



MEMORIA ATENCIÓN PRIMARIA

MEMORIA EAP

CONSIDERACIONES PREVIAS

En el proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito del INSALUD, se contempla, en su fase de selección, la realización de un ejercicio consistente en la realización de una “memoria”, sobre cuyo contenido en la convocatoria sólo se perfilan unas ideas muy generales ([doc 001](#)), a saber:

- análisis detallado de las funciones que se deben desarrollar en la categoría o especialidad a la que se opta,
- determinación de los conocimientos y medios necesarios para su desempeño,
- nivel de responsabilidad,
- así como la importancia que las funciones que hayan de desempeñarse tengan en la organización.

Hasta el momento han circulado dos posibles formatos para la realización de este ejercicio. El primero sería la redacción libre de esa “memoria” (tiempo, 2 horas), con lo que estaríamos ante el supuesto de redactar unos 12-15 folios a una cara tratando de resumir en ellos los cuatro puntos anteriores. El segundo consistiría en, con el mismo tiempo disponible, dar respuesta a una serie de cuestiones (10 ?) relacionadas con esos puntos. Son dos formatos situados en las antípodas, ya que el primero peca de ambiguo pero tiene la ventaja de la limitación del tiempo de exposición, que quedaría cubierto con una descripción somera de los aspectos más generales. El segundo tiene la ventaja de que, lógicamente, las cuestiones planteadas serán más concretas, pero amplía enormemente el “foco” de interés (y por tanto del material a preparar), ya que permite entrar a valorar los conocimientos sobre temas muy concretos de lo que es la Atención Primaria.

Es posible que una vez constituido el Tribunal Central correspondiente, éste podrá dictar (o filtrar) algún tipo de orientación sobre el tipo ejercicio a desarrollar, si bien en la convocatoria se explicita que la estructura y desarrollo de esta memoria serán propuestos por el Tribunal **en el momento de su redacción**. Ante esta situación, cualquier estrategia de preparación de la memoria debe contemplar el “peor” de los escenarios posibles, que es el del formato de varias preguntas, ya que es el de contenidos más amplios. Partiendo de un conocimiento amplio de lo que es la Atención Primaria podremos bien responder a cuestiones concretas, bien realizar una síntesis abreviada, en función de lo que en su momento establezca el Tribunal.

Antes de entrar en materia de lo que va a ser la memoria propiamente dicha, debemos

clarificar desde que punto de vista la vamos a desarrollar. Caben varias aproximaciones:

- la “legalista”, representada por un manual de la Editorial MAD de amplia difusión, en el que se enfatiza sobre todo en lo que dicen las normas legales.
- la “académica”, representada por lo que podemos llamar el “cuerpo doctrinal” de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- la “pragmática”, que refleja la visión del gestor y que, lógicamente, se aproxima más a la realidad de lo que es el trabajo en un EAP.

La primera es, desde nuestro punto de vista, kafkiana. Con un enfoque jurídico muy difícil de digerir, consume páginas y páginas dejando la sensación de un escaso conocimiento de lo que en realidad es la Atención Primaria. Remata la faena con una “personalización” de la memoria, como si el opositor sólo optase a UNA plaza concreta, aspecto este que no viene contemplado en la convocatoria: en esta primera fase el opositor opta a TODAS las plazas de su categoría; es en la segunda fase cuando deberá concretar.

La segunda se sustenta en el programa oficial de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y en múltiples publicaciones de carácter no oficial. El prototipo es el modelo de memoria de CC OO ([doc 001b](#)), en el que aparecen conceptos como “atención a la familia”, “intervención comunitaria”, “trabajo por programas”, “Programas por Grupos de Edad y Sexo”, “Programa de Actividades Preventivas”. Estos conceptos y otros están extraídos, en ocasiones de forma literal, del programa de formación de la especialidad de MF y C (por ej, punto 2: Tareas clínicas del médico de familia. Componentes y Competencias), y más parecen un temario que un guión estructurado. Aceptar este enfoque supondría aceptar que es la Comisión Nacional de la especialidad de MF y C la que establece lo que es (o ha sido) la Atención Primaria en el territorio INSALUD.

Para el INSALUD no existe, como contenido específico, la “atención a la familia”, ni el “área de atención a la comunidad”, ni el “Diagnóstico de Salud”, ni el “trabajo por programas”, ni los “Programas por Grupos de Edad y Sexo”, ni el “Programa de Actividades Preventivas”. Existe la Cartera de Servicios y las Normas Técnicas. Y esto lo sabemos todos los que trabajamos en EAP, y podemos verlo reflejado en la casi totalidad de publicaciones del INSALUD de los últimos 10 años.

¿Qué camino seguir? Como la oposición la convoca el INSALUD, lo lógico es enfocar la memoria desde la óptica del que debe evaluar nuestra idoneidad para desempeñar una serie de funciones en su organización y ese es el planteamiento que seguiremos: desarrollar las funciones que debe desempeñar un médico de familia o pediatra en un EAP del exinto INSALUD no transferido. Pero, por si acaso, de pasada iremos viendo algunos documentos que puedan servir de ayuda para este otro enfoque “académico”.

