

Atención Primaria en el Siglo XXI



Tiene el honor de invitarle a los actos de presentación del

Estudio prospectivo “DELPHI” sobre perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de atención primaria en el siglo XXI

Que se celebrarán en los siguientes lugares y fechas:

Madrid: Jueves 15 de febrero. Salón Real - Hotel Ritz a las 19:30h.

Sevilla: Jueves 18 de marzo. Salón Hispalis - Hotel Alfonso XIII, a las 19:30h.

Barcelona: Lunes 12 de abril. Real Academia de Medicina de Cataluña, a las 19:30h.

Comité Promotor del Estudio

*Excmo. Sr. D. José Manuel Romay Beccaría
Ministro. Ministerio de Sanidad y Consumo*

*Hble. Sr. D. Eduard Rius i Pey
Consejero. Departament de Sanitat y Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya*

*Excmo. Sr. D. José Luis García de Arboleya y
Tornero
Consejero. Consejería de Salud de Andalucía*

*Excmo. Sr. D. Iñaki Azkona Urreta
Consejero. Departamento de Sanidad del País Vasco*

*Hble. Sr. D. Joaquim Farnós Gauchía
Consejero. Conselleria de Sanitat de la Generalitat
de la C. Valenciana*

*Ilmo. Sr. D. Alberto Núñez Feijóo
Presidente Ejecutivo. INSALUD*

*Excmo. Sr. D. Enrique Castellón Leal
Subsecretario. Ministerio de Sanidad y Consumo*

*Ilmo. Sr. D. Albert Oriol Bosch
Dtor. General.
Institut d'Estudis de la Salut*

*Ilmo. Dr. D. Eugeni Sedano Monasterio
Presidente. Sociedad Española de Farmacéuticos
de Atención Primaria*

*Ilma. Dra. Dña. Amalia Velázquez
Presidenta. SEMFYC*

*Ilmo. Dr. D. Albert Planes Magriñá
Ex-presidente. SEMFYC*

*Ilmo. Sr. D. Felipe Chavida García
Presidente. SEMERGEN*

*Ilmo. Sr. D. Juan José Rodríguez-Sendín
Presidente. SEMG*

*Ilmo. Dr. D. Joan Rovirosa i Juncosa
Presidente. Sociedad Española de Directores y
Gerentes de Hospitales*

Con la participación de 29 Asesores y 342 Expertos
Dirección del Estudio: Dr. Joan Josep Artells (A&S Economía y Salud)

S.R.C.: Tel. 91 563 23 00 / 93 306 45 16

e-mail: herbes@sei.es

usgs.phesbu@pharma.novartis.com

1. La atención primaria a los 15 años de la reforma
2. Utilización, frecuentación y evolución preferible de la oferta
3. Modelo organizativo
4. Autogestión
5. Medicina gestionada
6. Decisiones clínicas y fuentes de información
7. Prescripción y farmacoterapia
8. Carrera profesional y fórmulas retributivas
9. Análisis descriptivo univariante

LA ATENCIÓN PRIMARIA A LOS 15 AÑOS DE LA REFORMA

El inicio de la reforma de la Atención Primaria en España se suele asociar con la promulgación del Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La consulta trata de apreciar hasta qué punto algunas características específicas de la Atención Primaria son conocidas, compartidas y valoradas por los panelistas.

Se registra un elevado y unánime nivel de acuerdo en relación con las características y atributos que definen y diferencian la Atención Primaria.

No obstante, un 78,3% de los consultados muestra su desacuerdo con la proposición de que la Atención Primaria sea la **única puerta de entrada de los usuarios a la red asistencial pública** frente al 97,4% que la considera como **"principal" puerta de entrada**.

De los dos grupos de opinión consistentes identificados, el grupo minoritario (21,2% de los panelistas) expresa mayor disconformidad con que **sea función importante del personal de enfermería proporcionar atención propia de enfermería a los pacientes con patologías agudas**, y con la proposición de que **los Centros de Atención Primaria son accesibles las 24 horas de todos los días del año**.

La unanimidad masiva -entre el 90,2% y el 99,4%- se extiende al acuerdo registrado sobre una serie de rasgos propios del modelo de Atención Primaria vigente.

Corroboran esta unanimidad las predicciones del panel acerca de la **evolución del aumento de la frecuentación por causa de problemas geriátricos y crónico-degenerativos** (99,7%), **el uso de los servicios de atención continuada** (90,6%) y la **realización de actividades preventivas e intervenciones comunitarias** (95,8% y 90,5%).

Idéntico nivel de elevado consenso se ha registrado en relación a características singulares de la Atención Primaria en tanto que nivel asistencial específico, corroborando la extendida concepción de la Atención Primaria como potencial determinante principal de la eficiencia del conjunto del Sistema Sanitario (entre el 95% y el 98,8%).

Confrontados con una serie de proposiciones comúnmente utilizadas en la valoración de las dimensiones de impacto de la Atención Primaria sobre la organización y el comportamiento del Sistema Nacional de Salud, destaca la ausencia de unanimidad de los panelistas en relación a:

La esperada reducción de la actividad hospitalaria de consultas externas (primeras y de seguimiento), con un 21,1% de desacuerdo.

La reducción de consultas de contenido burocrático en los Centros de Atención Primaria, con un 65,7% de desacuerdo.

La disminución de la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarias, con un 60,7% de desacuerdo

La entidad de la ausencia de consenso al respecto se refleja en la conformación de dos grupos de opinión -64,8% y 35,2% respectivamente del conjunto de los panelistas- que exhiben diferencias significativas en razón de profesión y territorio de ejercicio profesional.

El grupo más pequeño constituido por un 59% de médicos del territorio de Insalud (43%), muestra sistemáticamente mayor desacuerdo sobre la **reducción del número de consultas externas, frecuentación de urgencias y reducción de consultas de contenido burocrático** que el grupo mayor. Este último comprende panelistas no médicos en un 55,8%, con ejercicio

profesional en zonas urbanas (82,3%) correspondientes en un 40,5% a Andalucía, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco.

También se observa un consenso elevado respecto a ciertos aspectos con impacto significativo en la reforma de la atención primaria. Destacan:

La reforma de la Atención Primaria está suponiendo o ha supuesto atender correctamente a un mayor número de pacientes con problemas de salud de tipo crónico-degenerativo, con un 99,4% de acuerdo.

La reforma de la Atención Primaria está suponiendo o ha supuesto el desarrollo de programas de salud (preventivos) en los centros de Atención Primaria, con un 98,8% de acuerdo.

La reforma de la Atención Primaria está suponiendo o ha supuesto ampliar la duración media de las visitas médicas, con un 97,6% de acuerdo.

La reforma de la Atención Primaria está suponiendo o ha supuesto una disminución de las derivaciones a la atención especializada (ambulatoria o hospitalaria), con un 94,1% de acuerdo.

La reforma de la Atención Primaria está suponiendo o ha supuesto mejorar la atención paliativa domiciliaria, con un 93,8% de acuerdo.

La consulta de los capítulos 6 -Autogestión- y 10 -Carrera Profesional y Fórmulas Retributivas-, permite registrar una corriente mayoritaria de acuerdo acerca de las características en transformación del modelo actual, destacando la unanimidad en el papel de filtro y aumento de la capacidad resolutoria y de contención asistencial no indicada en el nivel especializado, la pluralidad y rechazo al uniformismo organizativo, la aceptación de la competencia entre proveedores y de las sociedades profesionales autónomas con presupuestos autogestionados, así como la incorporación de riesgo económico en el desempeño asistencial por medio de incentivos asociados a los resultados.

UTILIZACIÓN, FRECUENTACIÓN Y EVOLUCIÓN PREFERIBLE DE LA OFERTA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El Delphi se propuso conocer el pronóstico -independiente de las preferencias del panelista- de la evolución de la Utilización de la Atención Primaria, así como la tendencia deseada en la trayectoria de la oferta en los próximos diez años.

