al rural con un 32%

Tabla nº 3. Tipos de centro

	Tipo Centro	%
Rural (R)	23	31,51 %
Urbano (U)	50	68,49 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura nº 2 Tipos de centro

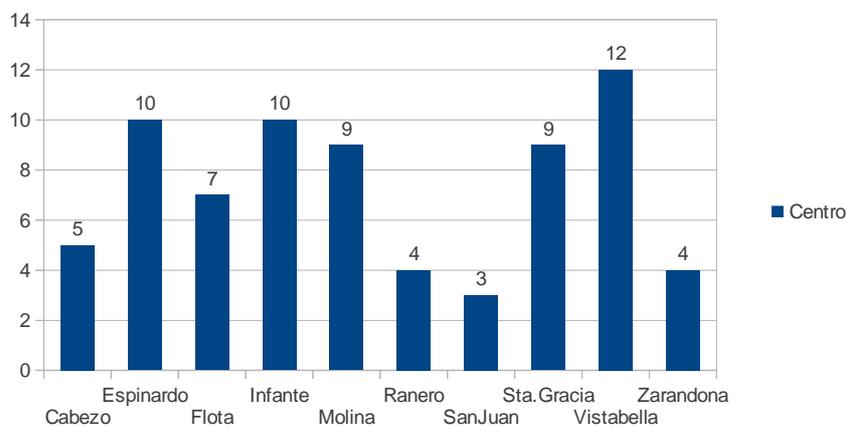


Ubicación de los centros

El porcentaje de participación global ha sido de un 70% si realizamos un análisis mas pormenorizado nos encontramos que en el ámbito rural la participación ha sido de un 46% y en el urbano de un 90%

Tabla n° 4. Distribución de las encuestas por centros

	Centro	%
Cabezo	5	6,85 %
Espinardo	10	13,70 %
Flota	7	9,59 %
Infante	10	13,70 %
Molina	9	12,33 %
Ranero	4	5,48 %
San Juan	3	4,11 %
Sta. M ^a Gracia	9	12,33 %
Vistabella	12	16,44 %
Zarandona	4	5,48 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 3 Distribución de las encuestas por centros

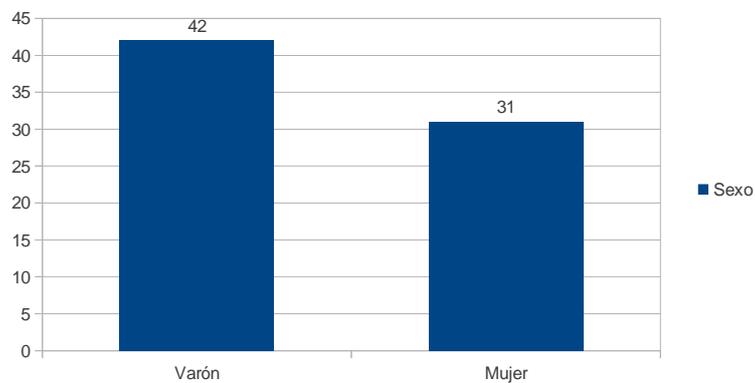
Sexo

En la muestra, de un total de 73 médicos entrevistados, existe un predominio de hombres 42 con un 57 % frente a las mujeres que suman un total de 31 con un 43%.

Tabla n° 5. Distribución por sexo

	Sexo	%
Varón	42	57,53 %
Mujer	31	42,47 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 4 Distribución por sexo

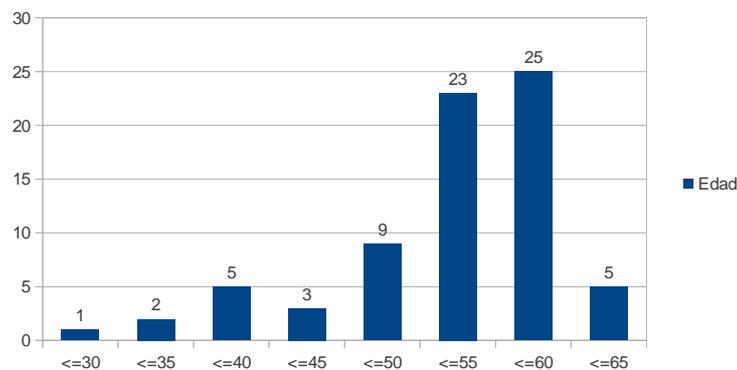


Edad

El rango de edades de la muestra es muy amplio oscila entre los 30 y los 65 años pero el rango de edades donde se concentra la mayoría de los entrevistados es entre los 50 y 60 años, con un total de 48 personas que representa el 65% del total

Tabla n° 6. Distribución por edad

	Edad	%
<=30	1	1,37 %
<=35	2	2,74 %
<=40	5	6,85 %
<=45	3	4,11 %
<=50	9	12,33 %
<=55	23	31,51 %
<=60	25	34,25 %
<=65	5	6,85 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 5 Distribución por edad

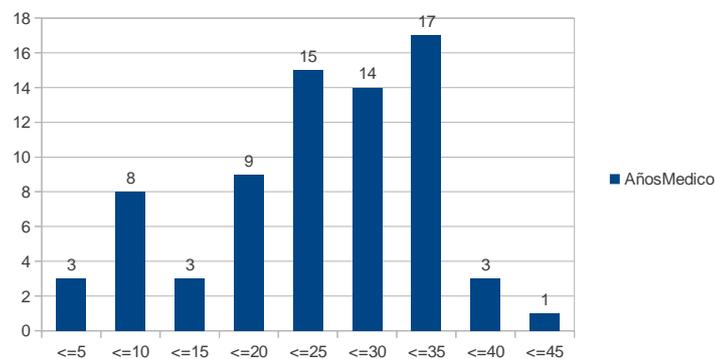
Años de ejercicio como médico de AP

El rango de años de trabajo como médico en el ámbito de la atención primaria es muy amplio, oscila entre 5 y 45 años, pero el grupo más amplio, un total de 46 entrevistados se sitúan entre 20 y los 35 años

Tabla nº 7. Distribución por años de ejercicio

	Años Medico	%
<=5	3	4,11 %
<=10	8	10,96 %
<=15	3	4,11 %
<=20	9	12,33 %
<=25	15	20,55 %
<=30	14	19,18 %
<=35	17	23,29 %
<=40	3	4,11 %
<=45	1	1,37 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura nº 6 Distribución por años de ejercicio



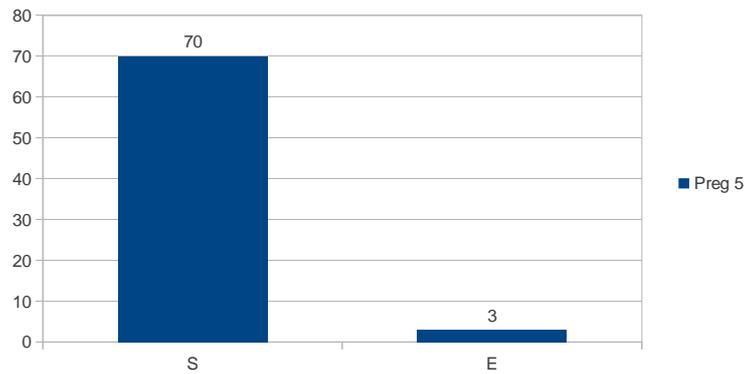
Eje del sistema sanitario

En cuanto a la pregunta de que considera usted que debe ser el eje del sistema sanitario 70 de los encuestados, con una representatividad del 95% han contestado que la salud y el 30, que supone solo el 5% que la enfermedad.

Tabla n° 8. Eje sanitario

	Eje sanitario	%
Salud (S)	70	95,89 %
Enfermedad (E)	3	4,11 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 7 Eje sanitario



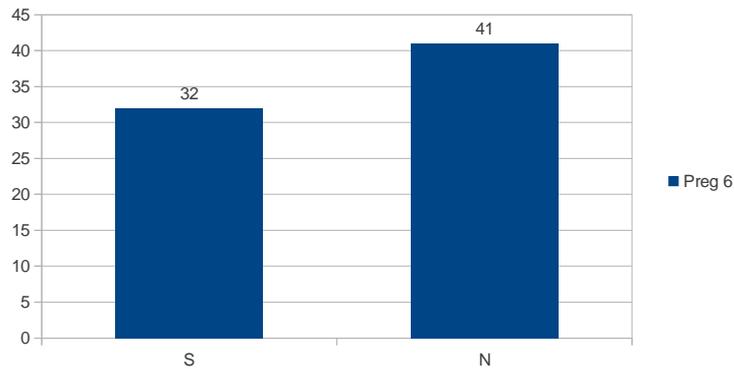
Gestión de recursos

Del total 32 médicos, el 43% opinan que la gestión de las áreas sanitarias debe ser realizada por un profesional en gestión de recursos sanitarios, independientemente de que sea un médico o no, y 41 que supone el 57% opinan que no esta de acuerdo

Tabla nº 9. Gestión de recursos

	Gestión de recursos	%
Si	32	43,84 %
No	41	56,16 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura nº 8 Gestión de recursos



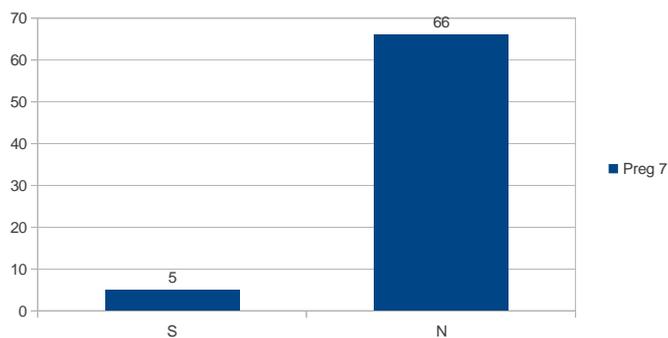
Gerente de área

La mayoría de los médicos, un total de 66 con una representatividad del 93.2% creen que los gerentes de área no deben estar sometidos a cambios políticos y tan sólo 5 que supone el 6.8% del total creen que si.

Tabla n° 10. Gerente de área

	Gerente de área	%
Si	5	6,85 %
No	66	90,41 %
-	2	2,74 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 9 Gerente de área



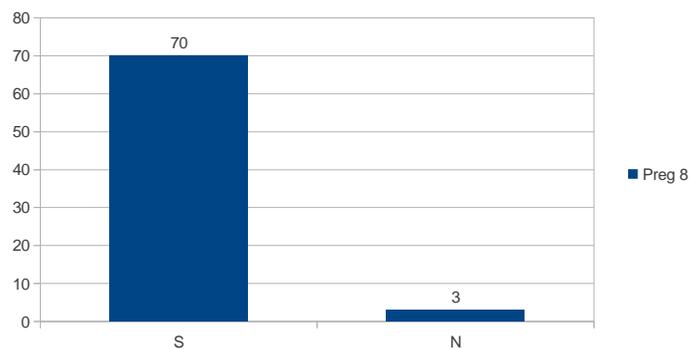
Funciones del personal del centro de salud

La gran parte de los encuestados 70 que corresponde a un 95% estarían de acuerdo en definir las funciones del personal del centro de salud y asignar a cada profesional por escrito las funciones correspondientes y tan solo 3 (5%) han contestado de forma negativa.

Tabla nº 11. Funciones del personal

	Funciones	%
Si	70	95,89 %
No	3	4,11 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura nº 10 Funciones del personal



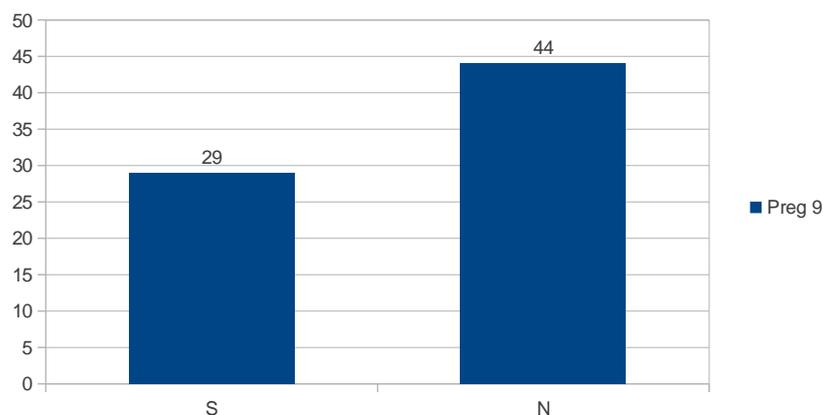
Recursos en atención primaria

Según 44 médicos entrevistados, un 60%; no disponen del material y recursos necesarios para el desarrollo de su trabajo diario en el centro de salud y 29, un 40% han contestado que si disponen de los medios necesarios

Tabla n° 12. Recursos en atención primaria

	Recursos	%
Si	29	39,73 %
No	44	60,27 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 11 Recursos en atención primaria



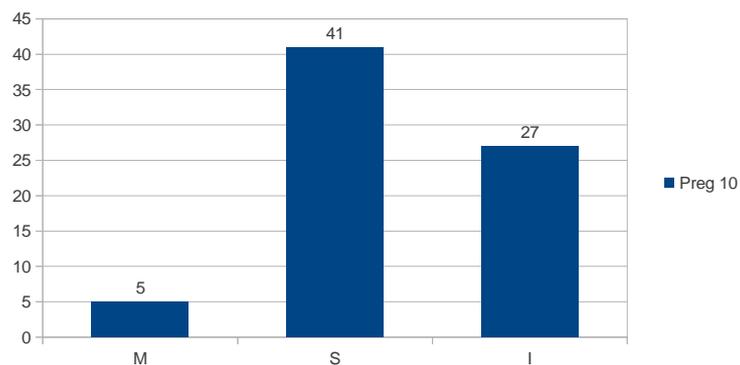
Condiciones laborales

Tan solo 5 médicos, un 6.8% del total se encuentra muy satisfecho con sus condiciones laborales, 41 un 56% han contestado que satisfechos y 27, un 36 %, insatisfechos

Tabla n° 13. Condiciones laborales

	Condiciones laborales	
Muy satisfecho (M)	5	6,85 %
Satisfecho (S)	41	56,16 %
Insatisfecho (I)	27	36,99 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 12 Condiciones laborales



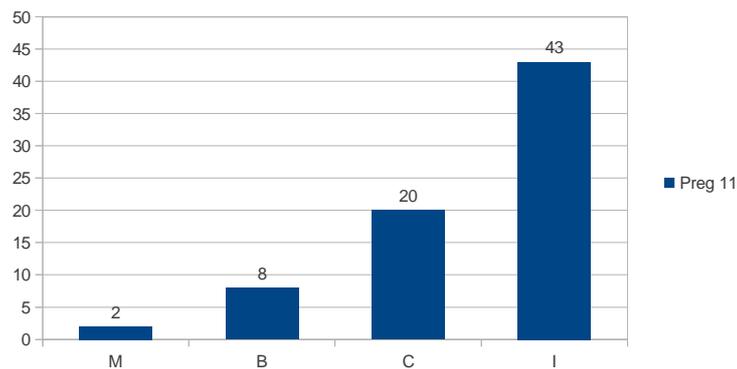
Retribución económica

En relación a la pregunta de cómo valora la retribución económica en relación a la responsabilidad del puesto, tan solo 2, con un 2,7% de representatividad, consideran la retribución económica como muy buena, 8 un 11% como buena, 20 un 27,4% como correcta y 43 un 60% como insuficiente

Tabla n° 14. Retribución económica

	Retribución	%
Muy buena (M)	2	2,74 %
Buena (B)	8	10,96 %
Correcta (C)	20	27,40 %
Insuficiente (I)	43	58,90 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 13 Retribución económica

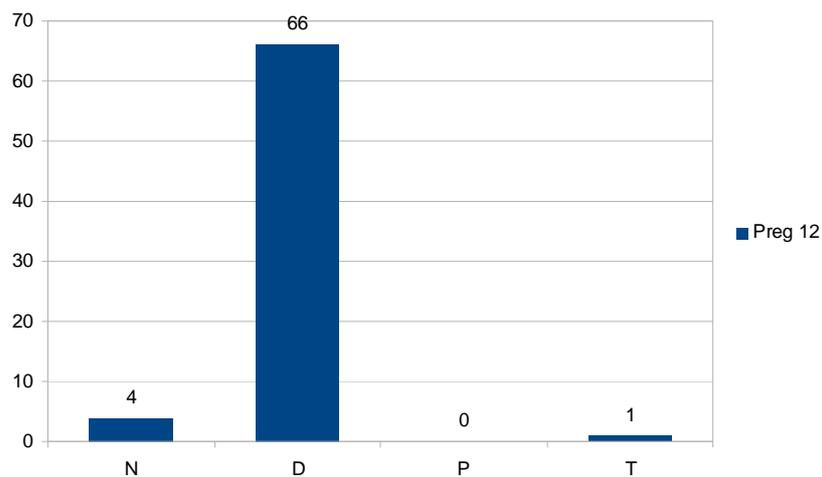


Avisos a domicilio

Una de las tareas dentro de los equipos de atención primaria es la realización de avisos a domicilio para atender a aquellos pacientes que por diversas circunstancias no pueden desplazarse hasta el centro de salud, y para ello la gran mayoría de los médicos, 66 de los 73 entrevistados con una representatividad del 90.4% los realizan en su propio vehículo, 4 no realizan y 1 en transporte público

Tabla n° 15. Avisos a domicilio

	Avisos a domicilio	%
No realiza (N)	4	5,48 %
Vehículo propio (D)	66	90,41 %
Propiedad del centro de salud (P)	0	0,00 %
Transporte público (T)	1	1,37 %
No contesta (-)	2	2,74 %
TOTAL	73	100,00 %

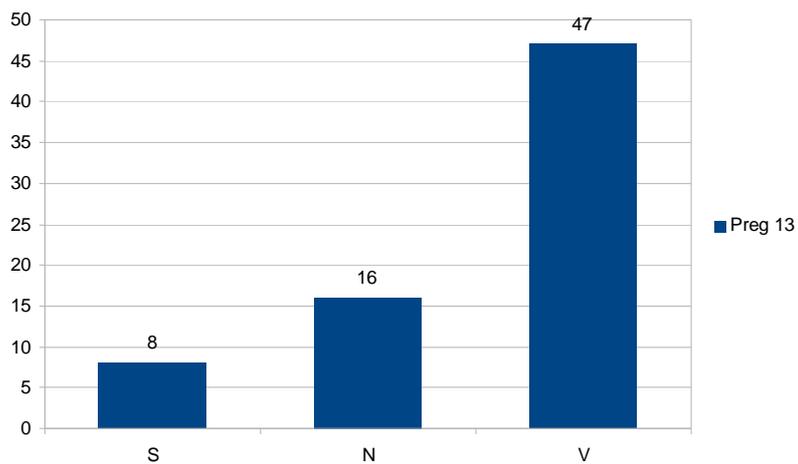
Figura n° 14 Avisos a domicilio

Actual modelo de AP

Existe diversidad de respuestas entorno a si considera válido el actual modelo de AP, cerca de la mitad de los médicos, unos 47 con un 64% consideran que se trata de un modelo válido pero mejorable, 16 con 21% no lo consideran válido y 8 con un 10% de representatividad si lo consideran válido.

Tabla n° 16. Modelo de AP

	Modelo de AP	%
Si	8	10,96 %
No	16	21,92 %
Válido pero mejorable (V)	47	64,38 %
No contesta (-)	2	2,74 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 15 Modelo de AP

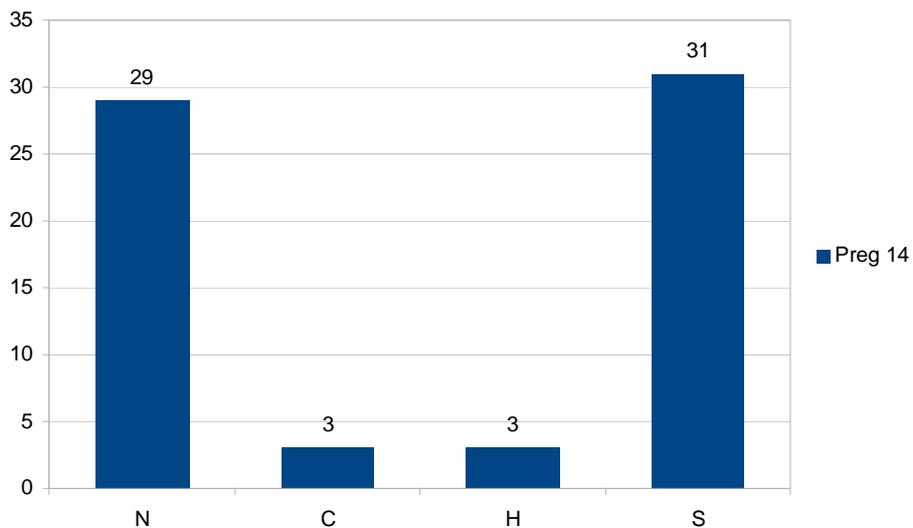
Gestión de los centros de salud

A la pregunta de si cree usted que los centros de salud deberían autogestionarse 29 un 39.7% han contestado que no, 31 un 42% que si para todo, 3 un 4% solo para el contrato de personal y 3 un 4% solo en el horario.

Tabla nº 17. Gestión de los centros de salud

	Gestión de los centros	%
No lo creo (N)	29	39,73 %
Sólo para el contrato de personal (C)	3	4,11 %
Sólo en el horario (H)	3	4,11 %
Sí, para todo (S)	31	42,47 %
No contesta (-)	7	9,59 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura nº 16 Gestión de los centros de salud



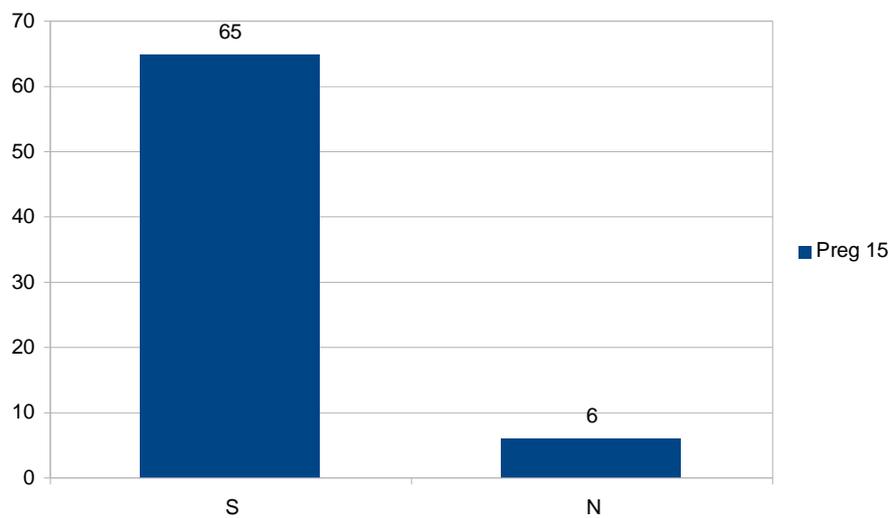
Sobrecarga asistencial

Existe casi unanimidad en la respuesta a esta pregunta, ya que 65 con un 89% han contestado que si consideran que el médico de Atención Primaria esta sometido a una sobrecarga asistencial y tan solo 6 consideran que no

Tabla n° 18. Sobrecarga asistencial

	Sobrecarga	%
Si	65	89,04 %
No	6	8,22 %
No contesta (-)	2	2,74 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 17 Sobrecarga asistencial



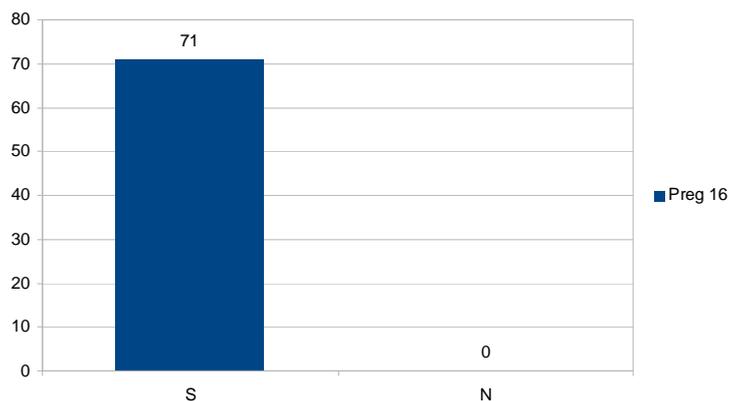
Tareas burocráticas

A la pregunta de si considera necesario una distribución de las cargas de trabajo que descargue a los médicos de tareas burocráticas y administrativas por unanimidad todos el 100% a han contestados que si.

Tabla n° 19. Tareas burocráticas

	Tareas burocráticas	%
Si	71	97,26 %
No	0	0,00 %
No contesta (-)	2	2,74 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 18 Tareas burocráticas



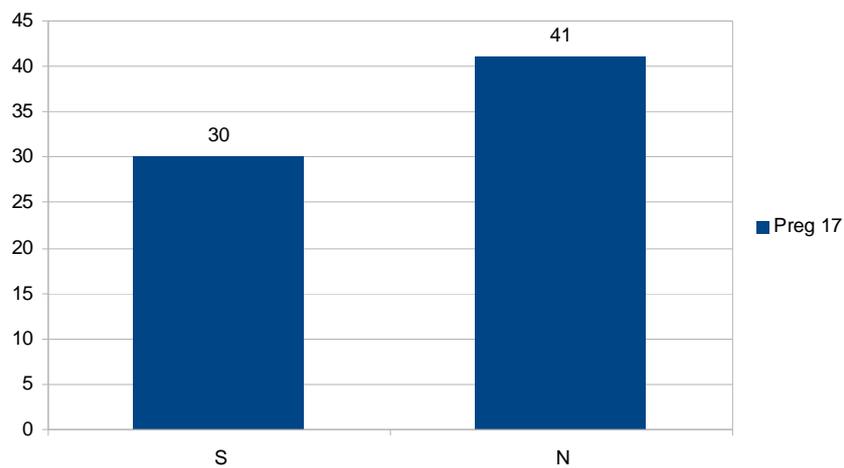
Motivación

A la pregunta de si se siente desmotivado en su trabajo habitual, 30 con un 41% han contestado que si y 41 que no con un 59%.

Tabla nº 20. Motivación

	Motivación	%
Si	30	41,10 %
No	41	56,16 %
No contesta (-)	2	2,74 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura nº 19 Motivación

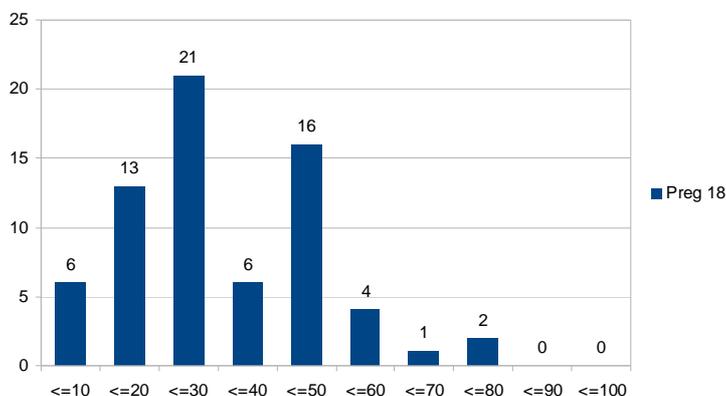


Consultas innecesarias

A la pregunta de que porcentajes de consultas considera innecesarias el 50% de los encuestados consideran que de un 20 al 30% de las consultas son innecesarias, el 34% consideran que son innecesarias entre un 40% y un 60%, el resto se distribuye de la siguiente manera un 11% consideran entre 0 y 15% las consultas innecesarias y un 5% entre 70 y 80% las consultas innecesarias.

Tabla n° 21. Consultas innecesarias

	Consultas innecesarias	%
<=10	6	8,22 %
<=20	13	17,81 %
<=30	21	28,77 %
<=40	6	8,22 %
<=50	16	21,92 %
<=60	4	5,48 %
<=70	1	1,37 %
<=80	2	2,74 %
<=90	0	0,00 %
<=100	0	0,00 %
No contesta (-)	4	5,48 %
TOTAL	73	100,00 %

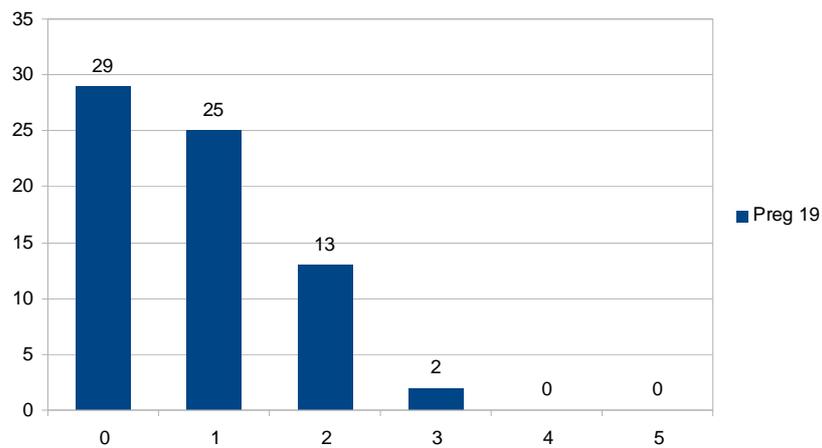
Figura n° 20 Consultas innecesarias

Reuniones de trabajo

A la pregunta de cuantas reuniones de trabajo ha asistido en la última semana para organizar el trabajo en equipo el 40% han contestado que a ninguna, el 34% a una, el 18% a dos, el 2% a tres y un 5% no ha contestado

Tabla nº 22. Reuniones de trabajo

	Reuniones	%
0	29	39,73 %
1	25	34,25 %
2	13	17,81 %
3	2	2,74 %
4	0	0,00 %
5	0	0,00 %
No contesta (-)	4	5,48 %
TOTAL	73	100,00 %

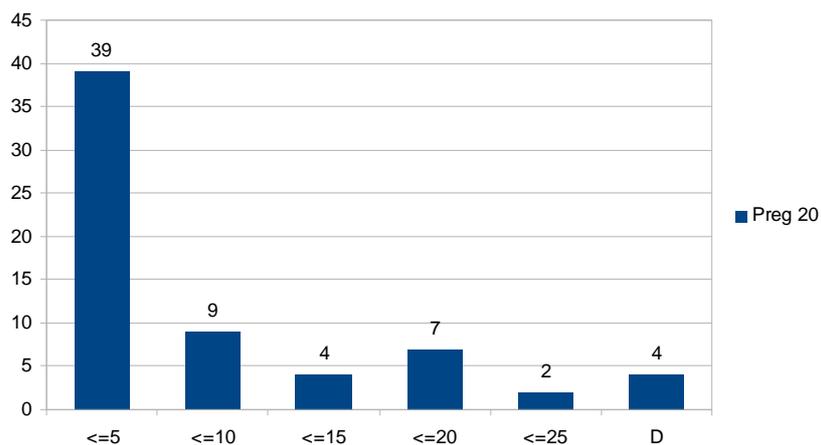
Figura nº 21 Reuniones de trabajo

Promoción de la salud

A la pregunta de cuantas actividades de promoción de la salud ha realizado en la última semana, 21 con un 28,7% han contestado que ninguna, 27 con un 36,9% han contestado entre 1 y 10 actividades, 16 con un 21,9% han contestado entre 12 y 25 y 7 con un 9.5% la han dejado en blanco sin contestar

Tabla n° 23. Promoción de salud

	Promoción de salud	%
<=5	39	53,42 %
<=10	9	12,33 %
<=15	4	5,48 %
<=20	7	9,59 %
<=25	2	2,74 %
Diaria (D)	4	5,48 %
No contesta (-)	8	10,96 %
TOTAL	73	100,00 %

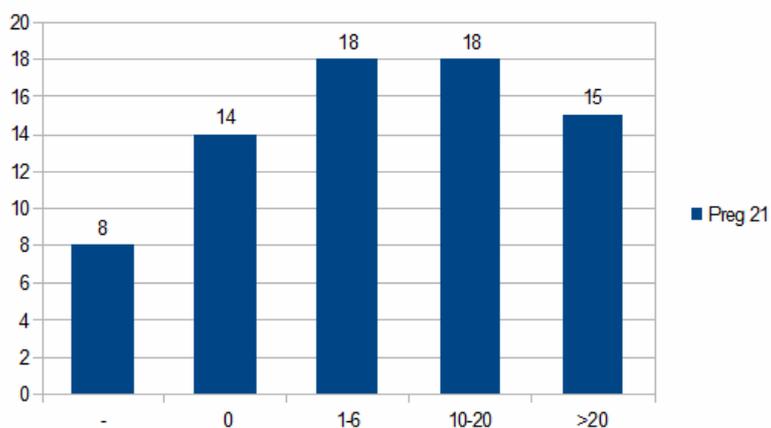
Figura n° 22 Promoción de salud

Prevención de la salud

En relación a la pregunta de cuantas tareas de prevención de la salud ha realizado en la última semana 14 con un 19,18% de representatividad han contestado que ninguna, 18 con un 24,66% han contestado entre 1 y 6, 18 con un 24,66% entre 10 y 20 y 15 con un 20,55% han contestado mas de 20, hay 8 respuestas en blanco.

Tabla n° 24. Prevención de la salud

	Prevención de la salud	%
-	8	10,96 %
0	14	19,18 %
1-6	18	24,66 %
10-20	18	24,66 %
>20	15	20,55 %
TOTAL	73	100,00 %

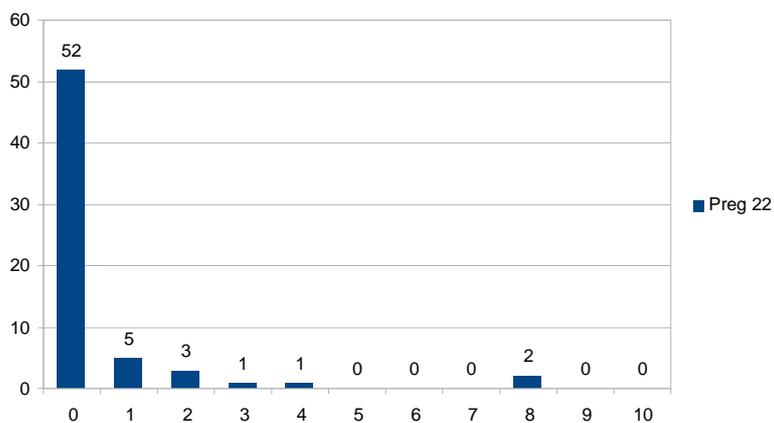
Figura n° 23 Prevención de la salud

Colaboración con la ciudadanía

La mayoría de los encuestados un total de 52 con un 71% de representatividad han contestado que no han realizado ninguna actividad de colaboración con la ciudadanía en la última semana, 12 con un 16.4 % han contestado entre 1 y 8 y 9 han dejado la pregunta sin contestar

Tabla n° 25. Colaboración con la ciudadanía

	Colaboración con la ciudadanía	%
0	52	71,23 %
1	5	6,85 %
2	3	4,11 %
3	1	1,37 %
4	1	1,37 %
5	0	0,00 %
6	0	0,00 %
7	0	0,00 %
8	2	2,74 %
9	0	0,00 %
10	0	0,00 %
No contesta (-)	9	12,33 %
TOTAL	73	100,00 %

Figura n° 24 Colaboración con la ciudadanía

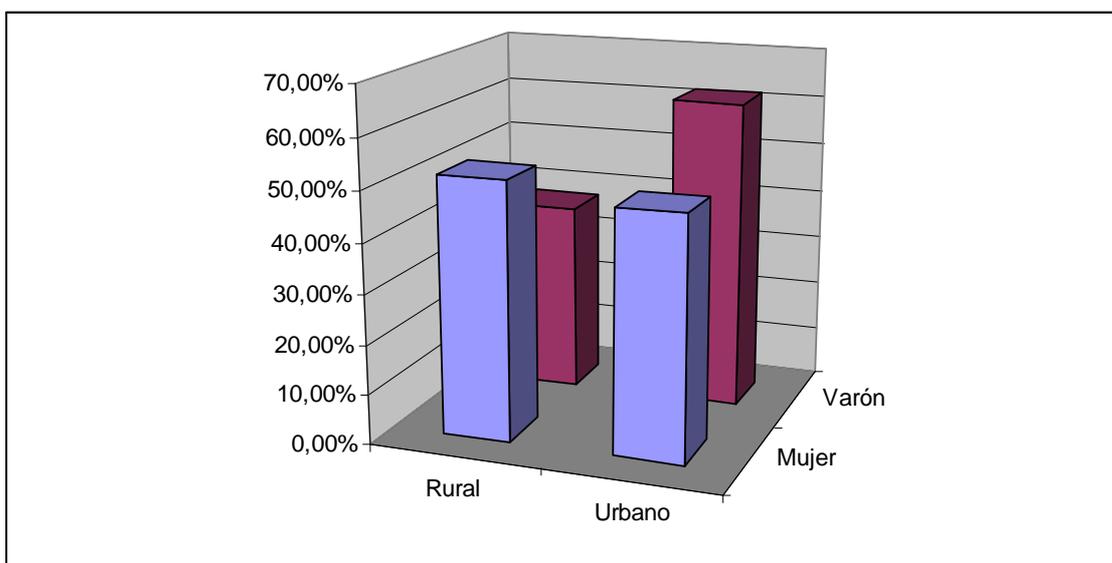
Datos cruzados por Sexo**Centro * Sexo**

En la tabla que se muestra a continuación, en los centros rurales predominan las mujeres con un 51,61% frente al 38,10% que representan los varones, y en los centros urbanos ocurre al contrario el 61,90% de los puestos están ocupados por varones y el 48,39 % por mujeres.

Tabla n° 26. Centro * Sexo

Tipo de Centro	Sexo		Total
	Mujer	Varón	
Rural	16 (51,61%)	16 (38,10%)	32 (43,84%)
Urbano	15 (48,39%)	26 (61,90%)	41 (56,16%)
Total	31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:7.8

Figura n° 25 Centro * Sexo

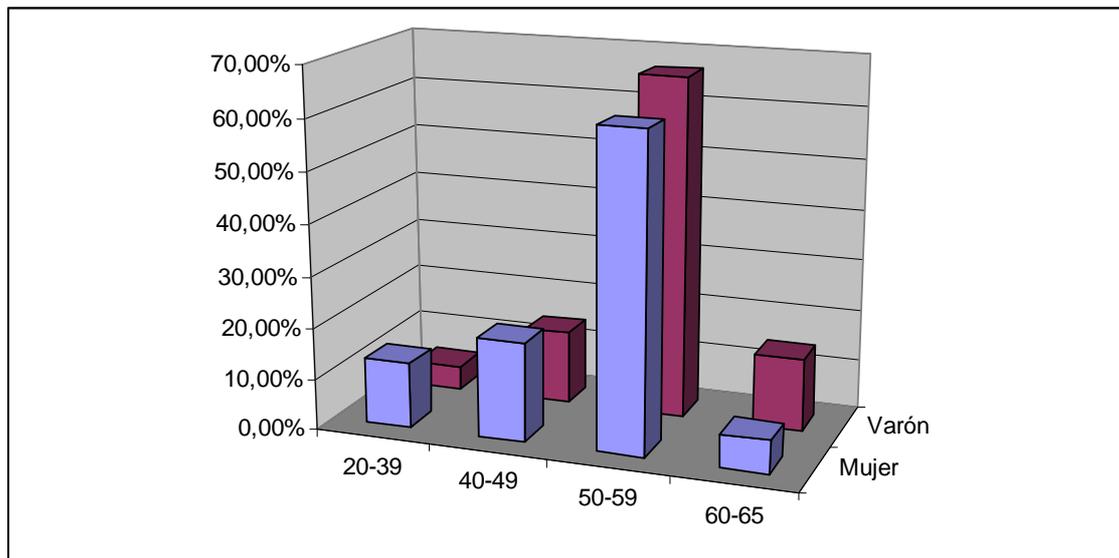
Edad * Sexo

En la siguiente gráfica se puede observar que por encima de los 50 años son mas numerosos los varones y por debajo de esa edad, es decir en los profesionales mas jóvenes predominan las mujeres, es en los últimos años donde el acceso de la mujer a las universidades se ha equiparado a los varones, e incluso en algunas ramas como la sanitaria han superado en número a los hombres.