Y ese es el objetivo de este curso preparatorio: conocer en profundidad que es la Atención Primaria y como está organizada en lo que hasta ahora era el “territorio INSALUD”, cuales son las funciones que debe desarrollar el médico, cuales son los soportes de gestión clínica que deberíamos conocer, el perfil formativo, etc. etc. Utilizaremos para ello documentación de tipo “oficial”, que refleje no opiniones particulares sino el punto de vista institucional, que es el que lógicamente debe prevalecer a la hora de establecer que es o no correcto.

La metodología es sencilla. Se trata de ir elaborando un esquema o hilo conductor sobre el que iremos insertando documentación diversa clasificada en diferentes niveles (**NIVEL 1** o básico, **nivel 2** o de ampliación, **nivel 3** o de interés escaso); la tipografía de la letra indica nivel en el que se clasifica cada referencia. Para una memoria tipo texto, personalizar el esquema y resumir los documentos de nivel 1 sería suficiente; para una memoria del tipo de preguntas múltiples, habrá que manejar los niveles 1 y 2; los documentos de nivel 3 quedarían como curiosidad, ampliación de conocimientos, familiarización con el lenguaje de gestión, y tal vez para mejorar la respuesta al alguna pregunta “rebuscada”.

La utilización del programa informático es también sencilla. Mediante hipervínculos iremos “conectando” los distintos documentos (doc 001, doc 002, doc 003,...) al esquema o hilo conductor. Estos hipervínculos aparecen en color azul y subrayados; al hacer clic sobre ellos con el botón derecho del ratón, abrimos el documento y podemos consultarlo; para cerrar el documento y volver al esquema hacemos un clic de ratón sobre el icono de “Cerrar” (X) que está situado en el ángulo superior derecho de la pantalla. La documentación que se entrega se encuentra en la carpeta “MEMORIA Documentación”. Podemos trabajar sobre ella y resumirla o modificarla, aunque en este caso es recomendable renombrar el archivo (por ejemplo 001b.doc) con el fin de no perder la documentación original. **Algunos de los archivos están protegidos, y pueden dañarse e incluso dañar otros programas del disco duro cuando son copiados o transferidos** (ver instrucciones de instalación).

1.1.- INTRODUCCIÓN: MARCO LEGAL

La primera referencia es la ley General de Sanidad ([doc 002](#)) de la que podemos extraer las ideas básicas de la organización y principios generales del Sistema Nacional de Salud ([doc 003](#)), y de la Atención Primaria ([DOC 004](#)). La segunda referencia es el R.D. 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud ([doc 005](#)), en el que encontramos los conceptos básicos sobre la Atención Primaria y su estructura organizativa y funcional ([DOC 006](#)), y en su artículo 5 una guía de cómo empezar a estructurar el “análisis detallado de las funciones que se deben desarrollar en la categoría o especialidad a la que se opta”, en nuestro caso médico de Atención Primaria (ya sea médico de familia o pediatra).

Artículo 5. Funciones de los Equipos de Atención Primaria.

1.
 - a) 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.
 - b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
 - c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.
 - d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.
 - e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
 - f) Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
 - g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.
 - h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.
2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.

Pese al tiempo transcurrido, este esquema sigue siendo válido, con alguna salvedad. El punto 5.1.d, referido al diagnóstico de salud, está obsoleto, ya que esa metodología de trabajo se abandonó hace ya años y hoy por hoy desde ningún ámbito institucional se hace referencia a ella, y por tanto debería obviarse, lo mismo que la coetilla del punto 5.2. Otro tanto ocurre con el punto 5.1g, ya que esos programas no existen con carácter general; este punto 5.1.g y el punto 5.2 pueden refundirse en un punto único con una expresión del estilo de “participar en los programas de salud de Area en la forma en que se establezca”.

Otras normas legales, como por ejemplo el RD 3160/66 ([doc 007](#)), valoramos que carecen de interés, ya que las funciones y obligaciones que definen para el médico general o pediatra hacen referencia al modelo tradicional, siendo el ya comentado RD 137/84 el que regula el funcionamiento de los EAP.

1.2.- INTRODUCCIÓN: MARCO CONCEPTUAL

Una forma distinta o complementaria de encuadrar la memoria es repasar los conceptos “filosóficos” que definen o caracterizan la Atención Primaria de Salud.

Son conceptos muy repetidos y que aparecen bien definidos y esquematizados en la referencia de Martín Zurro que hemos seleccionado ([DOC 008](#)), extractada / modificada de un artículo más amplio ([doc 009](#)). En ella se hace un repaso a los elementos conceptuales que caracterizan a la APS (atención integral, integrada, continuada y permanente, activa, etc.), sus funciones, aspectos organizativos básicos, y un texto muy correcto sobre los contenidos de la AP.