Los panelistas mostraron un elevado nivel de consenso en relación a la escasa disminución pronosticada en el nivel de utilización de la mayoría de las propuestas planteadas -la mayor frecuencia registrada como "disminución" fue del 9,7% para la **utilización prevista de atención pediátrica**. El crecimiento calificado como "muy significativo" por los consultados se refiere a:

- **La frecuentación a causa de problemas geriátricos y crónico-degenerativos** (92,5%)
- **La utilización de servicios de apoyo al núcleo de convivencia de pacientes geriátricos y crónicos** (77,7%)
- **La demanda de servicios sociales** (63,0%)
- **Los servicios programados prestados en el domicilio de los pacientes** (58,6%)

Se registra coincidencia general en cuanto al comportamiento incremental de la utilización pronosticada, con la salvedad de importantes porcentajes de indicación de "crecimiento discreto" en:

- **La variación, en aumento, de la actividad programada con respecto a la actividad espontánea o no programada** (78,5%)
- **La demanda de atención especializada (excluyendo pediatría, toco-ginecología y odontología)** (77,1%)
- **Las prestaciones de carácter burocrático-administrativo** (76,2%)
- **La demanda de atención relacionada con adicción y grupos de riesgo relacionados con el VIH y enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis** (75%)

Entre las cuestiones cuyas respuestas no mostraron el nivel de consenso pre-establecido con un mayor porcentaje de coincidencia en el pronóstico de no variación con respecto el nivel actual de utilización destacan:

- **La demanda de atención pediátrica** (60,6%)
- **La demanda de atención obstétrica** (59%)

De una manera concluyente la totalidad del panel de profesionales consultado manifiesta que entre sus preferencias o deseos de evolución de la oferta de los servicios de Atención Primaria no figura ninguna disminución significativa de los mismos. A lo sumo, un 9,7% de los panelistas preven una disminución en la **demanda de atención pediátrica especializada**.

El acuerdo general se extiende a la expectativa de incremento de una serie de prestaciones sensibles a necesidades en proceso de evolución altamente significativa: **cuidado de pacientes crónico-degenerativos, unidades administrativas de soporte, servicios de atención continuada y a domicilio de naturaleza curativa y "social", servicios de enfermería especializada, desarrollo de grupos de auto-cuidado e intervenciones comunitarias**.

En contraste con la unanimidad anterior llama la atención la proporción por debajo del nivel de consenso predeterminado - 90% -, con la que se desea un aumento de la **atención curativa** - donde se registra un 82,6% de deseos de "discreto aumento"-, así como los **servicios de obstetricia** y de **asistencia pediátrica a cargo de pediatras**. Tampoco alcanza el

mencionado nivel de consenso el acuerdo, no obstante mayoritario, acerca de la deseabilidad del aumento de la **oferta de tratamientos de ortodoncia** en las prestaciones odontológicas en contraste con la coincidencia mayoritaria y el consenso en que crezca la **oferta del tratamiento de la caries**, los **servicios de enfermería especializada**, la **atención a los problemas de salud mental** y la **realización de actividades preventivas**.

Prácticamente todas las líneas de acción preventiva propuestas a los panelistas han recibido una valoración prospectiva, de consenso, destacando por su nivel de unanimidad, la **prevención del tabaquismo y alcoholismo y SIDA**, la **educación sexual** y las **actividades preventivas de salud mental y de salud bucodental**.

La consulta referida a la introducción de "técnicas alternativas" o "complementarias" ha concitado una respuesta mayoritaria por parte de los profesionales consultados, a la conveniencia de conocer su eficacia, antes de plantear su eventual incorporación como prestación obligatoria o discrecional. El nivel de consenso acerca de su incorporación como prestación obligatoria o discrecional no ha superado en el mejor de los casos el 19,7% para la acupuntura. No obstante, el análisis cluster ha puesto en evidencia la existencia de tres grupos de opinión articulados:

El grupo mayoritario (59% de panelistas) es relativamente joven (40 años) e incluye una sobre-representación de médicos. Mayoritariamente opinan que las técnicas alternativas deberían incluirse como prestaciones a cargo de la seguridad social en caso de **evidencia científica** en cada centro de atención primaria.

El 25% de los panelistas opinan que las técnicas alternativas deberían **no deberían incluirse** a cargo de la seguridad social. Se trata de un grupo igualmente joven (40 años), homogéneo en cuanto a profesión.

Finalmente, el grupo minoritario (16%) opina que las técnicas alternativas solo deberían incluirse como **prestación discrecional**. En este grupo predominan los profesionales no médicos con una edad media superior (44 años).

Debe destacarse el alto nivel de congruencia entre los pronósticos de evolución de oferta, por una parte, y de utilización, por otra parte, que han recibido respectivamente mayores porcentajes de acuerdo en relación a las **necesidades relacionadas con los problemas geriátricos y crónico-degenerativos** y los **servicios de apoyo a los núcleos de convivencia**, la **demanda de servicios sociales** y los **servicios programados en el domicilio de los usuarios**.

MODELO ORGANIZATIVO Y POTENCIAL DE MEJORA

La actitud y valoración del panel en relación con el impacto de una serie de propuestas de cambio organizativo se polariza en dos grupos que reúnen al 83,1% y al 16,9% respectivamente, de los panelistas, siendo los que pertenecen al grupo de mayores dimensiones los que de manera sistemática valoran como impacto positivo -aunque en proporciones variables de intensidad- la eventual influencia de aquellas. Entre las opiniones enfrentadas entre ambos grupos destacan:

Diversificar las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria incluyendo entidades públicas, mixtas y privadas. El 92% del grupo mayoritario valora el impacto de esta medida de forma positiva frente al 82% del grupo minoritario que valora el impacto de forma negativa.

Estimular la creación de sociedades profesionales con personalidad jurídica propia y responsabilidad asistencial y económica regulada mediante contrato. Casi todos los miembros del grupo mayoritario (99%) valora el impacto de forma positiva mientras que la mayoría (70%) del grupo minoritario valora el impacto de forma negativa.

Con mayor precisión, sólo la **generalización de la libre elección de médico y equipo de Atención Primaria**, así como la **separación de las funciones de provisión, compra y financiación de servicios**, concitan valoraciones de impacto "muy positivo". En cambio, se han registrado valoraciones agregadas de "impacto positivo" con un alto componente de "poco impacto" relativo a "impacto muy positivo" en las respuestas al **estímulo de la competencia entre centros** (54,4% de estimación poco positiva), **la creación de sociedades profesionales autónomas** (56,1%), **la diversificación de proveedores de Atención Primaria incluyendo a privados** (56,4%) y el **desarrollo de sistemas integrados de atención multinivel** (42,0%). A destacar que casi un tercio de panelistas considera negativa la integración vertical de niveles asistenciales.

La **integración de médicos especialistas del hospital de referencia en los centros de Atención Primaria** se valora mayoritariamente como de impacto muy positivo (74,0%) cuando se concreta en **interconsultas**, aunque pasa a valorarse de impacto nulo (21,9%) o de poco impacto (38,6%) cuando se concreta como **asistencia directa al paciente**. No obstante, la integración de especialistas provoca dos grupos de opinión enfrentados:

Uno mayoritario formado por el 93,5% de los panelistas que considera de forma mayoritaria (80%) que la integración de especialistas, en cualquier caso, es una medida con impacto positivo,

Y un grupo muy minoritario (6,5%) en el que los profesionales que ejercen en Cataluña están muy sub-representados y que mayoritariamente (80%) opina que se trata de una medida con impacto nulo en el caso de asistencia directa al paciente y con impacto positivo en el caso alternativo.