Tabla n° 27. Edad * Sexo

Edad	Sexo		Total
	Mujer	Varón	
20-39	4 (12,90%)	2 (4,76%)	6 (8,22%)
40-49	6 (19,35%)	6 (14,29%)	12 (16,44%)
50-59	19 (61,29%)	28 (66,67%)	47 (64,38%)
60-65	2 (6,45%)	6 (14,29%)	8 (10,96%)
Total	31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:21.39

Figura n° 26 Edad * Sexo

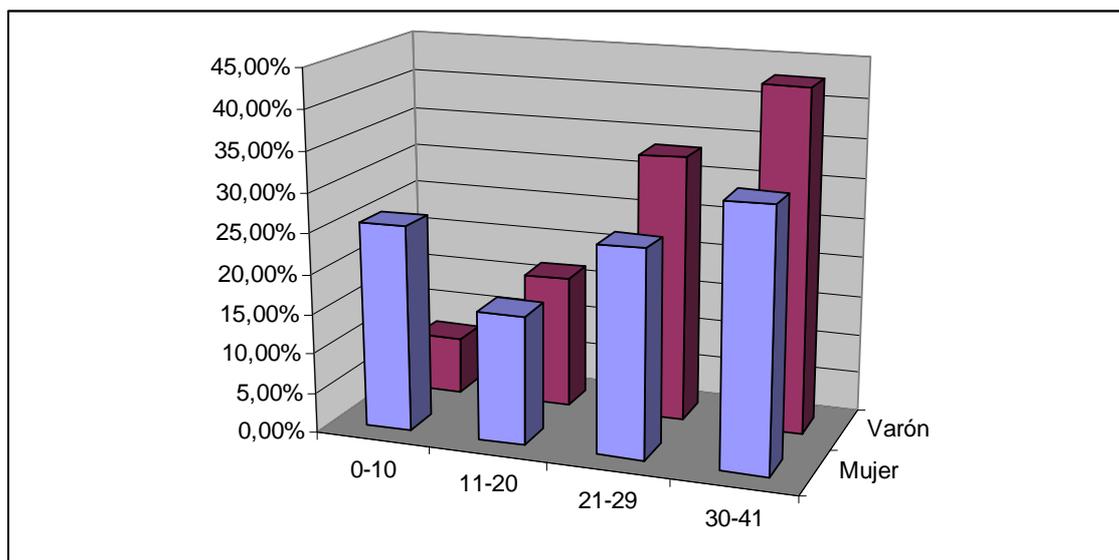
Años Medico * Sexo

En la siguiente tabla se puede observar que en el tramo de mas de 21 años de experiencia profesional predominan de manera significativa los hombres, que en el tramo medio de 11 a 20 años los valores casi se igualan, y en el primer tramo menos de 10 años de profesión predominan las mujeres, un 25,81% de mujeres frente a 7,14% de varones.

Tabla n° 28. Años Medico * Sexo

Años	Sexo		Total
	Mujer	Varón	
0-10	8 (25,81%)	3 (7,14%)	11 (15,07%)
11-20	5 (16,13%)	7 (16,67%)	12 (16,44%)
21-29	8 (25,81%)	14 (33,33%)	29 (39,73%)
30-41	10 (32,26%)	18 (42,86%)	21 (28,77%)
Total	31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:25.2

Figura n° 27 Años Medico * Sexo

Eje sanitario * Sexo

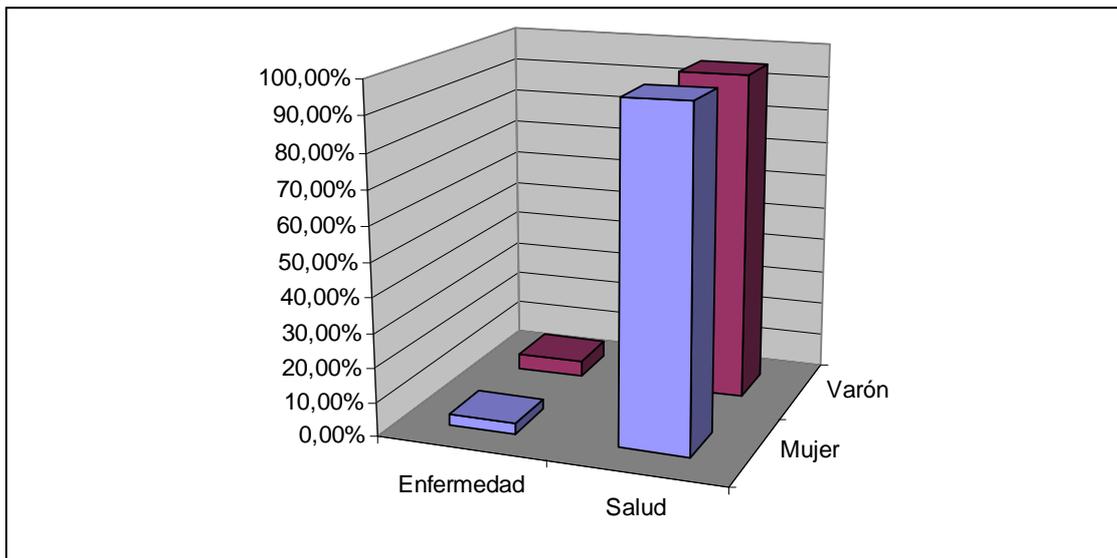
La mayoría de los encuestados, tanto hombres como mujeres, con un porcentaje en ambos casos mayor de 195% responden que la salud debe ser el eje del sistema sanitario.

Tabla n° 29. Eje sanitario * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Eje Sanitario	Enfermedad	1 (3,23%)	2 (4,76%)	3 (4,11%)
	Salud	30 (96,77%)	40 (95,24%)	70 (95,89%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2: 0.10

Figura n° 28 Eje sanitario * Sexo



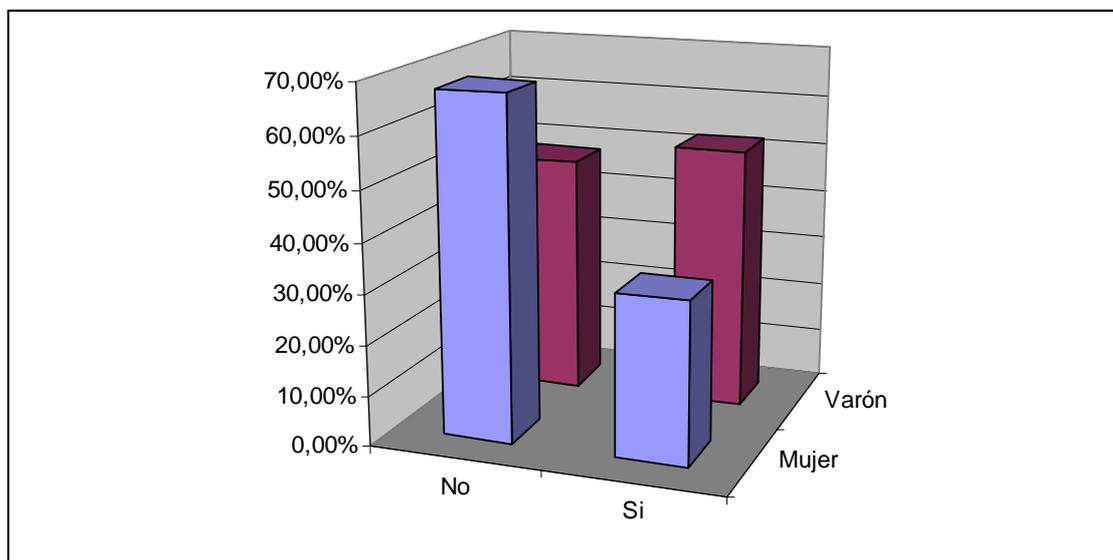
Gestión profesional * Sexo

Ante la pregunta de si estas de acuerdo en que la gestión en las áreas sanitarias sea realizada por un profesional en gestión de recursos sanitarios, independientemente de que sea un médico o no, un 28.77% de las mujeres contestan que no frente al 13.70% que dicen que si, en cambio esta diferencia no es tan significativa en los varones ya que los porcentajes casi se igualan, el 27% de los varones contestan que no frente a un 30 % que dicen que si.

Tabla n° 30. Gestión profesional * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Gestión Profesional	No	21 (67,74%)	20 (47,62%)	41 (56,16%)
	Si	10 (32,26%)	22 (52,38%)	32 (43,84%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:2.9

Figura n° 29 Gestión profesional * Sexo

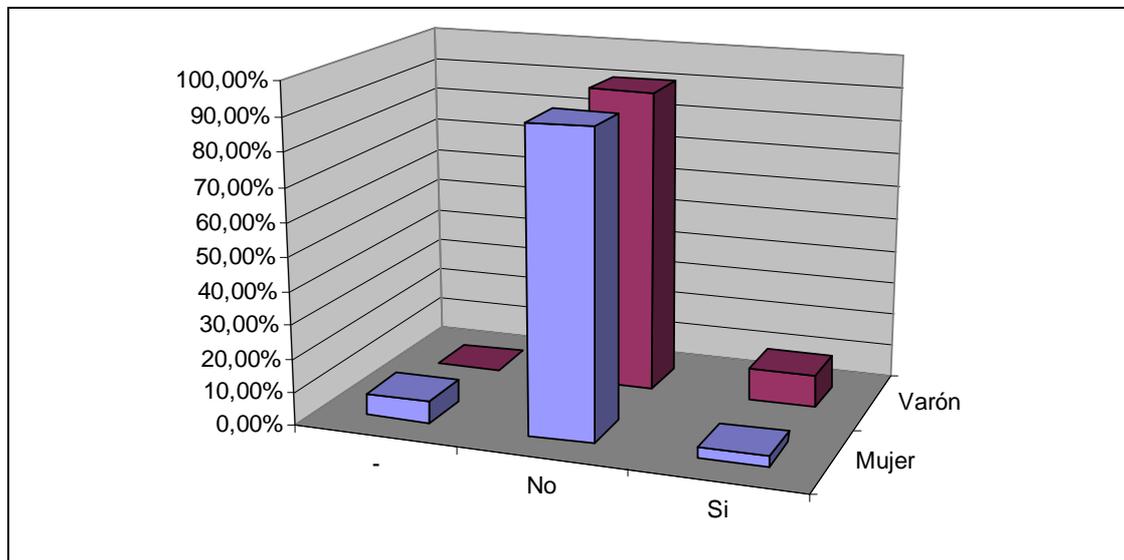
Gerentes sujetos a cambios políticos * Sexo

Ante la pregunta cree usted que los gerentes de área deben estar sujetos a cambios políticos la respuesta mayoritaria es que no tanto en el grupo de hombres con un 52% como en el de mujeres con un 38%

Tabla n° 31. Gerentes Sujetos A Cambios Políticos * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Gerentes Sujetos A Cambios Políticos		2 (6,45%)	0 (0,00%)	2 (2,74%)
	N	28 (90,32%)	38 (90,48%)	66 (90,41%)
	S	1 (3,23%)	4 (9,52%)	5 (6,85%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:3.74

Figura n° 30 Gerentes Sujetos A Cambios Políticos * Sexo

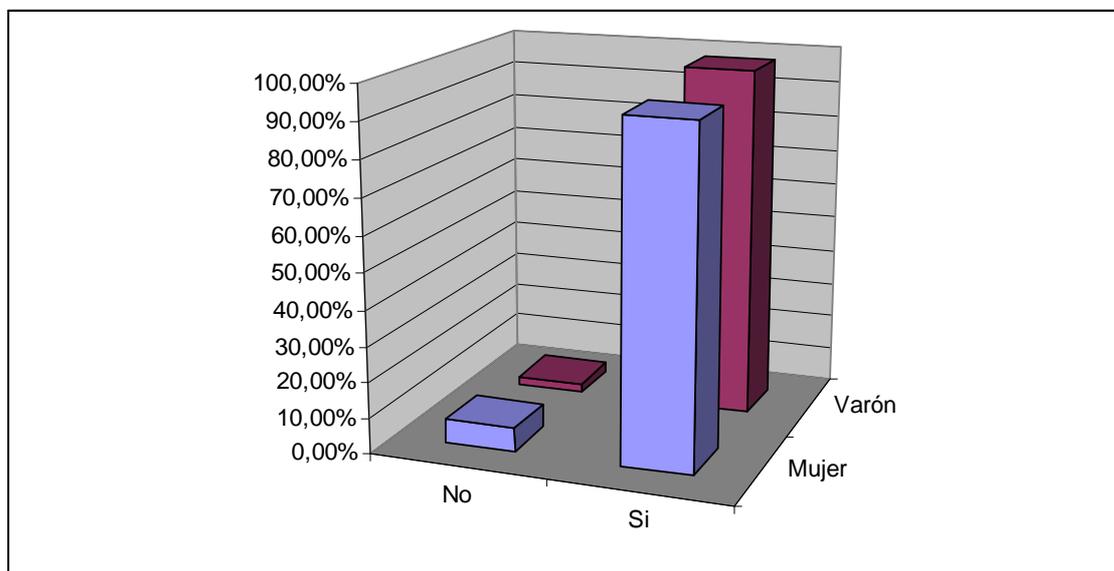
Designación escrita de las tareas * Sexo

El 56,16% de los hombres y el 39,73% de las mujeres consideran que serian necesario la designación escrita de las tareas en el centro de salud, frente a un 2,74 % de las mujeres que contestan que no y el 1,37 de los varones que contestan que no.

Tabla n° 32. Designación escrita de las tareas * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Designación Escrita	No	2 (6,45%)	1 (2,38%)	3 (4,11%)
Tareas	Si	29 (93,55%)	41 (97,62%)	70 (95,89%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:0.75

Figura n° 31 Designación escrita de las tareas * Sexo

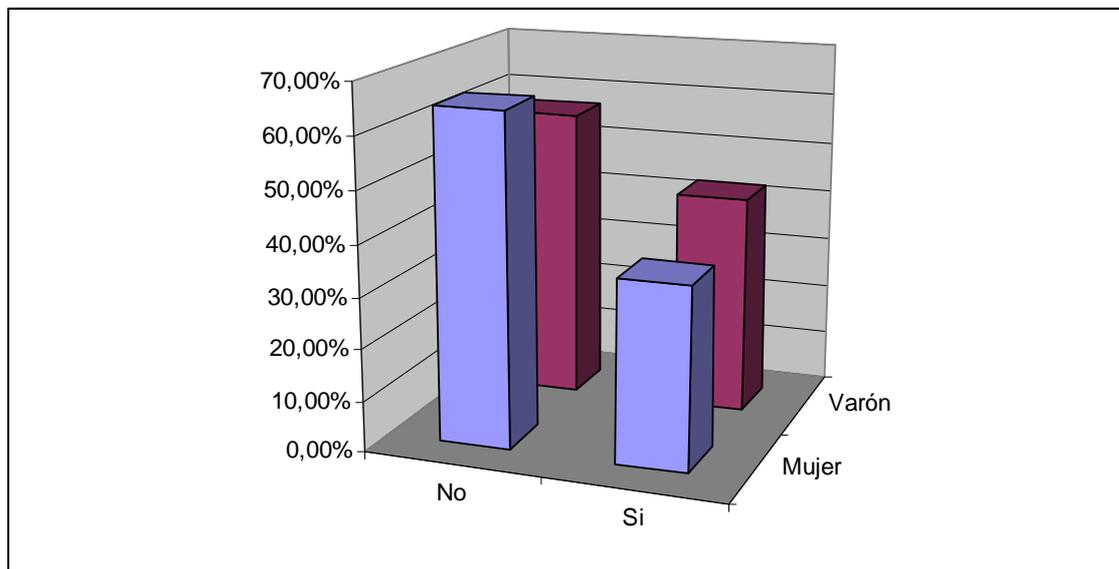
Recursos necesarios * Sexo

Respecto a la pregunta que si dispone en el centro de salud de los recursos necesarios para desempeñar de forma adecuada su trabajo el 27,4% de la muestra son mujeres que responden que no frente al 32,88% de los varones, y en minoría está el grupo de los que contestan que si el 15,07% de las mujeres frente al 24,66% de los varones.

Tabla n° 33. Recursos necesarios * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Recursos Necesarios	No	20 (64,52%)	24 (57,14%)	44 (60,27%)
	Si	11 (35,48%)	18 (42,86%)	29 (39,73%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:0.40

Figura n° 32 Recursos necesarios * Sexo

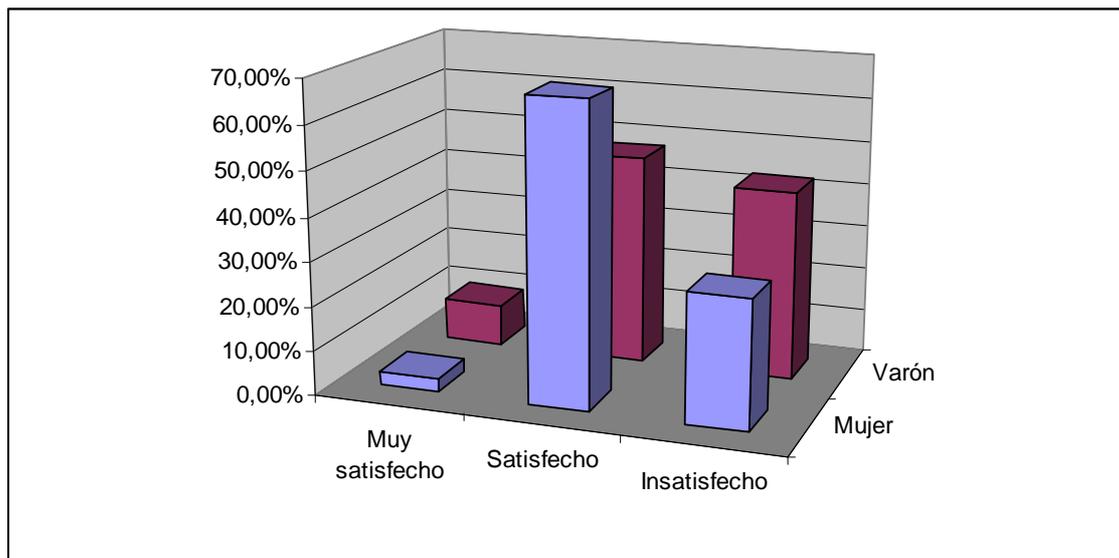
Satisfacción condiciones laborales * Sexo

Respecto a la pregunta se siente usted satisfecho con sus condiciones laborales de 6.85% que contestaron muy satisfecho predominan los varones 5,48% frente a un 1,37% de las mujeres, del grupo que contestaron satisfechos los porcentajes tanto en hombres como en mujeres están muy igualados, en cambio en el grupo de insatisfechos predominan los varones 24,66 % frente a las mujeres 12,33%

Tabla n° 34. Satisfacción condiciones laborales * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Satisfacción Condiciones Laborales	Muy satisfecho	1 (3,23%)	4 (9,52%)	5 (6,85%)
	Satisfecho	21 (67,74%)	20 (47,62%)	41 (56,16%)
	Insatisfecho	9 (29,03%)	18 (42,86%)	27 (36,99%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:3.24

Figura n° 33 Satisfacción condiciones laborales * Sexo

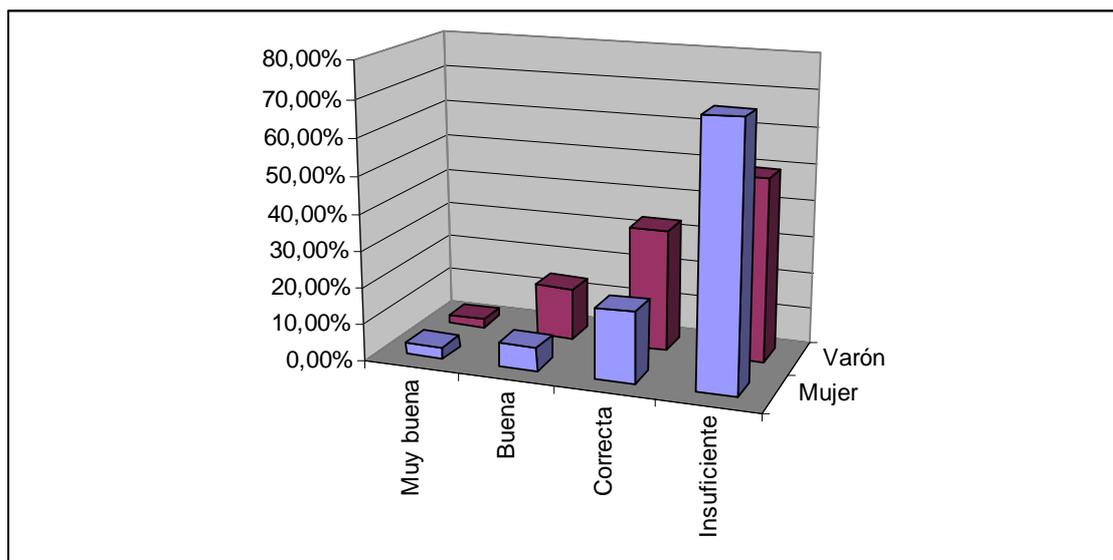
Retribución económica * Sexo

En la pregunta de como calificaría su retribución económica, un 2,74 % la consideran muy buena sin diferencias entre sexos, un 10,96% la califican como buena en este grupo predominan los varones frente a las mujeres, un 27,40% la califican como correcta también con predominio de varones, y la consideran insuficiente el grupo más numeroso con un 58,90%, en cambio aquí predominan las mujeres.

Tabla n° 35. Retribución económica * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Retribución Económica	Muy buena	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
	Buena	2 (6,45%)	6 (14,29%)	8 (10,96%)
	Correcta	6 (19,35%)	14 (33,33%)	20 (27,40%)
	Insuficiente	22 (70,97%)	21 (50,00%)	43 (58,90%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:3.64

Figura n° 34 Retribución Económica * Sexo

Avisos a domicilio * Sexo

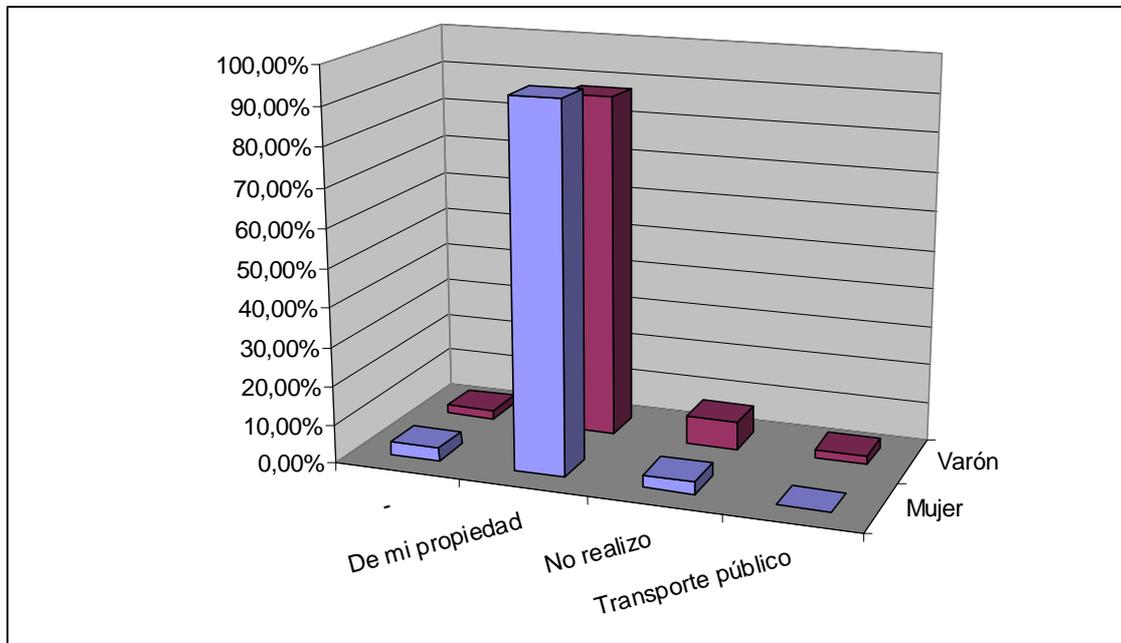
La mayoría de los profesionales realizan los avisos a domicilio en su propio vehículo, sin diferencias por sexo.

Tabla n° 36. Vehículo Avisos Domicilio * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Vehículo Avisos Domicilio	-	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
	De mi propiedad	29 (93,55%)	37 (88,10%)	66 (90,41%)
	No realizo	1 (3,23%)	3 (7,14%)	4 (5,48%)
	Transporte público	0 (0,00%)	1 (2,38%)	1 (1,37%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100.00%)

X2:1.34

Figura n° 35 Vehículo Avisos Domicilio * Sexo



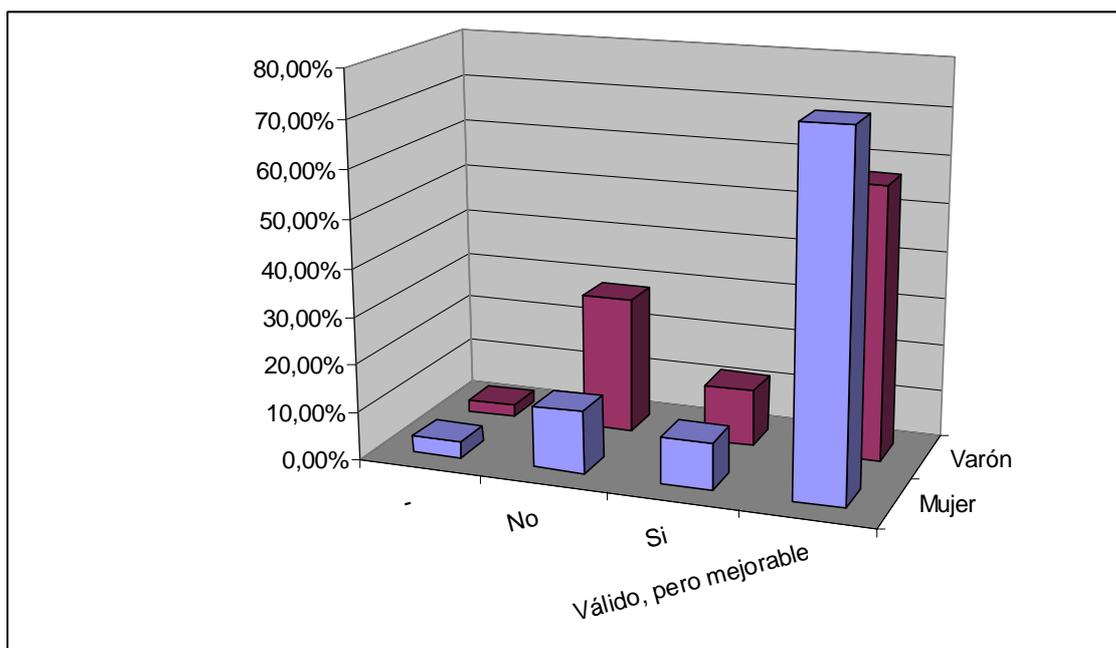
Modelo de AP * Sexo

A la pregunta, considera usted válido el actual modelo de AP, mayoritariamente tanto hombres como mujeres lo consideran válido, pero mejorable, pero con una proporción mayor en mujeres con un 74,19% frente a un 57,14% de los hombres. De los que contestan que no lo consideran válido predominan los varones con un 28,57% frente al 12,90% de las mujeres, y solo lo consideran válido el 11,90% de los varones, frente al 9,68 % de las mujeres.

Tabla n° 37. Modelo AP Válido * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Modelo AP Válido	-	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
	No	4 (12,90%)	12 (28,57%)	16 (21,92%)
	Si	3 (9,68%)	5 (11,90%)	8 (10,96%)
	Válido, pero mejorable	23 (74,19%)	24 (57,14%)	47 (64,38%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:2,93

Figura n° 36 Modelo AP Válido * Sexo

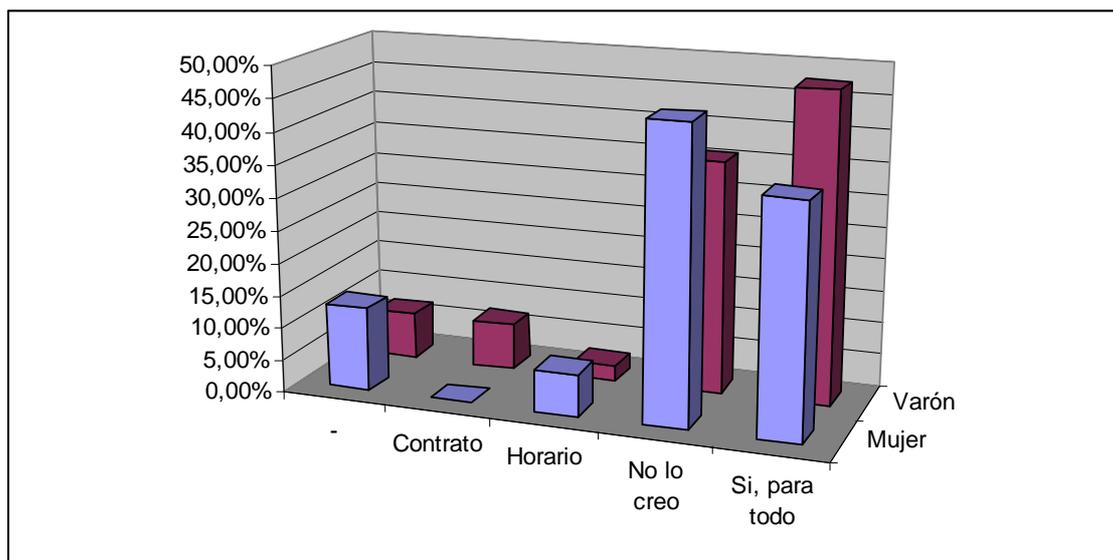
Autogestión de los centros de salud * Sexo

Una proporción mayor de hombres el 47,62% consideran el que los centros de salud deberían autogestionarse para todos los aspectos, en cambio en el grupo de las mujeres la respuesta mayoritaria con un 45,16% es que no creen que loo centros de salud debieran de autogestionarse.

Tabla n° 38. Autogestión Centros Salud * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Autogestión Centros Salud	-	4 (12,90%)	3 (7,14%)	7 (9,59%)
	Contrato	0 (0,00%)	3 (7,14%)	3 (4,11%)
	Horario	2 (6,45%)	1 (2,38%)	3 (4,11%)
	No lo creo	14 (45,16%)	15 (35,71%)	29 (39,73%)
	Si, para todo	11 (35,48%)	20 (47,62%)	31 (42,47%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:4.57

Figura n° 37 Autogestión Centros Salud * Sexo

Sobrecarga asistencial * Sexo

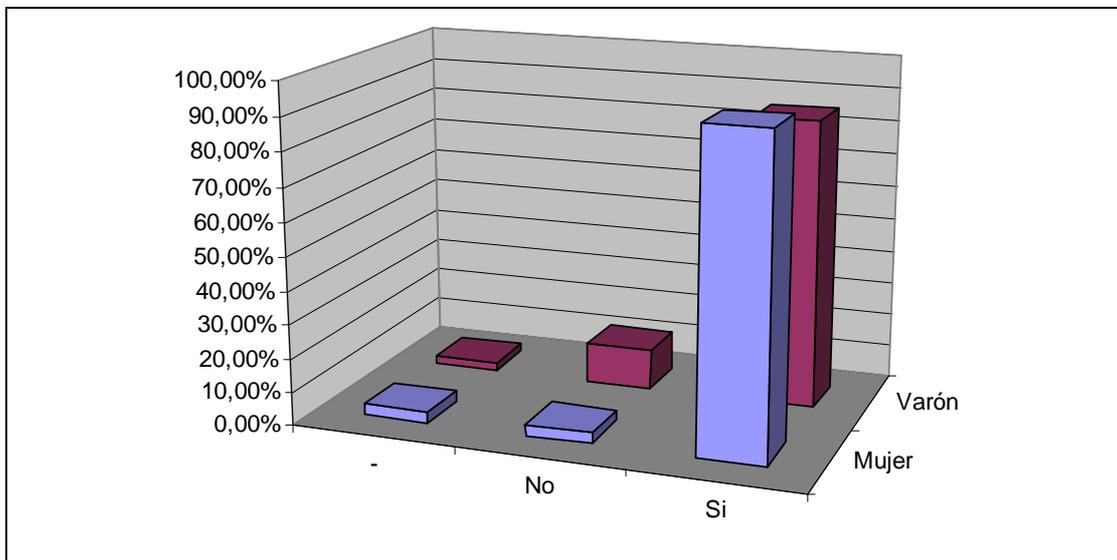
Tanto hombres como mujeres en unas proporciones muy elevadas, el 85,71% de los hombres y el 93,55% de las mujeres, consideran que si sufren una sobrecarga asistencial.

Tabla n° 39. Sobrecarga Asistencial * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Sobrecarga Asistencial	-	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
	No	1 (3,23%)	5 (11,90%)	6 (8,22%)
	Si	29 (93,55%)	36 (85,71%)	65 (89,04%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:1.80

Figura n° 38 Sobrecarga Asistencial * Sexo



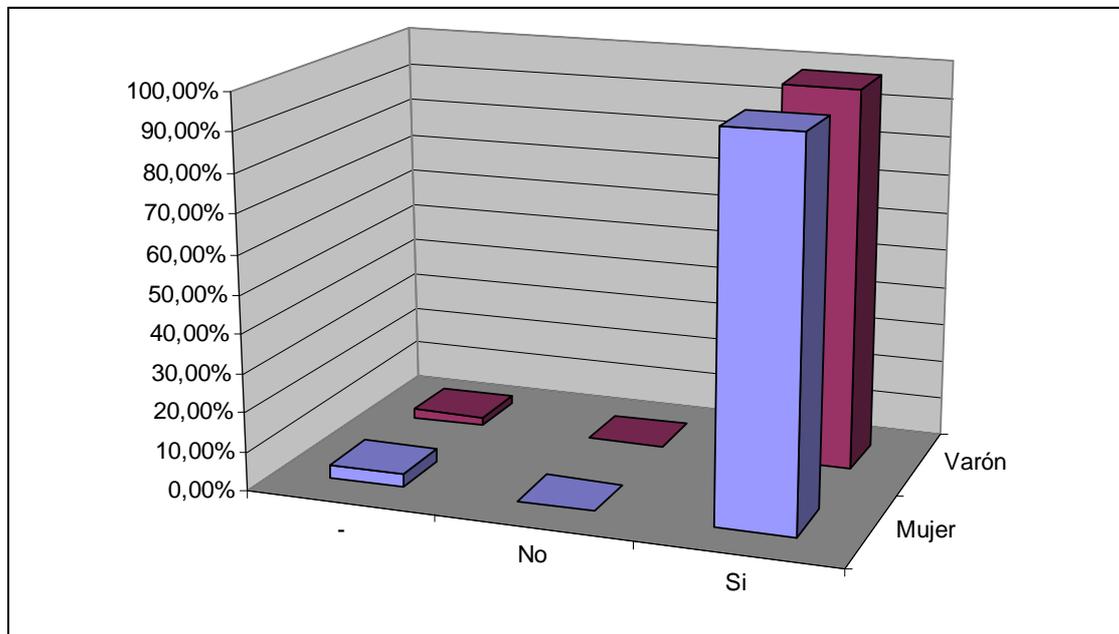
Distribución de cargas * Sexo

A la pregunta, considera necesario una distribución de las cargas de trabajo que descargue a los médicos de tareas burocráticas y administrativas, existe unanimidad de criterios con mas del 95% tanto hombres como mujeres han contestado que si.

Tabla n° 40. Distribución Cargas * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Distribución Cargas	-	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
	No	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Si	30 (96,77%)	41 (97,62%)	71 (97,26%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:0.048

Figura n° 39 Distribución Cargas * Sexo

Desmotivación * Sexo

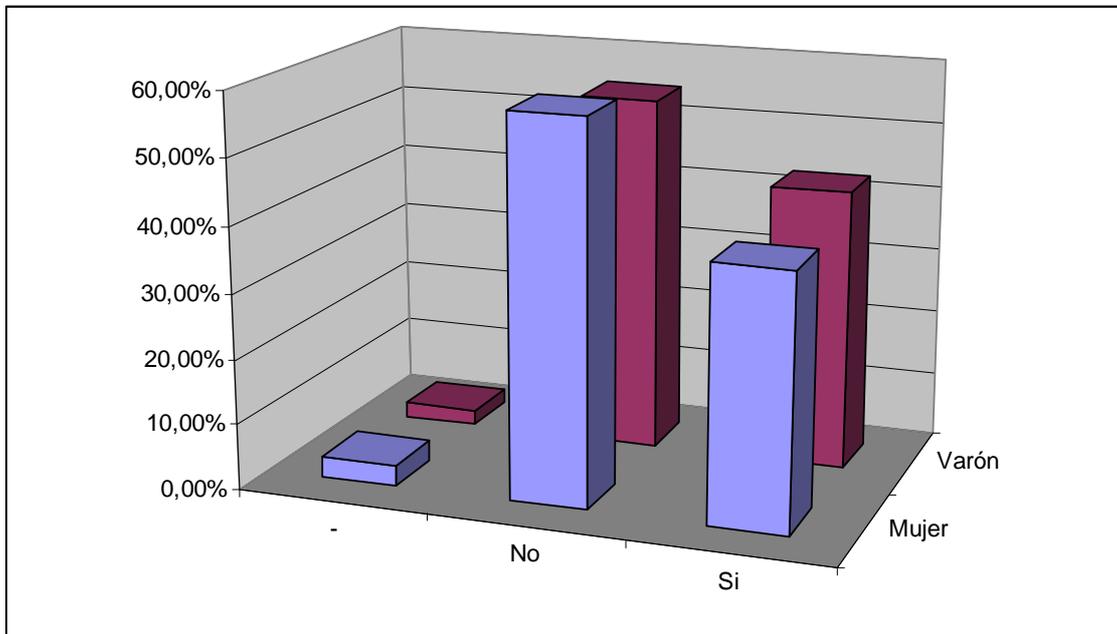
A la pregunta, se siente desmotivado en su trabajo diario, el 58% de las mujeres consideran que no frente al 54,76% de los hombres, y el 38,71% de las mujeres si se consideran desmotivadas frente al 42,86% de los hombres.

Tabla n° 41. Desmotivado * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Desmotivado	-	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
	No	18 (58,06%)	23 (54,76%)	41 (56,16%)
	Si	12 (38,71%)	18 (42,86%)	30 (41,10%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:0.15

Figura n° 40 Desmotivado * Sexo



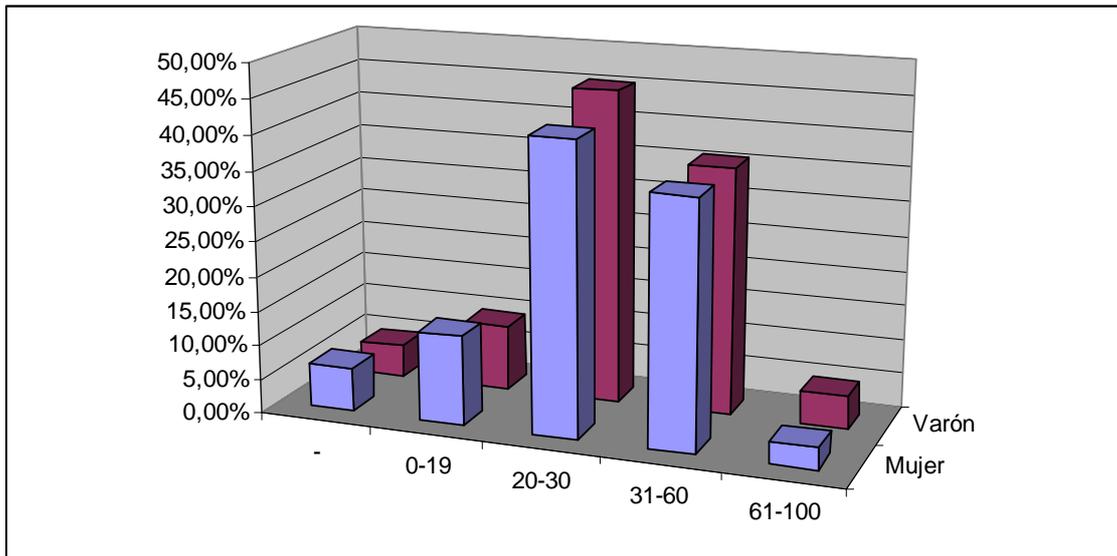
Consultas innecesarias * Sexo

Los porcentajes tanto en hombres como en mujeres, a las distintas contestaciones son muy similares, no se observan grandes diferencias.