Este marco conceptual es importante manejarlo con soltura ya que está muy consolidado y puede servirnos para dar respuesta a preguntas de contenido general sobre las funciones a desarrollar, o bien para redactar un par de folios en el caso de que la memoria sea tipo texto. Las referencias a Alma Ata y otros conceptos de tipo digamos que más “político”, y que podeis encontrar en textos o referencias de hace unos años (sirva de ejemplo el texto íntegro del artículo arriba citado ([doc 009](#)), en nuestra opinión han quedado ya desfasadas y podemos prescindir de ellas.

Podemos optar por esquemas más sencillos, como por ejemplo el de la WONCA ([doc 010](#)) o el de semFYC ([doc 011](#)). Uno y otro reiteran algunos aspectos, y omiten o resaltan otros. Todas son igualmente válidas, aportando enfoques ligeramente distintos, lo que puede ser de utilidad para personalizar el esquema.

2.- ANÁLISIS DETALLADO DE LAS FUNCIONES A DESARROLLAR.

Centrándonos ya en el primer punto a desarrollar (análisis detallado de las funciones a desarrollar), podemos partir de un esquema como el siguiente:

- Funciones asistenciales:
 - Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los equipos en 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.

- Funciones no asistenciales orientadas a la comunidad:
- Promover la participación del individuo y de la comunitaria en el mantenimiento y mejora de su salud.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Funciones de apoyo
- Gestión clínica, Control de calidad, Evaluación de las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Formación, docencia e investigación.

Está basado en el RD 134/87 ([doc 012](#)), es bastante sencillo y refleja la realidad del trabajo en un EAP.

Si optamos por el que hemos llamado enfoque “académico”, en él se definen cinco grandes bloques dentro de la práctica profesional del médico de familia:

- Área de atención al individuo, enfatizando en el trabajo por programas (por grupos de edad y sexo, de actividades preventivas, ...)
- Área de atención a la familia.
- Área de atención a la comunidad.
- Área de docencia e investigación
- Área de apoyo, en la se incluyen varias subáreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y, por último, la garantía de calidad. Se engloba en esta denominación, área de apoyo, por tratarse de aspectos que van a resultar imprescindibles para el desempeño de las 4 áreas anteriores.

Como vemos, tienen bastantes puntos en común.

2.1. - FUNCIONES ASISTENCIALES

Una primera aproximación puede ser meramente descriptiva: que hacemos en la consulta, como lo hacemos y cómo lo organizamos ([DOC 013](#)). En este documento hemos diferenciado cuatro apartados:

- Una introducción, con la definición de lo que es la actividad clínica y cuáles son sus características. Nuestra primera y principal tarea es “pasar consulta”, y a ello dedicamos la casi totalidad de nuestra jornada laboral. Tenemos aquí un ejemplo de cómo expresar esta obviedad.
- Un segundo paso podría ser describir que hacemos en la consulta, bien desde nuestro punto de vista, bien describiéndolo en relación al tipo de demanda.
- Para nota sería el entrar en detalles sobre como lo hacemos, es decir, que caracteriza al trabajo clínico que debemos desarrollar en A.P. Esto puede contestarse de muchas formas; una de ellas, tan correcta como cualquier otra, es la que viene reflejada en este documento 013. No obstante, creemos que esta parte es muy poco relevante y que se puede prescindir de ella.

- Por último, como nos organizamos: consulta a demanda, programada, en el centro, a domicilio, Esto puede ir aquí o podemos dejarlo para más adelante, para el apartado de “medios”. Cuando en la convocatoria se habla de la memoria, no pone de manera expresa nada sobre “organización”; sin embargo si que parece que es un aspecto relevante y al que deberemos referirnos en algún punto de la misma. Una posibilidad es hacerlo en el apartado de “medios necesarios”, y es la que vamos a utilizar en esta exposición.

Hecha esta primera aproximación de conjunto, podemos extraer del Doc 013 lo que puede ser pertinente en este punto ([DOC 013b](#)).

Tras este primer resumen descriptivo podemos entrar al análisis funcional, o de contenido, de esa actividad asistencial; para ello debemos centrarnos en describir la “Cartera de Servicios”, o conjunto de prestaciones sanitarias relacionadas con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución en el primer nivel de atención ([DOC 014](#)). Es decir, podemos decir nuestra tarea es “pasar consulta” (enfoque que ya hemos visto), o bien que consiste en ofertar a la población una serie de servicios o prestaciones sanitarias. Esta otra forma de analizar el trabajo que desarrollamos es la que se recoge bajo el concepto de “Cartera de Servicios”.