La valoración del actual modelo de Atención Primaria sería incompleta sin la consideración del impacto de diversas medidas sobre su capacidad de aumentar la eficiencia de su funcionamiento. Los panelistas consideraron diversas proposiciones cuya eventual pertinencia forma parte del debate sobre la reforma del Sistema Sanitario Público.

Frente a opiniones y posicionamientos en proceso de maduración y actitudes positivas aunque matizadas, la valoración de las opciones planteadas en relación con la gestión arroja, sistemáticamente, una proporción mayor de valoraciones de impacto muy positivo en casi todas las cuestiones planteadas, destacando la magnitud de la adhesión a la **potenciación de la capacidad resolutoria y la contención asistencial** (91,3%), la **mejora de la integración entre niveles asistenciales a partir del uso de protocolos consensuados con los especialistas del hospital de referencia** (86,2%) y la **implicación del médico en la gestión del conjunto de recursos dedicados a la atención de sus pacientes** (76,2%). En relación

con esta valoración consistente y muy positiva, un 34,5% estima "muy positivo" el efecto de la **integración de niveles asistenciales mediante la prestación asistencial en los Centros de Salud de los especialistas del hospital de referencia**, en oposición a la opinión contraria de un 21,9% del panel y a la valoración de "impacto positivo", aunque escasom de un 38,6%, constituyendo este ítem un buen ejemplo de dispersión en la respuesta.

No se identifica consenso en la proporción establecida del 90% en las respuestas a las cuestiones relacionadas con cambios en diversos aspectos de la financiación a pesar la elevada valoración negativa de la **propuesta de reducción de la cartera de prestaciones de la Atención Primaria** (81,3%) y el posicionamiento favorable al "alto impacto" del **mantenimiento de la universalidad** (85,9%). Paradójicamente no se mejora la unanimidad esperable en la respuesta a **umentar la dotación presupuestaria de la Atención Primaria a costa de la dotación de la Atención Especializada** (solamente consideran esta medida de alto impacto positivo un 63,7%). En contraste con el 49% que comparten una respuesta negativa a la propuesta de **extender el co-pago de la prestación farmacéutica a todos lo ciudadanos** -según se puede apreciar en el capítulo 9 -Prescripción y Fármacoterapia-, solamente un 27,3% valoran negativamente el impacto de **introducir mecanismos de co-pago en algunas prestaciones de Atención Primaria**.

AUTOGESTIÓN

En Atención Primaria, la autogestión se ha definido como una opción organizativa en la que los profesionales asumen plena capacidad y responsabilidad jurídica para gestionar los recursos de manera autónoma, asumiendo el riesgo de una trayectoria deficiente. El hecho de que no exista aún una visión compartida con carácter general del concepto permite registrar un *continuum* de versiones sobre la **autogestión** desde la mera gestión del capítulo de recursos destinado a sustituciones de personal y gasto corriente a los modelos inspirados en los médicos gestores del presupuesto completo (*fundholders*) en el Reino Unido, o los profesionales constituidos como empresa que contratan con la administración por entero la cobertura pública de las prestaciones de Atención Primaria para una población definida.

A tenor de las respuestas del panel no obstante, el conocimiento del concepto parece muy extendido, tanto por la entidad del acuerdo con lo que **no es autogestión** -un 88,8% expresa su desacuerdo con la **preeminencia de los objetivos económicos sobre los asistenciales** o la intervención de la decisión clínica por la motivación lucrativa -como con la coincidencia mayoritaria en la **asunción del riesgo de que los resultados asistenciales repercutan en la retribución** (94,4%), como con el **carácter plural y variado de los modelos de desarrollo de la autogestión** (90,9%) y el rechazo a su **uniformización estatalista** (73,3%). Debe subrallarse el rechazo que un 91,5% de panelistas muestran a la propuesta de **no repercusión en la retribución de los resultados asistenciales**. Son estadísticamente significativas las diferencias que se aprecian entre un grupo minoritario compuesto en su mayoría por panelistas del INSALUD (48,5%) que se muestra unánimemente favorable a la homogeneidad del modelo frente a un amplio grupo de 293 panelistas mayoritariamente en desacuerdo (81,2%).

Se han constatado consensos y mayorías muy pronunciadas en los atributos que se propusieron como rasgos organizativos de la autogestión como la **regulación de la competencia** (96,4%), **la libre elección de equipo y médico** (91,3%) y, en menor grado, el **desarrollo de equipos de Atención Primaria con ejercicio independiente de personalidad jurídica propia** (78%). Respecto a esta última cuestión se diferencian dos grupos de opinión significativos:

El grupo mayoritario (71,7% del panel) cuenta con una sobre-representación de profesionales con ejercicio en Cataluña y, de forma unánime (100%), está de acuerdo con esta medida,

El grupo minoritario (28,3% del panel) cuenta con una sobre-representación de profesionales ejerciendo fuera de Cataluña y de los centros administrados por el INSALUD y en un 80% opina lo contrario.

De especial relevancia son las respuestas asociadas a la valoración de las expectativas o cautelas de los panelistas en relación con la eventual implantación de la autogestión, que apuntan hacia una disposición positiva mayoritaria con cautelas asimismo generalizadas como la posible **selección adversa** a evitar. Un 98,8% expresa su valoración de que la autogestión reclama **reglas que eviten desigualdades entre la población**, aunque un 79% rechaza que las potenciales desigualdades tengan su origen en **diferencias en calidad asistencial y eficiencia entre equipos con capacidad y competencias de gestión distintas**.

Dan cuenta asimismo de la mayoritaria aceptación de la orientación de los rasgos básicos del modelo de autogestión, el rechazo a que la gestión deba limitarse **al gasto corriente y al control de las sustituciones del personal** (93,7%), el consenso (92,6%) en extender la responsabilidad de gestión a todos los recursos asistenciales incluyendo la "compra" de servicios especializados y el acuerdo (75,7%) en la **contratación de las prestaciones públicas de Atención Primaria a empresas públicas o privadas acreditadas**.

MEDICINA GESTIONADA

Los resultados de la consulta añaden al posicionamiento en general favorable a la Autogestión -establecido en el capítulo anterior-, información acerca del conocimiento y actitudes ante lo que se denomina "Medicina Gestionada", cuya orientación y contenidos corresponden a una opción de gestión integral de asistencia compartida entre niveles y dirigida a la consecución de prestaciones de calidad al menor coste posible para el colectivo a cargo de cuyo cuidado se responsabiliza un centro de salud.

Un 98,8% de los panelistas, de los cuales un 70,5% se manifiestan de acuerdo sin restricciones, coinciden en que **para el logro de sus propósitos, la medicina gestionada debe fomentar el uso racional de los servicios de acuerdo con las necesidades de la población atendida, la eficacia clínica y la consideración de la limitación de recursos**. En el mismo registro de alto nivel de consenso se identifican las respuestas a las propuestas acerca de una serie de dimensiones clave en la concepción de la Medicina Gestionada como la **corrección del comportamiento clínico con arreglo al ajuste de la actividad a la observancia de protocolos y guías de buena práctica** (95,1%), la **vinculación retributiva a incentivos relacionados con resultados** (93,2%), la utilización sistemática de "benchmarking" o la **comparación de la trayectoria y comportamiento de los equipos con los más eficientes** (92,6%).

En el contexto de este perfil de aparente conocimiento de los contenidos y finalidades de la Medicina Gestionada destaca, no obstante, un porcentaje importante de desacuerdo (60,4%) con uno de sus atributos o manifestaciones más conspicuos como la **limitación activa de la utilización de servicios por parte de los usuarios**. Esta cuestión juntamente con las correspondientes a la **minimización de la atención de complacencia tanto en el nivel de Atención Primaria como en el nivel especializado** han permitido identificar tres grupos de opinión (47,5% del panel, 35,1% y 14,5%) con percepciones opuestas.