Tabla n° 42. Consultas Innecesarias * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Consultas Innecesarias	-	2 (6,45%)	2 (4,76%)	4 (5,48%)
	0-19	4 (12,90%)	4 (9,52%)	8 (10,96%)
	20-30	13 (41,94%)	19 (45,24%)	32 (43,84%)
	31-60	11 (35,48%)	15 (35,71%)	26 (35,62%)
	61-100	1 (3,23%)	2 (4,76%)	3 (4,11%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:11.3

Figura n° 41 Consultas Innecesarias * Sexo

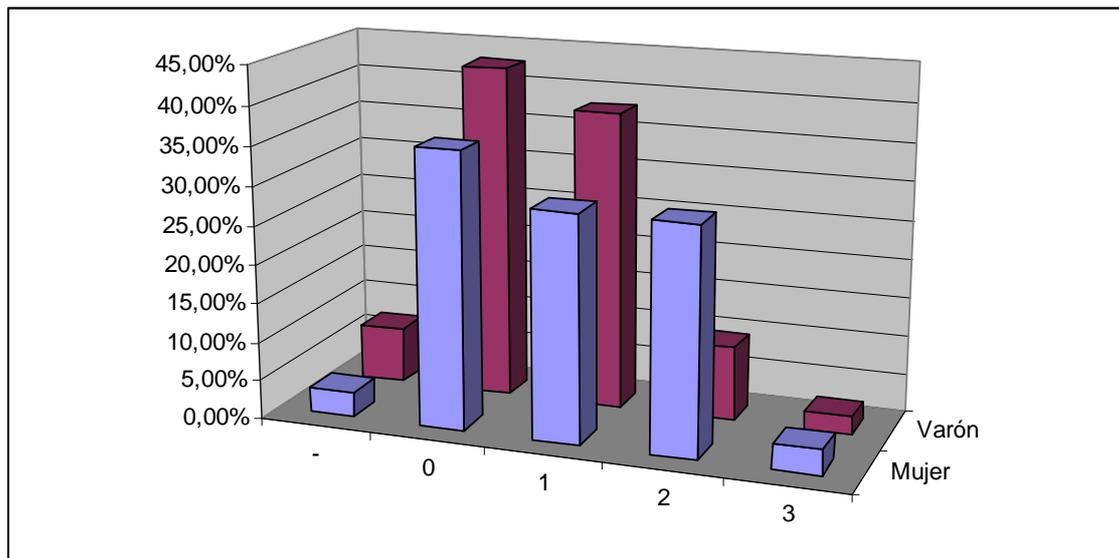
Reuniones organizativas * Sexo

A la pregunta, en la última semana a cuantas reuniones ha asistido para organizar el trabajo en equipo, el porcentaje mas alto en los varones con un 42,86% han contestado que ha ninguna frente al 35,48% de las mujeres, a una han contestado el 38,10 % de los varones frente al 29,03% de las mujeres, a dos predominan las mujeres un 29,03% respecto al varón, y a tres el porcentaje en ambos sexos casi se iguala.

Tabla n° 43. Reuniones Organizativas * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Reuniones Organizativas	-	1 (3,23%)	3 (7,14%)	4 (5,48%)
	0	11 (35,48%)	18 (42,86%)	29 (39,73%)
	1	9 (29,03%)	16 (38,10%)	25 (34,25%)
	2	9 (29,03%)	4 (9,52%)	13 (17,81%)
	3	1 (3,23%)	1 (2,38%)	2 (2,74%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:4.47

Figura n° 42 Reuniones Organizativas * Sexo

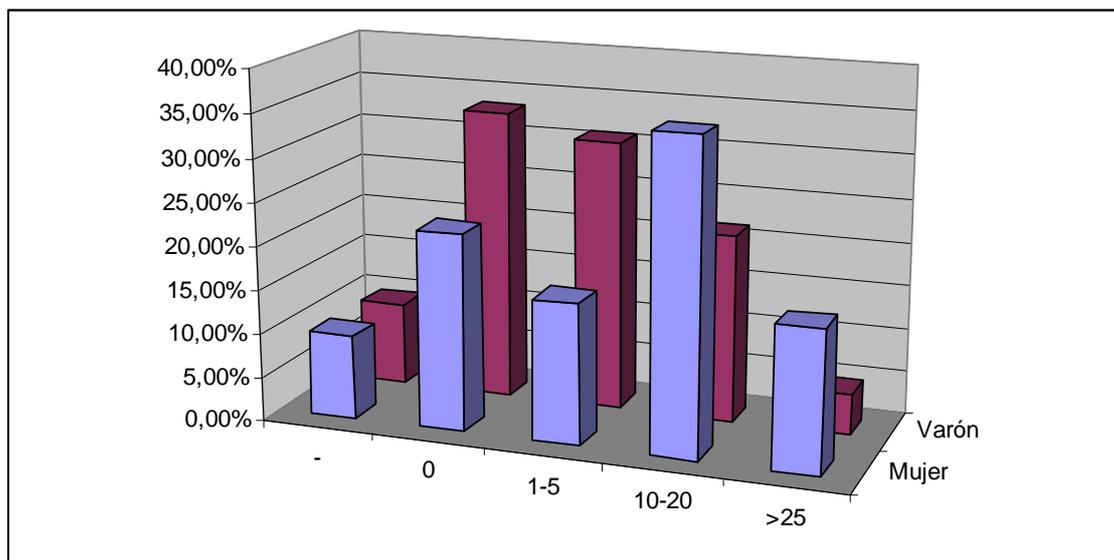
Promoción de la salud * Sexo

A la pregunta, en la última semana cuantas tareas ha realizado de promoción de la salud, el tramo de cero a cinco predominan los varones con un 64,28% frente al 38,71% de las mujeres y en el tramo de 10 a más de 25 predominan las mujeres 51,61% frente al 26,19 de los hombres.

Tabla nº 44. Promoción Salud * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Promoción Salud	-	3 (9,68%)	4 (9,52%)	7 (9,59%)
	0	7 (22,58%)	14 (33,33%)	21 (28,77%)
	1-5	5 (16,13%)	13 (30,95%)	18 (24,66%)
	10-20	11 (35,48%)	9 (21,43%)	20 (27,40%)
	>25	5 (16,13%)	2 (4,76%)	7 (9,59%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:16.6

Figura nº 43 Promoción Salud * Sexo

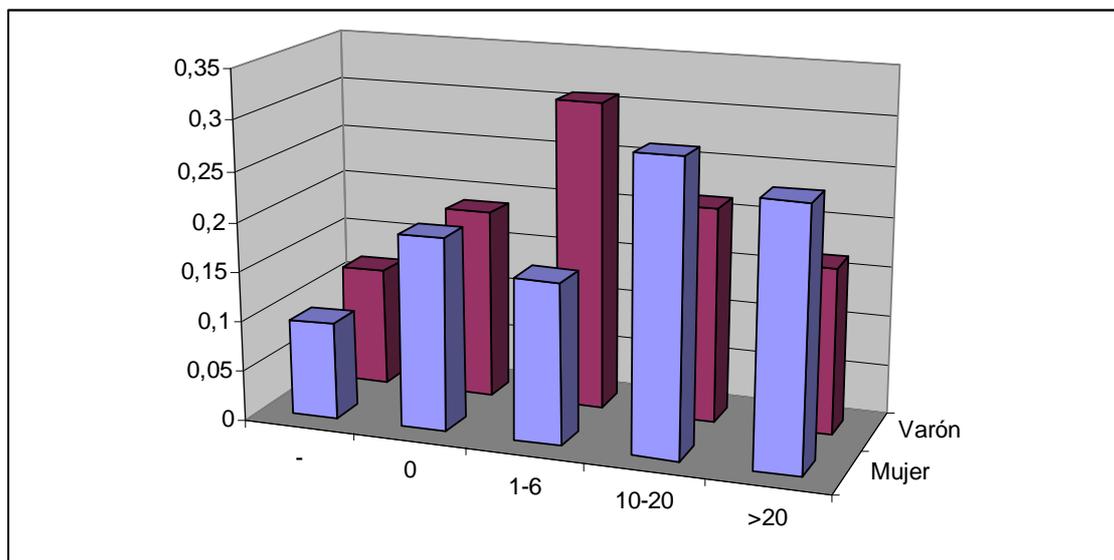
Prevención de la salud * Sexo

A la pregunta en la última semana cuantas tareas ha realizado de prevención de la salud, en el tramo de cero a seis predominan los hombres con un 50% respecto al 35.48% de las mujeres, y en el tramo de 10 a más de 20 predominan las mujeres con un 54.84% respecto al 38,1% de los varones.

Tabla nº 45. Prevención Salud * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Prevención Salud	-	3 (9,68%)	5 (11,90%)	8 (10,96%)
	0	6 (19,35%)	8 (19,05%)	14 (19,18%)
	1-6	5 (16,13%)	13 (30,95%)	18 (24,66%)
	10-20	9 (29,03%)	9 (21,43%)	18 (24,66%)
	>20	8 (25,81%)	7 (16,67%)	15 (20,55%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:17.20

Figura nº 44 Prevención Salud * Sexo

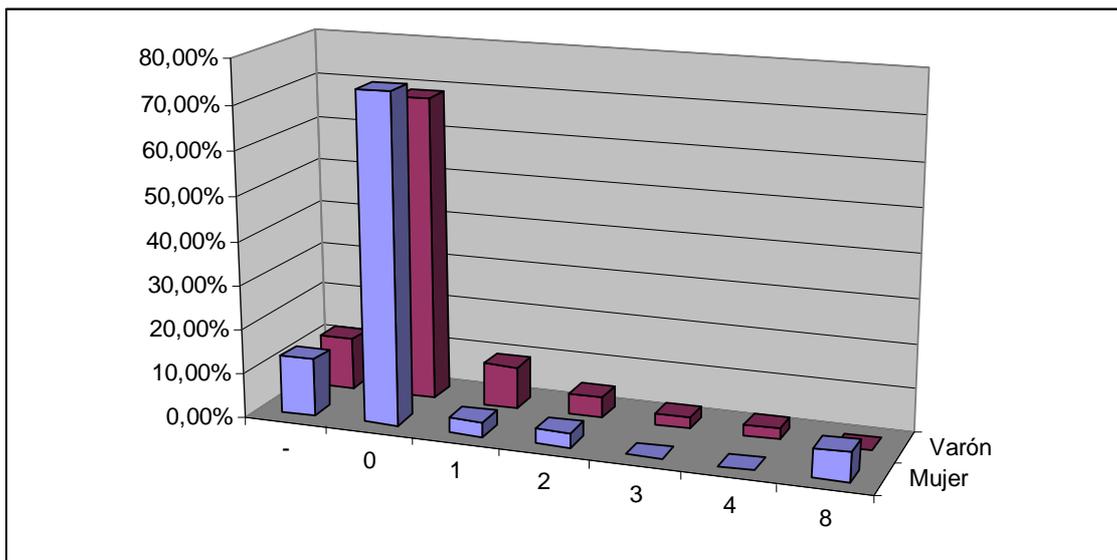
Actividades de colaboración con la ciudadanía * Sexo

En relación a la pregunta en la última semana cuantas actividades de colaboración con la ciudadanía ha realizado, cabe destacar que en ambos sexos la respuesta mayoritaria es que ninguna con porcentajes cercanos un 74,19% para las mujeres y el 69,05% para los hombres.

Tabla n° 46. Actividades Colaboración * Sexo

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Actividades Colaboración	-	4 (12,90%)	5 (11,90%)	9 (12,33%)
	0	23 (74,19%)	29 (69,05%)	52 (71,23%)
	1	1 (3,23%)	4 (9,52%)	5 (6,85%)
	2	1 (3,23%)	2 (4,76%)	3 (4,11%)
	3	0 (0,00%)	1 (2,38%)	1 (1,37%)
	4	0 (0,00%)	1 (2,38%)	1 (1,37%)
	8	2 (6,45%)	0 (0,00%)	2 (2,74%)
Total		31 (42,47%)	42 (57,53%)	73 (100,00%)

X2:5.39

Figura n° 45 Actividades Colaboración * Sexo

Hipótesis 3.

La buena comunicación entre atención primaria y atención especializada es esencial para coordinar y dar continuidad al cuidado de los pacientes. Es objetivo de la atención primaria la asistencia personal, integrada y continuada de los pacientes, siendo necesario para lograrlo una buena comunicación y colaboración entre los distintos niveles asistenciales.

En el momento actual las derivaciones se realizan a través del modelo de interconsulta que facilita el programa informático OMI de atención primaria, en el que se establece datos fijos como nombre del paciente, motivo de la derivación, sospecha diagnóstica, y un breve resumen de la historia clínica del paciente.

Los médicos que trabajan en AP tienen que coordinarse con distintos servicios asistenciales para lograr que la atención sanitaria sea interdisciplinar, entre ellos destacan:

Cuidados paliativos

Desde el año 1990, existe en nuestra Comunidad Autónoma un dispositivo asistencial orientado a la prestación de cuidados paliativos, tanto a nivel de Atención Especializada como de Atención Primaria.

No obstante, la evolución de la población de la Comunidad Autónoma de Murcia, y su progresivo envejecimiento, así como la diversidad de modelos organizativos en las diferentes Áreas de Salud y la falta de un desarrollo homogéneo en esta atención, aconsejan la conveniencia de establecer un plan de cuidados paliativos para nuestra Región que responda a los siguientes requisitos básicos:

1. Definición de un modelo organizativo básico para nuestro sistema sanitario, centrado en la atención a las necesidades del paciente y de la unidad familiar.
2. Facilitar una atención sanitaria integral, englobando tanto la atención primaria como la atención especializada, junto equipos específicos en ambos niveles asistenciales, que colaboren de forma continuada y coordinada en la prestación de los cuidados paliativos.

3. Mejorar los niveles de cobertura actuales, garantizando un acceso universal y equitativo a esta prestación en nuestra Comunidad.
4. Ofrecer a los profesionales sanitarios adecuar sus conocimientos y habilidades en el tratamiento de estos pacientes e impulsar la investigación en relación con los cuidados paliativos.
5. Asegurar el respeto a la autonomía del paciente, y garantizar el ejercicio de sus derechos, como usuario de la sanidad pública.
6. Fomentar la información y la formación sanitaria del paciente y de sus familiares, como forma más eficaz y humana para afrontar la evolución de la enfermedad.
7. Apoyar a la familia, como cuidadora del paciente y el domicilio como el lugar más apropiado para su atención en fase terminal. Estos requisitos vienen recogidos en mayor o menor medida en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, de las que nos gustaría destacar las siguientes:

Desde estos planteamientos surge este Plan Integral de Cuidados Paliativos, que contempla las necesidades actuales de la población de nuestra Comunidad y que introduce los mecanismos necesarios para un desarrollo homogéneo y una progresiva adaptación a las nuevas necesidades que, durante su periodo de vigencia, puedan ponerse de manifiesto.

Se trata en definitiva de un Plan abierto, para el que las evaluaciones previstas, en esta primera fase, proporcionan un mecanismo de ajuste que mejora continua de la atención paliativa en nuestra Comunidad.

Por todo ello, la puesta en marcha de acciones orientadas al desarrollo e implementación de este plan, dotado de un enfoque integrador, estratégico y de gran magnitud, hace necesario que se defina al inicio del mismo un contexto básico que dé soporte a las acciones y direcciones que a tal fin se proponen.

En este recorrido contextual se destacan elementos en dos aspectos complementarios

Por un lado, como referencias teóricas claves, las sugerencias y recomendaciones que aportan el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos”, el “Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad Autónoma de Murcia”, las “Estrategias para el desarrollo sostenible de la sanidad en la Región de Murcia 2005-2010”, la “Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos” y “Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las Organizaciones”.

Y por el otro la experiencia acumulada de los profesionales de esta Región que en los últimos años han prestado una atención globalizadora e integrativa en los pacientes en esta etapa de la vida y precisan de una implementación y mejora en el soporte y reconocimiento institucional, así como una coordinación y comunicación fluida entre ellos y con una adecuada información y educación reglada para la población.

Otra característica básica de esta propuesta organizativa, es su concepción como una estructura en red colaborativa y de evolución progresiva según las fases de desarrollo del mismo y de la propia historia de cada dispositivo.

El concepto de red colaborativa asume la heterogeneidad del sistema, buscando el acuerdo y la comunicación entre los protagonistas, permite imaginar distintos entornos organizados y facilita seguir su evolución a lo largo del tiempo ofreciendo marcos de actuación progresiva que son comprendidos por la institución, los profesionales y los ciudadanos simultáneamente.

Estas fases de red se plantean de manera progresiva en niveles sucesivos: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación y, al igual que el proceso de tránsito para la resolución de una pérdida culmina con la aceptación de la misma por parte de un individuo; en una organización lo hace con una robusta asociación y confianza entre los participantes.

El modelo de atención de los cuidados paliativos en la Comunidad Autónoma de Murcia está orientado a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario murciano, una atención sanitaria de calidad para los enfermos terminales que responda a las

necesidades y expectativas del enfermo y su familia, que constituyen el eje de este Plan, de acuerdo a los siguientes principios:

- Universalidad: Asegurar la atención paliativa a todos los pacientes con enfermedad en fase terminal.
- Equidad: Garantizar el acceso en condiciones de igualdad efectiva, en todas las Áreas Sanitarias y en los distintos niveles asistenciales.
- Calidad: Proporcionar una atención que responda a los más exigentes estándares de calidad que garanticen su efectividad y eficiencia.
- Atención Domiciliaria: Orientar la atención al domicilio del paciente como entorno más idóneo para seguir su evolución y prestarle el apoyo y tratamiento en esta fase de su enfermedad, con un adecuado soporte familiar y sanitario, respetando siempre las preferencias del enfermo y su familia.
- Coordinación: Reforzar los mecanismos de coordinación y colaboración necesarios entre los diferentes profesionales, niveles y servicios asistenciales, y en su caso sociosanitarios.
- Continuidad Asistencial: Garantizar la continuidad asistencial, en una atención global interdisciplinar y multiprofesional.
- Integral: Abordar todas las necesidades del paciente terminal, tanto en los aspectos físicos como en los psicológicos, sociales y espirituales para reducir, y minimizar, en lo posible, el impacto de la enfermedad en el propio enfermo y su familia.
- Autonomía del Paciente: Garantizar el derecho y la protección de la dignidad personal del paciente terminal y de su autonomía. Para ello se asegura su libertad de elección tanto en lo relativo al lugar donde quiere recibir los cuidados y donde quiere que ocurra su fallecimiento como a su derecho a ser o no informado, sobre su enfermedad y demás circunstancias.
- Individualidad: Proporcionar una atención personalizada, acorde con las circunstancias específicas de cada paciente y su familia.

Población incluida

La población a la que va dirigida este Plan de Cuidados Paliativos la constituyen aquellos pacientes con una enfermedad terminal, independientemente de la patología que la origine, con un pronóstico de vida limitado (habitualmente inferior a 6 meses) y sus familias; que presentan un patrón de alta necesidad y demanda de atención definido por el momento de la enfermedad, y con una evolución oscilante con frecuentes crisis de necesidad.

Tabla nº 47. Distribuciones de ESAD Y ESAH

Áreas	Nº TSI	EAP	ESAD			RATIO TSI/ESAD (Med-Enf)	RATIO EAP/ESAD (Med-Enf)
		Med-Enf	Médicos	Enferm	Auxiliar Clin/Adm		
ESAD. I	513.585	497	5	5	2	51,358	49,7
ESAD. II	342.504	327	(2) 1	(2) 1	(1) 0	57.084	54,5
ESAD. III	169.702	164	2	2	1	42,425	41
ESAD IV	70.562	85	1	1	1	35,28	42,5
ESAD. V	59.272	59	1	1	1	29.636	29,5
ESAD. VI	183.664	193	2	2	1	45,916	48,25
Nuevas Acciones			12	12	6		
Total	1.339.289	1.325	14	14	7		

Distribución de ESAD por Áreas de Salud y ratio por profesionales
(Datos mayo 2006)

Hospital	TSI	Médicos	Enfermeras	Médicos ESAH	Enfermeras
		Hospital	Hospital		ESAH
Virgen de la Arrixaca	195.847	480	1.022	1	1
Morales Meseguer	188.962	246	357	1 responsable de Cuidados Paliativos.	
Reina Sofía	156.281	155	237		
Sta. M ^o . del Rosell	211.828	235	334		
Los Arcos	76.762	58	97		
Rafael Méndez	143.949	122	198		
Comarcal Noroeste	59.704	68	93		
Virgen del Castillo	49.102	64	100		
Fundación de Cieza	44.735	49,5	218		

Distribución de ESAH y responsables de Cuidados Paliativos por Hospitales.
(Datos mayo 2006)

En determinados casos, para proporcionar la atención precisa al paciente y a su familia, será necesaria la combinación o alternancia, simultánea y sinérgica, de todos los recursos disponibles para la atención paliativa, enfatizando los recursos empleados y su intensidad en función de las necesidades o complejidad de cada momento.

En síntesis, el modelo propone, que la asistencia básica de estos pacientes dependa de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, siendo apoyados en esta tarea por los equipos de soporte de atención domiciliaria para la prestación de cuidados paliativos, y la existencia en todos los hospitales de referencia de unidades específicas de cuidados paliativos, con una estructura y dotación de recursos acorde con la demanda y con los indicadores de morbimortalidad de las patologías susceptibles de este tipo de cuidados. Debería contar, además, con el apoyo de unidades específicas del ámbito sociosanitario en nuestra Comunidad Autónoma.

Una de las condiciones indispensables para el funcionamiento del modelo es asegurar la interconexión entre los diferentes profesionales, servicios y niveles asistenciales que garantice la coordinación y fluidez en la "ida y venida" del enfermo y de la información clínica disponible, en un marco de complementariedad de actuaciones.

Se trata, en definitiva, de una propuesta organizativa que responde a un esfuerzo para acomodar las estructuras asistenciales a las necesidades del paciente en situación de enfermedad terminal, basada en la convergencia y optimización de todos los recursos con un modelo de atención que favorece la integración de niveles asistenciales y la coordinación, de los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada, a lo largo de todo el proceso.

Servicios de especialidades de los hospitales

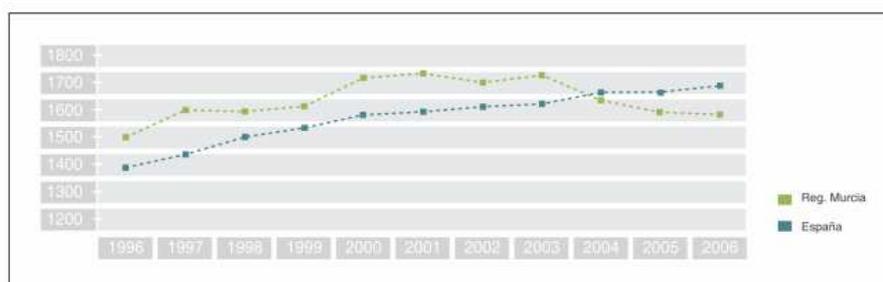
Remitir un paciente a las consultas externas hospitalarias es una opción utilizada por el médico de Atención Primaria (AP) para procurar asistencia concreta a los pacientes en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o seguimiento. De esta forma, la interconsulta (IC) es la forma de interrelación y contacto entre ambos niveles asistenciales. La IC es por tanto una necesidad asistencial indicada si: a) el diagnóstico no está claro, b) no hay respuesta al tratamiento, c) se precisan otras valoraciones en enfermedades de mal pronóstico o d) el paciente desea otra opinión. Se considera que una IC es adecuada y de calidad cuando existe una indicación médica clara, se dirige al facultativo o servicio apropiado y se aporta la información necesaria para que la consulta permita solucionar del modo más eficaz el problema planteado.

En la actualidad el número de consultas que se realiza en nuestro sistema sanitario público es elevado. La organización de este volumen de trabajo no está exento de problemas: grandes retrasos en el acceso, sistemas de priorización poco eficaces, etc. Las consultas innecesarias o mal dirigidas no sólo son poco útiles o inconvenientes para un paciente concreto, sino que además tienen un alto coste de oportunidad pues dificultan la atención al resto.

La relación entre atención primaria (AP) y atención especializada es un tema de frecuente debate. La coordinación entre niveles asistenciales es un elemento básico para ofrecer una asistencia de calidad. La correcta asignación de recursos fruto de la colaboración es, además, una condición indispensable para garantizar la eficiencia de la asistencia sanitaria. La coordinación no ha sido nunca tarea fácil. La relación entre AP y atención especializada se realiza en contextos distintos, todos ellos dinámicos y rápidamente cambiantes. El sistema sanitario español es muy heterogéneo y presenta importantes desigualdades estructurales, organizativas e incluso presupuestarias entre comunidades autónomas, incluyendo grandes diferencias en el importantísimo tema de la carga asistencial. Todos estos factores condicionan de manera importante la relación entre niveles asistenciales y las posibilidades de interacción. Por otra parte, la coordinación entre especialidades se mueve además en un sistema en el que están presentes caras y complejas estructuras de control y constantes restricciones presupuestarias. Dichas estructuras y medidas a menudo dificultan la relación entre profesionales. A esto hay que añadir, que AP está en pleno proceso de redefinición de su papel frente a las especialidades hospitalarias. En nuestro país, unas de las amenazas más importantes en AP es la intensísima sobrecarga asistencial. Esta conlleva un deterioro de la calidad y de las condiciones de trabajo con el consiguiente riesgo de «burn-out» de los profesionales.

Figura nº 46 Frecuentación en consultas externas de atención especializada.

FRECUENTACIÓN (REGISTRADA) EN CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1.000 HAB./AÑO



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

La frecuentación en consultas de atención especializada muestra una tendencia decreciente en los últimos cinco años y se situó en la región durante 2006 en 1.569 visitas/1.000 habitantes, una cifra discretamente inferior a la media del SNS.

Centro de Atención a la Drogodependencia

Plan Nacional sobre Drogas

Se crea en 1985 e Intenta estructurar, sistematizar y coordinar las distintas actuaciones dirigidas a paliar la problemática generada por las drogas, sobre todo por las denominadas ilegales, aglutina a varios Ministerios: Sanidad, Trabajo, Justicia y Educación..

Plan Regional de Intervención en Drogodependencias P.R.I.D.), 1985

Es el referente histórico de la Atención a las Drogodependencias en la Región de Murcia. Tuvo como gran virtud la de aglutinar todos los recursos públicos (regionales y municipales) y privados (Cáritas, Cruz Roja y AREMUPD), dando lugar a una Red Asistencial Regional única, integrada en el Sistema Sanitario y a una línea de actuación en formación y prevención. Supuso una mayor rentabilidad de los recursos disponibles, evitando la duplicidad de redes que aún existen en otras regiones españolas, y proporcionando unas líneas directrices coherentes, con rigor científico y criterios de realidad, que han permitido una adaptación ágil y flexible a los cambios progresivos del problema de la drogodependencia.

ORDEN de 20 de febrero de 1990 de la Consejería de Sanidad

Regula los criterios para autorización unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias. Los define clasifica en unidades: Asistenciales, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Centros de Día y Comunidades Terapéuticas

ORDEN de 2 de abril de 1990 de la Consejería de Sanidad

Se crea la Comisión Regional de acreditación, evaluación y control de centros o servicios de tratamiento con opiáceos (Real Decreto 75/1990, de 19 de Enero) de personas dependientes de los mismos. Adscrita a la Dirección General de Salud. Se establecen las funciones y su composición, al amparo del real DECRETO N° 83/1992, de 12 de noviembre, de la Consejería de Sanidad Se crea el Consejo Asesor Regional de

Drogodependencias. Es un Órgano Autónomo de participación y consulta para el estudio y seguimiento en materia de prevención, control y lucha contra las drogas. Adscrito a la Consejería de Sanidad, está presidido por el Consejero de Sanidad. Está compuesto por representantes de la administración regional, local, colegios profesionales, ONGs, Universidad, organizaciones sindicales, empresariales, juveniles

Orden de la Consejería de Sanidad de 1 de Octubre de 1991, por la que se crea el Coordinador Regional de Drogodependencias

Adscrito a la Dirección General de Salud, con rango de Jefe de Sección. Coordina desde el punto de vista técnico, todas las actuaciones relacionadas con la prevención, asistencia y reinserción, así como otras de índole social y administrativa relacionadas con las drogodependencias. Representa a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la Comisión Técnica del Plan Nacional sobre Drogas, así como en otros foros de ámbito nacional.

DECRETO N° 83/1992, de 12 de noviembre, de la Consejería de Sanidad

Se crea el Consejo Asesor Regional de Drogodependencias. Es un Órgano Autónomo de participación y consulta para el estudio y seguimiento en materia de prevención, control y lucha contra las drogas. Adscrito a la Consejería de Sanidad, está presidido por el Consejero de Sanidad. Está compuesto por representantes de la administración regional, local, colegios profesionales, ONGs, Universidad, organizaciones sindicales, empresariales, juveniles.

Se crea el Comisionado para la Droga de la Región de Murcia, 1993

Dependiente de la Conserjería de Sanidad y Asuntos Sociales, con rango de Director General. Coordina desde la vertiente política todas las actuaciones relacionadas con la prevención, asistencia y reinserción, así como otras de índole social y administrativa relacionadas con las drogodependencias Tiene la misión de dirigir la elaboración y posterior dirección política del plan autonómico sobre drogas.

Representa a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas, así como en otros foros de ámbito nacional e internacional.

Plan Autonómico sobre Drogas 1993-1996

Establece los objetivos, las estrategias y las actividades, tanto en el ámbito de la prevención, asistencia, reinserción, formación y coordinación. En materia asistencial configura los recursos en los tres niveles: Primer nivel: Atención Primaria, Centros de Servicios Sociales, Serv. Médicos de empresa, ONGs.

Segundo nivel: Centros de Atención a Drogodependientes y Centros de Salud Mental.

Tercer nivel: Unidades de desintoxicación hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, centros de día, y unidades de tratamiento con opiáceos

LEY 6/1997

Se estructura en un título preliminar y siete títulos:

Título preliminar, en el que se establece el objeto y el ámbito de aplicación y sus principios rectores.

Título 1, que recoge las actuaciones de prevención a través de medidas de reducción de la demanda y de la oferta de drogas, dando prioridad a las actuaciones dirigidas a niños y jóvenes, a la formación de profesionales y mediadores sociales.

Título 2, donde se contemplan las actuaciones asistenciales, poniendo énfasis en la titularidad pública de las mismas, e incorporando la asistencia a los colectivos más vulnerables (programas de reducción de daño, ámbito judicial y penitenciario).

Título 3, dedicado a las medidas de integración social, priorizando las políticas de formación y empleo, contando con la participación del tejido asociativo y de los agentes sociales.

Título 4 y 5, que regulan los instrumentos de planificación, coordinación participación, el Plan Regional sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones.

Título 6, donde se establecen las infracciones a esta Ley, sancionador. La edad mínima para la venta o dispensación de bebidas alcohólicas y tabaco se sitúa en los 18 años, donde, por último, describen las formas de financiación para la materialización de los objetivos perseguidos por la Ley y establecidos el Plan Regional sobre Drogas.

Plan Regional sobre Drogas, 1998-2000

Contempla 65 actuaciones en prevención, asistencia e integración social, cada una de ellas encuadradas dentro de un objetivo específico, con las entidades participantes en su

ejecución, los indicadores de evaluación, la distribución territorial y el calendario de ejecución.

Es la primera vez que un Plan de Drogas cuenta con una financiación definida para cada una de las actuaciones, durante su periodo de ejecución. Presenta un anexo sobre organización y funcionamiento de centros y unidades de atención a drogodependencias, que describe, entre otras cosas las funciones del médico en los centros y unidades de atención a drogodependientes.

Estrategia Nacional aprobada en Cannes sobre Drogas 2000-2008

Publicada por el Ministerio del Interior mediante Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre.

El plan Nacional sobre Drogas, fruto del consenso y la voluntad política en 1985, tras casi 15 años de vigencia y permanente actualización, necesita adecuarse a la realidad actual del fenómeno de las drogas así como adelantarse a previsibles cambios. Tiene en cuenta los trabajos que la Unión Europea ha venido desarrollando durante, con la aprobación en el Consejo Europeo de Helsinki de la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas 2000-2004, continuación del Plan de Acción de Drogas 1995-1999, 995.

Plan de Salud Mental y Drogodependencias Región de Murcia 2006-2009

Publicado en el primer trimestre de 2006, con posterioridad a la publicación del nuevo Plan de Salud de la Región de Murcia. Tiene como novedad que aparecen integrados en un solo plan los anteriores planes de salud mental y de drogodependencias.

Se ha constituido un grupo de redacción del plan que coordina y recopila los trabajos diferentes grupos de expertos. En materia de drogodependencias, se recoge una atención especial al abordaje de la problemática derivada del consumo de drogas legales, sobre todo entre la población más desfavorecidas.

Plan Regional sobre Drogas, 2007-2010

Publicado y aprobado a finales del año 2007. Contempla actuaciones en prevención, asistencia e integración social, cada una de ellas encuadradas dentro de un objetivo específico, con las entidades participantes en su ejecución, los indicadores de evaluación, la distribución territorial

Urgencias Hospitalarias

La utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha aumentado de forma significativa en los últimos años en todos los países desarrollados. En España, el número de consultas atendidas en los SUH aumentó de cuatro millones en 1983 a 16 millones en 1993

Esta situación, como era de esperar dada su trascendencia social, ha sido y es objeto de atención por los medios de comunicación y las instituciones políticas. Hace ahora más de 10 años, el Defensor del pueblo hizo público su informe sobre urgencias hospitalarias en el que se recogía la crítica situación de los SUH y situaba en primer plano de la agenda política sanitaria la reforma y racionalización de estos servicios. Tras este informe, el INSALUD y las comunidades autónomas con transferencias sanitarias realizaron importantes inversiones en reformas estructurales en buena parte de los SUH públicos y algunos cambios organizativos, como la creación de los puntos de atención continuada (PAC), la puesta en marcha de sistemas centralizados de emergencias o el empleo del triaje. Sin embargo, las situaciones que estaban en el origen del informe (masificación y uso inadecuado) se mantienen prácticamente inalteradas.

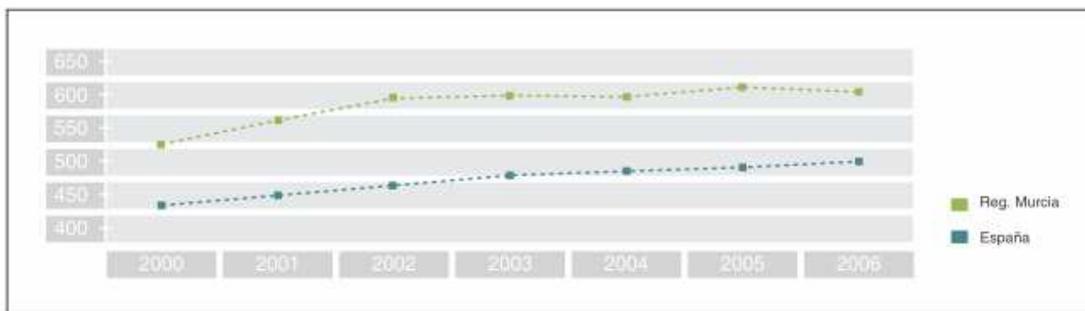
Así, recientemente se señalaba que las urgencias hospitalarias pasaron de 18 millones en 1997 a 25 millones en 2005, con un crecimiento anual del 4-5% no justificable por el aumento poblacional en ese mismo periodo, y que no parece haberse alterado por los PAC ni por otras intervenciones desarrolladas hasta el momento.

Paradójicamente, así como aumentan los casos atendidos, disminuye el número de pacientes que necesitan ser ingresados en el hospital tras pasar por urgencias, aumentando así la frecuentación de los SUH pero no el porcentaje de patología subsidiaria de ingreso, por lo que, en parte, la frecuentación ha aumentado a expensas de casos banales o inadecuados, que alcanza un 20-80% según diferentes estudios

Los datos que se barajan así lo refrendan: el 10% de los pacientes que acuden al hospital terminan en ingreso y el 90 por ciento restante se resuelve en el SUH. Aún así, se mantiene una tasa de presión urgente (porcentaje de ingresos procedentes de urgencias respecto al total de pacientes ingresados) por encima del 65% lo que significa que, por diversos motivos (saturación de consultas externas, masificación de los servicios centrales de laboratorio o radiodiagnóstico, tiempos de espera para revisiones...) la puerta de entrada al sistema de un alto porcentaje de patología subsidiaria de estudio sigue siendo el SUH.

Figura nº 47 Frecuentación de urgencias hospitalarias

FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS, POR 1.000 HAB



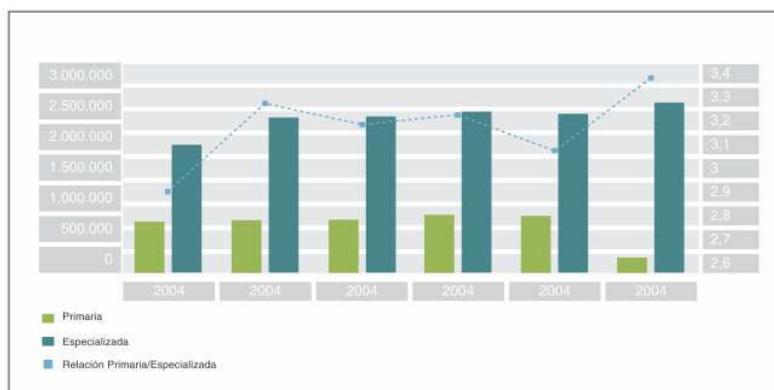
Fuente: ESCRI, MSPS 2009

La frecuentación de urgencias mantiene una tendencia ascendente con una tasa de 600 visitas/1.000 habitantes en 2006, un valor un 20% superior a la media del SNS.

Tabla nº 48. Urgencias hospitalarias atendidas en Murcia

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Murcia	601.683	659.232	693.856	770.480	822.324	855.665	871.002	929.100	933.232

Figura nº 48 Comparativa de las urgencias de AP y especializada



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS 2009

Las urgencias atendidas en atención primaria en relación a las hospitalarias muestra una evolución favorable, con un progresivo desplazamiento de las mismas al nivel básico de atención.

Servicios de Urgencias Extrahospitalarios

Con la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, que tiene por objeto la regulación de todas las acciones que permitan hacer efectivos el derecho a la protección de la salud y la ordenación de los servicios sanitarios.

Supone una nueva estructuración el sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y Consumo, y la segunda al Servicio Murciano de Salud, como entidad pública empresarial responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra y adscrito a la citada Consejería, con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Decisión 91/396/CEE, del Consejo de las Comunidades Europeas, de 29 de julio de 1991, para la puesta en marcha antes del 31 de diciembre de 1996 de un único número de europeo para todo tipo de urgencias: el 112.