La Cartera de Servicios ocupa un lugar clave en todo lo relacionado con la gestión clínica, la evaluación y el control de calidad; para quienes no estén familiarizados con ella, es aconsejable tener una visión de conjunto de la misma ([DOC 015](#)), pero teniendo claro que en este punto de la memoria en el que estamos (funciones asistenciales), sólo nos interesa la relación de servicios; los restantes aspectos (cobertura, evaluación, ...) serán de utilidad en otros puntos de la memoria. Menos importante nos parece el revisar de forma pormenorizada cada servicio; para los interesados adjuntamos varios archivos con los indicadores de cobertura, criterio de inclusión, valor técnico y normas técnicas de los Servicios de Atención al Niño ([doc 016](#)), Atención a la Mujer ([doc 017](#)), Atención al Adulto-Anciano ([doc 018](#)) y del nuevo Servicio Atención al Joven ([doc 019](#)). Quienes deseen profundizar y conocer el desarrollo estructural y metodológico de la Cartera de Servicios pueden consultar el ([doc 020](#)), si bien creemos que no aporta nada interesante a lo anterior.

Una manera alternativa de sistematizar las prestaciones asistenciales de la Atención Primaria es hacer referencia al RD 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, en cuyo Anexo I ([doc 21](#)) se detallan las correspondientes a la Atención Primaria. Es muy similar a la Cartera de Servicios, con alguna matización menor, a excepción del punto 5 en el que se enumeran los servicios en materia de información y documentación sanitaria. Con ese epígrafe de “Información y Documentación Sanitaria” podemos presentar un a modo de anexo en el que se hable de funciones burocráticas o administrativas derivadas o que dan soporte a la actividad asistencial. . Podemos hacerlo a modo de listado (una muy breve referencia a cada punto) ([DOC 022](#)), pero del tema de Historia Clínica conviene preparar un resumen más amplio por si la memoria tienen el formato de cuestiones múltiples. [Conceptos generales y Medicina de familia ([doc 023](#))] [Pediatría ([doc 023b](#))]. Mucho menos interesante es añadir algo sobre prescripción repetida o renovación de recetas en tratamientos crónicos. ([doc 024](#))

2.2. – FUNCIONES NO ASITENCIALES ORIENTADAS A LA COMUNIDAD.

Este bloque podemos resolverlo con un pequeño esquema en el que señalicemos las funciones básicas a desarrollar. Por ejemplo:

- Promover la participación del individuo y de la comunitaria en el mantenimiento y mejora de su salud.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Mejorar la accesibilidad de la población a los cuidados de salud.

La participación comunitaria carece de normativa reguladora que sea común a las distintas Comunidades Autónomas incluidas en lo que era el territorio INSALUD. En la Ley General de Sanidad ([doc 025](#)) se regula la participación a nivel de Área de Salud, sin que de ahí podamos sacar nada aplicable al nivel de EAP y Zona Básica de Salud. Posteriormente, las diferentes Comunidades Autónomas han regulado de distinta forma la participación a nivel de Zona Básica; por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Aragón ([doc 026](#)) se crean los Consejos de Salud, que son los órganos de participación a nivel de ZBS, sin que se aporten contenidos de interés, ya que en general se trata de normativa de contenido administrativo. Por tanto, este punto se puede dejar tal y como está en el enunciado o, a lo sumo, ampliarlo con un comentario sobre la importancia de la participación comunitaria, y si se quiere, sobre la importancia de fomentar el autocuidado en problemas de salud menores.

Sobre el segundo punto, educación sanitaria a la población, se puede enfatizar en los dos servicios incluidos en Cartera y relacionados con este epígrafe (Educación para la Salud en Centros Educativos; Educación para la Salud a Otros Grupos). ([doc 027](#)).

El tercer punto se puede justificar [La accesibilidad adecuada de toda la población al sistema de salud, reclama del profesional el conocimiento de su comunidad y de los problemas de todo tipo (legal, cultural, geográfico, económico,...) que la obstaculicen, así como de las acciones encaminadas a superarlas], y ampliar con una referencia a la función de informar a la población de los servicios que se prestan en el Centro de Salud, su contenido, la forma de acceso, etc.

Si queremos ampliar y/o tener preparada una respuesta al punto 9 de la propuesta de memoria de CC OO (El trabajo con la Comunidad: la intervención comunitaria y la participación comunitaria. Objetivos y actividades) puede servir el ([doc 028](#)), en el que se desarrollan los puntos anteriores (sobre todo en lo que se refiere a su justificación) y se resume el proceso de intervención comunitaria siguiendo el esquema clásico (identificación de necesidades de salud, establecer prioridades, ...).

2.3. – FUNCIONES DE APOYO.

Hemos incluido en este epígrafe dos grandes bloques: el de evaluación y control de calidad; y el de formación, docencia e investigación. Es decir, aquellas funciones que sirven de soporte a la actividad asistencial.