También se ha observado consenso, con elevados porcentajes de "acuerdo sin reservas", en la valoración de instrumentos para la implantación de la Medicina Gestionada, como la **formación de los profesionales** (75% de acuerdo sin reservas), el condicionante de la disposición de un **sistema de información** para su desarrollo (74,1%) y la asunción de transferencias de riesgo en la gestión de los recursos económicos, aunque esta última constatación se consensua con un 71,5% de "acuerdo, con matices".

Si se tiene en cuenta que el posicionamiento favorable tanto a la autogestión como principalmente a la implantación de la Medicina Gestionada en Atención Primaria se produce en ausencia de experiencias de visualización completa y suficiente, cobra un significado especial el consenso acerca del pronóstico de **aumento de la satisfacción del profesional** (96,4%) y **del usuario** (93,2%) y **de la competencia profesional del primero** (91,4%) como expectativas frente a su implantación. Con todo, la anterior adhesión general y favorable se matiza con la coincidencia en un 88,8% en el potencial de provocación de conflictos de intereses entre profesionales y pacientes.

Solamente un 36,6% de los panelistas juzgan que la industria farmacéutica desempeña un papel importante en la introducción de técnicas de Medicina Gestionada en Atención Primaria.

DECISIONES CLÍNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

El cuestionario incluyó un sondeo acerca de la ponderación, por parte de los panelistas, de algunos factores con influencia positiva o negativa sobre la toma de decisiones clínicas, así como la valoración sobre el efecto en la buena práctica asistencial de una serie de actividades o hábitos crecientemente asociados al comportamiento clínico.

Entre los factores positivos que mayor adhesión suscitaron y que, a juicio de sus proponentes, deberían tener más peso en las decisiones clínicas aparecen: **el conocimiento médico basado en la evidencia científica, criterios consensuados entre médicos de Atención Primaria y especialistas y la utilización de protocolos y guías de buena práctica**. En los lugares más bajos de la misma ordenación, **los incentivos económicos asociados a la obtención de resultados, los costes económicos directos para el paciente y la complacencia con el mismo**, no suponen en conjunto más de la valoración del 1,7% de los panelistas.

Ante los factores considerados como negativos y que, por tanto, deberían recibir menor consideración en las decisiones clínicas figuran, en primer lugar, **la presión comercial y la publicidad**, así como la **complacencia con los pacientes** y la **información facilitada por la industria farmacéutica**. A continuación un 12,5% de consultados indicaba la **"medicina defensiva"** y **la influencia de la consideración del riesgo potencial de responsabilidad civil y posibles litigios**.

Algo más del 50% de panelistas señalan como "muy utilizado" el recurso a la **derivación al especialista** y la **revisión adaptativa de protocolos** como orígenes de la información adicional procurada en los casos de duda o incertidumbre en la toma de decisiones clínicas.

En las respuestas sobre el tipo de información que se utiliza ante situaciones de incertidumbre en la decisión clínica no se han alcanzado grandes coincidencias. Destaca el 58,5% de panelistas que coinciden en valorar la **presentación de casos en sesión clínica en el hospital de referencia** como fuente de información nunca utilizada, seguido por el **uso ocasional de Internet** (30,4%), la evitación del uso de la **interconsulta con el especialista en sesión conjunta** (25,2%) ni de la **información-distinta del Vademecum- facilitada por la industria farmacéutica** (25,7%). Asimismo, con la mayor frecuencia en el señalamiento del **conocimiento médico basado en la evidencia** como factor que debería tener más peso en la decisión clínica, se señala que en un 19,3% son muy utilizados los **informes o publicaciones sobre medicina basada en la evidencia** y que en una proporción similar sólo se usan excepcionalmente. La **revisión adaptativa de protocolos y guías de buena práctica** alcanza la mayor proporción de utilización más generalizada.

El análisis de los grupos de opinión señala que en el 11,1% de los casos no se obtuvieron respuestas debido a la profesión no médica del panelista, mientras que la **presentación del caso en el hospital de referencia, la presentación del caso en sesión clínica con o sin el especialista correspondiente en el centro de Atención Primaria** y la **interconsulta con el especialista indicado en sesión conjunta**, son las fuentes de información sobre las que las diferencias de opinión más se polarizan.

Por lo que se refiere a la consideración del impacto de una serie de actividades para-asistenciales sobre la buena práctica asistencial, los consultados se muestran en bloque de acuerdo con un "impacto muy positivo" de todas las actividades propuestas, destacando el **intercambio clínico-docente con otros profesionales de Atención Primaria y atención especializada** (90,5%), juntamente con la **formación continuada clínica** (89,6%).

Aunque la tónica general de las respuestas a este apartado es altamente positiva -la máxima frecuencia registrada por una respuesta indicando impacto negativo ha sido de un 2,1%- , destacan como respuestas que matizan lo anterior con una valoración de "poco impacto positivo" el **análisis de costes y la comparación y difusión de resultados clínicos** (47,5%) y **la formación en disciplinas relacionadas con la gestión** (40,8%).

PRESCRIPCIÓN Y FÁRMACOTERAPIA

Recientemente, el Servicio de Farmacia del Hospital de Sant Pau de Barcelona, estableció que en un 19% los ingresos por urgencias se asociaron a la utilización inadecuada de fármacos (reacciones adversas 32%, prescripción no indicada 26%, dosificación inadecuada 15%, incumplimiento del tratamiento prescrito 9%, interacciones medicamentosas 7% y otras causas).

La importancia del uso racional del medicamento ha sido reiteradamente puesta de manifiesto. La consulta propuso diversas cuestiones tendentes a facilitar una valoración de los componentes de mayor peso en la prescripción racional: minimización del uso inapropiado y reducción de los efectos adversos y prescripción coste-efectiva.

De las respuestas con mayor coincidencia en la estimación "muy positiva" de las medidas o instrumentos con un impacto sobre la eficiencia de la prescripción, especialmente en los costes, destacan la adhesión **a la utilización obligatoria de presentaciones genéricas** (78,2%), **la introducción de un sistema de precios de referencia** (63,5%) y la **reducción de los márgenes de beneficio de la intermediación y distribución de los fármacos** (60,5%).

Asimismo, se identifican tres grupos de opinión abiertamente contrapuestos respecto a la eventual eficiencia de dos medidas: la **reducción de los márgenes de beneficio de la intermediación y distribución de los fármacos** y **la ampliación de la libertad de horarios y dar libertad de establecimiento a las oficinas de farmacia**. En efecto:

El primer grupo abarca la mitad del panel (49%) y de forma unánime (100%) considera positivo el impacto de ambas medidas.

El segundo grupo abarca casi la otra mitad del panel (43%) y de forma unánime considera positivo el impacto de reducir los márgenes de beneficio y en su mayoría (80%) opinan que la libertad de establecimiento tiene un impacto nulo.

El último grupo (8%) difiere de los anteriores por su valoración de impacto nulo en lo que se refiere a las dos medidas anteriores.

Debe consignarse en los ítems consensuados el peso de las respuestas concernientes a una valoración escasa -"poco impacto positivo"- **del uso de incentivos económicos para motivar el control de los costes de farmacia** (71,4%), el efecto previsible de **la financiación selectiva de medicamentos y la limitación del crecimiento de la facturación de la industria farmacéutica al Sistema Nacional de Salud** (78,9%).

Las cuestiones relacionadas con el co-pago recibieron una singular respuesta en términos de un reparto igualado de valoraciones contrapuestas. Así **la extensión del co-pago incluso a los pensionistas** se valora como impacto negativo sobre el control de costes en un 49% mientras recibe una valoración muy positiva en un 23,5% de casos y de "poco impacto positivo" en un 25,5%. Un 56,1% de los consultados estiman negativo el impacto del **aumento de la cuota de co-pago a los usuarios activos**, valorando la misma medida como de "poco impacto positivo" en un 36% de los casos.