Decreto nº 67/1997, de 19 de septiembre, por el que se implanta el Servicio de Atención de llamadas de Urgencias, a través del número telefónico 112, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se designa a ésta como entidad prestataria única del mencionado servicio.

Convenio de Colaboración, de 26 de diciembre de 1997, suscrito entre la Dirección General de Protección Civil de la Consejería de Medio Ambiente, Agricultura y Agua de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la Dirección Territorial del Instituto Nacional de la Salud, para la coordinación del servicio de atención de llamadas de urgencias posibilitando la entrada en funcionamiento, en 1998, del Centro Coordinador de Urgencias 061 del INSALUD.

Resolución de 20 de mayo de 1999 (BOE nº 142, de 15-6-1999), de la Subsecretaría, por la que se da publicidad al Convenio de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y el Instituto Nacional de la Salud para la implantación de un sistema de urgencias y emergencias sanitarias en la Región de Murcia, estableciendo la cláusula primera con objeto de fijar los términos de la colaboración a fin de continuar la implantación, en la Región de Murcia, de un sistema de coordinación y atención de las urgencias y emergencias sanitarias a través de la extensión del Servicio 061 a toda la Región de Murcia.

Resolución de 26 de julio de de 1999 (BOE nº 190, de 10-8-1999), de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crean los puestos de personal sanitario en los Centros Coordinadores de Urgencia y en las Unidades Móviles de Emergencia, estableciendo en el apartado primero que en cada Dirección Territorial del INSALUD se constituirá una Gerencia de Atención Primaria del 061, con las siguientes unidades: Centro Coordinador de Urgencia (CCU) y Unidades Móviles de Emergencias (UME).

Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, asumiendo las competencias en materia de sanidad con efectos desde el 1 de enero de 2002, pasando a depender la Gerencia del Servicio Murciano de Salud en tanto que entidad responsable de los servicios sanitarios.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 7 se regula el Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, indicando que comprenderá las prestaciones correspondientes a atención de urgencias. Por su parte, el artículo 15 indica que la atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata y que se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en artículo 3 declara qué se entiende por Servicio Sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias (donde se incluyen las unidades móviles de urgencias).

Resolución de la Gerencia del Servicio Murciano de Salud, de 26 de marzo de 2005, sobre organización y funcionamiento del transporte sanitario. Regula, entre otras cuestiones, el transporte sanitario por carretera a través de Ambulancias de Soporte Vital Avanzado (Unidades Móviles de Emergencias), indicando que tales vehículos deberán reunir, de forma permanente, las características técnicas y la dotación suficiente para que un médico y un enfermero, debidamente cualificados, puedan prestar una asistencia intensiva durante el traslado así como el sostenimiento y control de las funciones vitales de los pacientes. Destinadas única y exclusivamente al traslado de enfermos en situación de urgencia vital con alto riesgo actual o potencial para la vida de

forma inmediata o prolongada o por compromiso de las funciones vitales, que precisen o puedan precisar asistencia sanitaria y técnicas de reanimación en ruta.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el Anexo IV establece la Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, y se declara que la atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales. Asimismo, manifiesta que la coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través de los teléfonos 112, 061 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

Salud Mental

Para comprender la actual organización asistencial de la Salud Mental en Murcia es conveniente exponer una breve visión histórica, contemplando la evolución de la asistencia hospitalaria, ambulatoria y los eventos históricos que, coincidentes en el tiempo, han influido en el desarrollo de la actual red asistencial de salud mental en nuestra región. Es importante hacer mención al papel destacado que tuvo el Dr. Luís Valenciano Gayá, nació en Murcia en 1904, se traslada a Madrid a cursar los estudios de Medicina donde se gradúa en 1927, tras varios años de trabajo como médico psiquiatra en Madrid y el extranjero, y tras finalizar la guerra civil se traslada a Murcia donde trabaja conjuntamente con otros contemporáneos como Ramón Alberca, ambos impulsaron la construcción de un nuevo hospital psiquiátrico en la Región, cabe destacar su importante papel investigador y la publicación de numerosos trabajos científicos en diversos aspectos de la psiquiatría, también a partir de 1969 impartió clases de Psicología Médica y Psiquiatría en la recién inaugurada Facultad de Medicina de Murcia.

A partir de la primera mitad de los años ochenta (casi coincidiendo con el “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” y la “Ley General de Sanidad”) se inicia el proceso de transformación de la Asistencia a la Salud Mental en Murcia con el desarrollo de una red comunitaria de centros de salud mental formada por equipos

multidisciplinares. El antiguo Insalud comienza la apertura de alguna unidad de salud mental extrahospitalaria, y también en esta década se inicia la apertura de las primeras unidades psiquiátricas hospitalarias en hospitales generales. En 1988, siendo consejero de Sanidad Ricardo Candel se publica el documento las “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia”, que puede ser considerado el 1º Plan de Salud Mental de nuestra Región; Éste documento es el resultado del trabajo durante dos años, de un grupo de expertos (Anexo 8) en materia de salud mental cuyo presidente fue José María Morales Meseguer, catedrático de Psicología Médica y jefe de sección de Psiquiatría de la ciudad sanitaria “Virgen de la Arrixaca” cuyo último fin era conseguir una herramienta de trabajo que ayudara a conseguir una mejor red asistencial que cubriera las necesidades de la época en materia de salud mental en la Región de Murcia.

En la década de los años noventa, a partir de la creación del Servicio Murciano de Salud (Ley 2/1990), es cuando se produce el mayor desarrollo de los programas asistenciales. Se publican dos Planes de Salud Mental y dos Planes Autonómicos de Drogodependencias, y se sectoriza la asistencia psiquiátrica. Esto permite que los Centros de Salud Mental atiendan a toda la población, y que la demanda se canalice a través de Atención Primaria.

Desde la asunción de las Transferencias Sanitarias (12/2001), en un corto periodo se han producido una serie de eventos de gran trascendencia que van a marcar definitivamente la atención a la salud mental: Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Declaración Europea para la Salud Mental (Helsinki), Plan de Acción Europeo en materia de Salud Mental (Libro Verde), Real Decreto de Cartera de Servicios del SNS, y fundamentalmente la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”.

En general el análisis de los logros alcanzados por el desarrollo del proceso de Transformación de la Atención a la Salud Mental en el antiguo Servicio Murciano de Salud (SMS) incluye los siguientes hitos:

1. Integración de la psiquiatría por ley en el sistema sanitario general como una especialidad más.
2. Desarrollo de una estructura administrativa, que imparte directrices con competencias para la planificación, gestión y evaluación de los recursos.
3. Integración funcional de todas las redes de servicios psiquiátricos en una única red asistencial.

4. Desarrollo de recursos humanos y estructurales específicos de Salud Mental. Equipos multidisciplinares.
5. Organización de la asistencia en función de cinco programas asistenciales específicos: Programa de Adultos, de Infanto-Juvenil, de Drogodependencias, de Rehabilitación y de Hospitalización.
6. Formación postgrado de profesionales específicos. Creación de la Unidad Docente de Salud Mental (formación MIR, PIR, EIR)

En resumen, el proceso de desarrollo e implantación de la Reforma Psiquiátrica en Murcia está siendo un proceso complejo que ha seguido un ritmo desigual, con diferentes implicaciones de las administraciones responsables. Al igual que lo ocurrido en otras Comunidades Autónomas (García y Vázquez-Barquero, 1999), el mayor peso en el desarrollo e implantación de dicha transformación ha descansado en el Servicio Murciano de Salud, frente al escaso desarrollo alcanzado en el territorio dependiente del antiguo INSALUD. Completado el proceso de transferencia en competencias sanitarias, persisten en nuestra Región algunas diferencias a subsanar para la implantación del modelo comunitario de asistencia, tanto en recursos estructurales como humanos, en las diferentes áreas sanitarias. A pesar del importante avance realizado, el proceso de transformación de la Atención a la Salud Mental en el Servicio Murciano de Salud, sigue precisando de un compromiso político, económico, técnico y social amplio y mantenido. Las bases teóricas y conceptuales del proceso de transformación siguen vigentes.

La complejidad de la implantación y desarrollo del modelo asistencial, la necesidad de cambios que afectan a diferentes niveles (tanto sanitarios, como políticos y sociales), así como la necesaria adaptación a las líneas estratégicas marcadas por la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” recientemente publicada, justifican la elaboración de este nuevo Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia.

A continuación se recogen, de forma esquemática, los principales eventos en la evolución histórica de la asistencia pública a la Salud Mental, así como la evolución histórica de la legislación en Drogodependencias en la Región de Murcia.

Tabla nº 49. Evolución histórica de la asistencia pública a la salud mental.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA.			
Años	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1983	1983 1ª Unidad de Alcoholismo en Hospital Psiquiátrico	1981-1982 Serv. Ambulatorio Inf-Juvenil en Hosp. Psiq. y en Cruz Roja.	>1980 Inicios de la Psiquiatría Comunitaria.
1986	Apertura de U.P.H. en el Hospital General de Murcia 1ª Camas de UDH en H. General	1982 Apertura de los CSM por Diputación/C.Autónoma. Equipos multidisciplinares.	1982 Estatuto Autonomía de la Región de Murcia 1985 Informe Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica(OM7/83).(Psiquiatría Comunitaria)
1987/8	En H. Virgen Arrixaca 10 camas para internamiento sin formalizar como Unidad Psiquiátrica. (No urgencias)	Apertura por INSALUD de las Unidades de Salud Mental.	1985 1º Plan Nacional de Drogas Plan Regional Intervención en Drogas (PRID)
1987	Hospital Psiquiátrico se divide en dos recursos diferenciados. Agudos (UPH/UCE) y Subagudos (UME) dependen de Sanidad. Residencia Luis Valenciano (ULE) depende de Servicios Sociales.	1º Dispensario de Metadona en Cruz Roja	1986 Ley General de Sanidad. Ley 11/86 por la que se crea el Instituto de Servicios Sociales Región Murcia (ISSORM) 1988 (1º Plan Salud Mental) Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica en la Región de Murcia.
1993	Apertura de UPH en Hospital Rafael Méndez de Lorca.	>1990 Desarrollo de los programas asistenciales (Adultos, inf-Juv, Drogas, Rehabilitación)	1990.- Creación del SMS (Ley 2/1990) 1993.- Plan Autonómico sobre Drogas. Comisionado Regional Drogodependencias
1995		>1995 Desarrollo de las UTOs	1995. - Real Decreto Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. - Orden Sectorización Psiquiátrica Reg Murcia. - 1º Plan Salud Mental Región Murcia (95-98).
1997-1999	Traslado provisional de la UPH V.Arrixaca al H.M.Meseguer. Unidad T.C.Alimentaria en H.G.	(1997) Ampliación U.R.(HP) (1998) U.R.-C.Día Drogas Cartagena y Murcia (1999) U. Rehabilitación Lorca.	1997.- Ley de Drogas Región de Murcia 1998.- Plan Regional sobre Drogas (98-00) 1999 - Cartera de Servicios Psiquiatría INSALUD - Plan de Salud Mental Región Murcia (99-01)
2000	Derribo del H.General y traslado de esta UPH al H.M.Meseguer, y de la UDH al H.Cruz Roja.	(2001) Nuevo CSM. y U.Rehabilit. San Andrés (Adultos e Inf-Juvenil)	2001-OMS "Informe sobre la Salud Mental en el Mundo"
2001	Apertura provisional de la UPH H.Virgen Rosell. (Cartagena)		2002 Transferencias Sanitarias
2002	Pabellón Dirección H.P.	Ampliación CSM Molina	2003 Ley de Cohesión y Calidad del S.N.S.
2003	Ampliación UPH Lorca	Nuevo CSM Caravaca	2003 Subd.Gnral.Salud Mental y Asist. Psiquiátrica
2004	-Traslado UPH Rosell-Naval -ULE S.Sociales (miniresid.)		
2005	UPH Hospital Reina Sofia UTA Hospital Reina Sofia UDH Hospital Reina Sofia Concierto camas Media-Larga estancia (Clínica S.Felipe)	- Nuevo CAD de Murcia - H.Día Patolog. Dual Cartagena - Desarrollo de Reinserción Sociolaboral (EQUAL)	2005 (OMS-Helsinki) -Declaración Europea para la Salud Mental Plan de Acción Europeo/Estrategias de la U.E. en materia de Salud Mental. (Libro Verde)
2006	-Ampliación UME H.Psiquiát. -Apertura de UPH en Hospital Morales Meseguer. Murcia	U.Rehabilit.-H.Día de Cartagena U.Rehabilit.-H.Día de Caravaca U.T.O. Caravaca	2006 - Plan Salud Mental-Drogas Reg. Murcia (2006-09) -Real Decreto Cartera Servicios del S.N.S. -Estrategia en Salud Mental del S.N.S. (12/06)
2007	Inicio de UPH en Nuevo Hospital Mar Menor	Edificación nuevos CSM en: Molina, Lorca y Yecla	2007 - Plan Drogodependencias 2007-2010 - Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas con situación de Dependencia. (Va a constituir el nuevo S.N.D.)

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

Servicios Sociosanitarios

Trabajadoras sociales (gestión de recursos) y Asociaciones y voluntariado (acompañamiento y soporte) .Con el fin de mejorar el bienestar del paciente y su familia, resulta necesario abordar de forma conjunta la planificación y coordinación de las estrategias sociales y sanitarias que permitan responder de forma integral y coordinada a este tipo de situaciones con el máximo nivel de calidad.

Estos Servicios se prestan a través de las trabajadoras sociales en la gestión de los recursos y prestaciones técnicas y/ o económicas en coordinación con los recursos sanitarios y de las Asociaciones y Voluntariado en el acompañamiento y el soporte a estos.

La Comisión de Coordinación Sociosanitaria de la Región de Murcia es el órgano de planificación y coordinación de las acciones relativas a la atención sociosanitaria promoviendo, en el ámbito social y familiar, la mejora de la calidad de vida, impulsando la accesibilidad universal a los bienes y servicios de los departamentos competentes de la Administración Regional

Las funciones de cada uno de las estructuras asistenciales, tanto las ya existentes (EAP, Hospitales, Servicios de Urgencias y Emergencias extrahospitalarios) como las de nueva creación y/o ampliación (ESAD y ESAH) se plantean siempre en tres facetas simultáneas: Clínico-asistenciales, de coordinación y soporte entre profesionales y de formación, docencia e investigación.

El médico de AP debe coordinarse con una serie muy amplia de especialistas, dentro de la cartera de servicios sanitarios en la Región de Murcia se incluyen:

1. Alergología
2. Análisis clínicos
3. Anatomía patológica
4. Anestesia
5. Aparato digestivo
6. Bioquímica y genética clínica
7. Cardiología
8. Cirugía cardiovascular
9. Cirugía general
10. Cirugía maxilofacial

11. Cirugía plástica
12. Cirugía torácica
13. Dermatología
14. Endocrinología
15. Farmacia
16. Geriátría
17. Ginecología
18. Hematología
19. Inmunología
20. Medicina intensiva
21. Medicina nuclear
22. Microbiología
23. Nefrología
24. Neumología
25. Neurocirugía
26. Neurofisiología
27. Neurología
28. Oftalmología
29. Oncología
30. Otorrinolaringología
31. Pediatría
32. Psiquiatría
33. Radiología
34. Radioterapia
35. Rehabilitación
36. Reumatología
37. Traumatología
38. Unidad de demencias
39. Urología
40. Medicina interna
41. Medicina interna infecciosa
42. Urgencias hospitalarias
43. Centro de atención a drogodependencias
44. Unidad de cuidados paliativos

Para corroborar esta hipótesis me he puesto en contactos con diversas especialidades de los tres principales hospitales de la Región, en el hospital Morales Meseguer el servicio de reumatología, psiquiatría y oftalmología, en el Reina Sofía reumatología, cardiología y en Hospital de la Arrixaca pediatría, oftalmología y anestesia, en todos ellos una vez que el paciente es atendido en una primera visita se le facilita un informe bien a través de ordenador o realizado a mano con el resultado de las pruebas, diagnóstico y tratamiento, es por tanto el propio paciente el que debe entregárselo al médico de AP

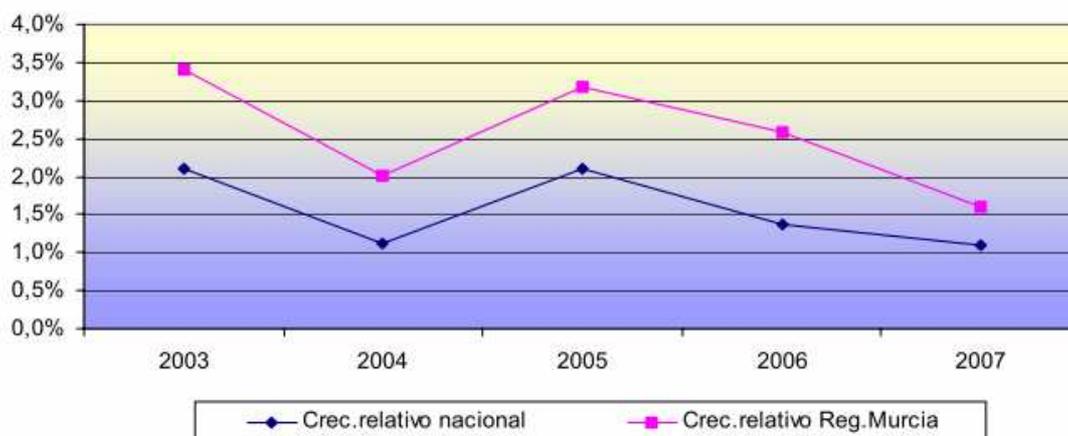
Hipótesis 4. Cambios demográficos

Censo poblacional

A lo largo de siglo XX, la población de la región de Murcia ha sufrido importantes cambios en relación a su tamaño, evolución y composición, su crecimiento ha sido constante a lo largo del siglo aunque en los últimos años ha tenido un crecimiento real mucho mas intenso que la media del país.

Tabla nº 50. Evolución del censo poblacional de la Región de Murcia

Comunidades Autónomas	2003	2007	Variación	
			Absoluta	Relativa
Murcia (Región de)	1.269.230	1.392.117	122.887	9,7
Comunidad Valenciana	4.470.885	4.885.029	414.144	9,3
Castilla-La Mancha	1.815.781	1.977.304	161.523	8,9
Balears (Illes)	947.361	1.030.650	83.289	8,8
Cataluña	6.704.146	7.210.508	506.362	7,6
Rioja (La)	287.390	308.968	21.578	7,5
Canarias	1.894.868	2.025.951	131.083	6,9
Madrid (Comunidad de)	5.718.942	6.081.689	362.747	6,3
Andalucía	7.606.848	8.059.461	452.613	6,0
Aragón	1.230.090	1.296.655	66.565	5,4
Navarra (Comunidad Foral de)	578.210	605.876	27.666	4,8
Cantabria	549.690	572.824	23.134	4,2
Ceuta	74.931	76.603	1.672	2,2
Castilla y León	2.487.646	2.528.417	40.771	1,6
Extremadura	1.073.904	1.089.990	16.086	1,5
Melilla	68.463	69.440	977	1,4
País Vasco	2.112.204	2.141.860	29.656	1,4
Galicia	2.751.094	2.772.533	21.439	0,8
Asturias (Principado de)	1.075.381	1.074.862	-519	0,0
Total Nacional	42.717.064	45.200.737	2.483.673	5,8

Figura nº 49 Comparativa de la evolución entre el censo nacional y la región

En este crecimiento demográfico ha influido también el aumento de la esperanza de vida al nacer, situando se entorno a los 76.5 años para varones y en los 83 años para mujeres esto supone que el envejecimiento de la población se acentúa.

Tabla nº 51. Esperanza de vida al nacer

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

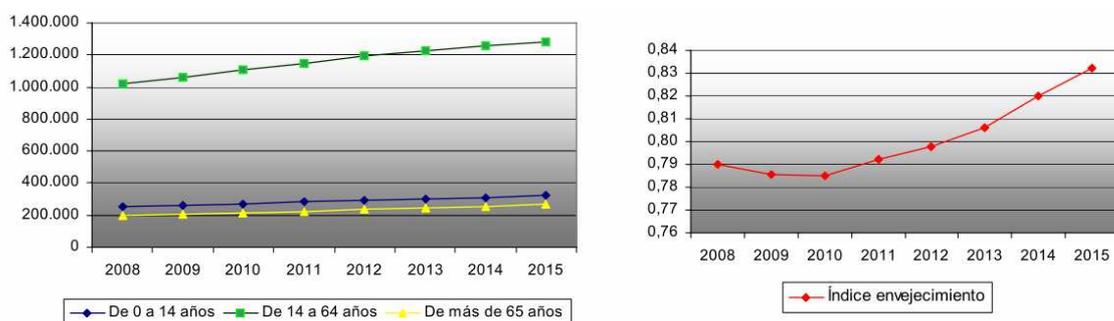
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total Reg. Murcia	76,7	77,1	77,5	77,7	78,0	77,9	78,0	78,0	78,1	78,6	78,9	79,0	79,3	79,6
Hombres	73,6	73,8	74,2	74,4	74,9	74,7	74,7	74,8	74,9	75,3	75,8	76,0	76,3	76,5
Mujeres	79,9	80,4	80,8	81,0	81,1	81,1	81,3	81,2	81,2	81,9	82,2	82,0	82,3	82,8
Total España	77,3	77,5	77,8	78,0	78,1	78,4	78,7	78,8	79,1	79,4	79,7	79,7	80,0	80,2
Hombres	73,7	73,9	74,2	74,4	74,5	74,5	75,3	75,4	75,6	76,1	76,3	76,4	76,7	77,0
Mujeres	80,8	81,1	81,3	81,6	81,7	81,9	82,2	82,2	82,5	82,8	83,0	83,0	83,2	83,5

Fuente: INE. Demografía y población. Movimiento natural de la población 2005

El análisis de la pirámide de población de la Región muestra dos singularidades: la población es joven y hay más hombres que mujeres. Al contrario de lo que ocurre en el conjunto de España, la población mayor de 65 años viene siendo, en los últimos 10 años, inferior a la población menor de 14 años. La comparación de estos dos segmentos de edad proporciona el índice de envejecimiento, que en la Región de Murcia fue del 0,8 en 2007 y en España del 1,16.

Tabla nº 52. Proyecciones de población**Proyecciones de población – Totales por Grupos de Edad**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
De 0 a 14 años	250.017	259.419	271.071	282.360	293.320	303.214	312.280	320.697
De 14 a 64 años	1.021.146	1.060.770	1.107.155	1.150.433	1.191.412	1.226.989	1.256.145	1.283.517
De más de 65 años	197.493	203.828	212.836	223.614	233.930	244.492	256.084	266.957
Total	1.468.656	1.524.017	1.591.062	1.656.407	1.718.662	1.774.695	1.824.509	1.871.171
Índice envejecimiento	0,79	0,79	0,79	0,79	0,80	0,81	0,82	0,83

Figura nº 50 Índice de envejecimiento

Por otra parte, la población entre 0 y 14 años se incrementó en el periodo 1999-2003 en un 7,4%, siendo el incremento entre 2003 y 2007 de un 9,4%. Entre los años 1999 y 2003, el crecimiento entre los hombres fue del 14,3% frente al 10,2% de mujeres, aunque esta diferencia se ha reducido entre 2003 y 2007 a un 10,4% en hombres y un 9,0% de mujeres. El 14,4% de la población de la Región de Murcia son extranjeros, siendo la tercera cifra más alta de España después de las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana

Tabla nº 53. Evolución de la población por edades e índice de envejecimiento**Evolución de la Población por edades e índice de envejecimiento.**

Índice de envejecimiento: Relaciona la población mayor de 65 años con la menor de 15.

	Región de Murcia					Variación 2003/2007	
	2003	2004	2005	2006	2007	Absoluta	Relativa
	De 0 a 14 años	217.726	222.585	227.773	233.593	238.262	20.536	9,4%
De 15 a 64 años	872.521	889.656	924.327	947.667	962.423	89.902	10,3%
Más de 65 años	178.983	182.453	183.692	189.046	191.432	12.449	7,0%
Índice Envejecimiento	0,82	0,82	0,81	0,81	0,80		

Tabla nº 54. Evolución de la población según los censos oficiales

Evolución de la población según los censos oficiales. __

Población (Censos oficiales) - TOTAL						
	MURCIA (Región de)			ESPAÑA		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
1900	581.455	292.240	289.215	18.831.574		
1910	620.926	309.286	311.640	20.364.392		
1920	654.436	324.771	329.665	22.013.620		
1930	651.979	324.570	327.409	24.026.571		
1940	731.221	359.725	371.496	26.386.854		
1950	755.850	367.276	388.574	28.172.268		
1960	803.086	393.093	409.993	30.582.936		
1970	832.047	407.613	424.434	34.117.623		
1981	955.498	469.349	486.149	37.683.363	18.491.741	19.191.622
1991	1.045.601	514.527	531.074	38.872.268	19.036.446	19.835.822
2001	1.197.646	597.265	600.381	40.847.371	20.012.882	20.834.489
2011	1.462.128	737.706	724.422	46.815.916	23.104.303	23.711.613

Tabla nº 55. Evolución de la población según el Padrón Municipal

Evolución de la población según el Padrón Municipal de Habitantes.

Población - MURCIA (Región de)												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	1.190.378	1.226.993	1.269.230	1.294.694	1.335.792	1.370.306	1.392.117	1.426.109	1.446.520	1.461.979	1.470.069	1.474.449
Hombres	595.757	616.236	639.795	652.057	677.049	697.027	706.326	722.999	731.609	738.627	741.581	742.727
Mujeres	594.621	610.757	629.435	642.637	658.743	673.279	685.791	703.110	714.911	723.352	728.488	731.722

La población de la Región de Murcia a experimentado en los últimos 30 años un crecimiento demográfico importante pasando de una población total de 955.498 habitantes en 1981 a 1.474.449 habitantes en 2012 casi el doble de la población, el grupo de edades que ha alcanzado mayor variación es la comprendida entre los 15 y los 64 años

Población extranjera

Tabla nº 56. Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor

Evolución de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variación 1999/2007	
										Absoluta	Relativa
Reg. de Murcia	16.319	22.823	27.512	52.975	58.150	92.863	136.103	160.390	188.597	172.278	1055,7%
España	801.329	895.720	1.109.060	1.324.001	1.647.011	1.977.291	2.738.932	3.021.808	3.979.014	3.177.685	396,6%
Relac. Reg.Murcia/España	2,04%	2,55%	2,48%	4,00%	3,53%	4,70%	4,97%	5,31%	4,74%		

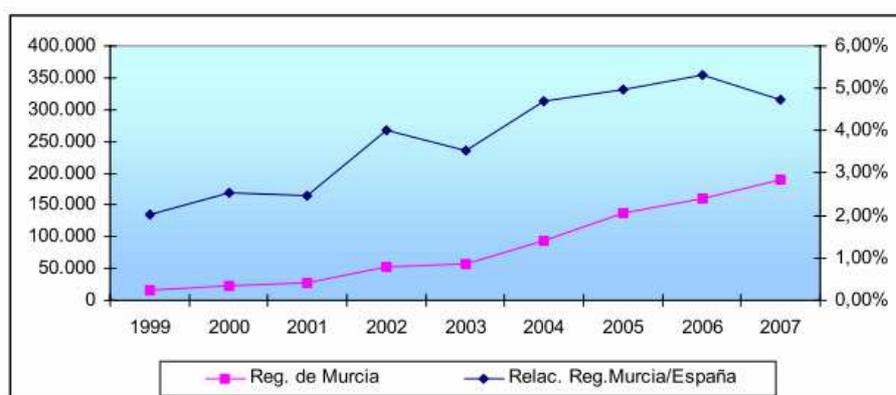


Tabla nº 57. Evolución de los extranjeros residentes según nacionalidad

	Población - MURCIA (Región de)										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
EXTRANJERA	113.912	132.918	165.016	189.053	201.700	225.625	235.991	241.865	240.863	238.393	
EUROPA	18.919	24.286	34.189	43.690	53.318	65.527	70.072	73.257	75.776	75.899	
ÁFRICA	35.566	39.395	51.713	63.010	63.878	68.360	74.370	80.496	82.101	84.183	
AMÉRICA	57.933	67.618	76.779	79.282	81.163	87.868	86.917	83.121	77.644	72.579	
AMÉRICA DEL NORTE	434	485	621	621	580	668	717	778	740	721	
AMÉRICA CENTRAL	1.018	1.094	1.320	1.528	1.792	2.450	2.870	2.954	3.112	3.341	
AMÉRICA DEL SUR	56.480	66.039	74.838	77.133	78.791	84.750	83.330	79.389	73.792	68.517	
Países de América sin relaciones diplomáticas	1										
ASIA	1.472	1.595	2.288	3.001	3.249	3.763	4.532	4.919	5.285	5.679	
OCEANÍA Y APÁTRIDA	22	24	47	70	92	107	100	72	57	53	
OCEANÍA	22	22	26	24	19	24	29	25	28	29	
Apátridas		2	21	46	73	83	71	47	29	24	

El crecimiento demográfico de la Región de Murcia se ha visto muy influenciado por la llegada de un importante número de población inmigrante, en 1999 en Murcia solo habían 16.319 inmigrantes y pasa a 188.597 en 2007, coincidiendo con los años de la llamada "burbuja inmobiliaria" en España, llega mucha población en busca de trabajo

relacionado con la construcción; según nacionalidades, los mayoritarios son de América del sur, África y en los últimos años también de Europa

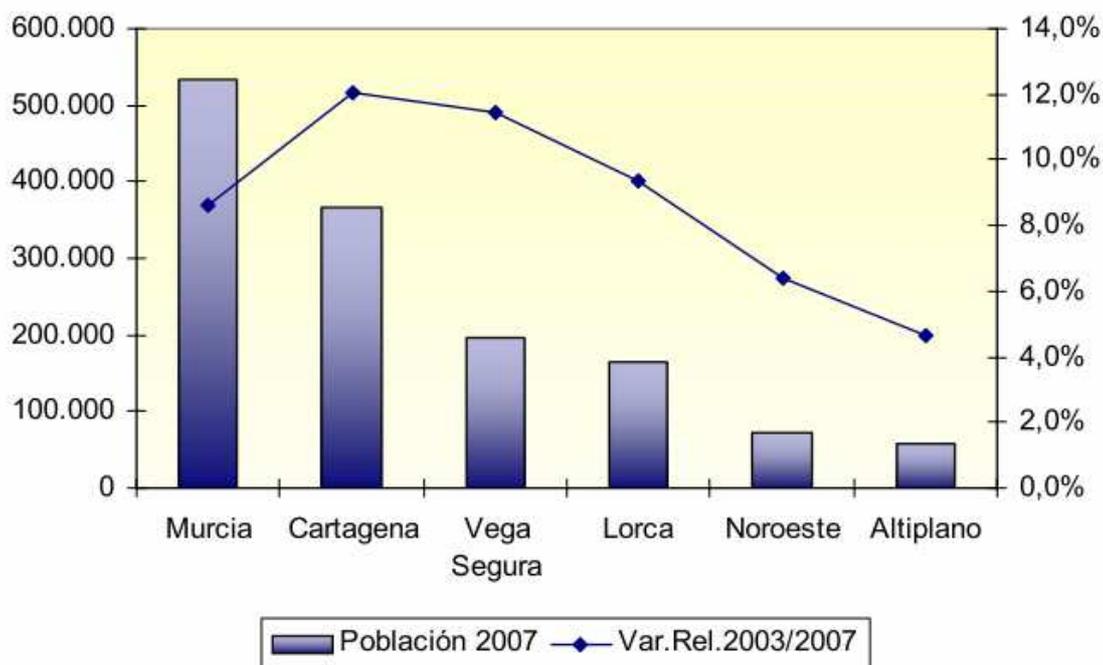
Áreas sanitarias

Según los datos demográficos por áreas sanitarias en los últimos años, la Región de Murcia, en el periodo 2003-2007, ha experimentado un incremento de población de un 9,7%, el más alto de todas las comunidades autónomas de España. Este crecimiento se ha concentrado en las áreas de Salud de Murcia, Cartagena y Lorca.

Tabla n° 58. Evolución de la población según las Áreas Sanitarias

Área sanitaria	2003	2004	2005	2006	2007	Variación 03/07	
						Absoluta	Relativa
1 MURCIA	492.103	501.903	516.061	526.136	534.517	42.414	8,6%
2 CARTAGENA	326.095	333.828	348.042	360.156	365.421	39.326	12,1%
6 VEGA SEGURA	175.701	179.334	184.424	190.209	195.763	20.062	11,4%
3 LORCA	151.352	154.042	159.630	164.672	165.492	14.140	9,3%
4 NOROESTE	67.845	68.641	69.894	71.045	72.167	4.322	6,4%
5 ALTIPLANO	56.134	56.946	57.741	58.088	58.757	2.623	4,7%
Población total	1.269.230	1.294.694	1.335.792	1.370.306	1.392.117	122.887	9,7%

Figura n° 51 Evolución de la población según las Áreas Sanitarias



Censo de personal sanitario

Tabla nº 59. Médicos en ejercicio por cada 100.000 habitantes, UE

Tabla 6.1.1 Médicos en ejercicio por 100.000 habitantes. Países de la UE-25, 1970-2005

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alemania	:	:	:	307	311,5	312,9	317,4	321,1	326,1	331	333,8	336,7	338,9	:
Austria	136,2	164	223,5	265,7	277,6	289	301,8	299,7	312,6	323,7	332,3	338,3	346,7	:
Bélgica	160,4	235,6	319,1	344,6	353,6	360,3	367,4	373,1	378,6	385	389,6	393,6	398,8	399,5
Chipre	83,7	92,1	177,6	220,2	223,5	227,4	230,7	234,5	238,5	263,6	264,2	262,7	269	:
Dinamarca	:	:	:	251,3	253,1	259	265,5	267	269,4	271,9	281,1	284,9	:	:
Eslovaquia	:	:	:	291,5	257,6	240,2	296,4	332,2	334,8	335,1	332,5	328,4	331,8	:
Eslovenia	:	:	:	:	:	:	218,4	213,1	215,3	217,3	227,7	224,8	229,9	:
España	:	:	:	268,2	291,2	293,9	287,8	309,1	332,6	311,8	306	329,2	340,1	379,9
Estonia	:	294,8	349,8	307,4	301,9	322,4	302,6	309,3	308,5	302,6	313,5	315,4	319,2	:
Finlandia	:	:	200,6	207,3	214,4	216,9	220,3	226,8	232,4	233,2	236	239,7	243,9	:
Francia	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Grecia	162,4	244,8	339,3	393	396,7	410,3	425,8	438,4	447,7	454,3	:	:	:	:
Hungría	176,9	227,6	294,2	302,8	307	311,1	312,2	314,9	272,7	293,2	318,9	324,3	333,4	:
Irlanda	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Italia	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Letonia	:	:	353,1	277,8	278,5	281,2	268,5	266,2	286,5	265,5	274,7	277,8	:	:
Lituania	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Luxemburgo	113,4	170,9	202	204,4	212,6	225,5	227,7	232,7	235,7	239,9	238,9	245,4	327,7	:
Malta	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Países Bajos	:	:	:	186,1	190,8	190,9	188,6	192,4	:	:	:	:	:	:
Polonia	:	200,5	214,6	231,8	235,2	235,8	233	226,4	220	224,4	228	243,3	229	:
Portugal	143,3	233	243,6	254,5	263	261,9	259,1	262,1	265,1	264	273,6	269,3	:	:
R. Checa	187,6	239,3	307,9	345,9	351,2	353,4	354,7	355,9	370,2	378,3	387,5	389	393,1	:
Reino Unido	:	:	:	174,2	178,3	184	188,4	191,6	195,4	200,3	208	217,7	:	:
Suecia	:	:	:	286	288,4	289,7	296,8	301,1	307,7	317,7	326,9	332,9	:	:
Media UE-15*	89,463	104,83	117,55	165,38	170,06	173,38	167,33	170,76	173,86	175,41	162,57	165,98	153,55	:
Media UE-25*	145,49	210,26	248,1	269,46	272,95	277,15	278,16	283,38	292,09	295,41	292,96	297,41	315,5	:

Fuente: Eurostat. Extracción online 20 de febrero de 2007; Proporcionado por el Observatorio Social de España

: = dato no disponible; e= valor estimado; p= valor pronosticado;

* Son medias aritméticas; sumas de los valores de las cifras divididas por el número de cifras disponibles. Tienen valor orientativo, en ningún caso validez exacta.

En la tabla 6.1.2 puede verse el número de médicos colegiados por cada 100.000 habitantes, por Comunidades Autónomas. En esa tabla aparece una importante distancia entre Comunidades como Ceuta y Melilla, Castilla La Mancha, Canarias y Murcia, todas ellas con una cifra inferior a 400 médicos colegiados por 100.000 habitantes (año 2003), y otras como Asturias, Madrid, Navarra y Aragón, con más de 500. El total está, pues, en 450 por cada 100.000 personas, pero la dispersión de los datos es importante, con lo que muestra diferencias de cobertura 2 o posibilidad de cobertura médica para la ciudadanía española dependiendo de la CCAA en la que viva.