En el primer bloque (EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD), diferenciamos tres apartados:

- A) Evaluación de actividad: son las clásicas “estadísticas” mensuales que resumen la actividad desarrollada, tanto asistencial como no asistencial, en términos de “cantidad” (número de visitas, número de pruebas complementarias solicitadas, etc.). Su cumplimentación es digamos

que obligatoria (en especial en lo referente a actividad asistencial), y los datos que se recogen vienen establecidos por el INSALUD, aun cuando luego pueden existir variaciones introducidas a nivel de Genérica de Área. Se complementan con información extraída de otros sistemas de información (sistema de facturación de recetas y registro de ILT, fundamentalmente), y permiten establecer una serie de indicadores sobre utilización de recursos. (doc 029)

B) Programas de Garantía de Calidad: hace 2-3 años, desde la Subdirección General de Atención Primaria se impulsó esta línea de trabajo cuyo objetivo es implantar en los EAP Programas de Garantía de Calidad. Se crean las Comisiones de Calidad, constituidas en la mayoría de las Áreas y también en Equipos de Atención Primaria, cuya función es prestar asesoramiento a la Gerencia y a los profesionales y desarrollar propuestas sobre nuevas líneas de trabajo en calidad; y la figura de Responsable de Calidad, tanto en el ámbito de Área como de Equipos de Atención Primaria, cuya labor es de coordinación, dinamización y asesoramiento. ([doc 030](#)). La terminología y metodología es la clásica de control de calidad ([doc 031](#)).

C) Evaluación de la Cartera de Servicios. Se realiza con periodicidad anual y evalúa las coberturas de los distintos Servicios y el nivel de cumplimiento de las Normas Técnicas. Se obtienen dos tipos de indicadores:

- El “producto de cobertura”, resultado de la suma ponderada de las coberturas de cada servicio.
- El “producto de calidad”, o grado de seguimiento de las Normas Técnicas.

Esta evaluación pretende medir o evaluar los servicios que el EAP presta a su comunidad, en términos de cantidad (coberturas) y calidad (cumplimiento NT); si esto de “producto” no nos es familiar, conviene repasar el concepto ([doc 032](#)). El esquema general que sigue esta evaluación ya lo hemos visto ([doc 033](#)), y si se quiere ampliar información sobre el conjunto de la evaluación de la CS o sobre algún detalle de la misma, puede consultarse el Manual de Procedimientos ([doc 034](#)).

Hasta aquí hemos descrito lo que, desde el punto de vista del INSALUD, se hace / debería hacer en materia de evaluación. Con esos elementos podemos elaborar un esquema y cubrir esta sección de la memoria. Otros aspectos de estas “funciones de apoyo”, como el trabajo en equipo, el sistema de información, la protocolización o guías clínicas..., no son fines en sí mismos sino medios para facilitar o mejorar el desarrollo de las funciones hasta ahora descritas; por tanto trataremos de ellos en la sección de “determinación de los conocimientos y **medios** necesarios para su desempeño”.

Más sencillo es desarrollar el bloque de las funciones de FORMACIÓN, DOCENCIA e INVESTIGACIÓN. Un breve esquema como es el que sigue puede servir:

Formación continuada.

- Participar en las actividades dirigidas a mantener, aumentar y mejorar la competencia profesional, para que ésta sea pertinente al desarrollo de las responsabilidades que se deben desempeñar.

- Participar en las actividades docentes del equipo de salud, para la formación continuada de todos sus componentes y la actualización de sus conocimientos y capacidades.

Función docente.

- Impartir docencia a otros profesionales, médicos o no, tanto en Pre como Post-grado, y en programas de reciclaje. (en Centros acreditados a tal efecto)
- Desarrollar actividades docentes dirigidas a su comunidad.

Funciones de investigación.

- Colaborar con todo el equipo de salud en los programas de investigación que se determinen.
- Diseñar y ejecutar programas de investigación clínica, epidemiológica y social, orientados prioritariamente a la búsqueda de soluciones para los problemas de salud de su comunidad.

Para una exposición con mas texto, pueden extraerse algunas ideas de los artículos que adjuntamos. ([Doc 035](#)) ([Doc 036](#))

3.1. CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA SU DESEMPEÑO.

Aquí es referencia obligada el programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, bien en formato tipo checklist ([DOC 037](#)), ampliándolo en función del tiempo disponible con la relación de Componentes y Competencias ([Doc 037b](#)), o bien justificando esos “conocimientos necesarios” en el perfil profesional del médico de familia ([Doc 038](#)) ([Doc 039](#)); de estos dos artículos, el primero es muy exhaustivo pero tiene elementos aprovechables (algunos ya los hemos utilizado), y el segundo es un resumen que puede servir, convenientemente extractado, como justificación del checklist arriba citado.

Para quien guste de leyes, adjuntamos la normativa que regula este tema de requisitos de formación para el ejercicio de las funciones de médico de familia en el S.N.S. Lo creemos de escaso / nulo interés; como mucho, se puede hacer una referencia genérica al RD 853/1993, o a su art 1.

([Doc 040](#)). REAL DECRETO 3303/1978, DE 29 DE DICIEMBRE, DE REGULACIÓN DE LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA COMO ESPECIALIDAD DE LA PROFESIÓN MEDICA.