Por lo que respecta a las medidas o instrumentos que se propusieron para su valoración en términos de su contribución o impacto sobre la reducción del uso inapropiado del medicamento se registra como muy destacada la respuesta de "impacto muy positivo" de la **aplicación de tecnología de la información en los Centros de Atención Primaria para valorar contraindicaciones, duplicaciones, dosificaciones, interacciones y facilitar el control de las indicaciones farmacoterapéuticas**. (81,1%). Esta unanimidad, sin embargo, se reduce notablemente -sólo el 40% manifiestan que el impacto va a ser "muy positivo" -cuando la aplicación de la informática para las mismas finalidades, se plantea en las oficinas de farmacia.

Destacan, en el mismo sentido de la respuesta, el refuerzo de la **formación de los médicos especialistas** (76,8%) **y de los médicos de Atención Primaria** (74,6%) **en el uso racional de medicamentos proporcionándoles periódicamente indicadores de calidad de su prescripción** (72,9%).

Alrededor de un 41% de los consultados matizan con su valoración de "poco impacto positivo" **las consecuencias de informar a los prescriptores acerca de las características y costes de las prescripciones realizadas.**

No alcanzaron el nivel de consenso estipulado las respuestas de los consultados al impacto sobre los costes de la **modificación de la actual regulación de las oficinas de farmacia** - 38,1% expresan que el impacto va a ser nulo- y sobre el **impacto de la aplicación de un ticket moderador sobre el uso inapropiado** que en un 47,8% se considera que tendrá poca entidad.

En este sentido, merece destacar la identificación de dos grupos de opinión alrededor de las proposiciones relativas a los efectos sobre el uso apropiado y la reducción de efectos adversos. De forma unánime, el grupo mayoritario (74,4% del panel) valora de forma positiva la eventual introducción de un ticket moderador simbólico para cada receta de pensionista, frente la opinión del grupo minoritario (25,6%) que valora esta medida de forma negativa (73%).

CARRERA PROFESIONAL Y FÓRMULAS RETRIBUTIVAS

Finalmente la consulta se propuso recoger y ponderar las diversas actitudes y expectativas relacionadas con la carrera profesional y las condiciones de desempeño profesional, singularmente en relación al modelo retributivo.

La mayoría de las proposiciones sometidas a la valoración de los panelistas para el desarrollo de los currículums laboral-profesionales fueron objeto del consenso predeterminado -siendo de destacar que el acuerdo mayoritario se refiere asimismo al **farmacéutico de oficina como agente de salud** (93,5%) y al **farmacéutico de Atención Primaria** (92,6%), así como al **odontólogo** (95,1%).

Sin llegar al consenso preestablecido, aunque con elevados niveles de coincidencia, un 79,6% del panel -del que un 34,3% matiza su acuerdo- se pronuncia de manera favorable a la **reglamentación administrativa unitaria** de los contenidos de la carrera profesional en todo el territorio español y, en coherencia con lo anterior, un 80,2% -del cual un 73,1% se muestra totalmente en desacuerdo- expresa su desacuerdo con la **regulación diferenciada de la carrera profesional en cada Comunidad Autónoma**. Se ha identificado un grupo minoritario (19,7% del conjunto del panel) que expresa una valoración totalmente opuesta a la predominante de uniformismo administrativo y organizativo. Este grupo está formado en un 70,5% por panelistas de Cataluña.

En el contexto de la buena aceptación de los atributos subyacentes en la Autogestión y la Medicina Gestionada, contrasta la aceptación que se desprende de la valoración de los panelistas de los "baremos" como instrumentos de selección y provisión de plazas y el consenso acerca de la **evaluación periódica de las competencias profesionales** (96,1%), la **priorización de actividades de investigación y docencia** (90,9%) y la **capacidad resolutive** como criterios de prioridad en la **baremación para la provisión de plazas** (89,7%), así como el desacuerdo general (81,2%) en el **criterio de antigüedad** como prioritario.

Alrededor de las cuestiones que indagan acerca de los criterios de prioridad para la provisión de plazas se identifican dos grupos que contraponen su opinión en cuanto al papel de la antigüedad y de la investigación y docencia. En efecto:

El grupo mayoritario (74,2% del panel) -formado principalmente por médicos ejerciendo, en su mayor parte, en territorios distintos del Insalud- opina de forma unánime que la antigüedad no debe primar especialmente y que, en cambio, la investigación y la docencia deben primar en los baremos.

El grupo restante (25,8% del panel) -constuido principalmente por profesionales no médicos y por un 41,2% del Insalud- tiene una opinión mayoritaria distinta opinando que debe primar especialmente la antigüedad (73%) y discrepando en la priorización de la investigación y la docencia (65%).

En relación con las proposiciones relativas al modelo retributivo, los panelistas mostraron un elevado nivel de consenso con las **fórmulas retributivas mixtas y multifactoriales en función de capitación, resultados y cargo asistencial** y con factores de ponderación en función de las características etarias de la cartera de usuarios. Debe consignarse el elocuente nivel de desacuerdo (83,9%) con la fórmula retributiva de salario fijo.

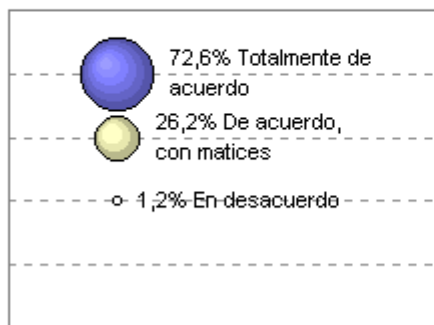
RESULTADOS

I - CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ayúdenos a describir las características que en su opinión son, actualmente, propias de la

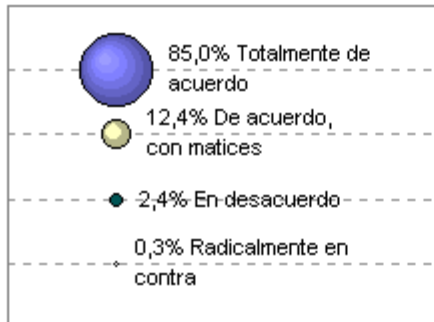
atención primaria. Exprese su **grado de acuerdo o desacuerdo** con las siguientes afirmaciones:

I.1. Los problemas de salud y, en general, las necesidades sanitarias de la población deben determinar la cartera de servicios que prestan los centros de atención primaria.



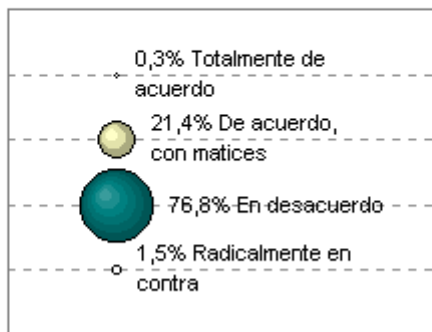
Consenso 98,8% en 1ª ronda

I.2. La atención primaria, juntamente con los servicios de urgencia hospitalarios y los servicios de emergencias médicas (061, ...) son la **principal puerta de entrada** de los usuarios a la red asistencial pública.



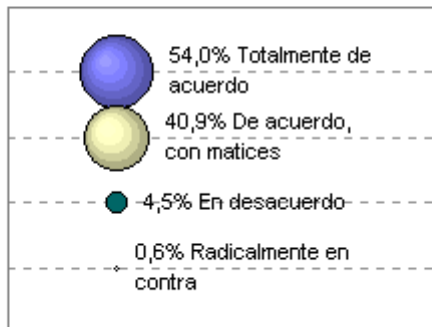
Consenso 97,4% en 2ª ronda

I.3. Los centros de atención primaria son la **única puerta de entrada** de los usuarios a la red asistencial pública.