Tabla nº 60. Médicos por cada 100.000 habitantes por CCAA

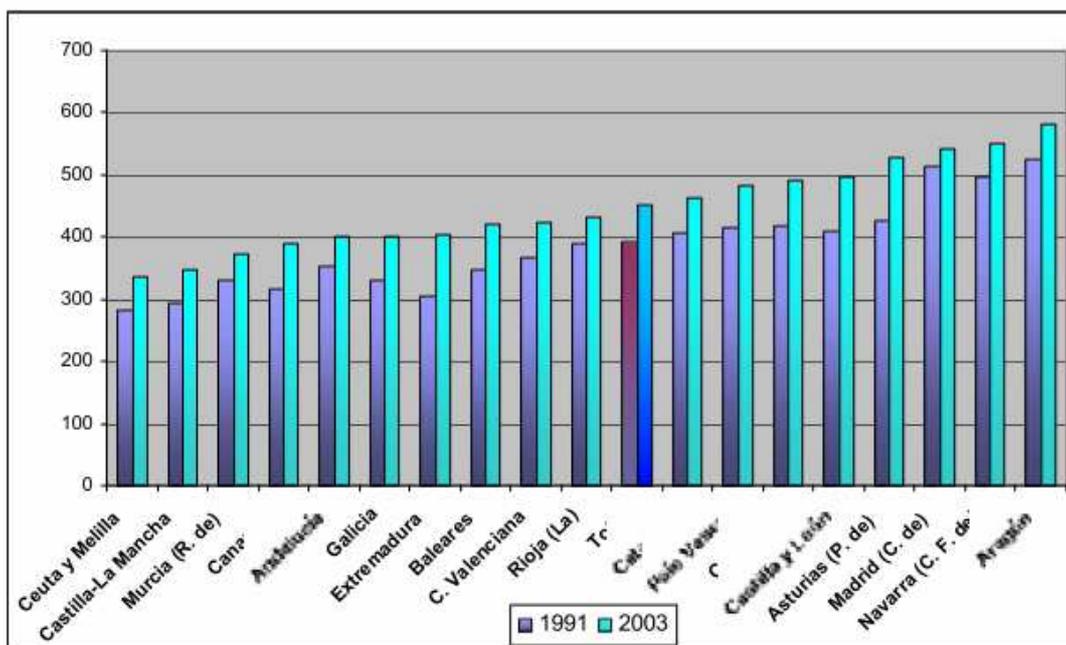
Tabla 6.1.2 Médicos colegiados por 100.000 habitantes. CCAA, 1991-2003

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	353,5	354,1	362,7	364,9	363,9	372,3	380,8	384,6	391,9	395,1	392,8	398,3	400,7
Aragón	524,4	532,0	524,2	534,6	525,7	528,9	530,9	537,9	545,4	561,1	555,5	574,3	582,8
Asturias (P. de)	427,1	432,5	442,3	461,1	482,0	488,6	484,1	492,8	499,6	503,5	510,9	520,4	528,7
Baleares	346,2	352,5	360,4	376,6	371,3	378,4	392,1	399,9	403,5	401,1	397,4	407,6	420,1
Canarias	316,3	324,3	333,0	345,5	345,0	363,4	368,7	377,9	383,8	370,8	374,9	381,5	390,7
Cantabria	416,4	414,7	411,8	417,3	427,7	437,0	448,1	460,6	467,7	470,8	478,2	487,2	491,7
Castilla y León	408,1	412,3	431,4	435,1	438,1	445,1	448,3	461,0	468,3	480,4	480,1	490,3	495,8
Castilla-La Mancha	293,4	303,7	309,1	318,7	324,0	329,8	329,0	331,9	334,9	344,8	342,5	341,1	347,0
Cataluña	406,5	415,8	423,7	429,6	427,0	431,5	435,9	441,7	449,3	456,2	461,6	461,7	463,6
C. Valenciana	368,1	375,6	385,6	390,1	393,1	399,5	406,9	411,7	418,9	421,7	423,5	423,1	423,5
Extremadura	304,8	314,6	320,9	332,7	342,2	352,4	355,9	362,4	372,5	371,2	374,5	397,9	404,8
Galicia	330,7	337,8	343,8	346,5	350,9	356,0	364,4	372,3	380,0	392,1	391,1	399,2	401,9
Madrid (C. de)	515,1	519,0	519,5	527,6	523,1	525,2	533,0	541,9	541,0	548,5	520,6	531,1	542,0
Murcia (R. de)	331,3	337,6	342,4	347,6	346,6	354,3	358,0	362,5	367,7	370,8	371,2	370,4	371,3
Navarra (C. F. de)	497,7	503,3	504,8	495,7	488,2	492,0	495,9	506,9	518,8	525,4	556,8	557,5	551,8
País Vasco	414,4	424,7	433,2	441,9	446,7	453,6	454,0	457,4	462,7	471,6	485,2	489,5	483,7
Rioja (La)	389,1	393,7	396,1	393,2	398,0	399,1	406,7	412,4	421,0	427,7	409,9	420,8	430,7
Ceuta y Melilla	283,5	283,0	289,6	306,6	301,9	326,3	327,8	329,6	320,4	334,6	320,0	325,6	336,7
Total	393,1	398,9	405,9	412,0	412,5	418,9	424,4	430,9	436,7	442,3	440,4	446,2	450,3

Fuente: INE: Indicadores Sociales 2005
 Proporcionado por el Observatorio Social de España

Figura nº 52 Médicos por cada 100.000 habitantes por CCAA

Gráfico 6.1.1 Médicos colegiados por 100.000 habitantes. CCAA, 1991-2003



Fuente: INE: Indicadores Sociales 2005
 Proporcionado por el Observatorio Social de España

Una información de gran relevancia es el número de recursos humanos. La tabla 6.1.1 muestra el número de médicos en ejercicio por cada 100.000 habitantes. Ahí se observa que España (año 2004) tiene 340 médicos para cada 100.000 habitantes. Esta cifra es superior a la media europea, sea esta la UE -15 o la UE - 25., y es muy parecida a la que cifra para Alemania o Austria. Parecería, pues, que España tiene suficientes médicos (públicos o privados) para garantizar una atención a la salud de un muy buen nivel. Ahora bien, este indicador es insuficiente e incompleto. Analicemos, por ejemplo, su distribución.

Tabla n° 61. Profesionales de enfermería y comadronas por cada 100.000 habitantes. UE

Tabla 6.1.5 Profesionales de enfermería y comadronas en ejercicio por 100.000 habitantes. Países de la UE-27, 1970-2004

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Observatorio Social de España													
Alemania	..	..	..	..	..	717,2	731,4	739,1	745	751,1	763,8	770,6	..
Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Bélgica	116,2	156,1	374,3	458,1	479,5	495,8	509,8	512,4	525,6	539,8	552,8	563	578,5
Bulgaria	367,5	603	699,8	684,5	687,8	639,7	641,9	616,6	434,8	419,8	404,7	419,5	..
Chipre	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Dinamarca	..	505,7	581,9	718,8	720,1	736,2	744,7	747,5	769,6	777,6	790,7	776,4	..
Eslovaquia	..	..	..	647,5	601,4	592,1	..	729,9	748	733	713	679,8	..
Eslovenia	..	..	..	..	..	..	153,7	154,7	155,4	161,7	165,8	..	..
España	..	..	..	..	349,6	343,6	324,7	344,4	359,4	372,2	406,6	405,0	..
Estonia	..	..	740,9	687	667,8	654,6	650	644,3	631,2	625,3	640,3	650,1	..
Finlandia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Francia	..	..	558,2	611,8	615	621,3	641,4	651,4	676,2	698,2	717,8	736,4	757,4
Grecia	141,4	194,6	341,7	365,8	370,8	383,5	389,4	391,1	399,2	..	..	..	..
Hungría	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Irlanda	..	..	..	1193,5	1238,2	1291,2	1315,1	1363,9	1405,3	1491,3	1540,7	1488,1	1508,9
Italia	..	..	..	430,6	438,7	444,3	455,2	445,8	467,1	483,8	495,9	..	..
Letonia	..	..	625,9	522,1	508,3	489,2	468,7	442,7	438,3	426,9	425,1	435,9	..
Lituania	649,6	..	1099,4	941,9	945,9	926,8	918,3	832,8	797,7	796,9	774,5	757,5	..
Luxemburgo	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Malta	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	552,9	553,7	565,2
Países Bajos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Polonia	..	539,7	609,3	611,8	621,5	626,4	603,9	558,5	537,3	532,6	537,5	548,8	..
Portugal	..	..	..	..	..	..	..	346,2	355,3	347,7	351,5	347	..
R. Checa	555,3	653,1	794,9	809,3	806,9	802,3	801,3	804,3	828,4	852,1	871,5	870,8	..
Reino Unido	..	..	..	676,6	679,6	674,4	680,7	689,8	701,1	723,9	757,3	793,7	..
Rumania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Suecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Fuente: Eurostat. Extracción online 20 de febrero de 2007

Proporcionado por el Observatorio Social de España

.. = dato no disponible; e= valor estimado; p= valor pronosticado

Tabla nº 62. Profesionales en enfermería por cada 100.000 habitantes. CCAA

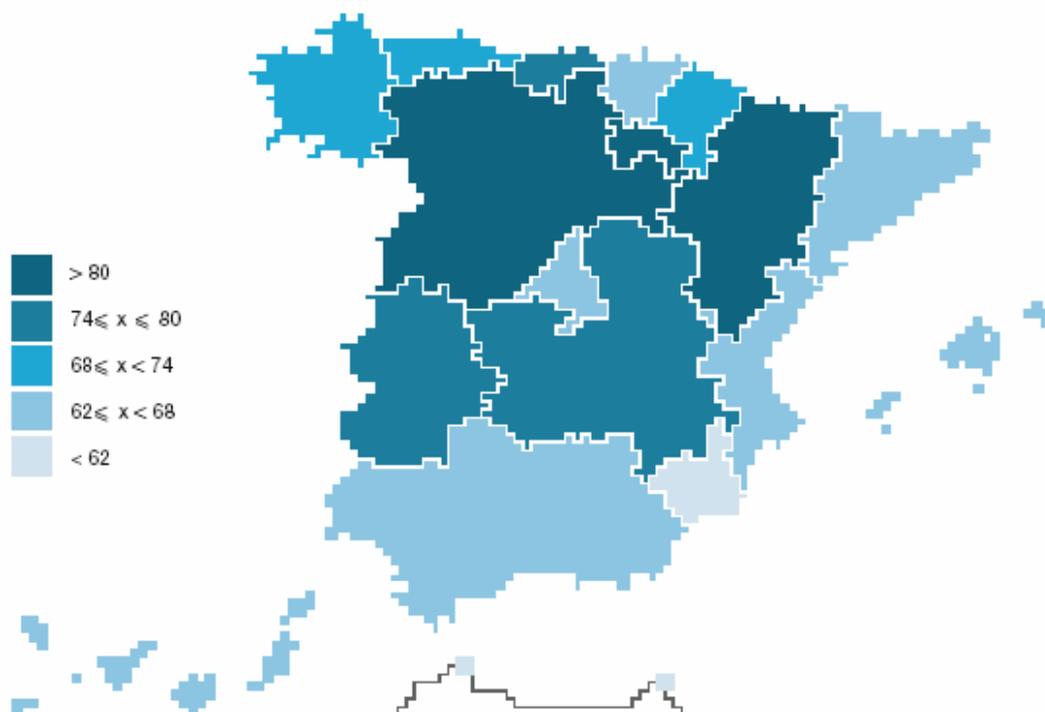
Tabla 6.1.6 ATS / diplomados en enfermería colegiados por 100.000 habitantes. CCAA, 1991-2003

													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	367,3	379,2	381,6	392,3	402,0	414,5	420,2	425,9	427,3	440,6	433,1	429,7	448,1
Aragón	479,8	488,4	497,2	507,7	522,0	531,9	528,9	534,8	546,1	564,7	567,6	567,8	584,2
Asturias (P. de)	424,2	428,6	452,7	463,9	480,5	495,2	509,8	527,0	539,6	565,4	576,5	586,8	598,7
Baleares	338,5	334,3	347,9	355,2	349,9	345,8	378,7	394,4	416,0	420,2	429,9	430,8	446,5
Canarias	298,9	315,8	328,3	341,3	347,9	364,3	365,9	374,8	384,6	391,0	400,2	413,1	416,3
Cantabria	414,2	418,1	419,2	424,5	437,5	451,8	461,1	475,7	482,2	618,2	615,6	627,0	636,4
Castilla y León	418,0	426,2	435,8	452,3	471,2	488,4	513,9	511,6	525,5	542,2	548,7	563,8	588,6
Castilla-La Mancha	313,4	325,5	331,9	340,8	363,1	375,8	371,7	390,4	407,9	425,1	419,7	427,3	454,6
Cataluña	441,5	443,0	453,4	476,0	480,7	516,5	535,5	549,0	566,0	566,9	583,8	586,1	583,3
C. Valenciana	547,0	555,8	559,1	433,1	438,3	443,6	439,9	444,9	454,6	454,5	453,5	448,1	463,8
Extremadura	391,7	405,7	417,7	448,4	464,1	486,2	510,2	526,3	538,0	548,2	550,5	571,2	550,9
Galicia	330,1	341,9	348,3	345,8	359,4	369,0	386,5	396,3	416,1	425,2	440,0	450,0	450,7
Madrid (C. de)	425,8	430,1	433,4	443,7	446,8	432,6	443,4	575,2	571,8	590,1	590,1	587,5	590,1
Murcia (R. de)	294,3	300,5	275,4	292,4	315,5	314,8	336,0	340,7	362,8	379,5	378,5	377,0	366,0
Navarra (C. F. de)	649,4	666,2	693,4	702,9	713,0	732,0	751,8	810,4	771,2	797,6	813,7	814,7	885,3
Pais Vasco	467,4	474,9	484,4	496,9	508,8	515,4	528,2	535,1	543,2	557,1	565,5	579,8	583,2
Rioja (La)	411,8	413,5	420,8	436,5	457,2	471,9	488,1	498,4	509,9	521,8	541,8	550,9	560,4
Ceuta y Melilla	469,1	495,3	528,7	567,8	581,8	549,4	547,4	537,7	564,3	574,5	543,8	558,4	598,2
Total	413,5	421,4	427,8	426,9	436,5	447,9	458,8	483,9	492,7	505,2	509,1	512,1	521,4

Fuente: INE: Indicadores Sociales 2005
 Proporcionado por el Observatorio Social de España

España es el país con un porcentaje menor de profesionales de enfermería y comadronas en ejercicio después de Portugal. Así pues, la cobertura profesional en ese sentido es comparativamente deficitaria.

De nuevo, no es la misma cobertura en una Comunidad que en otra. De hecho, si se observa la tabla 6.1.6, donde aparecen los ATS/diplomados en enfermería colegiados, puede verse que un ciudadano español que vive en Navarra tiene 885 de estos profesionales por cada 100.000 habitantes. Con esta cifra, Navarra tiene una cobertura similar a muchos países europeos. En el extremo contrario, Murcia tiene 366 ATS por 100.000 habitantes, es decir, 2,4 veces menos recursos humanos que Navarra.

Figura nº 53 Médicos de familia y pediatras por 100.000 habitantes

Tomado de: Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Atlas de la Sanidad en España. Madrid: MSC, 2004 abril 15. Disponible en: www.msc.es/sns/sistemasinformación/atlas/pdfs/atlas.pdf

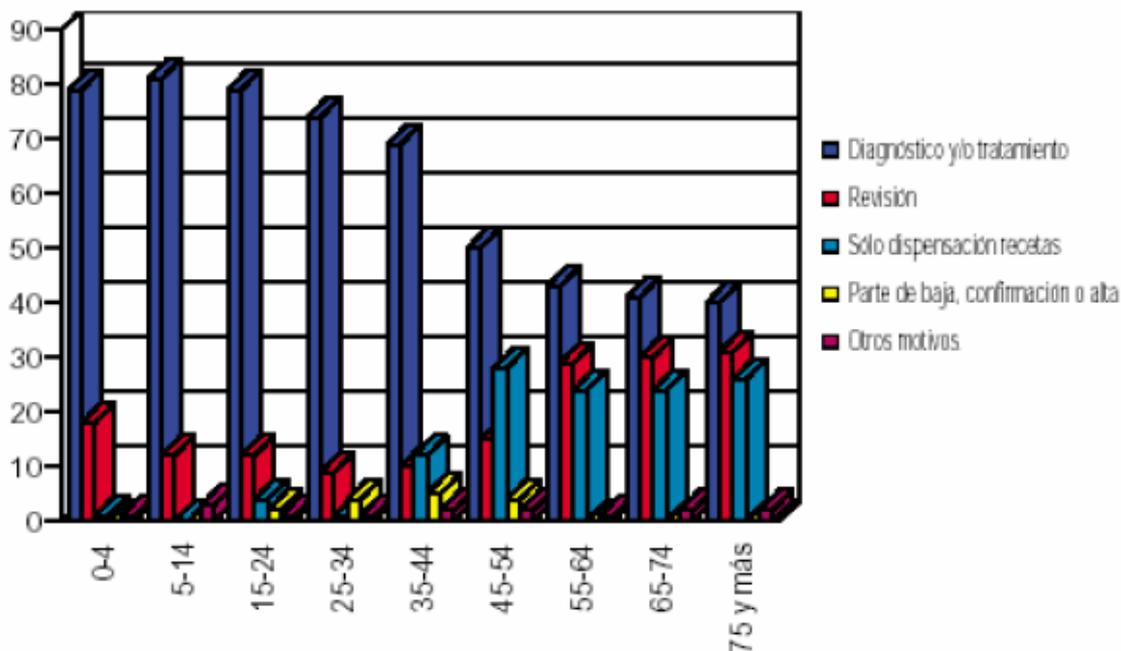
Como se muestra en la imagen anterior si valoramos el número de médicos que trabajan en el ámbito de la atención primaria en España se observan unas diferencias importantes entre comunidades autónomas, las comunidades con mayor índice son Castilla y León y Aragón, quedando otras como Andalucía y la Región de Murcia en último lugar

Descripción poblacional de las consultas de AP

Es muy importante que la cobertura de médicos de Familia que cubran la AP sea la adecuada ya que como muestra la tabla la frecuentación a las consultas de AP en todas las comunidades autónomas ha aumentado de forma considerable en los últimos años, en especial en Murcia que ha pasado de 41 en 1992 al 90 en el 2000, más del doble, además se muestra que la frecuentación a consultas de AP es mayor de a Especializada

para todas las comunidades autónomas, al igual que la población se inclina con mayor frecuencia a acudir al sistema público de salud antes que al privado, tanto para Atención Primaria como para especializada.

Figura nº 54 Motivo de consulta al médico de familia en España, por edad



Tomado de: Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2004. El Médico. 2004; (908 supl):72-178.

Como se muestra en la tabla anterior el motivo más frecuente, para todos los grupos de edad de consulta en AP, es el de diagnóstico y tratamiento, seguido del de revisión para ancianos y niños, si tenemos en cuenta los grupos de edad que más frecuentes las consultas de AP es el de mayores de 75 años.

Tabla nº 63. Contacto de la población con la AP en España

Características de la población		Media	EEM
Total frecuentación		6.69	0.110
Sexo	Hombre	6.05	0.140
	Mujer	7.26	0.160
Grupos de edad (años)	16 a 25	5.23	0.228
	26 a 35	6.58	0.260
	36 a 45	6.59	0.240
	46 a 55	6.66	0.324
	56 a 65	7.41	0.333
	66 a 75	7.44	0.268
	Más de 75	7.69	0.360
Nivel de estudios	Ninguno	8.65	0.434
	Menos de primarios	8.45	0.535
	Primarios	6.76	0.157
	Secundarios	6.06	0.221
	Universitarios	5.74	0.219
Actividad	Trabaja	5.86	0.155
	Jubilado o pensionista	7.87	0.235
	Parado	6.84	0.201
	Estudiante	4.75	0.302
	Sus labores	7.76	0.264
Tamaño del hábitat	Menos o igual a 2.000	6.56	0.364
	2.001 a 10.000	6.14	0.228
	10.001 a 50.000	6.74	0.231
	50.001 a 100.000	6.63	0.358
	100.001 a 400.000	7.16	0.229
	400.001 a 1.000.000	5.72	0.322
	Más de 1.000.000	7.08	0.346
Ingresos (ptas/ mes)	Menos de 60.000	6.10	0.550
	60.001 a 100.000	7.76	0.324
	100.001 a 150.000	7.34	0.256
	150.001 a 200.000	6.43	0.243
	200.001 a 250.000	6.87	0.426
	250.001 a 300.000	5.98	0.322
	300.001 a 400.000	6.91	0.548
	Más de 400.000	6.02	0.484
Usuarios AP	Sólo público	6.46	0.110
	Sólo privado	5.25	0.359
	Público y privado	10.00	0.567

Modificado de: Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2004. El Médico. 2004; (908 supl):72-178.

Tabla nº 64. Implantación y utilización de la AP de salud por CCAA

Servicio de Salud	Cobertura poblacional de la AP reformada			Utilización en el último año			Frecuentación consultas AP		Elección de servicio sanitario en AP	
	1992	1996	2000	AP	AE	Urg	Público	Privado	Público	Privado
Andalucía	54	65	71	76,64	51,90	43,15	6,14	4,63	62,71	32,11
Aragón	64	81	90	81,34	51,06	35,57	6,34	5,96	75,00	15,14
Asturias	56	74	90	86,91	58,08	35,27	4,58	3,20	87,29	10,53
Baleares	45	83	84	70,86	46,95	39,99	5,02	4,69	61,31	31,74
Canarias	55	78	94	81,68	56,91	47,59	6,10	3,65	55,65	38,23
Cantabria	31	67	82	77,40	50,00	45,67	8,86	2,43	67,31	22,12
Castilla - La Mancha	70	92	93	72,89	50,91	39,16	5,96	4,37	70,79	21,69
Castilla y León	67	88	92	77,69	47,81	31,49	5,54	5,66	81,83	15,45
Cataluña	33	57	67	79,51	61,33	47,09	5,54	4,07	47,20	44,63
Extremadura	68	88	93	78,83	51,30	44,89	5,79	3,54	64,56	30,14
Galicia	23	43	51	76,02	50,31	35,21	5,00	3,05	75,97	15,81
La Rioja	69	85	88	66,67	41,92	26,77	4,36	3,86	75,76	16,16
Madrid	53	75	87	85,33	63,50	47,37	6,80	5,26	60,26	32,11
Murcia	41	81	90	86,47	63,69	53,65	7,08	4,47	64,07	32,44
Navarra	80	91	100	81,67	55,59	35,28	6,31	4,89	92,26	4,84
País Vasco	47	67	67	71,82	42,39	32,28	4,63	2,86	77,52	12,92
Valencia	50	71	71	84,64	58,93	48,93	7,49	4,37	66,43	22,32
SNS	50	70	77	79,48	55,16	42,58	6,07	4,35	65,10	27,78

Modificado de: Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2005. El Médico. 2005; (949 supl):101-8.

AP: Atención Primaria
 AE: Atención especializada
 Urg: Urgencias

Hipótesis 5. Especialidad medicina familiar y comunitaria

Programas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Desde la implantación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y la constitución de su Comisión Nacional, en Noviembre de 1978, se han elaborado tres Programas Oficiales de la Especialidad y un total de cinco escritos. Las actualizaciones del programa formativo de la Especialidad obedecieron a sucesivos Decretos Reguladores de la formación postgraduada, y fueron conclusión de múltiples líneas de trabajo habilitadas por la Comisión Nacional en colaboración con su estructura docente.

Tabla nº 65. Programas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

PROGRAMAS DE LA ESPECIALIDAD	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL
Programa para la implantación de la Especialidad (21/11/1978)	José M ^a Segovia de Arana
Ier Programa Oficial (14/03/1986)	Amando Martín Zurro
Modificación del Ier Programa (1/06/1990)	Luis de la Revilla y Ahumada
IIº Programa Oficial (25/04/1996)	Tomás Gómez Gascón
IIIer Programa Oficial (3/5/2005)	Verónica Casado Vicente

Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.

PRIMER PROGRAMA ESCRITO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 1978

En el Acta fundacional de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el 21 de Noviembre de 1978, (Anexo 3) consta la presentación por parte de su primer Presidente, el médico internista José M^a Segovia de Arana, del contenido formativo del “Primer Programa de Enseñanza Post Graduada de Medicina Familiar”. Este fue el primer Programa escrito de la Especialidad, que no pudo ser aprobado oficialmente dado que no se había constituido aún el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

Este primer Programa, organizaba las rotaciones por año de residencia, dejando a expensas de los Departamentos hospitalarios correspondientes, el desarrollo de los contenidos, sugiriendo su elaboración a partir del consenso de grupo de expertos y procurando un enfoque hacia la actuación “extrahospitalaria”. El Programa preveía la realización en cada Departamento de 2-3 sesiones clínicas semanales, con participación activa del residente y desaconsejando el método tradicional de la “lección magistral”.

Tabla nº 66. Rotaciones del primer programa MFyC

<p>PRIMER AÑO Medicina interna y especialidades médicas y métodos auxiliares de diagnóstico (12 meses)</p> <p>SEGUNDO AÑO Urgencias médicas y quirúrgicas (2 meses) Maternología y puericultura (2 meses) Urgencias obstétricas y pediátricas (2 meses) Cirugía, incluidas Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Rehabilitación (2 meses) Salud Mental (1 mes) Medicina de la Comunidad (2 meses)</p> <p>TERCER AÑO Trabajo de campo en áreas rurales o urbanas extrahospitalarias (12 meses) Ciencias Sociales Medicina Comunitaria Medicina Preventiva Organización Sanitaria Técnicas de investigación documental y social</p>

Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.

SEGUNDO PROGRAMA ESCRITO DE LA ESPECIALIDAD, AÑO 1986

En el marco jurídico para la reforma de la Atención Primaria de Salud, que representó el RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley 14/86 General de Sanidad, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (posteriormente Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud) aprobó en Marzo de 1986, junto a los Programas de las demás Especialidades, el Primer Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo presidente de su Comisión Nacional Amando Martín Zurro.

Este segundo Programa destacó por definir el perfil profesional del especialista en Medicina de Familia en base a sus responsabilidades, estableciendo unos objetivos desarrollados en tres Áreas Docentes: Atención al Individuo, Atención a la Familia, y Atención a la Comunidad. Clasificadas por año de residencia, lugar de aprendizaje. Las rotaciones y sus objetivos quedaban a expensas del servicio docente acreditado, pero prefijándose por la Comisión Nacional la Estructura Docente necesaria para poder impartir el Programa Docente. Respecto al proceso de enseñanza y aprendizaje, con la inclusión de este Programa se define una transición del diseño curricular de racionalidad tecnológica hacia el diseño curricular de racionalidad práctica.

Renovada la Comisión Nacional en Noviembre de 1992 y siendo Presidente de la misma Tomás Gómez Gascón, se aprobó en Abril de 1996, tras tres años de desarrollo en el seno de los grupos de trabajo de las Jornadas de Docencia, el segundo Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, cuarto programa escrito. Presentó un diseño en línea con la racionalidad práctica y cualitativa, superando la racionalidad tecnológica de los programas previos. Se centró en el propio proceso de aprendizaje, primándolo sobre los resultados finales:

Insiste en una acción docente del Tutor guiada por su reflexión personal profesional sobre la práctica clínica diaria. Fomenta la investigación desde el Centro de Salud. Subraya al residente la importancia de desarrollar el autoaprendizaje, necesario para mantener la competencia profesional tras la especialización.

El currículo prescrito continuó siendo cerrado, con una enseñanza programada con objetivos operativos idénticos para todos los residentes. Mantuvo también la evaluación sumativa final, añadiendo la evaluación formativa mediante el “Libro de Evaluación del Especialista en Formación” (o “libro amarillo” del residente). El “libro amarillo” representó una herramienta docente de apoyo al proceso de aprendizaje, introduciendo las áreas de actividades con definición de los objetivos y habilidades que debía adquirir el residente para un correcto aprendizaje de la Especialidad. Por medio de fichas, fijaba las actividades a desarrollar en cada rotación, demarcando su realización y su cuantificación mediante la fecha y firma del responsable docente. Esta guía simplificó la interpretación y comprensión de procesos, y fijó los objetivos por capacidades,

evaluando además el proceso formativo, con lo que primaba el desarrollo personal del residente

TERCER PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, AÑO 2005

Con un diseño curricular en la racionalidad crítica, este tercer Programa Oficial de la Especialidad, y quinto escrito, añadió flexibilidad a su diseño. Con propuestas curriculares adaptables a cada residente, respetando sus diferentes contextos sociales, buscando su implicación tanto individual como colectivamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje y caracterizado por su adaptabilidad. El currículo proporcionado es abierto y flexible, contemplando la readaptación de materiales por el equipo docente, según el entorno formativo. Los contenidos se presentaban de forma participativa y crítica, requiriendo el compromiso del residente para su realización y aprendizaje En relación a la Evaluación:

1º La evaluación formativa, continuada, cobró fuerza respecto a la mera evaluación sumativa, final. Para ello desarrolló el “Libro de Evaluación del Especialista en Formación” con la inclusión de otra herramienta docente: el “Portafolio del Residente”.

2º Planteó a la Subdirección de Ordenación Profesional la posibilidad de elaborar una evaluación sumativa final, basada en valoración de la competencia, dado el éxito que habían tenido las pruebas de homologación de títulos de especialista tipo ECOE.

Examen MIR

En 1984, la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del documento “Análisis de la necesidad anual de formación de Médicos de Familia”, (Anexo 6) estableció en 474 plazas de residentes de familia anuales las necesidades del sistema público de salud español para el periodo 1984 - 1994

En este periodo las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en materia sanitaria, exigieron al Ministerio de Sanidad la ampliación de las plazas MIR, alegando carencia de Médicos de Familia para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. En Junio de 1987, la Comisión Nacional se vio forzada a acelerar la acreditación de Centros de Salud y a aumentar la capacidad formativa de sus Unidades Docentes ya acreditadas, ampliando el Ministerio de Sanidad ese mismo año la oferta de plazas MIR de Medicina de Familia hasta 686, un 30% más de la capacidad real de su estructura docente (Anexo 4).

La aplicación de la Directiva Europea 86/457/CEE afectó a un tercer colectivo: los licenciados en Medicina posteriores a 1995. A estos facultativos se les exigía la especialización, siendo para ellos el MIR la única vía de acceso a esa formación postgraduada. Esta circunstancia, dio lugar en el año 1994 a las protestas estudiantiles en las Facultades de Medicina denominadas “protestas del 6=0”. Este cúmulo de circunstancias, llevaron al Ministerio de Sanidad a plantearle a la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, la necesidad de un “esfuerzo formativo”, que ampliara la convocatoria anual de plazas de familia para el MIR entre los años 1995 y 2000. La Comisión Nacional entonces, elaboró una propuesta de ampliación progresiva de plazas, que mantuviera un equilibrio entre posibilidades formativas y cupo de plazas, que se iniciaba teóricamente con una convocatoria de 1.500 plazas de Familia para el MIR del año 1995, aumentando progresivamente hasta 1.900 plazas para el MIR del año 1999. Finalmente la Subdirección General de Planificación y Desarrollo de Recursos Humanos, ajena a la propuesta de plazas de la Comisión Nacional de la Especialidad, convocó para la prueba MIR de 1995 un total de 2.000 plazas para la Especialidad de Familia, habilitando además dos convocatorias separadas con dos cupos distintos de plazas: 1.800 plazas restringidas para los nuevos licenciados, con reserva de puntuación y sin exigencia de mínimos, y 200 plazas para los licenciados pre95. La Comisión Nacional se vio forzada a aceptar dicha convocatoria, ante el riesgo de que se iniciara una “doble vía de especialización en medicina general”, en paralelo a la Especialidad de Familia vía MIR.

La Comisión Nacional manifestó su malestar por el desprestigio que significó para la Especialidad ser segregada del resto de especialidades en la prueba MIR, y el apuro

respecto a calidad formativa que suponía el aumento de plazas para la estructura docente en Medicina Familiar y Comunitaria.

Respecto al examen MIR, para manejar la ampliación del número de plazas de Medicina de Familia ofertadas por el Ministerio de Sanidad en las convocatorias MIR entre los años 1996 y 2000, la Comisión Nacional continuó para este periodo con la acelerada acreditación de centros para la docencia.

Respecto a las convocatorias restringidas del examen MIR para Medicina de Familia, celebradas entre los años 1995 y 2000, se constató que el 30% de las plazas reservadas para post95 eran objeto de renuncia y que la puntuación necesaria para obtener plaza descendía críticamente respecto a convocatorias anteriores. Para paliar esta tendencia, la Comisión Nacional de la Especialidad propuso al Ministerio de Sanidad reducir a 1.800 plazas de Familia la oferta MIR correspondiente al año 1996, además de exigir una puntuación mínima para obtener la calificación de aprobado. El Ministerio de Sanidad se mantuvo ajeno a esta solicitud, hasta el año 2001, en que la Comisión Nacional exigió en firme regresar a la convocatoria única de MIR, manifestando su voluntad de dimitir en bloque si no se cumplían sus exigencias. En la convocatoria MIR del año 2001, el Ministerio de Sanidad decidió regresar a la convocatoria única con 5.200 plazas totales de formación postgraduada, y tras recoger el consenso de semFYC, Organización Médica Colegial, Comisión Nacional de la Especialidad y Coordinadores de las Unidades Docentes, sobre posibilidades formativas y necesidades futuras de Médicos de Familia, ofertó 1.703 plazas de Medicina de Familia, planteando una reducción progresiva anual del 5% de las plazas hasta el año 2003.

Tabla nº 67. Evolución de estudiantes admitidos en las facultades de medicina.
Licenciados anuales. Plazas MIR. Tasa de especialización. Aspirantes a plaza.

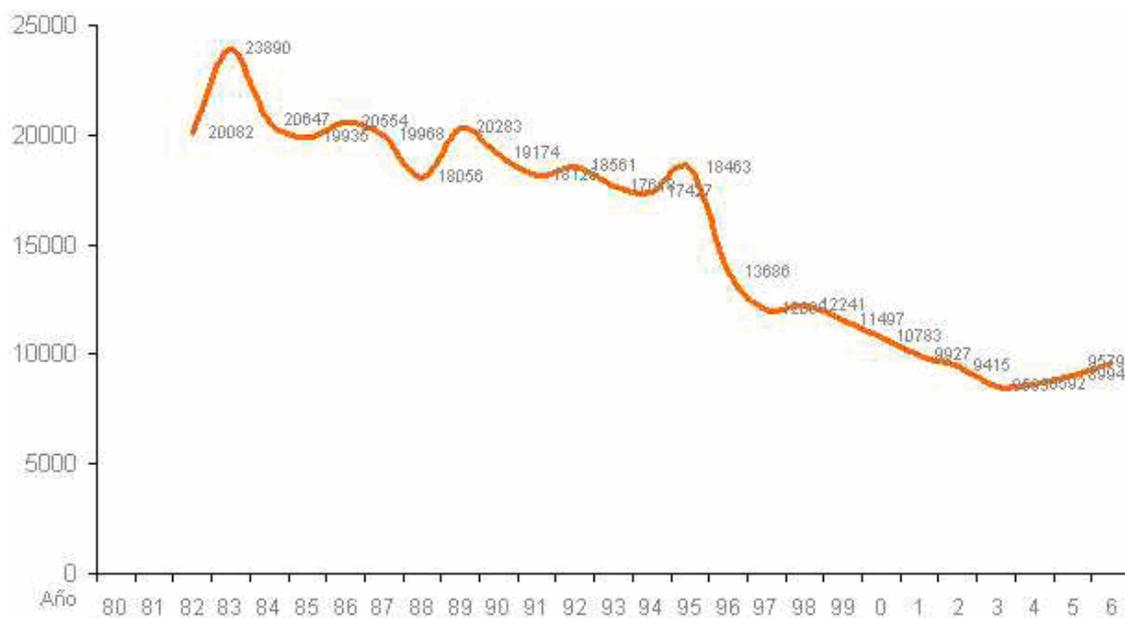
AÑO	ADMITIDOS 1º MEDICINA	LICENCIADOS	PLAZAS MIR	%MIR/ LICENCIADOS	MATRICULA DOS MIR**
1970	10.920	2.528	-	-	-
1975	15.541	4.062	-	-	-
1980	10.476	7.752	2.077	0,27	20.082
1985	6.362	7.856	1.355	0,19	19.935
1990	4.973	6.080	3.641	0,68	19.174
1995	4.129	5.250	4.467	0,85	16.357
1996	4.299	3.809	4.441	1,17	12.224
1997	4.220	3.951	5.023	1,27	11.060
1998	4.164	4.263	4.918	1,15	10.710
1999	4.416	4.259	4.782	1,12	9.989
2000	4.381	3.870	4.676	1,11	9.168
2001	4.383	3.709	4.797	1,14	9.927
2002	4.380≈	3.840	5.000	1,19	9.415
2003	4.380≈	3.900≈	5.200	1,24	8.565
2004	4.380≈	3.900≈	5.250	1,25	8.592
2005	4.376	3.900≈	5.585	1,33	8.944
2006	4.726	3.900≈	6.051	1,38	9.579
2007	4.902	3.989	6.388	1,60	10.617
2008	5.215	3.990≈*	6.706	1,68	11.147
2009	7.000≈	3.990≈*	6.706≈	1,68	-
2010	>7.000	3.990≈*	6.706≈	1,68	-
2011	>7.000	3.990≈*	6.706≈	1,68	-
2012	>7.000	4.323*	6.706≈	1,55	-
2013	>7.000	4.461*	6.706≈	1,50	-
2014	>7.000	4.546*	6.706≈	1,48	-
2015	>7.000	6.370*	6.706≈	1,05	-

Fuente: Comisión Nacional Medicina Familiar y Comunitaria, BOE, Consejo de Universidades, CGCM, CESM. Elaboración: Propia.

* Para una tasa de fracaso en la Facultad de Medicina del 9%

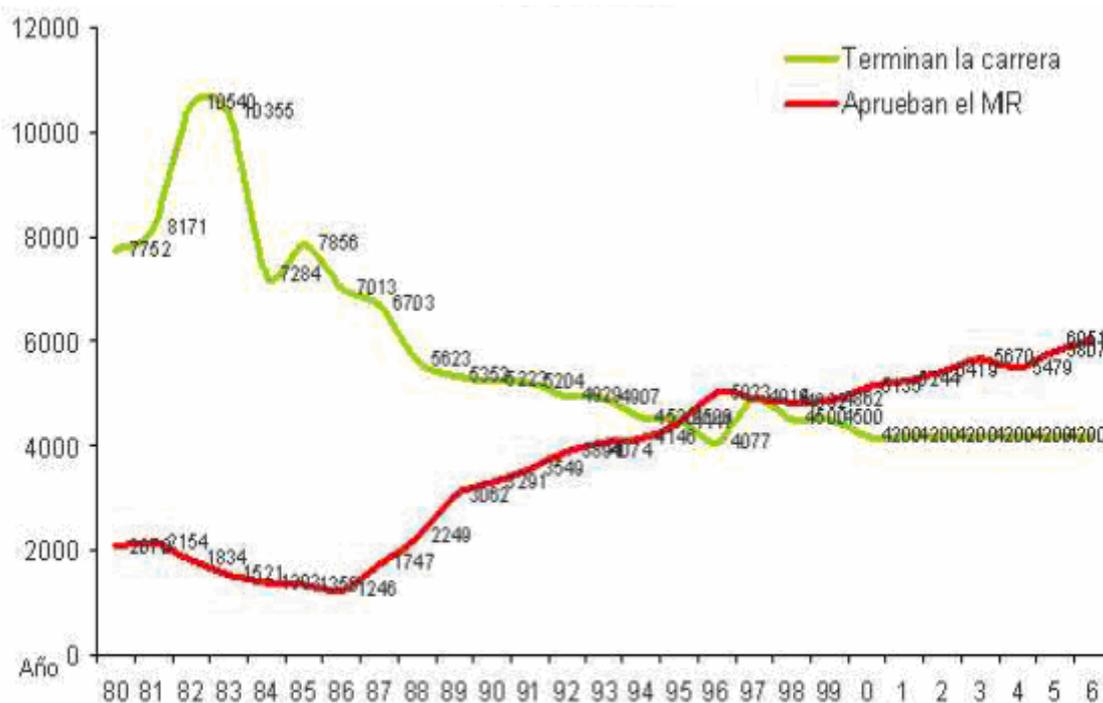
** Solicitudes de matricula, tasa de no presentados del 15,2%

Figura n° 55 Número de médicos presentados a MIR cada año



Fuente y elaboración: Academia CTO.

Figura n° 56 Relación entre médicos que terminan la carrera y plazas MIR



Fuente y elaboración: Academia CTO.

LA SITUACIÓN LABORAL DEL RESIDENTE

Desde el comienzo de la especialidad las reivindicaciones tanto formativas como laborales de los residentes han sido numerosas, en los comienzos, la figura del residente se rigió largo tiempo por la legislación relativa al personal laboral recogida en el Estatuto de los Trabajadores, que apenas contemplaba la situación laboral especial de los colectivos en formación. (Anexo 5) Posteriormente, la Ley 44/2003, sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

- revisó la investigación y docencia en el servicio público de salud, nombrando la existencia de una estructura docente integrada en dicho servicio
- asignó la cobertura de responsabilidad civil durante la residencia.
- definió los periodos de descanso a los que tiene derecho el personal laboral en formación.

La regulación definitiva, llegó con el Real Decreto 1146/2006 (“Estatuto del Residente”), que proporcionó un marco jurídico estable:

- recogió los derechos de los residentes en el ámbito laboral, unificándolos entre autonomías
- estableció unas retribuciones equiparables al resto de personal estatutario, fijando complementos de grado de formación y atención continuada estableciendo una jornada ordinaria máxima de 37,5 horas semanales y jornada máxima total (incluyendo guardias) no superior a 48 horas semanales
- introdujo aspectos novedosos ligados a las políticas del Gobierno en materias sociales:
 - Las mujeres embarazadas tienen derecho a una organización de su horario de trabajo durante toda la gestación, que les permita realizar jornadas diarias no superiores a doce horas.
 - Flexibilización del horario de trabajo para aquellos residentes que tengan a su cargo el cuidado de familiares directos, personas con discapacidad o menores.
 - Se garantiza el principio de igualdad de las personas discapacitadas, ya que se obligará al centro en el que se formen a hacer accesibles sus instalaciones y a facilitar las ayudas técnicas necesarias para que pueda llevar a cabo el programa formativo de su especialidad.