([Doc 041](#)). ORDEN DE 19 DE DICIEMBRE DE 1983 POR LA QUE SE REGULA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

([Doc 042](#)). REAL DECRETO 853/1993, SOBRE EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE MEDICO DE MEDICINA GENERAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

3.2.- MEDIOS NECESARIOS PARA SU DESEMPEÑO.

Diferenciaremos dos epígrafes:

- Recursos materiales y estructura organizativa

- Recursos organizativos

A) RECURSOS MATERIALES.

Englobamos aquí, con dudas, los aspectos de recursos materiales necesarios junto con la descripción de la estructura organizativa, ya que sino ésta queda “descolgada” y no aparece reflejada en ningún punto de la memoria.

Empecemos con lo básico, el RD 134/87 que define lo que es la ZBS, los integrantes del EAP y su estructura organizativa, y se puede continuar con los recursos / organización de la actividad asistencial. Partiendo de dos de los documentos ya vistos ([Doc 006](#)) ([Doc013](#)), se puede elaborar un esquema más o menos amplio ([Doc 043](#)). Los pediatras deberán adaptar necesariamente al menos la dotación de material de consulta. También puede añadirse un apartado para especificar la dotación mínima de material para la atención a urgencias (Doc 044).

Para completar el tema proponemos hacer una referencia a las Unidades de Apoyo de Atención Primaria, y al catálogo de pruebas complementarias que deben ser accesibles desde Atención Primaria.

Las Unidades de Apoyo son, como su nombre indica, recursos integrados dentro de la Atención Primaria y que cubren aspectos asistenciales específicos. Son las siguientes (con enumerarlas puede ser más que suficiente):

- Salud Bucodental
- Matronas
- Fisioterapia
- Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria

El que un EAP disponga o no de estas Unidades de Apoyo, dependerá de las características de la población atendida y también de los recursos disponibles.

El catálogo de pruebas complementarias es un documento del INSALUD (Doc 045) en el que se fijan los criterios mínimos en cuanto a disponibilidad de acceso a pruebas complementarias desde Atención Primaria. En función de los recursos disponibles y de las características organizativas del Area y del EAP, puede variar, en el sentido de un acceso más amplio.

B) RECURSOS ORGANIZATIVOS.

Aquí incluiríamos una serie de temas o actividades que no son fines en sí mismos, pero que si son necesarios para el correcto desempeño de las funciones del médico de familia. Por ejemplo: disponer de sistema de citación, de apoyo auxiliar para aplicación de técnicas y procedimientos, de apoyo administrativo para cumplimentación de trámites burocráticos, Junto a estos hay otros con mayor contenido funcional: disponer de Historia Clínica, de sistemas de registro, trabajo en equipo, elaboración / utilización de guías clínicas / protocolos,

Sobre los primeros poco hay que decir, ya que o bien carecen de contenido o éste es tan

específico que quedaría fuera de lugar su exposición (por ejemplo, el tema de las “agendas de calidad”). Podemos obviarlos o simplemente enumerarlos.

Los segundos sí que tienen un “cuerpo doctrinal”, y ante la eventualidad de una memoria en la que haya que contestar a preguntas sobre aspectos concretos, no esta de más el revisarlos o, al menos, tener el material preparado para revisarlo si llega el caso.

Sobre **el trabajo en equipo** ya hemos visto en algunos documentos previos una breve referencia que puede ser suficiente ([Doc 046](#)). El tema de la **Historia Clínica** también ha sido revisado ([Doc 023](#)) ([Doc 023b](#)). Adjuntamos documentación adicional para los temas de Sistema de Información ([Doc 047](#)) y Guías Clínicas / Protocolos ([Doc 048](#)).

4.- NIVEL DE RESPONSABILIDAD.

Estamos ante el punto que, para nosotros, puede resultar más confuso. A qué se refiere esto de “nivel de responsabilidad”?

Podemos hacer una lectura jurídica y hablar de responsabilidad penal, administrativa, civil, ... Nos parece absurdo este enfoque. Al que quiera seguir esa línea le “recomendamos” el texto “Guía para la elaboración de la memoria y la realización de la entrevista” de la Editorial MAD (Sevilla, 2002).

La primera responsabilidad del médico de familia es hacer bien su trabajo (actividad clínica); al desarrollar ese trabajo en un Sistema Público de Salud, una segunda responsabilidad es gestionar de forma adecuada los recursos que la sociedad pone a su disposición. Por tanto su primera responsabilidad es basar su práctica clínica en criterios de evidencia científica, eficiencia y calidad.