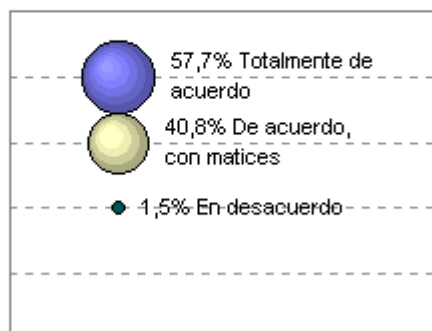
Consenso NO (78,3%)

I.4. Los centros de atención primaria deben cumplir una función de filtro que regule el acceso de los usuarios a cualquier dispositivo de atención especializada.



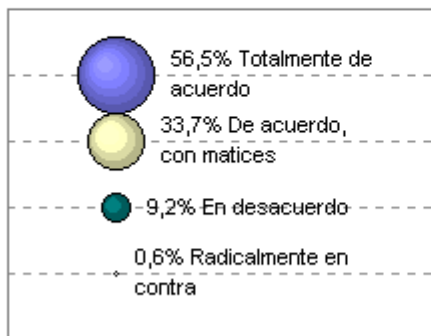
Consenso 94,9% en 1ª ronda

I.5. Los centros de atención primaria valoran y en su caso canalizan el acceso de los usuarios al resto de niveles asistenciales del sistema sanitario.



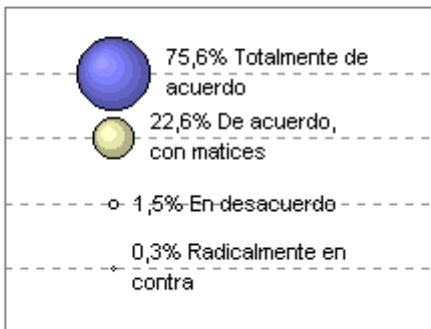
Consenso 98,5% en 2ª ronda

I.6. Algunas prestaciones de los centros de atención primaria son accesibles las 24 horas de todos los días del año.



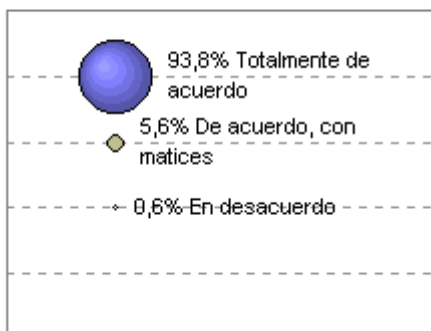
Consenso 90,2% en 2ª ronda

I.7. La atención primaria debe proporcionar servicios de atención domiciliaria, incluyendo urgencias.



Consenso 98,2% en 1ª ronda

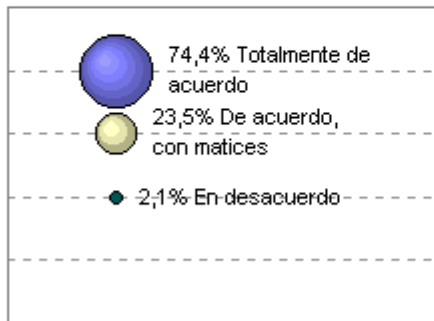
I.8. La atención primaria debe proporcionar atención continuada a los problemas de salud de las personas a lo largo de la vida.



Consenso 99,4% en 1ª ronda

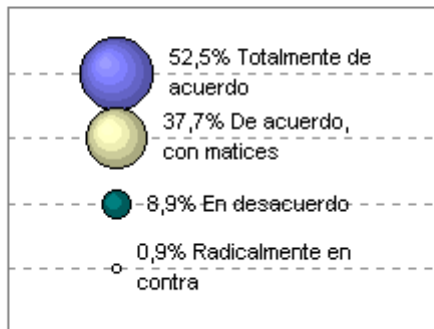
I.9. La misión principal de la atención primaria es curar enfermedades, realizar actividades preventivas a nivel individual y comunitario y proporcionar los cuidados necesarios para paliar los efectos adversos de los problemas de salud.

Consenso 97,9% en 1ª ronda



I.10. Los servicios de atención primaria son proporcionados por un equipo interdisciplinario coordinado por el médico de atención primaria.

Consenso 90,2% en 2ª ronda

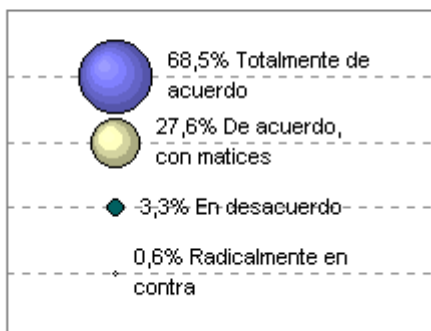


SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Profesión ($p=0,0002$): Los panelistas que no ejercen como médicos, muestran mayor desacuerdo.
- Sexo ($p=0,04$): Los hombres se muestran más de acuerdo que las mujeres.

I.11. La relación de confianza personal e individualizada entre el médico y el paciente es clave en la percepción de la calidad de la asistencia por este último.

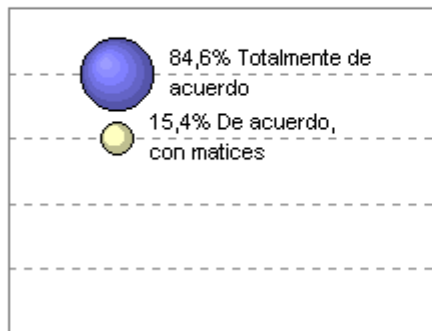
Consenso 96,1% en 1ª ronda



SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

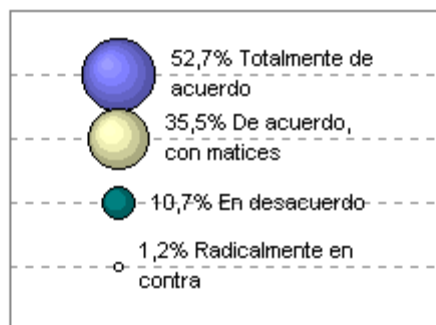
- Profesión ($p=0,0003$): Todos los médicos se declaran a favor del enunciado, mientras que el resto de profesionales opinan de manera divergente.

I.12A. El seguimiento y cuidado de los pacientes crónicos (en el centro y a domicilio) es una función importante del personal de enfermería de los centros de atención primaria.



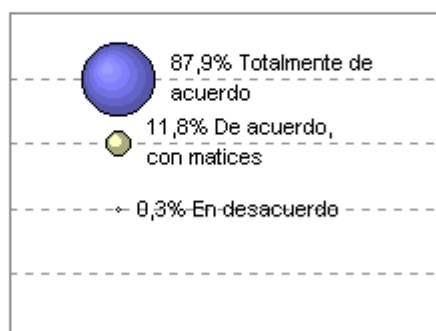
Consenso 100% en 3ª ronda

I.12B. Proporcionar atención propia de enfermería a los pacientes con patologías agudas es una función importante del personal de enfermería de los centros de atención primaria.



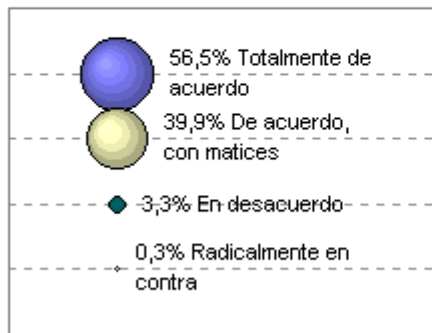
Consenso NO (88,2%)

I.12C. Participar en actividades de promoción de la salud es una función importante del personal de enfermería de los centros de atención primaria.



Consenso 99,7% en 3ª ronda

I.13. La capacidad resolutive y de contención asistencial de un equipo de atención primaria es la clave para la eficiencia del sistema sanitario público.