Tabla nº 68. Tabla provisión de plazas MIR (elaboración propia)

Año	Total Plazas a cubrir	Total plazas a cubrir Murcia	Plazas MFYC España	Plazas MFYC Murcia
1983-84	1345		383	
1984-85	2013		470	
1985-86	1246		358	
1986-87	1602		390	
1987-88	2249	28	570	7
1988-89		28		10
1989-90	3291	59	675	18
1990-91	3728	77	731	13
1991-92	3701	64	928	22
1992-93	4308	85	1060	28
1993-94	4371	100	1076	38
1994-95	4579	109	1221	42
1995-96	3293	46	2000	6
1996-97	3462	50	1860	14
1997-98	3262	48	1801	9
1998-99	3291	53	1801	10
1999-00	3315	59	1801	8
2000-01	3410	62	1831	6
2001-02	5127	123	1806	64
2002-03	5288	125	1801	63
2003-04	5518	147	1770	64
2004-05	5613	174	1682	68
2005-06	5897	179	1700	68
2006-07	6179	202	1771	82
2007-08	6661	220	1859	82
2008-09	6707	225	1892	82
2009-10	7294	235	1904	82
2010-11	7221	235	1919	78
2011-12	7069	240	1860	78

Tabla provisión de plazas MIR (elaboración propia)

Unidades docentes de MFyC de Murcia

Hay tres unidades docentes: U.D. Cartagena - San Javier, U.D. Lorca, U.D. Murcia

Unidad Docente de CARTAGENA-SAN JAVIER

Gerencia de A.P. C/ Cabrera, s/n (Barriada de la Caridad) 30203 CARTAGENA (MURCIA)

Unidad Docente de LORCA

Gerencia de Atención Primaria C/ Floridablanca, 1 30800 LORCA (MURCIA)

Unidad Docente de MURCIA

Gerencia de Atención Primaria C/ Escultor Sánchez Lozano, 7 30150 MURCIA

Hipótesis 6. Investigación

Entre 1990-1997 se produjo un incremento de la producción científica de los profesionales de atención primaria, a juzgar por los artículos recuperables por MEDLINE, incremento que alcanza el 73,7% de los artículos publicados en Atención Primaria, el 22,6% en otras revistas nacionales y el 3,7% en revistas extranjeras. Si bien se ha consolidado un fuerte movimiento de investigación y docencia que hace de la medicina general/de familia española una de las más sólidas en estos aspectos, la formación continuada sigue en manos de la industria farmacéutica, salvo excepciones; las actividades de formación continuada en los propios centros de salud son escasas, y desconocido su impacto en la calidad del trabajo clínico.

Existe un programa de acreditación de actividades formativas promovido por SEMFYC y por SEMERGEN. La primera cátedra de medicina general/de familia del mundo se creó en Edimburgo en 1963, y en 1952 se fundó la Academia (Inglesa) de Médicos de Familia/Generales. Estos dos hechos demuestran la larga tradición que tiene la medicina de familia y los médicos de cabecera en el Reino Unido. También en Dinamarca y en los Países Bajos los médicos generalistas gozan de prestigio social histórico; entre ellos hay científicos clínicos de reconocido prestigio y sus departamentos universitarios, colegios y asociaciones profesionales y científicas disponen de gran cantidad de recursos editoriales y formativos, lo que les convierte en grandes productores de conocimiento y de reconocimiento.

En una reciente encuesta a médicos del Reino Unido, el 41% se muestran interesados en investigar; de ellos, el 92% identifican como barrera principal para investigar la falta de tiempo, el 73% la falta de personal para recoger datos y el 71% la falta de financiación. Otro aspecto a destacar es el de la consideración que la investigación debe tener en la carrera profesional. En el estudio Delphi sobre atención primaria realizado en España, el

91% de los participantes se muestra de acuerdo en primar la investigación y la docencia en la valoración de méritos para la provisión de plazas.

Los datos antes citados se pueden extrapolar a la región de Murcia donde también se observa que el número máximo de publicaciones en el ámbito de la Atención Primaria corresponde a la década de los 90 y en los últimos años el número de publicaciones ha disminuido.

La política pública de investigación y el esfuerzo financiero en investigación que realiza España está muy por debajo del que le corresponde por su ubicación en la economía planetaria. No llega al 1% del PIB, menos de la mitad que lo que destinan los países de la OCDE, de forma que seguimos dependiendo tecnológicamente del exterior, pagando mucho dinero por importar patentes, mucho más del que se dice no disponer para investigación: ¿cómo se entiende esto? Siguen denunciándose la «fuga de cerebros» la incapacidad para recuperar a los talentos emigrados, las precarias condiciones laborales y la inestabilidad de los investigadores en España. A pesar de todo, en el sector sanitario la aportación científica española ha aumentado en los últimos años, a juzgar por el número de publicaciones y por su impacto.

La investigación en atención primaria nunca ha sido un competidor de los hospitales (nunca ha alcanzado el 5% de los proyectos financiados por el FIS)

Tabla nº 69. Número de publicaciones por centro de salud y año

Centro	Año												Total general												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012		
Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera								1		1														2	
Centro de Salud Alguazas													1												1
Centro de Salud Alquerías							1																		1
Centro de Salud Antonio García, Molina de Segura.																									1
Centro de Salud Archena																							1		1
Centro de Salud Barrio del Carmen	1		2	2	2	2	2	4	1	1	3					1	1	2							18
Centro de Salud Beniaján									1	1															2
Centro de Salud Beniaján-San Andrés												1													2
Centro de Salud Beniaján-San Andrés																1	1								2
Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Murcia.			1																						1
Centro de Salud Cartagena-Casco. Cartagena													1												1
Centro de Salud Cehegin										1															1
Centro de Salud Cehegin y Espinardo											1														1
Centro de Salud El Palmar																		1							1
Centro de Salud Isaac Peral, Cartagena																							1		1
Centro de Salud Jumilla			2				1	1	1																5
Centro de Salud La Unión											1														2
Centro de Salud Mariano Yago, Yecla																	1	1							3
Centro de Salud Mazarrón																									1
Centro de Salud Mental, Cartagena																									2
Centro de Salud Mental, Murcia				1																					1
Centro de Salud Molina de Segura	1	2	1	1	4			1																	9
Centro de Salud Molina-La Ribera									2	2															4
Centro de Salud Murcia	1																								1
Centro de Salud Murcia-Centro																		1							1
Centro de Salud San Andrés																									3
Centro de Salud San Antón, Cartagena				1							1														2
Centro de Salud San Antón.											1														1
Centro de Salud San Javier, Murcia.			1																						1
Centro de Salud Santa María de Gracia			1			2																			5
Centro de Salud Santa María de Gracia.							1																		1
Centro de Salud Santomera			1	1			1																		3
Centro de Salud Torre Pacheco, Murcia.	1			1																					2
Centro de Salud Virgen de la Consolación, Molina de Segura											1														2
Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura																									1
Total general	3	1	10	4	3	6	6	8	3	6	5	5	2	3	4	3	2	4	2	4	1	1			86

Figura nº 57 Número de publicaciones por año

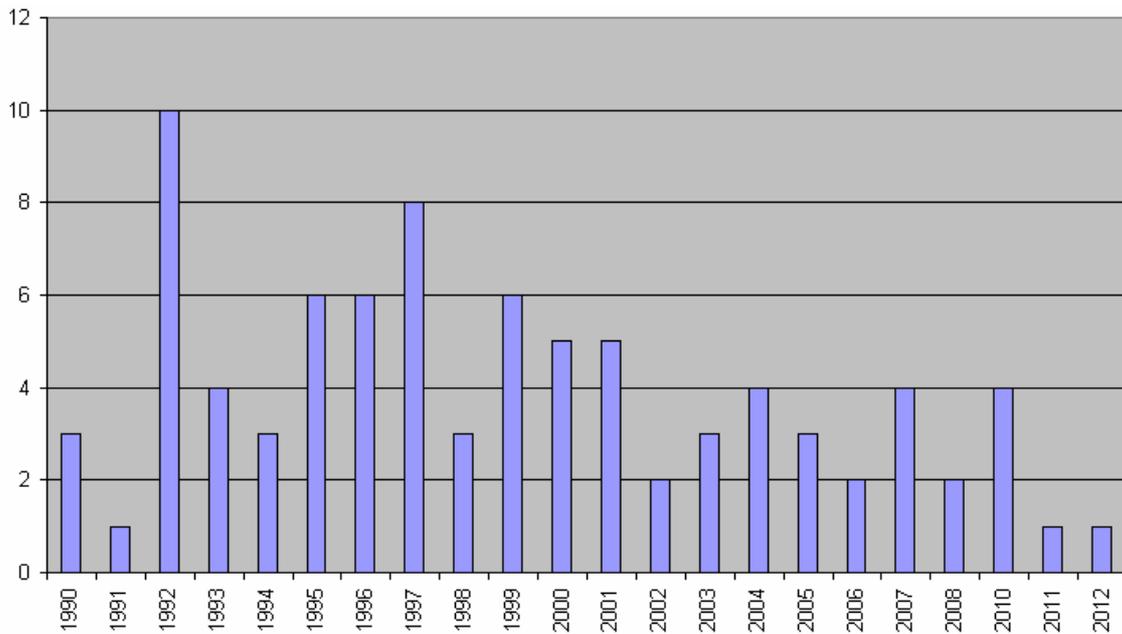
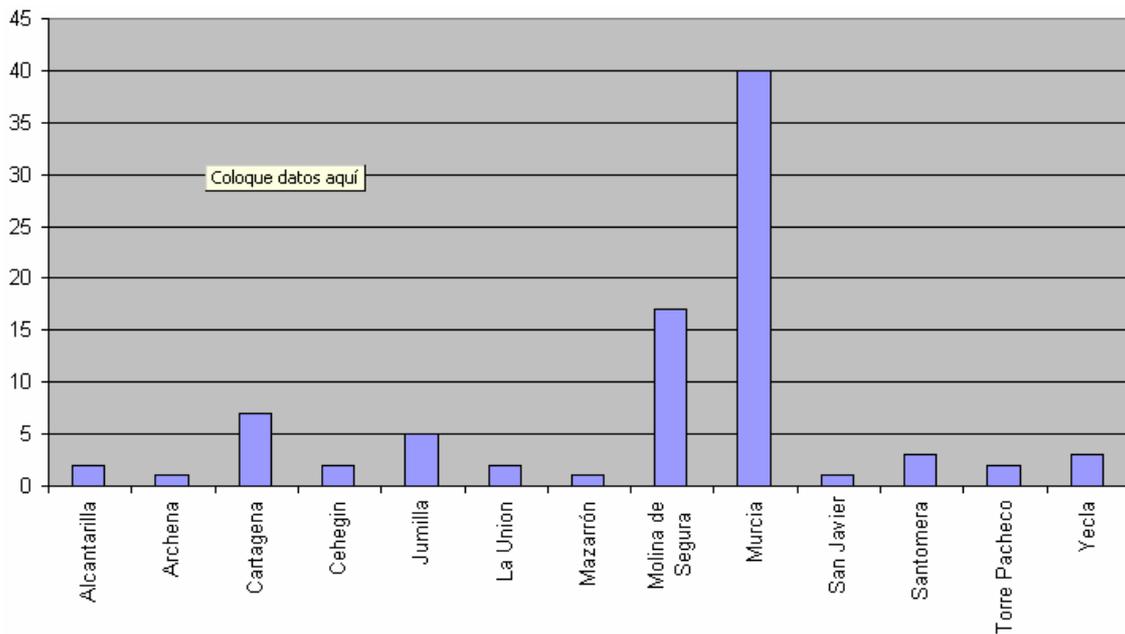


Figura nº 58 Número de publicaciones por municipio



Datos extraídos de pubmed bajo la consulta “centro de salud Murcia” quedándose con aquéllos resultados que efectivamente correspondan con publicaciones de un centro de salud de Murcia.

Tabla nº 70. Número de publicaciones por municipio

Municipio	Total
Alcantarilla	2
Archena	1
Cartagena	7
Cehegín	2
Jumilla	5
La Unión	2
Mazarrón	1
Molina de Segura	17
Murcia	40
San Javier	1
Santomera	3
Torre Pacheco	2
Yecla	3
Total general	86

Tabla nº 71. Número de publicaciones por año

Año	Total
1990	3
1991	1
1992	10
1993	4
1994	3
1995	6
1996	6
1997	8
1998	3
1999	6
2000	5
2001	5
2002	2
2003	3
2004	4
2005	3
2006	2
2007	4
2008	2
2010	4
2011	1
2012	1
Total general	86

Hipótesis 7. Planes de futuro

Planes de salud

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha elaborado cuatro Planes de Salud. En la tabla siguiente se sintetizan las áreas de intervención de los tres planes de salud, incorporando en esta comparación los ámbitos en los que actuará el Plan de Salud 2010-2015.

Tabla nº 72. Áreas de intervención de los planes de salud en la Región

ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

ÁREA DE INTERVENCIÓN	PLAN SALUD 1993-1996	PLAN SALUD 1998-2000	PLAN SALUD 2003-2007	PLAN SALUD 2010-2015
Enf. Infecciosas	*	*	*	*
Enf. Cardiovasculares	*	*	*	*
Cáncer	*	*	*	*
Enf. Respiratorias	*	*		*
Enf. Digestivas				*
Apto. Locomotor	*			*
Diabetes Mellitus	*	*	*	*
Salud Materno Infantil	*	*	*	
Salud Mental	*	*	*	*
Demencia				*
Enfermedades Raras				*
Salud Buco Dental	*	*		
Accidentes	*	*	*	*
Personas Mayores			*	
Dependencia				*
Sistema Sanitario	*	*	*	*
Sistemas de Información	*	*	*	*
Formación	*	*	*	*
Investigación	*	*	*	*
Perspectiva Intersectorial				*
Desigualdades en Salud				*
Entorno				*
Nº Objetivos	104	33	79	53

El **I Plan de Salud** de la Región de Murcia se autodefinía como “la expresión de la política sanitaria” de la Región y su propósito era el de “convertirse en la guía para las acciones en salud” durante su periodo de vigencia. Como marco de referencia para su elaboración se tomaron la estrategia regional de OMS-Europa: “Salud para Todos en el año 2000”, la Carta Europea sobre Medioambiente y Salud y los contenidos de la Ley General de Salud.

El documento final del Plan de Salud fue aprobado por el Consejo Regional de Salud el 24 de noviembre de 1992 y por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia en

enero de 1993. Incluye una somera descripción de las características demográficas y socioeconómicas de la Región y cinco grandes bloques temáticos, en un intento de facilitar la lectura del mismo. Para cada área definida (Problemas de Salud, Estilos de Vida, Medio Ambiente, Sistema Sanitario y Apoyos Necesarios). Finalmente, con el objeto de hacer patente el carácter intersectorial, se determinaron las entidades y organismos de las Administraciones Públicas implicados en el diseño e implantación de las acciones necesarias para cumplir los objetivos del Plan de Salud.

El **II Plan de Salud** surge en el momento en que se iniciaron las negociaciones sobre transferencias sanitarias, los objetivos de Salud Pública se limitaron al marco de las actividades gestionadas por los Servicios de Salud, incluidas las acciones de vigilancia de riesgos para la salud pública, dejando fuera del Plan los aspectos relacionados con el desarrollo de infraestructuras o servicios que eran responsabilidad de otros órganos de la Administración. En resumen, los temas relacionados con la Salud Pública fueron los referidos a competencias propias y, asumible bajo la única responsabilidad de la Consejería de Sanidad.

Como consecuencia, la estructura que se necesitó para su elaboración se simplificó mucho, dando un mayor protagonismo a la responsabilidad directiva e institucional. Los trabajos a realizar tenían responsables definidos y no participantes altruistas, lo que permitió una mayor disciplina en métodos y tiempos.

El documento final incluyó una descripción de las características demográficas de la Región y cuatro grandes áreas donde se realizaba un análisis de situación (Problemas de Salud, Estilos de Vida, Medio Ambiente y Sistema Sanitario). En este caso se profundizó más en el área de Sistema Sanitario en la que se incluyeron los aspectos de formación e investigación. El último apartado del documento recogía los 33 objetivos y los criterios para su evaluación.

El **III Plan de Salud** nació de un marco de referencia diferente a los anteriores. Por un lado, la política de la OMS se había modificado con la puesta en marcha de la nueva estrategia “Salud para todos en el siglo XXI” y, por otro, el Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública de la Comisión Europea. A estos aspectos se les unía el nuevo marco por el que, desde enero de 2002, la Comunidad Autónoma disponía de competencias plenas en el ámbito de la sanidad.

Teniendo en cuenta estas directrices, el Plan de Salud tenía como principios inspiradores la mejora de la accesibilidad (equidad en el acceso), la mejora de la calidad (equidad en los servicios) y la mejora de la eficiencia del Sistema.

El **IV Plan de Salud** a lo largo de su elaboración se ha puesto de manifiesto la necesidad de dar respuesta a dos situaciones peculiares de la Región de Murcia. En primer lugar, el importante crecimiento demográfico de los últimos años, que la sitúa como uno de los polos de desarrollo poblacional más destacado de España, con un incremento de la población de casi el 10% en tan sólo cuatro años. Al mismo tiempo, y aunque actualmente exista una coyuntura económica desfavorable, la Región de Murcia ha experimentado en los últimos años un destacado progreso económico.

Sin embargo, los principales indicadores del nivel de salud de la población en la Región de Murcia han mejorado en los últimos años, pero siguen siendo discretamente inferiores a los de España. Otros indicadores relacionados con el desarrollo social, como pueden ser los que hacen referencia al estilo de vida, la educación o los relacionados con el impacto de la pobreza muestran resultados desfavorables, que probablemente son los causantes de la diferencia en el nivel de salud de la población murciana con respecto a la española.

Situación de partida

Los indicadores de cohesión social de la Región, como el porcentaje de la población por debajo del umbral de pobreza, nivel de estudios, etc. configuran una realidad proclive al impacto en desigualdades en salud. Estas desigualdades están contribuyendo de una forma destacada a que los macro indicadores de salud de la Región expresen una situación de la salud inferior a la media española.

La Región ha realizado en los últimos años importantes esfuerzos en la gestión medioambiental, especialmente con la gestión del agua, liderando en España los mejores resultados relacionados con su tratamiento y reutilización que es necesario extender este esfuerzo a otros entornos medioambientales, como la recogida de residuos o la calidad del aire.

Los indicadores de salud de la Región ponen de manifiesto que su nivel de salud se encuentra por debajo de la media española, configurándose la convergencia con España como el principal reto de este Plan de Salud. La esperanza de vida actualmente es de 79,6 años (76,5 años para hombres y 82,8 para las mujeres), 0,6 años menos que la media española. Esta situación se reproduce en el resto de indicadores de nivel de salud

como la mortalidad ajustada por edad, la percepción del estado de salud o la incidencia de la discapacidad.

En esta misma línea, los indicadores relacionados con los estilos de vida que influyen en la salud, como pueden ser la tasa de fumadores, la incidencia de la obesidad y sobrepeso o la actitud sedentaria, ponen de manifiesto un insuficiente compromiso de la ciudadanía con el cuidado de su salud.

Figura nº 59 Evolución de los grupos de riesgo

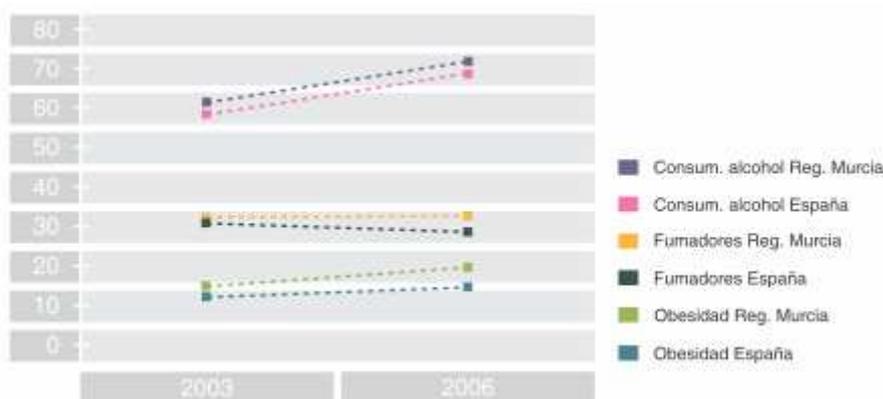
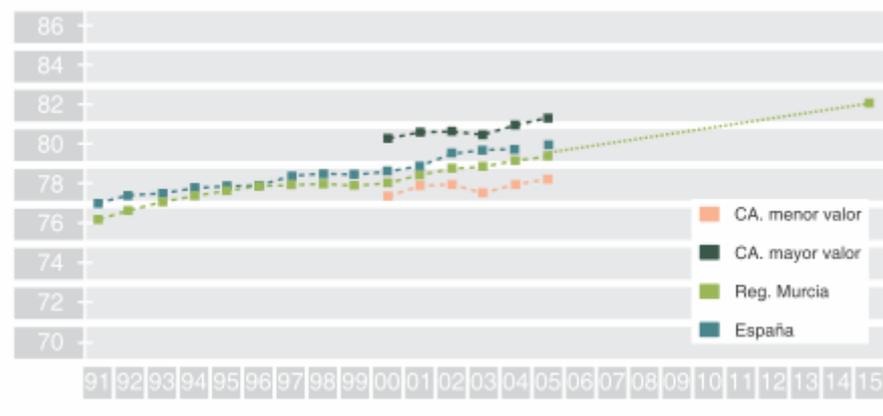


Figura nº 60 Evolución de la esperanza de vida



Por todo esto, el Plan de Salud pretende centrar sus esfuerzos en aquellos condicionantes que, en mayor medida, pueden impactar en el nivel de salud de la sociedad murciana. Entre estos conviene destacar:

- Promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.

- Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables evidenciados.
- Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud, y promotor de la salud colectiva.
- Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.
- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.
- Fortalecimiento de la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.
- Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- Promocionar la capacitación e implicación del paciente y su entorno con su enfermedad, mediante intervenciones individuales y grupales.
- Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

La contrareforma sanitaria

El RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones Consta de 5 capítulos y una serie de disposiciones generales y se precisa de un análisis detallado de cada una de ellas porque supone cambios fundamentales en el sistema sanitario español, además reúne una gran cantidad de medidas muy distintas :

Capítulo I. De la asistencia sanitaria

Este capítulo consta de un único artículo y tres apartados cuya principal novedad es que se vincula el derecho a la atención sanitaria con el aseguramiento, y se excluye de la atención sanitaria gratuita a quienes no ostenten esta condición, también se señala el control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre el reconocimiento de las condiciones para el aseguramiento, la responsabilidad de las administraciones sanitarias

para expedir la tarjeta sanitaria individual (TSI) y la limitación del derecho de los extranjeros no regularizados a la atención sanitaria en urgencias, en los embarazos y a los menores de 18 años.

Las disposiciones adicional primera y final quinta se establecen las condiciones para el pago de la atención sanitaria de los españoles residentes en otros países (en algunos casos) y de los extranjeros miembros de la Unión Europea o de otros estados parte del acuerdo sobre el espacio económico europeo que en lo fundamental refuerza los mecanismos de cobro por la asistencia prestada, pero que en lo esencial ya existían.

Capítulo II. De la cartera común de servicios del SNS

Consta de un artículo y seis apartados que como novedad separan la cartera de servicios del SNS en 3 modalidades (básica, suplementaria y accesoria), la básica se identifica como gratuita en el momento del uso y las otras dos se establece que seguirán las normas que se establecen para el copago farmacéutico, sin que en este caso medien los límites en la cuantía a aportar por los ciudadanos (pensionistas o activos, crónicos o con patologías agudas). Queda en manos del Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial (CI) el fijar mediante una Orden tanto lo que incluye la cartera básica como las modalidades de copagos en la accesoria y suplementaria, dándole un plazo de 6 meses para la fijación del importe de los copagos (adicional segunda). A pesar de lo que se ha publicitado por el Ministerio y el Gobierno se sigue manteniendo la posibilidad de que las CCAA tengan una cartera de servicios complementaria diferenciada con el único condicionante de que tienen que ser financiada con fondos propios

Capítulo III Medidas de cohesión y de garantía financiera del SNS

Consta de un artículo que establece el Fondo de Garantía Asistencial, con carácter extrapresupuestario, que en teoría se dedicara a compensar los gastos producidos en cada comunidad autónoma por personas residentes en otras distintas.

Capítulo IV Medidas sobre la prestación farmacéutica

Consta de 4 artículos, el primero dividido en dieciocho apartados, el segundo en dos y el tercero y cuarto sin apartados. Se modifica el artículo 85, que tendrá la siguiente redacción:« 1. La prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud se efectuará en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes, a la vez que se protege la sostenibilidad del sistema.

2. las prescripciones de medicamentos se efectuarán de acuerdo con el siguiente esquema:

a)Para procesos agudos, la prescripción se hará, de forma general, por principio activo.

b)Para los procesos crónicos, la primera prescripción, correspondiente a la instauración del primer tratamiento, se hará, de forma general, por principio activo.

c)Para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad de tratamiento, podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando ésta se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.

3.No obstante, la prescripción por denominación comercial de medicamentos será posible siempre y cuando se respete el principio de mayor eficiencia para el sistema y en el caso de los medicamentos considerados como no sustituibles.

4.Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.

5.En todo caso, la prescripción de un medicamento para su utilización en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica deberá ser autorizada previamente por la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma.»

Se añade un nuevo artículo 85 bis, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 85 bis. Sistemas de información para apoyo a la prescripción.

1.Los órganos competentes de las comunidades autónomas dotarán a sus prescriptores de un sistema de prescripción electrónica común e interoperable en el que se incorporarán subsistemas de apoyo a la prescripción, tales como:

–Nomenclátor de medicamentos en línea.

–Correspondencia entre principios activos, medicamentos disponibles y patologías en las que están indicados.

–Protocolos de tratamiento por patología recomendados desde las instituciones sanitarias y las sociedades médicas, con indicación de los estándares de elección y los beneficios esperados.

– Coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica según criterios de eficiencia.

– Base de datos de interacciones.

– Base de datos de ensayos clínicos en su provincia o comunidad autónoma.

– Información periódica en línea (autorización y retirada de medicamentos y productos sanitarios, alertas y comunicaciones de interés para la protección de la salud pública).

– Difusión de noticias sobre medicamentos que, sin ser alertas en sentido estricto, contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.

2.Los sistemas de apoyo a la prescripción recogerán la información correspondiente a los precios seleccionados vía aportación reducida, de modo que el médico pueda tomar en consideración el impacto económico durante la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

3.Los sistemas de apoyo a la prescripción serán gestionados desde los órganos competentes a nivel de comunidad autónoma. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud velará por que los mismos se articulen de modo eficiente y contribuyan a mantener la equidad del sistema sanitario.

4.El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en coordinación con las comunidades autónomas, establecerá protocolos asistenciales de carácter básico de modo que se oriente la prescripción y utilización de aquellos medicamentos que, por sus características singulares, requieran especial atención y cautela en su prescripción y dispensación.»

«Artículo 85 ter. Exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios.

1.El órgano responsable de la prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad actualizará, mediante resolución motivada, la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.

2.La motivación de la exclusión responderá a alguno de los siguientes criterios:

a)El establecimiento de precios seleccionados.

b)La convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis.

- c)La consideración del medicamento como publicitario en nuestro entorno europeo.
- d)Que el principio activo cuente con un perfil de seguridad y eficacia favorable y suficientemente documentado a través de años de experiencia y un uso extenso.
- e)Por estar indicados en el tratamiento de síntomas menores.
- f)Por cumplir cualquiera de los criterios de no inclusión en financiación pública recogido en el apartado 2 del artículo.

3.Los responsables de los productos excluidos de la financiación comunicarán al órgano competente los precios a los que van a comercializar dichos medicamentos. La misma obligación se extiende a las variaciones en los precios.

4.En el mes siguiente a la entrada en el registro del órgano competente de las comunicaciones a las que se refiere el apartado anterior, éste resolverá sobre su conformidad o no a los precios propuestos. En caso de disconformidad, dicho órgano elevará la discrepancia a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, la cual resolverá sobre dicha cuestión. Dicha decisión será notificada mediante resolución del órgano competente al interesado.La decisión administrativa recogida en el punto anterior se basará en razones de protección de la salud pública, de igualdad de acceso a los medicamentos por parte de los pacientes o de lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos.

5.En tanto en cuanto se mantenga la disconformidad mencionada en el apartado anterior, se mantendrá la vigencia del precio industrial máximo.»Cuatro. Se añade un nuevo apartado 5 al artículo 86, que tendrá la siguiente redacción:

«5.Cuando la prescripción se realice por denominación comercial, si el medicamento prescrito tiene un precio superior al del menor precio de su agrupación homogénea el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el de menor precio y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.»

«Artículo 94 bis.Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.

- 1.Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia.
- 2.La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario.
- 3.La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

4.La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5.Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a)Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b)Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c)Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d)Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

6.Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a)A un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima para el 2012, expresada en euros, resultante de la aplicación de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente. Dicha aportación máxima se actualizará, de forma automática cada mes de enero de acuerdo con la evolución del IPC. La actualización se formalizará por resolución de la unidad responsable de farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

b)Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o

d) hasta un límite máximo de aportación mensual de 8 euros.

c)Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e

inferior a 100.000 consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 60 euros.

7) El importe de las aportaciones que excedan estos montos será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas receptoras de rentas de integración social.

c) Persona receptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

9. El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 %.»

Capítulo V Medidas en materia de recursos humanos

Recoge 3 artículos, el primero con cuatro apartados, el segundo sin apartados y el tercero con siete. Trata de 3 temas muy distintos:

La regulación de las Áreas de capacitación específica y su regulación (acreditación de centros, comités y diplomas) El registro de profesionales del SNS Modificaciones del Estatuto Marco: modificación, creación y supresión de categorías, retribuciones en relación con la evaluación del desempeño, regulación de IT, integración de funcionarios y personal de cupo y zona y regulación fondos acción social

Disposiciones Finales

Solo referirnos a:

Final sexta, refuerza el papel de la ONT en el control de la donación y manejo de las células y tejidos humanos, su contenido es positivo, pero tampoco se entiende su presencia en este RDL.

Final séptima tres: establece la incorporación en los informes de prescripción y terapéutica para los pacientes de los costes de los tratamientos, la llamada “factura sombra”, por supuesto sin que nadie haya evaluado ni los costes de hacerlo ni sus beneficios.

**GRADO DE
CUMPLIMIENTO DE
LAS HIPOTESIS**

5.- GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS HIPOTESIS

Hipótesis 1 Mapa sanitario

La LGS de 1986 pretendía apostar por la salud y su promoción, en lugar de seguir con el sistema franquista del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), basado exclusivamente en la enfermedad, para ello se creó una nueva estructura sanitaria, mucho más diferenciadora, equitativa y eficiente, tanto que ha cambiado el panorama sanitario y social español: los Centros de Salud, las Zonas de Salud y las Áreas de Salud, para compensar con la Atención Primaria de Salud el excesivo peso de los hospitales. La existencia de Gerencias de Atención Primaria permitía dar protagonismo a esta faceta, frente a la dinámica hospitalaria. Sin embargo en los últimos años la Consejería de Sanidad de nuestra Región ha optado por constituir Áreas únicas, unificando la atención primaria y la hospitalaria, y sin ningún papel para la dimensión de promoción y prevención de la salud. Con ello, se vuelve a privilegiar el peso de la tarea hospitalaria en cada área y se convierten en actuaciones subsidiarias y subordinadas las de atención primaria y salud pública.

A causa del incremento demográfico que ha experimentado la región en los últimos años, es comprensible y adecuado que se modifique el Mapa Sanitario de la Región. Éste, junto a los Planes de Salud, es el instrumento esencial para la planificación y gestión sanitarias. Se ha producido una modificación por la Orden de 24 de abril de 2009, que consiste en pasar de las seis áreas originarias de los años ochenta, centradas en los respectivos hospitales comarcales, a nueve áreas. Las nuevas áreas son:

La Vega Alta del Segura (Área IX) con el Hospital de Cieza, la del Mar Menor (Área VIII) con el Hospital de los Arcos, y la división de la de Murcia en Murcia Oeste (Área I), con el hospital de la Arrixaca como referencia, Murcia Este (Área VII), con el hospital Reina Sofía como referencia, y Vega Media del Segura (Área VI), con el hospital Morales Meseguer como referencia. Las dudas que entran con esta modificación del Mapa Sanitario de la Región de Murcia tienen que ver con la provisión del conjunto de servicios y recursos en los distintos hospitales de área, de forma que se garantice una mínima igualdad de asistencia y atención sanitarias en cada uno de ellos.

Hipótesis 2 El trabajo en equipo

La atención primaria española actual es el primer escalón de la organización asistencial, se ha introducido el trabajo en equipo, la historia clínica se ha informatizado frente a la historia antigua de papel y se ha convertido en una herramienta indispensable y compartida; ha aumentado el horario asistencial y la accesibilidad; se programa la asistencia; se han introducido criterios de gestión en el proceso asistencial; se evalúa la calidad; se han introducido elementos de incentivación a los profesionales y mejoras en los sistemas de información y de la prestación de cuidados que funciona con eficacia, que la sociedad valora positivamente y que tiene unos costes soportables para la financiación pública, sobre todo cuando se compara con los costes hospitalarios del propio país y con los recursos que le dedican los países de un entorno socioeconómico similar.

Además, desde el punto de vista de la equidad, la universalización de la asistencia y la extensión de la AP han sido factores decisivos en la mejora de los niveles de equidad horizontal, porque el incremento de la estructura y la facilidad de acceso han permitido a las personas con menor renta y nivel de información compensar el infraconsumo de otros servicios.

En el desarrollo de la reforma en sus inicios por los años 80 del siglo pasado, participaron un conjunto de profesionales jóvenes y muy motivados con el cambio, pero con el paso de los años aparecieron el desánimo y el descontento profesional debido a la saturación asistencial y a la masificación, que estaba haciendo difícilmente soportable, desde el punto de vista científico y ético, mantener una calidad suficiente, por falta de tiempo y medios, por exceso de burocracia, por carencia de medios diagnósticos, etc.

Esto favoreció la aparición de un movimiento organizado, la “Plataforma 10 minutos”, que condensaba muchas de las quejas del sector en un slogan: disponer de al menos diez minutos para atender a cada paciente.

La reforma cuenta con la aceptación social y el apoyo de la misma por las distintas opciones políticas que han gobernado el conjunto estatal y las CCAA a lo largo de las tres últimas décadas.

Entre los errores destaca:

- la falta de definición de los papeles de los distintos profesionales.
- la rigidez de un sistema muy burocrático que ha llevado al cansancio y hastío de los médicos, lo que compromete su futuro.
- las restricciones de financiación, que han conseguido el control del gasto sanitario, fundamentalmente a través de una escasa remuneración de los profesionales, y ha llevado al establecimiento de una corriente migratoria de médicos y enfermeras hacia países de nuestro entorno (que triplican los ingresos profesionales reales).

Entre las propuestas que se sugieren para mejorar están:

- mejorar la financiación del nivel de AP, con establecimiento de un sistema de información nacional, autonómico y local que respete la confidencialidad y proteja el secreto médico
- mayor flexibilidad que permita la experimentación y evaluación de formas nuevas de organización en las que el médico recupere autonomía, autoridad y responsabilidad social.
- dotar a los centros de mejor acceso a pruebas diagnósticas ya que los médicos de AP derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y formación podrían atender, y en cambio realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario.
- aumentar el personal auxiliar, en la consulta y en el área administrativa.
- que la enfermería recupere liderazgo en la prestación de cuidados, sobre todo en lo que respecta a crónicos a domicilio y en la coordinación con los servicios sociales.

Para que la AP alcance liderazgo tiene que proporcionar servicios eficientes y de calidad, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes. Debe proporcionar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados.

Otros inconvenientes tienen que ver con la falta de flexibilidad del horario de centros y de agendas profesionales, que ocasionan, por ejemplo, que aparezcan listas de espera para ver al médico, lo que contradice el principio de accesibilidad propio de la AP, y también el abandono de la atención domiciliaria. Este aspecto es llamativo en el caso de los pacientes terminales, cuya atención por AP no debería quedar reducida a un horario rígido.

Una mejora reconocida en España es el desarrollo de los sistemas de información, a pesar de que, todavía, los distintos sistemas de las CCAA no son interoperables y de acceso universal para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) y desde fuera de nuestras fronteras. Se puede destacar el avance en la informatización de las consultas y los proyectos de receta electrónica, que pueden mejorar la relación con el nivel especializado y reducir el trabajo burocrático, sin embargo la historia clínica compartida está muy retrasada.

En España, la reforma de la AP iniciada a comienzos de los años 80 del siglo pasado, recibió el impulso de una estrategia internacional liderada por la OMS; a nivel local, coincidió en el tiempo con la reforma política, y con el afán de modernización de la sanidad pública, en lo profesional; y vino acompañada de un desarrollo legislativo coherente (RD 137/84), que propició la aparición de los centros de salud y del trabajo en equipo. En el momento actual, tenemos una organización que se ha burocratizado en exceso, que está soportando mal el aumento medicalización y de la demanda, así como las consecuencias de una demografía adversa (incremento de la población protegida, población más envejecida, comorbilidad y multimorbilidad crecientes, envejecimiento de los propios profesionales).

Los cambios serían:

- el incremento de la financiación
- la libre elección de médico de AP
- las mejoras en la accesibilidad, sin diferencias entre mañana y tarde;
- participar activamente en la gestión clínica de los procesos, tanto de la práctica clínica, como la garantía de calidad, la farmacia o la incapacidad temporal;
- la atención preventiva y comunitaria, junto con la incorporación a la AP de actividades hospitalarias como cirugía menor, electrocardiografía, analítica básica, citología, colocación de DIU, espirometría, ecografía, cuidados paliativos, seguimiento de enfermos crónicos y postoperatorios, etc.

La AP debe protagonizar el control del enfermo crónico o frágil, de la salud mental (especialmente en los trastornos de bajo perfil), de la salud pública y de la salud laboral.

Hipótesis 3 AP y especializada

En las últimas décadas el aumento tecnológico y la fascinación por la innovación han favorecido el crecimiento de la medicina hospitalaria, en detrimento de la financiación de la AP, que no suele rebasar el 14 % del presupuesto sanitario público, por eso, desde AP se reclaman mejoras en su financiación, y adaptar su organización y sus competencias clínicas para hacer frente al incremento y banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización, para mejorar su capacidad resolutive y para evitar el descontento de los profesionales.

La coordinación entre primaria y especializada debe fundarse en el papel de filtro del médico de cabecera, de forma que los especialistas hospitalarios y ambulatorios tengan el papel de consultor que les corresponde. Además, la burocracia debería reducirse a un mínimo, tanto en lo formal como en lo conceptual. Ello implica el acceso directo a todas las pruebas diagnósticas, la desaparición de visados, y la simplificación de la prescripción.

Los problemas en los que estas diferencias son más evidentes son:

1. Desconocimiento de las actividades realizadas en el otro ámbito asistencial
2. Falta de comunicación y de diálogo
3. Masificación de la asistencia en ambos ámbitos
4. Falta de consideración profesional del hospital/especializada hacia AP
5. Desmotivación del personal sanitario
6. Poca accesibilidad del hospital para el médico de atención primaria
7. Falta de uniformidad de criterios al no haber protocolos de actuación comunes
8. Exceso de lista de espera en el centro de especializada
9. Prescripción delegada al MAP por el especialista
10. Falta de medios administrativos
11. Escasez de personal
12. Falta de planes de educación sanitaria
13. Falta de impulso por la Administración a la formación continuada
14. Falta de seguimiento del MAP a pacientes ingresados en hospital.
15. Historia clínica única informatizada
16. Interconsultas injustificadas al especialista
17. Distinto concepto de salud en hospital y atención primaria
18. Rechazo de interconsultas por parte de los especialistas de forma injustificada

19. Falta de visión «integral» del paciente, en el tiempo transcurrido se sigue detectando en la atención hospitalaria una desconsideración mayor hacia el paciente en cuanto a una falta de perspectiva biopsicosocial.