De cara a nuestros pacientes, cual es nuestra responsabilidad (además de la anterior)? Respetar y velar por que se respeten sus derechos, recogidos en el art 10 de la Ley General de Sanidad, de los que cabe resaltar los siguientes:

1. Al respeto a su perso-nalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológi-co, político o sindical.
2. A la información so-bre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios pa-ra su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información rela-cionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
5. A que se le dé en tér-minos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y con-tinuada, verbal y escrita so-bre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y al-ternativas de tratamiento.
6. A la libre elección en-tre las opciones que le presen-te el responsable médico de su caso, siendo preciso el pre-vio consentimiento escrito del usuario para la realiza-ción de cualquier interven-ción, excepto en los siguien-tes casos:
 - a) Cuando la no inter-vención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando no esté capa-citado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho co-rresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poder-se ocasionar lesiones irrever-sibles o

existir peligro de fa-llecimiento.

Dentro del EAP, cual es nuestra responsabilidad ? Respetar / cumplir las normas y procedimientos reglamentariamente establecidos, participar de los objetivos institucionales y contribuir en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Nuestra responsabilidad dentro de la institución (SNS), como puerta de entrada que es la AP con una función “reguladora” del acceso a Atención Especializada, queda ya englobada en los puntos anteriores (gestión adecuada de recursos à atención clínica eficiente; puntos 2 del art 10 de la LGS; participación de los objetivos institucionales).

Este enfoque del “nivel de responsabilidad” desde la óptica de la profesionalidad es conciso y describe los niveles básicos de responsabilidad del médico de familia:

- Responsabilidad ante el paciente: atención clínica basada en criterios de evidencia y en la *lex artis*, respetando siempre sus derechos (trato digno, confidencialidad, información, ...) y que bien recogidos en el art 10 de la LGS.
- Responsabilidad ante la Sociedad, en cuanto que “gestionamos” una serie de recursos públicos y debemos hacerlo de forma eficiente.
- Responsabilidad ante la institución / empresa, respetando normas y procedimientos, participando de los objetivos institucionales y contribuyiendo en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes del EAP.

5.- IMPORTANCIA DE LAS FUNCIONES.

Para cerrar la memoria debemos señalar la importancia que las funciones que hayan de desempeñarse tengan en la organización. Podemos tomar como punto de partida el esquema de Starfield B. (1992) ([doc 49](#)) en el que se señalan las características de la Atención Primaria, haciendo hincapié en los siguientes aspectos:

- Es la puerta de entrada al sistema, facilita el acceso a todos los servicios básicos, integrando actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cura y rehabilitación.
- Dispone de una amplia accesibilidad física (consulta en el centro y a domicilio, atención continuada) y cultural (proximidad al ciudadano, participación y/o mayor integración en la comunidad, ...)
- Facilita el acceso a la Atención especializada (*gatekeeper*), puede mejorar la coordinación entre distintos servicios o instituciones, mejora la continuidad del proceso asistencial. Como consecuencia de lo anterior, reduce uso inapropiado de recursos.
- Gestiona una parte importante del gasto sanitario directo (prestación farmacéutica) o indirecto (prestación por ILT).

A lo largo de toda la exposición / documentación previa hemos ido viendo diversas formas de

describir las funciones / características de la Atención Primaria y su importancia. Partiendo del esquema anterior, que consideramos básico, podemos añadir otras cosas; seleccionamos una función o característica y resumimos lo importante que es para el conjunto de la organización.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.

Presentamos, por último, una serie de documentos que creemos aportan poco o nada a lo ya presentado. Pero como esto es opinable, los dejamos a vuestra disposición para que lo valoreis. Incluimos un breve comentario sobre la posible utilidad de cada uno de ellos.

[\(doc a01\)](#) SELECCION Y USO RACIONAL DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA.

Revisión breve del tema, con cuatro ideas básicas. Para una memoria tipo texto no tiene interés; en una memoria con varias preguntas ¿?

[\(doc a02\)](#) FARMACOVIGILANCIA.

Tema de interés menor que el anterior.

[\(doc a03\)](#) AREA DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

Referencia a la “Atención a la Familia” como posible función específica de la AP. Insistimos que, desde el punto de vista institucional, no existe como tal y sólo merece un breve apunte como una característica más del marco conceptual o filosófico de la AP. Si que existe como parte del perfil formativo de la especialidad de MF y C, que es de donde sale el punto 10 del esquema de memoria de CC OO (*La Atención a la Familia: Abordaje Familiar. El papel del médico de familia en la dinámica Familiar. La gestión de conflictos.*). Para nosotros resulta inimaginable que esto pueda plantearse en la memoria, a no ser como un breve apartado del “perfil profesional” que ya se ha revisado.

[\(doc a04\)](#) LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SALUD DE LA COMUNIDAD. LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Es una metodología abandonada en la práctica real de los Centros de Salud, y el INSALUD abandonó hace años esa línea de trabajo; sin embargo, sigue estando en el programa de formación de la especialidad de MF y C. En este artículo se resume el concepto y se da un esquema muy conciso que, llegado el caso, puede bastar para resolver una pregunta sobre el tema.