Consenso 96,4% en 2ª ronda

I^{BIS} - REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

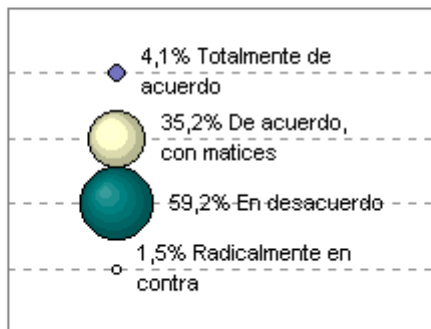
En general, las diversas variantes de reforma de la Atención Primaria se proponían alcanzar una

serie de objetivos. Expresé su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones,

referidas a su Comunidad Autónoma de ejercicio profesional:

I.14. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto una disminución de la frecuentación en los servicios hospitalarios de urgencias.

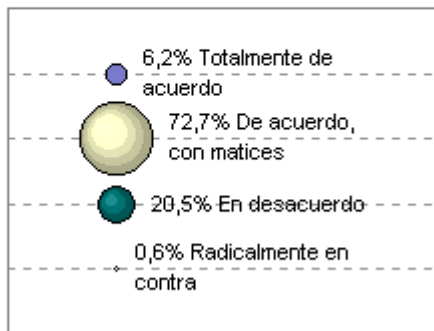
Consenso NO (60,7%)



SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

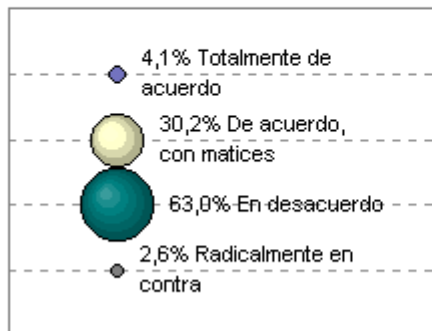
- Edad ($p=0,005$): La edad de los que se declaran en contra es superior, en promedio de la de los panelistas a favor.
- Sexo ($p=0,01$): Los hombres se muestran más en desacuerdo.
- Profesión ($p=0,05$): Los médicos están menos de acuerdo.

I.15. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto una reducción del número total de visitas realizadas en las consultas externas hospitalarias (primeras y seguimientos).



Consenso NO (78,9%)

I.16. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto una reducción significativa de consultas burocráticas (renovación de recetas, partes de incapacidad temporal, etc.) en los centros de atención primaria.

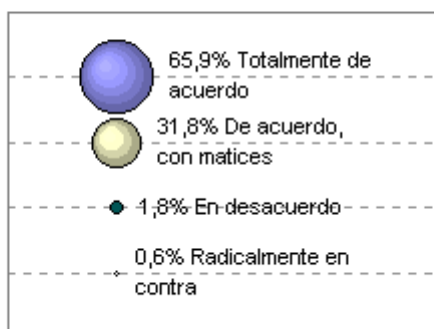


Consenso NO (65,6%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

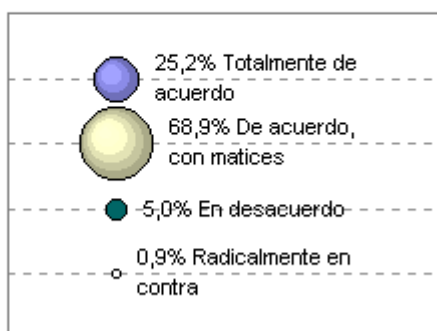
- Profesión ($p=0,002$): La proporción de médicos de acuerdo es significativamente inferior a la de otros profesionales.
- Territorio ($p=0,0011$): Los panelistas de Insalud están más en contra.

I.17. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto ampliar la duración media de las visitas médicas.



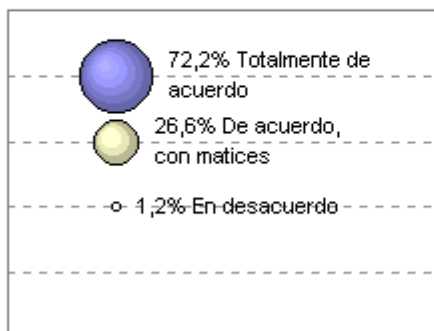
Consenso 97,7% en 2ª ronda

I.18. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto una disminución de las derivaciones a la atención especializada (ambulatoria o hospitalaria).



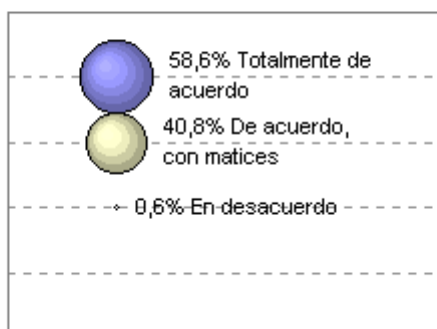
Consenso 94,1% en 3ª ronda

I.19. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto el desarrollo de programas de salud (preventivos) en los centros de atención primaria.



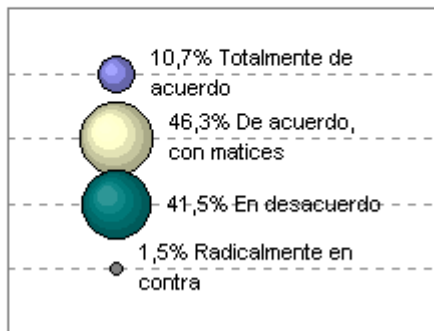
Consenso 98,8% en 2ª ronda

I.20. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto atender correctamente a un mayor número de pacientes con problemas de salud de tipo crónico-degenerativo.



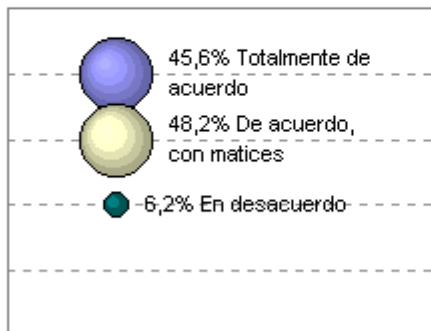
Consenso 99,4% en 2ª ronda

I.21. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto una sobreutilización de recursos destinados a atender pacientes con problemas de salud de tipo crónico-degenerativo.



Consenso NO (57,0%)

I.22. La reforma de atención primaria está suponiendo o ha supuesto mejorar la atención paliativa domiciliaria.



Consenso 93,8% en 3ª ronda

III - EVOLUCIÓN DESEABLE DE LA OFERTA

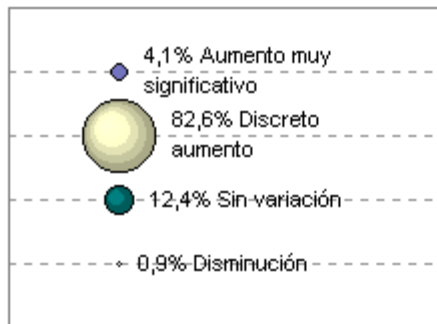
Expresa su actitud en forma de **deseo** o **preferencia**. Indique qué servicios asistenciales

crea que deberían potenciarse durante los próximos diez años en los centros de atención

primaria para hacer frente a las demandas de la población. Indique qué **tendencia** cree

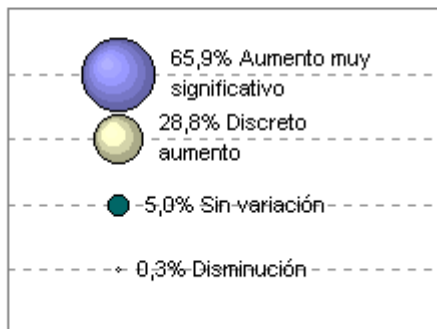
que es más deseable.