Posibles soluciones

1. Elaboración de protocolos comunes y consensuados de tratamientos, tanto desde el punto de vista personal como profesional criterios de derivación.
2. Creación de comisiones mixtas para la realización de reuniones organizativas
3. Reuniones entre coordinadores de centros de salud/jefes de servicio y directores de atención primaria/ gerentes de hospital.
4. Ampliación de técnicas diagnósticas en atención primaria
5. Mejora de los circuitos de pacientes
6. Primera prescripción/recetas de larga evolución, citación por parte del especialista
7. Mejorar la educación sanitaria poblacional
8. Autocitación de especializada
9. Acceso de los MAP a pacientes ingresados en el hospital
10. Realización de guardias por el MAP en el hospital
11. Mejorar la comunicación de forma bidireccional. Control de calidad del intercambio de información
12. Cursos de formación continuada para el MAP o mixtos de temas de especializada
13. Sesiones clínicas conjuntas
14. Rotaciones periódicas de los MAP en el hospital por los distintos servicios, consultas externas, urgencias
15. Creación de grupos de trabajo conjuntos

Hipótesis 4 Cambios demográficos

De forma global los indicadores sanitarios han mejorado gracias a la AP, por su universalidad, accesibilidad, amplias prestaciones y gratuidad. Así, por ejemplo, han disminuido el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la mortalidad neonatal e infantil y la mortalidad postneonatal, y se ha incrementado la esperanza de vida al año, la esperanza de vida a los 15, 40, 65 y 80 años y los años de vida ajustados por calidad

Según datos de censos oficiales la Región de Murcia a experimentado un crecimiento demográfico superior a la media del resto de comunidades autónomas, en este crecimiento han influido diversos aspectos como el aumento de la esperanza de vida al nacer, el aumento del envejecimiento poblacional y el aumento importantísimo de la población extranjera, este crecimiento se ha concentrado principalmente en las áreas de Murcia, Lorca y Cartagena, en cuanto al número de médicos por 100.000 habitantes en la Región de Murcia el número es inferior a 400 por 100.000 frente a otras comunidades con más de 500, al igual ocurre con los enfermeros cuya tasa por 100.000 habitantes es considerablemente inferior al resto de comunidades autónomas, si valoramos el número de médicos que trabajan en el ámbito de la atención primaria en comparación con el resto de España, Murcia queda en los últimos lugares

Al analizar el tipo de consultas que se realizan en AP observamos que el grupo de edad que con más frecuencia acude son los mayores de 75 años, y que el índice de frecuentación en Murcia es de 7.08 el más alto del país después de Cantabria y si comparamos la frecuentación de AP, frente a especializada y atención de urgencias la mayor es AP con un 86, frente a un 63 de especializada y un 53 de urgencia

La valoración global de la reforma de la AP es positiva, pues se ha mantenido la AP como un nivel definido de prestación de servicios, pero con escasa innovación y adaptación a las necesidades locales y a las nuevas necesidades de la sociedad española en particular (inmigración, por ejemplo) y de las sociedades desarrolladas en general (la medicalización de la vida diaria, por ejemplo).

El acceso universal y gratuito a la AP tiene repercusiones beneficiosas en la disminución de las desigualdades sociosanitarias, de forma que reformas que limiten el acceso, o la oferta de servicios, o que impongan tasas o, simplemente, que reduzcan los recursos destinados al primer nivel asistencial, acabarán manifestándose a largo plazo en problemas de salud en las clases más pobres.

En el año 2013 el crecimiento del gasto sanitario español atribuible al envejecimiento ha oscilado entre el 9,42 % y el 10,84 %. Por tanto, el envejecimiento por sí solo no influirá en exceso en el crecimiento del gasto sanitario.

En cuanto al peso de la dependencia, también puede descender el número de dependientes por persona trabajando. Considerando población ocupada a los que tienen entre 20 y 64 años de edad y dependiente a la población entre 0 y 19 años y de 65 o más años, según la evolución prevista de la mortalidad y de las tasas de empleo en hombres y en mujeres, en 2008 el número de dependientes por ocupado fue en España de 1,16

(en el año 1.900 fue de 2,36 y en 1970 2,09), y en 2048, si se cumple una tasa de ocupación del 80 % en hombres y del 70 % en mujeres, el número de dependientes por ocupado se estima será de 1,19.

Sobre la sobreutilización de servicios, las encuestas más precisas indican una media de 6 visitas por paciente/año al médico de cabecera, similar a la de otros países con sistemas de salud equivalentes al nuestro.

Hipótesis 5 La especialidad de Medicina Familiar y comunitaria

El establecimiento de la Medicina de Familia y Comunitaria como una especialidad, el trabajo a tiempo completo y en exclusiva de los profesionales, y la introducción de la historia clínica como herramienta cotidiana de trabajo son características del actual sistema de AP.

La Unidad Docente (UD) de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia, lleva más de 25 años, facilitando la formación y la docencia de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, siendo de las unidades docentes más antiguas de España y figurando entre las unidades docentes de mayor capacidad de formación de residentes. Inició su andadura con la promoción de los años 1979-1980, desde entonces viene desarrollando su labor formativa, docente e investigadora (durante 33 años).

Recientemente, entre los años 2009 y 2011 ha superado el proceso de reacreditación de toda la Unidad y su estructura docente, según lo establecido por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, de forma que ha sido reacreditada por un periodo de 4 años.

Misión:

- Formar médicos especialistas en MFyC, mediante la práctica profesional supervisada, de acuerdo al programa oficial de la especialidad. Para ello integra a los residentes en el mejor contexto de práctica profesional posible tanto en los centros de salud docentes como en el hospital docente, con el apoyo y supervisión de profesionales competentes, comprometidos con la docencia, con los valores de la profesión y de la especialidad y satisfechos de su labor.
- Proporciona las labores de soporte al proceso formativo, lectivas, organizativas, evaluadoras y administrativas necesarias para garantizar que el proceso formativo se produce con calidad, orientando la excelencia hacia "hacer bien lo cotidiano".

- Promociona valores en la red docente y asistencial, el respeto, el dialogo, la confianza, la cooperación, la responsabilidad, la generosidad, y el buen trato.
- Es consciente de que la incorporación al proceso formativo de los residentes implica un esfuerzo personal, y una adaptación vital, y de forma respetuosa vela por el bienestar de todos los implicados, necesario para poder tener el crecimiento profesional y personal esperado. Si se detectan dificultades pondrá en marcha los recursos de soporte personal y profesional que sean necesarios.

Visión:

- Los especialistas formados entre nosotros serán capaces de incorporarse a la práctica profesional de Atención Primaria con éxito, aportando valores y calidad en su desempeño, y serán protagonistas de su crecimiento personal y profesional a lo largo de su carrera.
- La unidad docente está perfectamente integrada en la red asistencial. Esta red asistencial dispondrá de los recursos físicos, tecnológicos, organizativos y profesionales precisos para proporcionar los servicios necesarios para atender las necesidades de salud de la población, y al mismo tiempo albergar los procesos docentes que nutren a la red con los especialistas de calidad que precisa.
- Los centros de salud y los hospitales tendrán la capacidad de adaptarse a un crecimiento de los servicios, y estarán dotados de los espacios asistenciales y de estudio necesarios para posibilitar una docencia de calidad según señala el programa de la especialidad de MFyC.
- La provisión de instalaciones y de recursos debe ser proactiva y adelantarse a las necesidades.
- La unidad docente incorporará la metodología docente más adecuada para garantizar el desarrollo de procesos formativos de calidad, y colaborará con los referentes de docencia locales, regionales y nacionales en el desarrollo y evaluación de metodología y recursos para la docencia.
- Colaborará en la consecución de los objetivos de la red asistencial, de su Gerencia de Atención Primaria y con otras instituciones docentes.
- Será un referente de calidad en la formación de médicos especialistas en MFyC, en el modelo de unidad docente de tamaño grande.

Valores:

La unidad docente fomentará la formación de profesionales con el perfil del médico de familia que integre el enfoque holístico con la máxima competencia profesional,

promoviendo la ética y valores como el respeto, la responsabilidad, la autocrítica, el autoaprendizaje, la reflexión, la confianza y el diálogo, entre otros valores; a lo largo de todo el proceso formativo.

Objetivos estratégicos:

- Incorporar a la organización y al desarrollo de la formación que imparte la metodología docente propuesta por el programa oficial de la especialidad de MFyC.
- Continuar con la implantación del nuevo libro del residente, utilizando para ello el modelo de portafolio formativo, como instrumento para la planificación y la evaluación del proceso docente. Actividades formativas tipo cursos y talleres, y posteriores procesos de evaluación de las actividades formativas y docentes en las que participan los actores del proceso formativo: residentes, tutores y otros colaboradores docentes que pudieran participar.
- Desplegar los instrumentos docentes necesarios para el correcto desarrollo del proceso formativo. Desarrollar el programa lectivo propuesto por el programa de la especialidad.
- Continuar con el plan de ayuda y mejora para los tutores y colaboradores docentes.
- Completar el proceso evaluativo global de la unidad docente y mejorar los criterios de evaluación de los residentes adscritos a esta UD.
- Colaborar en la continuidad profesional (fidelización) de los especialistas en medicina de familia; una vez han terminado su periodo formativo MIR, y tras el inicio del contacto con la red asistencial de las distintas Gerencias de las áreas sanitarias de la Región de Murcia
- Colaborar con los objetivos de calidad y de desarrollo profesional. Colaborar con los objetivos en investigación y desarrollo.
- Presentar memoria anual que sea requerida por las instituciones competentes en formación sanitaria especializada.
- Continuar con el desarrollo e implantación de los premios a la docencia e investigación en medicina de familia y Atención Primaria de la unidad docente, como medio de motivar y recompensar a los tutores y residentes. Estos premios se denominan María Eugenia Moreno Martínez, en memoria de la residente de esta UD.
- Mejorar la calidad asistencial, y la seguridad de los pacientes, de nuestra área de influencia.

- Fomentar todo tipo de actividades que mejoren una mayor ocupación de plazas en la oferta MIR de esta unidad docente.

El papel de las unidades docentes es primordial ya que garantiza una formación de calidad, y como consecuencia unos profesionales altamente cualificados y válidos para desempeñar sus funciones profesionales una vez concluido el periodo de formación

Hipótesis 6 La investigación

La atención primaria en España ha pasado de una etapa de efervescencia, en la década de los ochenta y primeros de los 90 a otra de estancamiento, caracterizada por la escasa creatividad, por la rutinización de las tareas sobre todo de las asistenciales, relegándose otras como la promoción de la salud y a la investigación.

Por otra parte, los recientes cambios en la orientación de la investigación promovida desde la administración sanitaria, a favor de la investigación básica y en detrimento de la investigación en servicios y la epidemiología clínica, contrastan con la importancia de la atención primaria como ámbito natural de abordaje de numerosos agentes causales y prácticas de riesgo para la salud que originan algunas de las enfermedades que más años de vida perdidos ocasionan, como son 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.

A pesar de estas limitaciones, la cultura de la investigación ya se ha instalado en un buen número de centros de salud y la investigación en atención primaria ha ido teniendo una mayor presencia en las revistas científicas. Sin embargo, es necesario gestionar la investigación, también desde las estructuras de atención primaria, de manera específica y diferenciada, favoreciendo la priorización, la evaluación y la responsabilidad mediante fórmulas organizativas flexibles.

Ello debería incluir fórmulas de contratación y de relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación, siquiera a tiempo parcial, así como modelos de carrera profesional que reconozcan las actividades de investigación y docencia.

En situaciones de crisis y de restricciones presupuestarias, las políticas públicas de investigación, quede por sí no suelen recibir un tratamiento generoso, son las primeras en sufrir las carencias económicas y la falta de estímulos de todo tipo.

La elevada presión asistencial que padecen los médicos tiene como consecuencia que la mayor parte del tiempo se destine a consultas a demanda en los centros de salud, en

detrimento de la actividad programada, de la atención domiciliaria y de las actividades no asistenciales.

Hipótesis 7 Análisis de futuro

Los planes de salud

El IV Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 reconoce deficiencias y problemas, como: que estamos por debajo de la media española en nivel objetivo de salud y en nivel de salud percibida; que tenemos peores hábitos de salud, lo que nos ha llevado a alcanzar el índice de masa corporal (IMC) más alto de España; o que se ha dado un aumento de las frecuentaciones a las urgencias hospitalarias entre 2003 y 2007, pasando de 694.029 a 767.775.

En las propuestas de actuación, el IV Plan de Salud distingue siete grandes áreas: los aspectos que afectan a los determinantes de salud, los estilos de vida, la incidencia del entorno medioambiental, las enfermedades más relevantes como causantes de mortalidad prematura, las acciones para hacer descender las desigualdades en salud, los diferentes aspectos del propio sistema sanitario y, por último, los instrumentos de seguimiento y evaluación.

Un resumen que ofrece el propio Plan de Salud señala diez grandes objetivos:

- promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas saludables.
- desarrollar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, unos entornos saludables, etc.
- actuar sobre las desigualdades en salud
- potenciar la Atención Primaria de Salud
- mejorar la práctica clínica
- reforzar la coordinación con los dispositivos sociales
- fortalecer la gestión del sistema sanitario
- reforzar abordajes transversales de patologías crónicas
- promover la capacitación e implicación del paciente
- consolidar enfoques de todo tipo frente al cáncer.

La contrarreforma

Capítulo 1

En este bloque se vincula el derecho a la atención sanitaria al aseguramiento, en contradicción con lo aprobado en la reciente Ley General de Salud Pública (2011)

Se trata de una medida profundamente regresiva desde el punto de vista humanitario, de salud pública (aumenta el riesgo de focos de enfermedades infectocontagiosas) y sanitario (dejar a las urgencias como el único circuito de atención sanitaria a estas personas favorecerá un aumento de la presión asistencial en las mismas).

Por otro lado conviene recordar que el gasto sanitario de los inmigrantes es bajo y que la crisis económica se está encargando de disminuir este grupo de población.

En cuanto al “turismo sanitario” las modificaciones que se hacen son mínimas porque como es bien conocido el problema sobre todo es la dificultad de las administraciones para registrar y facturar la atención prestada.

Capítulo 2

Se modifica la cartera de servicios introduciendo copagos en la accesoria y complementaria, en principio, salvo en medicamentos, sin límites de cantidad, lo que vuelve a penalizar a los enfermos crónicos y a las rentas más bajas, suponiendo limitaciones muy serias en cuestiones como el transporte sanitario que es imprescindible para muchos tratamientos (diálisis, oncológicos, etc.). La cartera básica (en principio gratuita) va a ser modificada y deja al Gobierno las CCAA la posibilidad de establecer carteras de servicios diferentes en sus territorios.

Capítulo 3

La idea es positiva y ha sido reclamada por la FADSP hace tiempo. No obstante su carácter extrapresupuestario, parece indicar que va a carecer de fondos lo que le restará efectividad.

Capítulo 4 prestaciones farmacéuticas

Plantea la prescripción por principio activo, para que los profesionales trabajen con los nombres de la sustancia que representa el medicamento y no con el nombre que va

ligado a un producto industrial, por la que ese nombre se incorpora a las recetas y paulatinamente a todos los documentos, las historias clínicas, los informes de alta. Es una estrategia que tiende al debilitamiento del impacto comercial de los laboratorios y a recuperar el carácter científico de un tratamiento.

En la redacción actual se hace una concesión a la industria farmacéutica que siempre había pedido que, a igual coste al precio de referencia o precio menor se pudiera prescribir la marca, cediendo al ahorro económico pero anulando la potencia anticomercial del concepto.

Receta electrónica. Es positiva la incorporación a la norma de la obligatoriedad para toda España de un sistema de receta electrónica con sistemas de apoyo a la prescripción. Está bien que la receta electrónica tenga un módulo de interacciones (ya existe en algunas CCAA como Andalucía), información económica y protocolos de tratamiento del propio servicio de salud (aunque de aplicación práctica difícil). Sin embargo no se dice nada de módulos de ayuda a la prescripción relacionados con alergias, ajuste en insuficiencia renal o hepática o a otros parámetros clínicos, sistemas de alerta de duración o posología inadecuada, sistemas de alerta de contraindicaciones específicas del paciente.

FINANCIACIÓN SELECTIVA. Hay dos grandes aspectos, la propiamente llamada financiación selectiva de medicamentos nuevos que se basa en la modificación de los artículos 89 y 90 de la citada ley y que era demandada y esperada desde hace tiempo por muchos sectores sociales y la sorprendentemente nueva propuesta de exclusión de la financiación de medicamentos actualmente financiados que se basa en la modificación del artículo 85 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento Financiación selectiva.

Exclusión de medicamentos actualmente financiados. Los ciudadanos tendrán que empezar a pagarse los medicamentos de su bolsillo en las siguientes situaciones:

Medicamentos para síntomas menores. Es quizá el apartado más grave por su repercusión social. Se trata de una estrategia en la que gana el déficit y la industria farmacéutica puesto que al dejar de estar financiados, como el propio RD-Ley establece, los precios pasan a renegociarse al alza. Dispensación del de menor precio y del genérico que también se estaba haciendo. Revisión periódica de los copagos por ordenes del Ministerio de Sanidad Establecimiento del nuevo sistema de copago farmacéutico, (artículo 3, Trece), y establece 4 tramos de aportación (60% para rentas superiores a 100.000 €; 50% para rentas entre 18.000 y 100.000€; 40% para rentas inferiores a

18.000€ y 10% para los pensionistas), a la vez a estos últimos se les ponen unos toques máximos de mensuales (8€ para rentas menores de 18.000€, 18€ para las situadas entre 18.000 y 100.000€ y 60€ para las superiores a esta cantidad). Los excesos pagados por encima de estos toques máximos (casi todos los casos) serán “objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral” (4. Trece.7) Se establece la exigencia de la libre disposición para el Ministerio de los datos de consumo farmacéutico tanto de recetas como de centros sanitarios, y nada se dice sobre la publicidad de esta información. Se obliga al establecimiento de servicios de farmacia en los centros sanitarios con cien o más camas Se establecen sistemas de acreditación para la manipulación y adecuación de preparaciones de medicamentos

Capítulo 5 recursos humanos

No se comprende bien la necesidad de regular las áreas de capacitación específica sin hacerlo primero con la troncalidad de la formación de especialistas El registro de profesionales esta, en teoría establecido desde 2003, lo que hay que hacer es hacerlo Las retribuciones de acuerdo con la evaluación del desempeño pueden ser positivas si se asegurar criterios explicados, ligados a la calidad y controles de la misma, caso contrario empeorara la calidad del sistema sanitario

Disposiciones Finales

Solo referimos a:

Final sexta, refuerza el papel de la ONT en el control de la donación y manejo de las células y tejidos humanos, su contenido es positivo. Final séptima tres: establece la incorporación en los informes de prescripción y terapéutica para los pacientes de los costes de los tratamientos, la llamada “factura sombra”, por supuesto sin que nadie haya evaluado ni los costes de hacerlo ni sus beneficios.

CONCLUSIONES

6.- CONCLUSIONES

Primera. En la actualidad el mapa sanitario de la región de Murcia esta compuesto por 9 áreas de salud y cada una de ellas tiene un hospital de referencia, cada una de ellas incluyen varias zonas básicas de salud y la población media atendida en cada una de ellas oscila entre 12.000 y 20.000 habitantes; En total existen 89 zonas de salud con 80 centros de salud y 80 equipos de Atención Primaria, la distribución de los centros de salud y hospitales garantiza el tiempo máximo de acceso en 10 minutos al centro de salud y de 20 minutos al hospital de referencia, con todos estos datos se puede corroborar la veracidad de la primer hipótesis planteada, que las zonas básicas de salud son las adecuadas para que se desarrollen las actividades sanitarias pertinentes.

Segunda. Para corroborar la segunda hipótesis he realizado una encuesta que se ha distribuido a un total de 10 centros de salud, 5 en el ámbito rural y 5 en el urbano y han participado un total de 73 médicos de AP (42 hombres y 31 mujeres), con muchos años trabajo como médico en el ámbito de la atención primaria, el grupo mas amplio se sitúan entre 20 y los 35 años de profesión.

-El 95% de los encuestados considera que la salud debe ser el eje del sistema sanitario, independientemente de la edad, sexo o tipo de centro.

-El 43% opinan que la gestión de las áreas sanitarias debe ser realizada por un profesional en gestión de recursos sanitarios, independientemente de que sea un médico o no, y el 57% opinan que no esta de acuerdo

-El 90% creen que los gerentes de área no deben estar sometidos a cambios políticos y estarían de acuerdo en definir las funciones del personal del centro de salud y asignar a cada profesional por escrito las funciones correspondientes.

-El 60%; no disponen del material y recursos necesarios para el desarrollo de su trabajo diario en el centro de salud y un 40% han contestado que si.

-El 7% del total se encuentra muy satisfecho con sus condiciones laborales, un 56% han contestado que satisfechos y un 36 %, insatisfechos.

-Cómo valora la retribución económica en relación a la responsabilidad del puesto, un 3% consideran la retribución económica como muy buena, un 11% como buena, un 27% como correcta y un 60% como insuficiente.

- El 90.4% realizan los avisos en su propio vehiculo.

- El 64% consideran válido el actual modelo de AP pero mejorable, un 21% no lo consideran válido y un 10% si lo consideran válido.
- Si cree usted que los centros de salud deberían autogestionarse un 39.7% han contestado que no, un 42% que si para todo, y el 4% solo para el contrato de personal y un 4% solo en el horario.
- Un 89% consideran que el médico de Atención Primaria esta sometido a una sobrecarga asistencial y el 100% consideran necesario una distribución de las cargas de trabajo que descargue a los médicos de tareas burocráticas y administrativas.
- Si se siente desmotivado en su trabajo habitual, un 41% han contestado que si y 59%.que no
- El 84% de los encuestados consideran como innecesarias mas de la mitad de las consultas diarias, que a la pregunta de cuantas reuniones de trabajo ha asistido en la última semana para organizar el trabajo en equipo el 40% han contestado que a ninguna, y el resto entre 1 y 3.
- Cuantas actividades de promoción de la salud ha realizado en la última semana, un 28,7% han contestado que ninguna, un 36,9% han contestado entre 1 y 10 actividades, un 21,9% han contestado entre 12 y 25 y un 9.5% la han dejado en blanco sin contestar
- Cuantas tareas de prevención de la salud ha realizado en la última semana un 52% han contestado entre 0 y 10, un 16% han contestado entre 10 y 20 y cabe destacar que un 71% de los encuestados han contestado que no han realizado ninguna actividad de colaboración con la ciudadanía en la última semana.

Tercera. En las últimas 3 décadas se ha producido una profunda transformación en AP y en sus estructuras en toda España (con diferencias según las comunidades autónomas), así como la sustitución de los ambulatorios por centros de salud, la incorporación de nuevos profesionales y la ampliación de la cartera de servicios. En cuanto a las iniciativas favorables a la coordinación con el nivel hospitalario, las revisiones realizadas muestran que las reformas que han modificado la relación entre médicos generales y especialistas han servido para mejorar la accesibilidad de los servicios y la satisfacción de los pacientes, pero no se ha demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención, ni sobre los resultados en salud. A pesar de estas modificaciones se cumple como verdadera la hipótesis tercera, la relación entre ámbitos asistenciales no se facilita según el modelo actual de AP, existe demasiada burocracia

en las consultas y un problema importante de falta de comunicación y diálogo entre ambos niveles asistenciales.

Cuarta. La hipótesis cuarta es cierta, la AP hoy en día no cuenta con los recursos necesarios para afrontar los importantes cambios ocurridos en la región de Murcia en los últimos años, y en relación a los costes del sistema sanitario no están tan determinados tanto por el envejecimiento y por el peso de la dependencia como por el uso abusivo por parte del propio sistema asistencial de una tecnología diagnóstica y terapéutica muy costosa; por la variabilidad injustificada de la práctica clínica; por el abuso de la medicina defensiva; por el anclaje de los pacientes al hospital; por la repetición innecesaria de las mismas pruebas y, en general, por decisiones y actuaciones de gestores, de médicos y del conjunto del engranaje asistencial, más que de los propios pacientes.

Quinta. En la década de los 80, existió una desproporción importante entre los médicos que acababan la carrera, entorno a 7000 anuales, las plazas MIR ofertadas entre 1000 y 2000, y los médicos matriculados en el MIR que llegaron en esos años a cifras de 20.000, fueron por tanto años donde muchos médicos recién titulados no podían optar a una plaza de formación y pasaban por tanto muchos años en paro, posteriormente en la década de los 90 y a partir del año 2000, disminuyeron de forma considerable en número de plazas disponibles en las facultades, bajando así el número de licenciados anuales entorno a unos 4000, también con el paso de los años fueron aumentando de forma gradual el número de plazas MIR de 2000 a casi 7000 de los últimos años, por lo que se equilibró de forma considerable el número de matriculados al MIR con el número de plazas, no existiendo por tanto la desproporción de los años 80. Si nos centramos en los datos de la Región de Murcia el número de plazas ofertadas para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha pasado de 7 en la convocatoria 87-88 a entre 70 y 80 de los últimos años, lo que supone una tercera parte del total de plazas de la Región, por lo tanto cada año se forman en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria un total de 80 profesionales que van a trabajar en distintos aspectos de la Atención Primaria como son los centros de salud y servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios por lo tanto se cumple la quinta hipótesis, la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria juega un papel decisivo en la AP tal y como la conocemos hoy en día.

Sexta. El crecimiento de originales publicados ha sido notable con la creación de la especialidad de medicina de familia y, a partir de 1984, con la aparición de la revista Atención Primaria y con la creación de las sociedades de Medicina Familiar y Comunitaria, por ello podemos dar la sexta hipótesis como verdadera, la cultura de investigación ya se ha instalado en buen número de centros de salud, convirtiéndose en una actividad necesaria y estimulante para muchos profesionales, a lo que también han contribuido algunas asociaciones científicas.

Las asociaciones científicas y profesionales de la atención primaria tienen ante sí el reto de mantener proyectos de investigación activos, incrementar su presencia entre los profesionales, emitir su opinión ante los problemas del sector y reforzar su organización y comunicación.

Séptima. Tras analizar los planes de salud de la Región de Murcia y el RDL “de medidas extraordinarias de sostenibilidad del sistema sanitario” se puede afirmar como cierta la séptima hipótesis “En el momento actual no es una prioridad el planteamiento de nuevas estrategias de mejora para el primer nivel asistencial dentro de la región debido a la situación de crisis económica actual y la introducción de la contrarreforma además, comportará consecuencias negativas en las prestaciones, cobertura y gratuidad” Es importante abandonar la lógica de la enfermedad para entrar en la de la salud, y para ello es imprescindible la participación de la población, esto implica que la base de actuación está en la población sana, para aumentar su nivel de salud e impedir el desencadenamiento de los procesos patológicos. Para ello, hay que actuar en el seno de la vida cotidiana, consiguiendo que los distintos colectivos de la sociedad, en su práctica social cotidiana, incorporen como “normales” y habituales las pautas de conducta deseables e intervengan como tales grupos sociales, de forma activa y consciente, en los determinantes externos de la salud.

Pero esto es precisamente lo que no se recoge en el IV Plan de Salud, porque se ha suprimido el cauce para ello, el Consejo de Salud del Centro de Salud.

Tras el análisis del RD de medidas extraordinarias para la sostenibilidad del sistema sanitario público, que implica una serie de medidas tan importantes que suponen una transformación de nuestro Sistema Nacional de Salud, cabe destacar que éste se aprobó

sin negociar con el resto de grupos parlamentarios, ni con organizaciones sindicales ni colegios profesionales.

Éste incluye un conjunto de medidas de características muy distintas, que no garantizan el supuesto ahorro económico que ha sido la causa que ha motivado su publicación, pero que si, que conseguirán acabar con el sistema sanitario universal como un derecho básico de la población y apostar por un modelo de seguros.

Entre las medidas cabe destacar:

1. Se cambia el modelo en cuanto a usuarios del SNS, dejando sin asistencia ordinaria a extranjeros no regularizados y disminuye el número de beneficiarios.
2. Se modifica la cartera común de servicios, determinando prestaciones sujetas a copagos, como el transporte sanitario no urgente.
3. Se implanta copagos sanitarios a pensionistas y enfermos crónicos.
4. Se aprovecha el RDL para modificar cuestiones en relación a recursos humanos que no se justifica en una norma de urgencia como es un RDL, y que altera los derechos laborales.

Es difícil valorar el impacto que estas medidas tendrán sobre la población, pero con el tiempo se notará en un empeoramiento de la salud, aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

En contraste con estas medidas dirigidas a las personas más enfermas y con menos recursos, las actuaciones sobre la industria farmacéutica son de escaso impacto económico.

Propuestas de actuación

1. Aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre el funcionamiento y la orientación de los servicios de salud.
2. Fomentar un mayor prestigio y reconocimiento social y económico a los profesionales de la salud, y darles un mayor protagonismo en la planificación y evaluación de las políticas de salud.
3. Fomentar la labor investigadora dentro e los equipos de AP, a través de horarios mas flexibles.

4. Pacto regional por el sistema sanitario público. Asumir como una prioridad política la mejora de la sanidad regional y establecer un pacto por su sostenibilidad y su carácter de servicio público.
5. Mayor dotación presupuestaria a la Atención Primaria de Salud, aumentando su capacidad de resolución, con especial atención a la disminución de la burocracia de las consultas diarias e incrementando su valoración profesional y social.
6. Aumentar la dotación de profesionales en atención primaria: personal de enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Adoptar un nuevo enfoque dirigido a la integración socio-sanitaria.
7. Incremento de la eficiencia en la gestión de los centros públicos. Los esfuerzos deben centrarse en mejorar la gestión pública, evaluar el funcionamiento de las nuevas estructuras de gestión, evitar duplicidades de funciones y reducir personal y costes innecesarios.
8. Mejorar la relación entre la atención primaria y la hospitalaria, contando con las posibilidades de comunicación de las nuevas tecnologías.
9. Racionalizar el gasto en farmacia y en la adquisición de nuevas tecnologías.
10. Transparencia y claridad de información en salud y que ésta sea fácilmente accesible.

BIBLIOGRAFÍA

7.- BIBLIOGRAFIA

1. Aguilera Guzmán M (coordinación). Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid: INSALUD Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2002.
2. Artells JJ, director. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo «Delphi». Cuadernos de Gestión 1999; 5(Supl 1); 89.
3. Asamblea General de la OMC [sede Web]. Madrid: OMC; 2009. Informe sobre homologación de títulos de Medicina obtenidos en países extracomunitarios. Disponible en:
<http://www.medicalfinders.es/salaPrensa/pdf/informes/informe03.pdf>
4. Baladrón J. El examen MIR (1980-1994). Asturias: Colegio Oficial de Médicos de Asturias; 1995
5. Boerma WGW, Jong F, Mulder PH. Cuidados de salud y atención primaria en Europa. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1997.
6. Borrell C, Benach J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Fundació Jaume Bofill i CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris). 1.a ed. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
7. Borrell C, Baranda L, Rodríguez M. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000-2001. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona; 2002. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria.2000;25:350-63.
8. Borrell C, Benach J. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya Fundació Jaume Bofill i CAPS. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. 1.a ed. Barcelona: Editorial Mediterrània,2005.
9. Borrell C, Rodríguez M. Enquesta de salut de Barcelona 2000. Resultats principals. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
10. Bonal P. Medicina de Familia y Universidad: Antecedente y modelo actual de Medicina de Familia en la Universidad [monografía en Internet]. Barcelona: SEMERGEN; 2008 . Disponible en:

- <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion3/sumario3.htm>
11. Camí J, Zulueta MA, Fernández MT, Bordons M, Gómez I. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud durante el período 1990-1993 (Science Citation Index) y comparación con el período 1986-1989. *Med Clin (Barc)*1997;109:481-96.
 12. Caminal J, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003;31:61-5.
 13. Carbón P. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Monografía en Internet]. Madrid: SEMES; 2002 [acceso diciembre del 2005]. Disponible en:
[http://www.semescv.org/documentos/doc/homenaje/medicina de familia.doc](http://www.semescv.org/documentos/doc/homenaje/medicina%20de%20familia.doc)
 14. Casado V. El examen MIR y las plazas de médico de familia. *Aten Primaria (Barc)*. 2006; 38(10): 535-536
 15. Casado V. Presente y futuro del MIR de Medicina de Familia. *Aten Primaria (Barcelona)*. 2007; 39(8): 391-393.
 16. Córdoba acoge el Congreso Nacional de Médicos Titulares, 150 años de historia. Colegio Oficial de Médicos de Córdoba.
 17. Corrales D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. *Aten Primaria* 1996;18:577-9.
 18. Dichiara KA, Gracia RA, Gómez-Clavelina FJ. La Medicina Familiar: una Especialidad con identidad. *Aten Familiar* 2004; 11(3): 20.
 19. El Médico. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2001;792 (Supl.): p. 176-93.
 20. El Médico. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2001;792 (Supl.):156-74.
 21. El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica, 1593-1808. *DYNAMIS*. 1996; 16:17-259.
 22. Elola FJ. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid: FISSS; 1991.
 23. Fajardo Alcántara A. El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980 (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2007

24. Fernández E, Schiaffino A, Borràs JM, Nebot M, Segura A Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia (Spain). *Prev Med.* 2001;32:218-23.
25. Fernández Díez A, Santos Ichaso Rubio. La atención primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:9-12. - vol.3 núm 1
26. Fernández JL, Bolívar Ribas I, López J, Sanz E, Grupo de trabajo sobre la utilización de los servicios sanitarios. El impacto de la reforma de atención primaria en la utilización de los servicios médicos y de enfermería. *Aten Primaria.* 1996;18:52-7.
27. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [base de datos en Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990 [revisado marzo 2006]. Pita S. Dificultades de la investigación en Atención Primaria. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/mbe/investiga/difInvestAP/difInvesAP.asp>
28. Freire JM. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. En: Navarro V. Estado de bienestar en España. Barcelona: Tecnos UPF; 2004. p.239-90.
29. Fuero Real de España de Alfonso X de Castilla. Facsimil de la edición de 1541. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2009.
30. Fuero Real Del Rey Don Alonso El Sabio. Madrid: Imprenta Real; 1836.
31. *Gac Sanit* 2002;16(2):182-720. Ortún V, Gervas J. Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez-Dardet C, Peiró S, editores. Informe SEESPAS 2000: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada Escuela Andaluz de Salud Pública, 2000; p. 363-9.
32. Gallo-Vallejo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: International Marketing & Communication; 1997.
33. García Lledó A. La lección de anatomía. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá; 2009. p.9.
34. Gayoso DP, Viana ZC, García GJ, Tojal DC. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Aten Primaria.* 1995; 15(8): 481-486.
35. Gené J. Diez años de trabajo en equipo. *Aten Primaria* 1994;14:529-31
36. Gervas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario: Visión profesional desde la Medicina General. *El Médico Interactivo* [revista en Internet] abril 2005 .Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.es>

37. Gervas J, Palomo L, Pastor R, Pérez M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:472-7.
38. Gervas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
39. Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat. Catalunya i regions sanitàries 1994. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya; 1996. World Health Organization-Regional Office for Europe. What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? *Health Evidence Network (HEN)* [revista electrónica] 2005 [citado 5 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>
40. Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz G, Moll J et al. El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Fontanella/Laia; 1980. *Advanced Forum in Family Medicine. The intellectual basis of the Family Medicine revisited.* *Fam Med.* 1985; 17:219-30.
41. Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Martín E, RicoyJR. Análisis de los proyectos de investigación sanitaria durante 1991. *Aten Primaria* 1993;8-15.
42. Gómez GT. Acreditación y reacreditación de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria en España. *Aten Primaria.* 2002; 29(3): 164-166.
43. González B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006 – 2030). Gran Canaria: Universidad de Las Palmas; 2007.
44. Guarga A, Gil M, Villalbí JR, Pasarín MI, Manzanera R, Armengol R, et al. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria.* 2000;26:600-6.
45. Hart JT. Generalistas y especialistas. En: Hart JT. *The political economy of health care: Where the NHS came from and where it could lead* (2ª ed). Bristol: Policy Press; 2010.
46. Hart JT. Primary medical care in Spain. *British Journal of General Practice.* 1990; 40:255-8.
47. Hernansanz Iglesias F, Gervas Camacho J, Clavería Fontán Ana. Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(Supl.1):162-4.
48. Hibbard JH, Pope CR. Gender roles, illness orientation and use of medical services. *Soc Sci Med.* 1983;17:129-37.

49. Hogart J. Vocabulaire de la santé publique. OMS, Bureau regional de Europe, Copenhague, 1977,208. En PINEAULT R.;Daveluy C. La planificación sanitaria. Barcelona, Masson, 1989.
50. Huertas R. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la IIª República. Rev Esp Salud Pública. 2000; 74:35-43.
51. Investigación médico-farmacéutica en atención primaria. Una visión a través de las publicaciones de la REAP. Monografías Dr. Antonio Esteve, n. o 25. Barcelona: Fundación Doctor Antonio Esteve, 1999.
52. Jané M, Salto E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JLet al. Prevalencia del tabaquismo en Catalunya, 1982-1998: una perspectiva de género. Med Clin (Barc). 2002;118:81-5.
53. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 1986 abril 29; (102):15207-24.
54. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003 mayo 29; (128):20567-88.
55. Jiménez Villa J. Investigación y atención primaria. Aten Primaria 1999;23(Supl 1);66-70.
56. Jowett SM, MacLeod J, Wilson S, Hobbs FD. Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. Br J Gen Pract 2000;50:387-9.
57. Juan Payán M. Los ensayos clínicos en atención primaria, ¿investigación o promoción? El Médico 1999;702: 32-40.
58. Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy. 1997;41:121-37.
59. López Gómez JM. Historia del Colegio Oficial de Médicos de Burgos. www.combu.es visitada el 8/8/2011
60. López LA, Martínez JI, García MM, March JC. La investigación en atención primaria en España. Rev San Hig Pub 1993;3:135-54.
61. López SA y cols. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de Medicina de Familia? Una aproximación cualitativa. Aten primaria. 2000; 26: 362-367.
62. López-Valcárcel G. La Formación de los Profesionales de la Salud: el mercado laboral sanitario y sus consecuencias en la formación; Numerus Clausus. Madrid: Fundación BBV; 1998. Documentos de Opinión: 18.

63. Martín García M. La atención primaria en Galicia: una reforma inacabada. *Salud* 2000 2001;81:10-2.
64. Martínez Pérez JA. Historia de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Historia del médico rural español. Madrid: Fundación SEMERGEN; 2003.
65. Médico titular del Viso. *Gaceta de Madrid*. 14/07/1778. (28):275-6.
66. Medina RM. Estrategias profesionalizadoras en el origen de la especialidad médica [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1993.
67. Medina E. 4º Informe de la Comisión Nacional: Resultados sobre la estructura y recursos en Unidades Docentes referidos en las Memorias 1999-2000. *Revista Tribuna Docente (Barc)*. 2002, 4 (2):35-37.
68. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; B.O.E. 5 de Mayo 2005. Disponible en:
<http://www.msc.es/profesional/formacionSanitariaEspecializada/guiasFormacion/pdf/medifamiliar.pdf>
69. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. *BOE*. 1984 febrero 01; (27):2627-9.
70. Montero E. Médicos de Familia en Atención Primaria del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. Madrid: Madrid S.L.; 2005.
71. Morera R. La evaluación de los modelos de gestión de la atención primaria. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitària*. 2003;21:90.
72. Orden SPI/1798/2011, de 16 de junio, por la que se convoca proceso selectivo para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Médicos Titulares. *BOE*. 30/06/2011; (155):69751-60.
73. Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.
74. Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria *Gac Sanit* 2002;16(2):182-7
75. Palomo L. Mitos y realidades de la investigación en atención primaria. *Primer Nivel* 2001;5:35-9.
76. Palomo L. Propuestas para impulsar la investigación en el Sistema Nacional de Salud. *Salud* 2000 1995;51:27-31.