[\(doc a05\)](#) LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA PROPUESTAS DE MEJORA. Documento “oficial” publicado hace unos meses, resultado de un grupo de trabajo entre INSALUD, sociedades científicas y representación oficiosa de algunos sindicatos. Analiza la situación actual de la Atención Primaria y propone líneas de mejora. Muy farragoso. Si en la memoria planteasen una cuestión de ese tipo (líneas de mejora), nos daría la respuesta.

[\(doc a06\)](#) LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA PROPUESTAS DE MEJORA (extractos). Índice de esas propuestas. Se extractan algunos párrafos que pueden ser útiles para conocer la visión del INSALUD sobre algunas cuestiones. Hay algunas ideas para responder a cuestiones sobre atención domiciliaria, **coordinación con especializada**, gestión clínica.

[\(doc a07\)](#) PLAN DE INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Artículo de A. Ruiz Téllez que hace un repaso sobre el plan vigente de informatización de los Centros de Salud: “filosofía”, modalidades, aspectos organizativos, Irrelevante para una memoria tipo texto; impensable que en una memoria tipo cuestiones múltiples puedan preguntar algo de esto.

[\(doc a08\)](#) MODELO DE ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL CLIENTE (UAC) Y SALAS DE ESPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Otro artículo de Angel Ruiz Téllez, este sobre el tema de organización del área de admisión. Irrelevante para una memoria tipo texto; impensable que en una memoria tipo cuestiones múltiples puedan preguntar algo de esto.

[\(doc a09\)](#) LA DEMANDA Y LA AGENDA DE CALIDAD. (extracto)

Términos como “gestión de la demanda” y “agenda de calidad”, están de moda y enlazan con las “nuevas técnicas de gestión”, cuya filosofía última es que si tenemos mucha presión asistencial es porque no sabemos organizarnos. Hemos extraído lo básico de estos conceptos en este documento, partiendo de un artículo de A. Ruiz Téllez; el artículo completo, muy “duro” de leer, lo podéis encontrar en:

<http://www.institutoapcom.org/documentos/agenda/agenda97.htm>

[\(doc a10\)](#) MANUAL DE GESTION DE LA INCAPACIDAD LABORAL.

Revisión del tema de la I.L.T. (tipos, normativa, procedimientos, ...).

[\(doc a11\)](#) CONCEPTOS GENERALES SOBRE “GESTION CLINICA”

En este documento se revisa el tema de Gestión Clínica, necesario si se quiere estar a la última en eso de las “modernas técnicas de gestión”. También se dan los argumentos de porque este tema poco o nada tiene que ver con el tema que nos ocupa, ya que en el ámbito de la Atención Primaria del territorio INSALUD no se llegó a implantar (otra cosa es en Especializada, donde si que tendrán que preparar este tema).

[\(doc a12\)](#) AGENDAS FLEXIBLES

En el doc a09 se habla de “Agenda de Calidad”. En este de “Agenda Flexible”. La idea es similar en ambos, pero este tiene la ventaja de su brevedad y de que tiene carácter “oficial”, ya que proviene del [\(doc a05\)](#) “Los Equipos de Atención primaria: propuestas de mejora”.

[\(doc a13\)](#) ATENCION PRIMARIA. OBJETIVOS DE CALIDAD: CONTRATO DE GESTIÓN 2000.

Objetivos de calidad establecidos para las Gerencias de Atención Primaria en el año 2000; de escaso interés, salvo tal vez el punto 5 donde se fijan los objetivos de calidad de la prestación farmacéutica.

Este documento está extraído de otro más amplio, el PLAN DE CALIDAD TOTAL DEL INSALUD, disponible en formato pdf (pdf.1). Este es un documento muy amplio, con algunos anexos interesantes para quien desee conocer las “nuevas tendencias” es esto de la calidad asistencial, pero sin ningún interés para la preparación de la memoria.

[\(doc a20\)](#) ORDEN 23/5/94. RECETA MEDICA: MODELOS OFICIALES DE LAS UTILIZADAS PARA PRESTACION FARMACEUTICA EN SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Regulación legal del tema de la prescripción. Irrelevante.

[\(doc a21\)](#) ORDEN 25/4/94 REGULA LAS RECETAS Y LOS REQUISITOS ESPECIALES DE PRESCRIPCION Y DISPENSACION DE ESTUPEFACIENTES PARA USO HUMANO.

Regulación legal de la prescripción de estupefacientes. Irrelevante.

[\(doc a22\)](#) EXTRACTO DEL CÓDIGO PENAL (LEY ORGÁNICA 10/1995, DEL 23 DE NOVIEMBRE): DELITOS RELACIONADOS CON LA PROFESIÓN MÉDICA

En esta separata se han seleccionado los artículos que afectan a los médicos y que hacen referencia a aspectos como la responsabilidad civil, el intrusismo, la falsedad documental, la imprudencia profesional, el aborto, la manipulación genética, la eutanasia o la salud pública. Irrelevante.

[\(doc a23\)](#) CODIGO DEONTOLÓGICO MEDICO.

Interesante, pero no para el tema que nos ocupa.

—