77. Pardell H. La acreditación de la Formación Médica Continuada: hechos y controversias. Rev. Educ. Méd. (Barcelona). 2006; v.9: n.4b.
78. Pasarín MI, Borrell C, Salvador J, Rodríguez M, Artazcoz L, Arqués J, et al. Canvis rellevants en la salut i els seus determinants. En: Institut Municipal de Salut Pública, editors. La salut a Barcelona 2000. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002. p. 9-31.
79. Pasarín MI, Villalbí JR, Rodríguez M, Borrell C. Els serveis d'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona. En: Institut Municipal de Salut Pública, editors. La salut a Barcelona 2000: Institut Municipal de Salut Pública; 2002. p. 53-6.
80. Peiró S, Artells Herrero JJ. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante técnica de grupo nominal. Gac Sanit 2001;15:245-50.
81. Pelayo AM y cols. Influencia del perfil profesional de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria en la Formación de residentes. Aten. Primaria 1998; 21(3): 145-154.
82. Pérez-Giménez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: Adelantado J, coordinador. Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria y Universidad Autónoma de Barcelona, 2000;p. 251-84.
83. Pita S. 2º Informe Comisión Nacional: Unidades Docentes. ¿También unidades de investigación? Revista Tribuna Docente (Barc). 2002; 3(2) Supl: 33-44. .
84. Ponte Hernando FJ. Historia de la medicina de familia en España. Un camino largo y complejo. AMF. 2009; 5(4):201-9.
85. Pozo F, Lázaro P, De la Cal MA y Centro Coordinador REUNI. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de la Salud (III): Red de Unidades de Investigación del Sistema Nacional de la Salud (REUNI). Med Clin (Barc) 1996;107:500-8.
86. Presidencia del Gobierno. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE. 1979 febrero 02; (29):2735-6.
87. Real Decreto 3303/1978, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad profesional. Boletín Oficial del Estado, nº 21, (29-12-1978).
88. Real Decreto 1142/2007, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el

- sistema de acreditación de la formación continuada. Boletín Oficial del Estado, nº 221, (14-9-2007).
89. Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado, nº 45, (21-2-2008).
90. Real Decreto de 13 de agosto de 1984, aprobando la creación de patentes para el ejercicio de Médico Cirujano. Gaceta de Madrid. 15/08/1894; 233(227):587-8.
91. Real Decreto de 31 de marzo de 1876, creando en cada una de las provincias del Archipiélago Filipino una plaza de Médico titular. Gaceta de Madrid. 02/04/1876; (93):14-5.
92. Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. BOE. 18/11/1978; (276):26.246-9.
93. Real orden de 7 de agosto de 1894, aprobando el reglamento de Médico titulares de las Islas Filipinas y posesiones del Golfo de Guinea. Gaceta de Madrid. 15/08/1894; 233(227):589-90.
94. Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Rev Administración Sanit. 2002;6:39-67.
95. Rico Gómez A. Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno [Tesis doctoral]. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales; 1998.
96. Riera Palmero J. Protomedicato, humanismo y medicina en Castilla. Universidad de Valladolid; 2000.
97. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut después d'una década. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. 1997;30:7-11.
98. Ross CE, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. J Health SocBeha. 1994;35:161-78.
99. Sánchez A. El nuevo examen MIR: ECOE, test y descentralizado. Diariomédico.com [revista en Internet]; abril del 2008. Disponible en: www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1111917.htm
100. Sánchez Bayle M y col. La contrarreforma sanitaria. Analisis y alternativas a la privatización de la sanidad pública. Catarata.2013

101. Sánchez León A. Médicos titulares: 150 años del funcionario médico-asistencial. *Diario Médico*. 06/11/2008.
102. Simó J, Campos-González JC, Sanfélix GJ. Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I). *Aten Primaria*. 2002; 29(2): 109-115.
103. Simó J, Gaztambide M, Latour J. La revista Atención Primaria en MEDLINE: análisis de los siete primeros años de indización (1998-1995). *Aten Primaria* 1999;23(Supl 1):5-13.
104. Simó J, Gaztambide M, Latour J. Producción científica de los profesionales españoles de atención primaria (1990-1997). Un análisis bibliométrico a partir de MEDLINE. *Aten Primaria* 1999;23 (Supl 1): 14-28.
105. Sindic de Greuges. Aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya. Informe extraordinari del Sindic de Greuges de Catalunya. Barcelona: Sindic de Greuges; 2002. p.12.
106. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
107. Starfield B. Prioridades y futuro de la investigación en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:201-10.
108. Sweeting H. Reversals of fortune. Sex differences in childhood and adolescence. *Soc Sci Med*. 1995;40:77-90.
109. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez A, PlazaMD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria*. 2002;30:197-206.
110. Valdés P. ¿Nuevo papel para la Atención Primaria de Salud?. *Salud 2000*. 2004; 95:10-7.
111. Villalbí JR, Borrell C. Desigualdades sociales y salud. Actualizaciones. Agència de Salut Pública de Barcelona. *FMC*. 2003;10:89-96.
112. Villalbí JR, Farrés J. Culma, 1998-2003. *Aten Primaria*. 2005;35:484-8.
113. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran Met al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria*. 1999;24:468-74.
114. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de atención primaria como estrategia. *Aten Primaria*. 1998;21:91-106.

115. Villalbí JR, Manzanera R. Comparar centros y proveedores de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2000;6:128-37.
116. Villalbí JR, Pasarín MI, Montaner I, et al. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2003;31:382-5.
117. World Health Organization. Primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.

FUENTES DOCUMENTALES

1. CENTRO PUBLICACIONES MINISTERIO EDUCACIÓN Y CIENCIA
C/ Alcalá 36 y Ciudad Universitaria - MADRID
Tfno. Ciudad Universitaria: 91 5497700
2. CENTRO REGIONAL DE DOCUMENTACION Y PUBLICACIONES DE EDUCACION SANITARIA. COMUNIDAD DE MADRID
C/ Maudes 32, 2ª planta. 28003 Madrid
Tfno. 91 5531008
3. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA Y DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Paseo del Prado 18-20 - 28014 Madrid
Tfno. 91 5961089/90/91
4. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
<http://www.boe.es>
5. BIBLIOTECA NACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD
<http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/bnc-ens/cbncs.html>
6. CÁTEDRA UAB-NOVARTIS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA
<http://www.catedramfamilia.uab.es/>

7. CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

<http://www.uam.es:80/estructura/centros/uhm/cusp/paginas/>

8. CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA

<http://ue.eu.int>

9. INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

<http://www.ingesa.msc.es>

ANEXOS

8.- ANEXOS

Anexo 1 Encuesta

Soy médico de familia, estoy realizando la tesis doctoral en el departamento de historia de la medicina, en la facultad de Murcia; sobre la evolución de la atención primaria en la Región de Murcia, le agradecería que pudiera cumplimentar esta encuesta que preciso para elaborar una de las hipótesis de la tesis, se trata de una encuesta anónima que se realiza en tan solo 5 min; Muchas gracias por su colaboración.

1. Edad:
2. Sexo: varón mujer
3. Años de ejercicio como médico de AP:
4. Centro de salud: Rural Urbano
5. ¿Que considera usted que debe ser el eje del sistema sanitario?
 Enfermedad
 Salud
6. ¿Estas de acuerdo en que la gestión en las áreas sanitarias sea realizada por un profesional en gestión de recursos sanitarios, independientemente de que sea un médico o no?
 Si
 No
7. ¿Considera usted que los gerentes de área deben estar sujetos a los cambios políticos?
 Si
 No
8. ¿Estaría de acuerdo en definir las funciones del personal del centro de salud y asignar por escrito a cada profesional las tareas correspondientes?
 Si
 No
9. ¿Dispone en AP de los recursos que considera necesarios para el desarrollo de su trabajo diario?
 Si
 No

10. ¿Como de satisfecho se considera con sus condiciones laborales?
- Muy satisfecho
 - Satisfecho
 - Insatisfecho
11. Valore la retribución económica en relación a la responsabilidad del puesto
- Muy buena
 - Buena
 - Correcta
 - Insuficiente
12. ¿Que vehiculo utiliza habitualmente cuando realiza avisos a domicilio?
- No realizo
 - De mi propiedad
 - Propiedad del centro de salud
 - Transporte público
13. ¿Considera válido el actual modelo de AP?
- Si
 - No
 - Válido, pero mejorable
14. ¿Cree usted que los centros de salud deberían autogestionarse?
- No lo creo
 - Solo para el contrato de personal
 - Solo en el Horario
 - Si, para todo
15. ¿Considera usted que los médico de AP están sometidos a una sobrecarga asistencial?
- Si
 - No
16. ¿Considera necesario una distribución de las cargas de trabajo que descargue a los médicos de tareas burocráticas y administrativas?
- Si
 - No
17. ¿Se siente desmotivado en su trabajo habitual?
- Si
 - No

18. ¿Qué porcentajes de consultas considera innecesarias?
19. ¿En la última semana a cuantas reuniones ha asistido para organizar el trabajo en equipo?
20. ¿En la última semana cuantas tareas ha realizado de promoción de la salud?
21. ¿En la última semana cuantas tareas ha realizado de prevención de la salud?
22. ¿En la última semana cuantas actividades de colaboración con la ciudadanía ha realizado?

Anexo 2

RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA MEDIANTE EL REAL DECRETO 3303/78

Medicina de Familia

B. O. del E.—Núm. 29 2 febrero 1979

Delegación Provincial del Instituto Nacional de Previsión de Córdoba. Concurso del servicio de Limpieza. Delegación Provincial del Instituto Nacional de Previsión de Oviedo. Concurso para adquisición de sistema de archivo.	2014	Ayuntamiento de Barcelona. Subasta de obras. Ayuntamiento de Nuez de Ebro (Zaragoza). Subasta de obras. Ayuntamiento de San Felices de Buelna (Santander). Concurso de obras.	2
ADMINISTRACION LOCAL Ayuntamiento de Alcoy. Concurso para prestación de servicio de limpieza de escuelas.	2015	Patronato Municipal de la Vivienda para Funcionarios del Ayuntamiento de Jages de la Frontera. Subasta de obras.	2

Otros anuncios
(Páginas 2016 a 2023)

I. Disposiciones generales

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

3116 REAL DECRETO 3303/1978, de 28 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica.

La atención médica primaria a los individuos y a los grupos sociales primarios, en las necesidades de salud de la familia y en el medio social en que se inserta, exigen unos conocimientos específicos multidisciplinarios que alcanzan no sólo el tratamiento de las enfermedades, sino a la vez a la promoción y protección de la salud de los individuos en su medio familiar y comunitario, constituyendo un conjunto de actividades médicas integradas.

El modelo sanitario de los últimos años ha sido dirigido preferentemente hacia la medicina hospitalaria muy tecnificada, lo que ha permitido el desarrollo de un número de especialistas clínicos, altamente cualificados, pero sin que se haya desarrollado en medida similar el alcance preventivo y comunitario de la medicina general y con ello la atención de la asistencia primaria. Tal situación conlleva el riesgo de la práctica desaparición del Médico de cabecera como estructura básica del sistema sanitario.

Un modelo sanitario actual acorde con las necesidades de la sociedad en atenciones de salud al individuo, en su medio familiar y comunitario, hace preciso el desarrollo, de acuerdo con las tendencias mundiales y las directrices de los Organismos internacionales sanitarios, una estructura sanitaria que atienda en primera instancia las demandas de salud de los individuos, acortando a los usuarios los medios sanitarios actuales, permitiendo a la vez evaluar la enfermedad en razón de los factores del medio que la condicionan, ejerciendo una medicina coherente e integrada y acorde con la realidad socio-económica del país.

Esta estructura médica, de base necesaria que en los puestos de trabajo de primera asistencia exista el personal médico adecuado y especializado para las funciones que haya de ejercer a través de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, creada por el Real Decreto dos mil quinientos noventa y ocho, de quince de julio.

Es necesario ahora la creación del marco legal que regule el tipo de formación de los nuevos especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria, la forma de adquirirla y las condiciones de acceso a los puestos de trabajo de la estructura básica del futuro modelo sanitario.

Por otro lado, es preciso prever la situación futura de los profesionales que en el momento actual desempeñan tales puestos o están en condición legal de ocuparlos, respetando escrupulosamente sus derechos individuales legítimamente adquiridos, y todo ello estableciendo un sistema que asegure, durante el proceso de transición del modelo sanitario actual al futuro que se pretende, la debida asistencia médica primaria a la población, tanto en el medio rural como en el urbano.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Educación y Ciencia y Sanidad y Seguridad Social, oído el Consejo General de Colegios Médicos y la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintinueve de diciembre de mil novecientos setenta y ocho,

DISPONGO:

Artículo primero.—Uno. El Médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.

Dos. El alcance a la misión expuesta se centra en los siguientes cometidos:

Uno. Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar y de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo, y en régimen tanto normal como de urgencia.

Dos. Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

Tres. Contribuir, junto a la Administración Sanitaria, al desarrollo de los aspectos de salud ambiental, materno-infantil, alimentación y nutrición, epidemiología, bioestadística, precisos para el mantenimiento equilibrado del sistema sanitario.

Cuatro. Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.

Cinco. Colaborar en las actividades docentes orientadas a la formación del personal integrante de los equipos de salud.

Artículo segundo.—La titulación de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria será condición preferente para acceder a los procedimientos de selección a los puestos de trabajo de asistencia primaria, dependientes de cualquier Administración Pública y de Entidades gestoras de la Seguridad Social, tanto en el medio urbano como en el rural.

Artículo tercero.—A los efectos prevenidos en el presente Decreto, tendrá la consideración de «asistencia primaria» la que se presta en los puestos de trabajo de Medicina General, dependientes de la Administración Pública, en concreto de Médicos Titulares, de Medicina General de zona y de Servicios de Urgencia de la Seguridad Social.

Artículo cuarto.—Uno. El programa de formación será establecido por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, prevista en el Real Decreto dos mil quinientos noventa y ocho, a la cual corresponderá asimismo el establecer las áreas sanitarias en donde se desarrollen los programas docentes de la especialidad, así como la acreditación y homologación en los centros y servicios de la capacidad para impartir los programas docentes.

Dos. La formación de la especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria se adquirirá bajo la dirección de una Comisión compuesta por un representante de Facultad de Medicina, los Directores de Salud de las respectivas Delegaciones Territoriales y los Directores de las Residencias de la Seguridad Social u Hospitales a los que el programa esté adscrito, que actuará de acuerdo con las directrices de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad y con las funciones que ésta le delegue.

Artículo quinto.—El periodo de formación de la especialidad será de tres años, perfeccionando conocimientos en medicina

interna, pediatría y puericultura, maternología, geriatría, sanidad ambiental, higiene de la alimentación y nutrición aplicada, medicina preventiva, epidemiología, protección de grupos sociales, psiquiatría social y salud mental, y los conocimientos especializados suficientes para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas, cirugía general y traumatología, diagnóstico del riesgo y orientación del enfermo y sus familiares en la utilización del sistema sanitario y social.

Artículo sexto.—Uno. Durante el período de formación, los posgraduados seleccionados en la oportuna convocatoria tendrán administrativamente el carácter de residentes de las Instituciones Hospitalarias que hayan obtenido su inclusión en el programa de formación de Médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

Doa. Recibirán su formación en cuantos servicios sanitarios de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Seguridad Social, y de las Corporaciones Locales, sean necesarios de entre los que se encuentren ubicados en el distrito universitario en el que radique la residencia u hospital al que el posgraduado esté adscrito.

Tres. Las áreas formativas comprenderán servicios hospitalarios, unidades especiales y prácticas supervisadas en zonas rurales y urbanas.

Artículo séptimo.—El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social fijará el número de plazas de formación de Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria de cada convocatoria, la cual se hará conjuntamente con el de otras especialidades médicas en la convocatoria general que dispone el Real Decreto dos mil quinientos mil novecientos setenta y ocho, de quince de julio. La expedición de la titulación se efectuará en condiciones similares a las de otras especialidades, como asimismo el régimen de convalidación de materias, a efectos de expedición de otros títulos de especialidades.

Artículo octavo.—Los Médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de «asistencia primaria» dependientes de cualquier Administración Pública o de Entidades gestoras de la Seguridad Social, podrán obtener el título de Médico de Familia y Comunitaria, previo curso de perfeccionamiento, en la forma que la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia determinen.

Artículo noveno.—Los especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria que desempeñan los puestos de trabajos determinados en la Administración Pública quedarán sometidos a un régimen de formación continuada.

DISPOSICION TRANSITORIA

Se respetan los derechos adquiridos a los facultativos que en la actualidad desempeñan plazas de «Asistencia primaria» dependientes de cualquier Administración Pública y de Entidades gestoras de la Seguridad Social, tanto en el medio urbano como en el rural.

DISPOSICION FINAL

Por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Seguridad Social se dictarán las disposiciones precisas para el desarrollo de lo contenido en el presente Real Decreto.

Dado en Madrid a veintinueve de diciembre de mil novecientos setenta y ocho.

JUAN CARLOS

El Ministro de la Presidencia,
JOSE MANUEL OTERO NOVAS

3117 CORRECCION de errores del Real Decreto 3185/1978, de 29 de diciembre, por el que se desarrolla el Real Decreto-ley número 12/1978, de 27 de abril, sobre fijación y delimitación de facultades entre los Ministerios de Defensa y de Transportes y Comunicaciones en materia de aviación.

Advertido error en el texto remitido para su publicación del citado Real Decreto, inserto en el «Boletín Oficial del Estado» número 18, de fecha 20 de enero de 1979, páginas 1549 y 1550, se transcribe a continuación la oportuna rectificación:

En el artículo sexto, penúltima línea, donde dice: «... de mil novecientos setenta y cuatro, ...», debe decir: «... de mil novecientos sesenta y cuatro, ...».

Anexo 3

ACTA FUNDACIONAL DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EL 21 NOVIEMBRE DE 1978

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL Subsecretaría de la Salud Subdirección General de Investigación y Docencia		ACTA DE LA COMISION NACIONAL DE: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	① Nº DE ACTA 1
<u>ASISTENTES</u>			
	DR. VILARDEL, FRANCISCO ✓	Fecha: 21 noviembre de 1.978 Hora de comienzo: 12 h. Hora de terminación: 14,30 horas. Lugar: Subdirección General de Investigación y Docencia. Reunidos los Sres. que a la izquierda se relacionan se abre la sesión con arreglo al siguiente orden del día: 1. Constitución de la Comisión 2. Designación de Presidente y Secretario. 3. Programación de actividades. 4. _____ 5. _____ 6. _____	
	DR. SANCHEZ DOMINGUEZ, ANTONIO ✓		
	DR. DIEZ DOMINGUEZ, PEDRO ✓		
	PROF. SCHILLER, AMADOR ✓		
	PROF. SEGOVIA DE ARANA, JOSE MARIA ✓		
	DR. OBEJA ROSAS, MAXIMIANO (repras. Dr. Aizdiri)		
	DR. ALVAREZ MARTINEZ, JOSE MARIA ✓		
	DR. MORAN, JULIO ✓		
CIENTIFICAS	DR. FABREN CALLIS, JOSE MARIA ✓		

tas importantes:

- 1ª.- Las actuaciones de la comisión no podrán iniciarse si el número de asistentes es inferior a tres (Art. 11,2 de L.P.A.).
- 2ª.- Para la validez de los acuerdos será precisa la mayoría absoluta (mitad más uno) (Art. 12,1 de L.P.A.).
- 3ª.- El Secretario, con el Vº Bº del Presidente, hará una relación de los ACUERDOS adoptados en cada sesión (Art. 13,2 de L.P.A.).
- 4ª.- El Secretario enviará copia de Acta de la Subdirección General de Investigación y Docencia (Art. 12 Real Decreto 2015/78).

El Sr. Presidente da cuenta de que el objeto de la reunión es constituir la Comisión Nacional de Medicina Familiar a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 2.015/1.978, de 15 de julio, para lo cual se ha solicitado la designación de sus representantes a los Organismos señalados en el artículo sexto de la citada Disposición, y, en su virtud, la Comisión queda constituida por los siguientes miembros:



MINISTERIO DE SANIDAD
Y SEGURIDAD SOCIAL

Subsecretaría de la Salud

Subdirección General de Investigación
y Docencia

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD
de MEDICINA DE FAMILIA Y CO
MUNITARIA.

a) Por el Ministerio de Educación y Ciencia:

Prof. GARCIA -- CONDE BRU, Javier
Prof. ROZMAN BORZANAR, Cirilo
Prof. SCHULLER PEREZ, Amador
Prof. SEGOVIA DE ARANA, José María

b) Por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social:

Ilmo. Sr. D. EMILIANO, Esteban Velázquez
Ilmo. Sr. D. PEDRO, Díez Domínguez
Dr. D. Antonio Sánchez Domínguez

c) Por el Consejo General de Colegios Médicos:

Dr. JULIO Moran Garcés
Dr. JERONIMO Aizpiri
Dr. JOSE MARIA Alvarez Martínez

d) Por la Sociedad Científica Nacional de la Especialidad:

Dr. D. JOSE MARIA Febrer Callis
Dr. D. VICENTE Serrano Serrano.

El Dr. Vilardel sugiere la conveniencia de incorporar a la Comisión, en calidad de Asesor al Dr. Vicente Rojo, lo que se aprueba por unanimidad de todos los asistentes.

El Dr. Vilardel indica la necesidad de designar un Presidente y un Secretario, de acuerdo con lo establecido en el punto dos del Artículo sexto del Real Decreto 2.015/1.978, acordándose por todos los presentes que la Presidencia de la Comisión recaiga en el Profesor SEGOVIA DE ARANA y la Secretaría en el Dr. DIEZ DOMINGUEZ.

A continuación el Dr. Vilardel expone los fines y competencias de la Comisión, de acuerdo con lo establecido en el Artículo siete del citado Real Decreto y que quedan resumidos en el Anexo que se acompaña a la presente Acta, que es entregado por el Dr. Vilardel a todos los asistentes.

En ese momento se incorpora a la reunión el Ilmo. Sr. Subsecretario del Departamento, Dr. Viñes, quién después de saludar a los reunidos, destaca la importancia



MINISTERIO DE SANIDAD
Y SEGURIDAD SOCIAL

Subsecretaría de la Salud

Subdirección General de Investigación
y Docencia

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA DE FAMILIA Y CO
MUNITARIA.

los asistentes sobre las actividades a desarrollar.

El Dr. Viñes hace entrega a la Comisión (anexo 2) de un borrador del Real Decreto sobre implantación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, para su estudio por la misma y emisión de informe, tras de lo cual abandona la reunión.

Después de ausentarse el Dr. Viñes se tiene un cambio de impresiones sobre la forma de desarrollar los cometidos de la Comisión y, en particular, sobre la - posible inclusión de plazas de Médicos Residentes de la Especialidad en la próxima convocatoria de M.I.R. acordándose quede sobre la mesa para su estudio y decisión en la próxima reunión.

Seguidamente se toma el acuerdo de que las sucesivas reuniones tengan lugar todos los sábados a las diez horas, en la sede del Ministerio de Sanidad de Plaza/ de España, 17, salvo los casos en que por la extensión de los temas a tratar con- venga iniciar la reunión en la tarde del viernes, decidiéndose que la próxima reunión tenga lugar el viernes día uno de diciembre a las cinco de la tarde, en la -/ que se tratarán los siguientes temas:

1. Definición y funciones del Médico de Familia
2. Contenido Formativo
3. Centros de Formación
4. Convocatoria de Residentes de la Especialidad
5. Estudio del Borrador del Real Decreto sobre implantación de la Especialidad.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levanta la sesión a las catorce --- treinta horas, en el lugar y fecha arriba indicados.

Vº. Bº.
EL PRESIDENTE,

EL SECRETARIO,

Anexo 4ACREDITACIÓN DE LAS PRIMERAS PLAZAS DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA
DEPENDIENTES DE LAS COMISIONES DELEGADAS PROVINCIALES


**CONSEJO NACIONAL
DE
ESPECIALIDADES MEDICAS**
Comisión Nacional de la Especialidad de

En virtud de los acuerdos adoptados por la Comisión Nacional de Medicina de Familia en sesión celebrada el 25 de septiembre próximo ppdo., nos complacemos en elevar a ese Consejo Nacional propuesta de acreditación para la formación hospitalaria de la Especialidad de Medicina de Familia de los Centros que se indican a continuación, así como propuesta del nº. de plazas de Médicos Residentes a fijar en la próxima convocatoria en cada uno de ellos.

<u>PROVINCIA</u>	<u>LOCALIDAD</u>	<u>INSTITUCION</u>	<u>Nº. PLAZAS</u>
*ALAVA	Vitoria	R.S. Ortíz de Zárate	7 ✓
ALBACETE	Albacete	R.S. Ntra. Sra. Perpetuo - Socorro.	7 ✓
*ALICANTE	Alicante	R.S. 20 de Noviembre	14 ✓
	Elche	R.S. de la Seg. Social.	5 ✓
AVILA	Avila	R.S. Ntra. Sra. Sonsoles	5 ✓
*BADAJOZ	Badajoz	R.S. Ntra. Sra. Perpetuo - Socorro.	15 ✓
*BALEARES	Palma de Mallorca.	R.S. Ntra. Sra. de Lluch	5 ✓
*BARCELONA	Barcelona	C.S. Francisco Franco	22 ✓
*BURGOS	Burgos	R.S. General Yague	5 ✓
*CADIZ	Cádiz	R.S. Fernando Zamacola	5 ✓
*CASTELLÓN	Castellón	R.S. Ntra. Sra. Sagrado Corazón.	6 ✓
*CORDOBA	Córdoba	C.S. Reina Sofía	15 ✓
*CORUÑA, LA	Coruña, La	C.S. Juan Canalejo	24 ✓
*GRANADA	Granada	C.S. Virgen de las Nieves	13 ✓

118


**CONSEJO NACIONAL
DE
ESPECIALIDADES MEDICAS**
 Comisión Nacional de la Especialidad de
MEDICINA DE FAMILIA

<u>PROVINCIA</u>	<u>LOCALIDAD</u>	<u>INSTITUCION</u>	<u>Nº. PLAZAS</u>
• GUADALAJARA	Guadalajara	R.S. Primo de Rivera	5 ✓
• GUIPUZCOA	San Sebastian	R.S. Ntra. Sra. de Aranzazu	10 ✓
• JAEN	Jaén	R.S. Capitan Cortés	7 ✓
• LEON	León	R.S. Virgen Blanca	7 ✓
• LOGROÑO	Logroño	R.S. Antonio Coello Cuadrado	10 ✓
• MADRID	Madrid	<u>Clinica Puerta de Hierro</u>	14 ✓
		<u>C.S. La Pas</u>	24 ✓
		<u>C.S. Primero de Octubre</u>	14 ✓
• MÁLAGA	Málaga	C.S. Carlos Haya	10 ✓
• MURCIA	Murcia	C.S. Virgen de la Arrixaca	17 ✓
• NAVARRA	Pamplona	<u>R.S. Virgen del Camino</u>	4 ✓
		<u>Clinica Universitaria</u>	4 ✓
		<u>Hospital Comarcal</u>	1 ✓
• OVIEDO	Oviedo	<u>C.S. Ntra. Sra. de Covadonga</u>	10 ✓
	Gijón	<u>R.S. José Gómez Sabugo</u>	5 ✓
• LAS PALMAS	Las Palmas	R.S. Ntra. Sra. del Pino	2 ✓
• PONTEVEDRA	Vigo	R.S. Almirante Vierna	2 ✓
• SALAMANCA	Salamanca	R.S. Virgen de la Vega	10 ✓
• SANTANDER	Santander	<u>Centro Médico Nal. Marqués de - Valdecilla</u>	9 ✓
• SEDOVIA	Segovia	R.S. Licinio de la Fuente	6 ✓
• SEVILLA	Sevilla	<u>C.S. Virgen del Rocío</u>	18 ✓
		<u>Hospital Clínico</u>	10 ✓
• TARRAGONA	Tarragona	R.S. Juan XXIII	8 ✓

Anexo 5

NORMATIVA PARA LA FORMACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DE LOS RESIDENTES DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Anexo III

ACTIVIDADES DOCENTES-ASISTENCIALES Y STATUS

MEDICOS RESIDENTES

1. La jornada laboral-docente tendrá una duración de siete horas.
2. El trabajo a realizar por los Residentes debe ser fundamentalmente de carácter docente, por lo que se considera adecuada la siguiente división horaria:

2.1. Actividades asistenciales (Consulta y visita domiciliaria) y de promoción de la salud.	4 horas
2.2. Docencia práctica en Medicina Comunitaria	1 "
2.3. Sesiones y Seminarios	1 "
2.4. Docencia teórica en Medicina Comunitaria, Salud Pública	1 "
2.5 Realizarán para completar su formación asistencial, turnos de atención de Urgencia, en periodicidad de tres al mes, en el área de Admisión de los Hospitales a los que figuran adscritos o áreas extrahospitalarias según las posibilidades locales lo aconsejen.	
3. Los Médicos Residentes durante su período de formación extrahospitalaria dependerán orgánicamente del Coordinador de la U.D. y de la Dirección del Centro.
4. Su remuneración económica se realizará con cargo al presupuesto de Docencia del Hospital de origen.
5. El grado de responsabilidad asistencial será equiparable al de los Residentes de otras Especialidades hospitalarias. Su labor estará supervisada y orientada por los Médicos titulares integrados en la Unidad Docente y por el Coordinador de la Unidad.
6. La evaluación, control y posibles modificaciones del programa en el área extrahospitalaria se realizará conjuntamente por los Médicos Residentes, Coordinadores y los Médicos participantes en la docencia, así como por la Comisión Local de Medicina Familiar y Comunitaria.

Anexo 6

PROPUESTA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SOBRE NECESIDADES ANUALES REALES DE MÉDICOS DE FAMILIA DEL SISTEMA PÚBLICO

 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS
Comisión Nacional de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

NECESIDADES DE MEDICOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Hacia un nuevo modelo de Atención Primaria en España.

Previa la publicación de la Ley de Sanidad, ya habían aparecido instrumentos jurídicos que ponían en marcha el proceso de reforma de la Atención Primaria en España hacia un nuevo modelo, que la reciente Ley consagra definitivamente.

Dada su importancia es necesario tener presente los RR.DD. 3303/78, que regula la Especialidad de Medicina Familiar/ y Comunitaria, el 127/84, que regula la obtención del título de Especialista y el 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud.

El nuevo modelo de Atención Primaria se caracteriza por la atención integral y continuada al individuo y a la Comunidad dada por un equipo multiprofesional que se ubica en un Centro de Salud.

La progresiva apertura de Centros de Salud repartidos por la mayor parte de la geografía nacional desde 1.985 y su alto grado de aceptación entre la población es un indicador claro de la importancia del nuevo modelo y de la necesidad de consolidarlo.

El Médico de Atención Primaria ha de poseer formación postgraduada.

Una de las piezas clave del nuevo modelo es la formación y cualificación profesional del Médico de Atención Primaria.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Espe-
cialidad de MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 2 -

Aunque la legislación vigente aún no exige formalmente al que el médico que acceda a las plazas de Medicina General en Atención Primaria sea Especialista, en la práctica todas las nuevas plazas convocadas para los Centros de Salud han sido cubiertas por médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria y en menor número por médicos especialistas/ en Medicina Interna o sus especialidades.

La propia realidad y evolución del acceso de los médicos a las plazas de Atención Primaria en los Países de la Comunidad Económica Europea señala que para acceder a un plaza de atención primaria es necesario poseer el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria o equivalente.

Para la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es un objetivo que a medio plazo sea un requisito legal la posesión del título de Medicina Familiar y Comunitaria para acceder a plazas de Atención Primaria.

Criterios para el cálculo de las necesidades de Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria.

Para determinar el número de Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria que se necesitarían en España en el próximo decenio 1.986-1.996 se ha partido de los siguientes criterios y datos previos:

- a) Todos los médicos que cubran las necesidades de Atención Primaria han de ser Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.



- b) Se parte del número actual de Médicos de Atención Primaria en la plantilla del In salud, incluyendo los médicos de A.P.D. y los médicos de los Servicios de Urgen- /
cias.

La plantilla existente en 1.983 era de -
16.835 médicos. Su distribución por Comu-
nidades autónomas se adjunta en la ta-
bla 1.

- c) En 1.996 la disminución de la plantilla -
de Médicos de Atención Primaria citada an-
teriormente por causas achacables a la ju-
bilación a los 65 años y a la mortalidad/
general será de un total de 6.012 médicos.
En la tabla 2 se señala la distribución -
de esta disminución natural de la planti-
lla por Comunidades Autónomas.

- d) Se ha tenido en cuenta que desde 1.983 al
momento actual ya se han formado 1.000 mé-
dicos Especialistas en Medicina Familiar/
y Comunitaria.

- e) El cálculo de Médicos de Atención Prima-
ria se ha hecho teniendo en cuenta la po-
blación estimada para 1.996.

Según el I.N.E. la población en 1.996 se-
rá de 40.380.379. De ellos serán mayores/
de 7 años 36.570.162 y mayores de 14 años
32.548.707.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Espe-
cialidad de MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 4 -

f) El criterio de médicos por habitante ha sido el de 1 médico de Medicina General (Medicina Familiar y Comunitaria) por cada 2.000 habitantes.

Con este criterio se han realizado 3 cálculos:

1.- Número de médicos considerando la proporción 1/2000 habitantes. Esto significaría que en 1.996 se necesitarían 20.120/ médicos. Restando la plantilla existente y los médicos ya formados hasta la fecha se necesitarían formar en los próximos 10 años 8.367 médicos de M.F. y C.

2.- Número de médicos considerando la proporción 1/2000 habitantes mayores de 7 años.

Esto significaría que en 1.996 se necesitarían 18.285 médicos de M.F. y C., lo que supone formar en los próximos 10 años a 6.462.

3.- Número de médicos considerando la proporción 1/2000 habitantes mayores de 14 años.

Esto significaría que en 1.996 se necesitarían 16.274 médicos de M.F. y C., lo que supone formar en los próximos 10 años a 4.451 médicos.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CONSEJO NACIONAL DE
ESPECIALIDADES MEDICAS

Comisión Nacional de la Espe-
cialidad de MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

- 5 -

CONCLUSIONES:

Las necesidades anuales de formación de médicos de Medicina Familiar y Comunitaria para los próximos 10 años - sería, según el criterio empleado de:

- 1.- 836 médicos/año. Si se considera el criterio 1 médico/2000 habitantes.
- 2.- 646 médicos/año. Si se condiera el criterio 1 médico/2000 habitantes mayores de 7 años.
- 3.- 445 médicos/año. Si se considera el criterio 1 médico/2000 habitantes mayores de 14 años.

Es necesario señalar que los criterios 2 y 3 se han generalizado de una forma global sin tener en cuenta la distribución en el medio rural y urbano de la población española.

Aún en 1.996 se prevé que el 37,14 % (14.997.403) de la población española viva en poblaciones de menos de 10.000/— habitantes, con lo que la aplicación de los criterios 2 y 3 resultarían deficitarios.

Anexo 7

PROCESOS DE HOMOLOGACIÓN: EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA Y ESTRUCTURADA (ECOE)



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

CONSEJO NACIONAL DE
ESPECIALIDADES MÉDICAS

**PROPUESTA DE LA COMISION NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN
RELACION CON LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS A
QUE SE REFIERE EL ARTICULO 3 DEL REAL DECRETO 1753/1998**

El Artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, establece que las características generales de las pruebas objetivas a que se refiere dicho precepto serán establecidas por la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo, a propuesta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, previo informe de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

Para dar cumplimiento a las previsiones contenidas en el citado Artículo, la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria efectúa la siguiente propuesta:

- El tipo de prueba corresponderá a una "evaluación clínica objetiva y estructurada".
- Dicha prueba deberá ser homogénea, equiparable en contenidos en la totalidad de los lugares donde se realice garantizándose dichas características en el caso de no realizarse de forma simultánea, estando constituida por un circuito de estaciones o situaciones por las que los interesados rotarán de forma consecutiva.
- Las estaciones o situaciones constitutivas de cada prueba se diseñarán sobre la base de varios casos clínicos de contenido eminentemente práctico que se ajustarán al perfil profesional del Médico de Familia a que se refiere el Apartado Primero de la Resolución de 26 de marzo de 1999 de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo (Boletín Oficial del Estado del 14 de abril).
- Las entrevistas con pacientes estandarizados y los exámenes orales estructurados se utilizarán necesariamente para el diseño del circuito de estaciones o situaciones que integren cada prueba, sin perjuicio de la aplicación de otros métodos de evaluación.
- Para la evaluación de la competencia profesional el Comité Coordinador tendrá en cuenta, entre otros, los siguientes parámetros:
 1. Habilidades clínicas básicas: anamnesis y exploración física.
 2. Comunicación: habilidades comunicativas básicas y aspectos éticos de la práctica.
 3. Habilidades técnicas: habilidades diagnósticas y terapéuticas. Uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos.
 4. Manejo: plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento.
 5. Abordaje familiar/comunitario.
 6. Actividades preventivas.
- La Comisión Nacional considera que tanto la propia Comisión como el Comité Coordinador habrán de ser asistidos por un grupo de expertos para la configuración, desarrollo y evaluación de la prueba.

Anexo 8

Comisión de expertos



MIEMBROS DEL COMITE DE EXPERTOS

Presidente:

JOSE MARIA MORALES MESEGUER

Catedrático de Psicología Médica y Jefe de la Sección de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria "Virgen de la Arrixaca" de la Seguridad Social.

Secretario:

JUAN ANTONIO AZNAR MOYA

Médico-Psiquiatra. Coordinador de los Equipos de Salud Mental Comunitaria.

Vocales:

DEMETRIO BARCIA SALORIO

Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General.

JULIA BASCUÑANA CONTRERAS

Asistente Social del Programa Regional de Intervención en Drogodependencias.

FRANCISCO CARLES EGEA

Presidente de la Sociedad Murciana de Psiquiatría.

SALVADORA FRANCO CANDEL

Socióloga. Jefe de Servicio de Actuación Social de la Dirección Regional de Bienestar Social.

MANUEL ROBERTO GALIANA CELA

Director Médico del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

CONCEPCION GOMEZ-FERREZ GORRIZ

Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

JUANA GONZALEZ BOLUDA

Psicólogo del Programa Regional de Intervención en Drogodependencias.

JOSE HERNANDEZ MARTINEZ

Médico-Psiquiatra de la Ciudad Sanitaria "Virgen de la Arrixaca" de la Seguridad Social.

MIGUEL ANGEL LARROSA SANCHEZ

Jefe del Servicio de Enfermería del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

JULIO LOPEZ-AMBIT MEGIAS

Director Técnico de la Residencia de Bienestar Social "Luis Valenciano".

JUANA MARIA LOPEZ CALERO

Asistente Social. Jefe de Sección de la Dirección Regional de Bienestar Social.

JOSE LUIS LOPEZ-MESAS COLOMINA

Jefe del Servicio de Psicología del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

MARIA DOLORES LOPEZ MONDEJAR

Psicólogo del Centro de Salud Mental de Yecla.

LUIS LOPEZ SANCHEZ

Médico-Psiquiatra Adjunto del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

MANUEL A. MARISCAL SOTO

A.T.S. de la Residencia de Deficientes Profundos de El Palmar.

FERNANDO DE PABLOS ALCAZAR

Neuropsiquiatra de Zona de la Seguridad Social.

MARIA DEL CARMEN PALMA GONZALEZ

Psiquiatra Infantil del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Murcia.

FRANCISCO ROMAN MORENO

Subdirector Médico del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca"

BARTOLOME RUIZ PERIAGO

Psicólogo. Coordinador del Programa Regional de Intervención en Drogodependencias.

CONCEPCION SAENZ GONZALEZ

Médico-Psiquiatra. Jefe de Sección del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

MARIA TEJERINA ARREAL

Psicólogo del Centro de Salud Mental de Caravaca de la Cruz.

MATIAS VALVERDE GARCIA

Médico-Psiquiatra. Jefe del Servicio del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".