III.1. Actividades asistenciales orientadas principalmente a la curación de enfermedades.



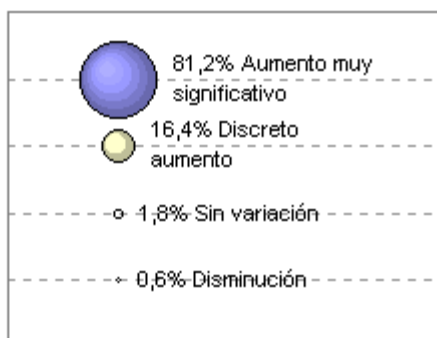
Consenso NO (86,7%)

III.2. Reorganización de las tareas del personal administrativo de los centros de atención primaria para dar soporte a los médicos en la realización de tareas administrativas: recetas, certificados, informes, partes de incapacidad laboral, etc.



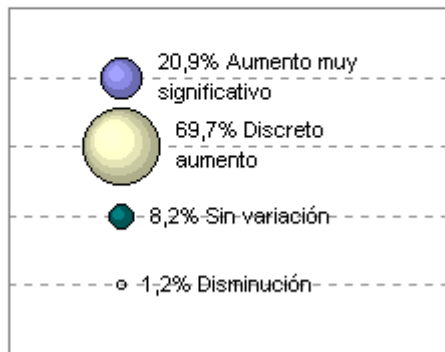
Consenso 94,7% en 2ª ronda

III.3. Servicios orientados a atender y/o cuidar a pacientes con problemas de tipo crónico-degenerativo.



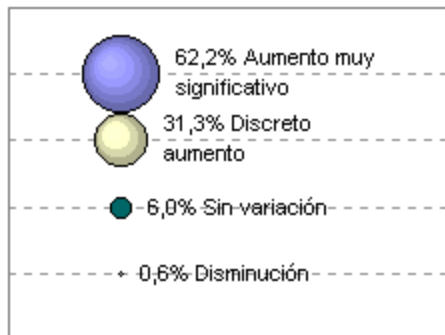
Consenso 97,6% en 1ª ronda

III.4. Servicios de atención continuada (accesibles 24 horas) incluyendo urgencias.



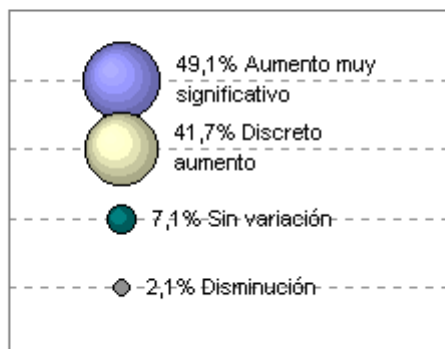
Consenso 90,6% en 3ª ronda

III.5. Los servicios de carácter sanitario prestados en el domicilio de los pacientes.



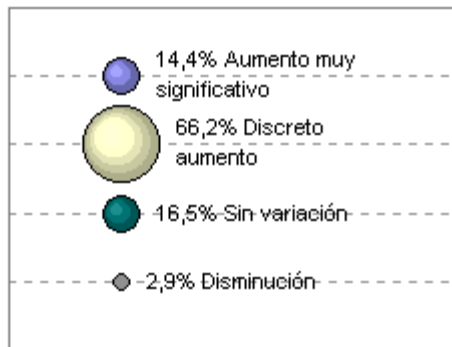
Consenso 93,5% en 1ª ronda

III.6. Los servicios prestados en el domicilio de los pacientes de carácter social.



Consenso 90,8% en 1ª ronda

III.7. Servicios especializados dispensados en el centro de atención primaria por médicos especialistas del hospitals de referencia. Excluya pediatría, tocoginecología y odontología.

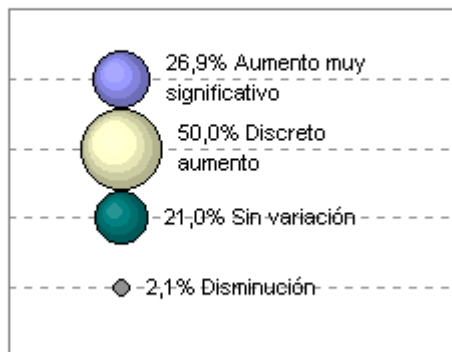


Consenso NO (80,6%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

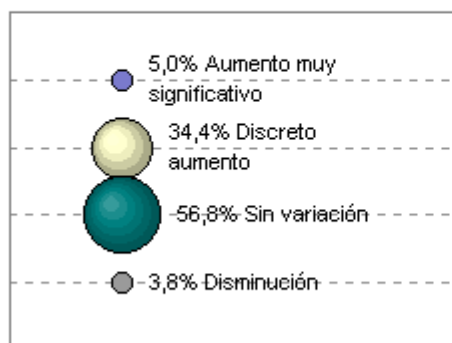
- Profesión ($p=0,03$): Los médicos creen más en la disminución o no variación que el resto de profesionales.

III.8A. Actividades preventivas dirigidas a niños proporcionadas por peditras.



Consenso NO (76,9%)

III.8B. Asistencia pediátrica de carácter curativo proporcionada por peditras.

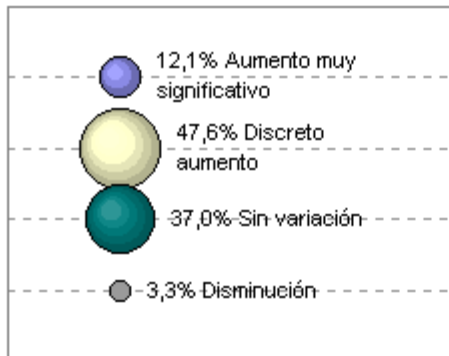


Consenso NO (60,6%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,03$): Los hombres son los que más opinan que disminuirá.

III.9A. Servicios de obstetricia.

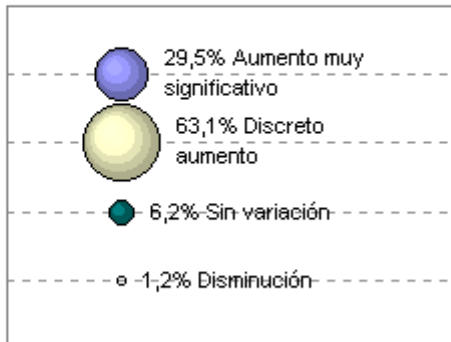


Consenso NO (59,7%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

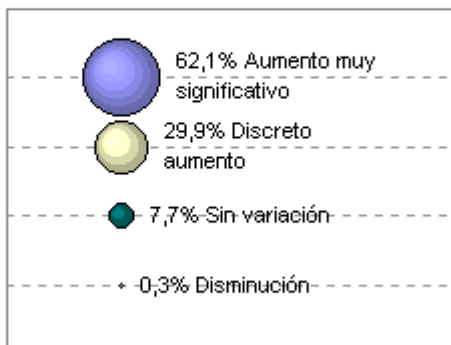
- Edad ($p=0,03$): El promedio de edad de los que opinan que no variará es mayor que el de los que opinan que disminuirá o aumentará.

III.9B. Servicios de ginecología.



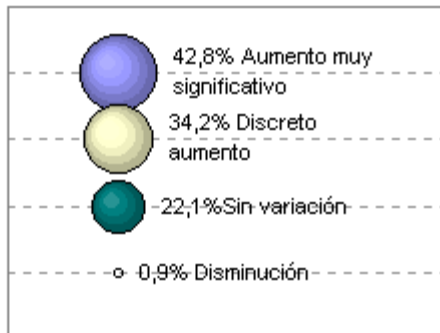
Consenso 92,6% en 3ª ronda

III.10A. Tratamiento adecuado de las caries dental dentro de las prestaciones de odontología a cargo de la seguridad social.



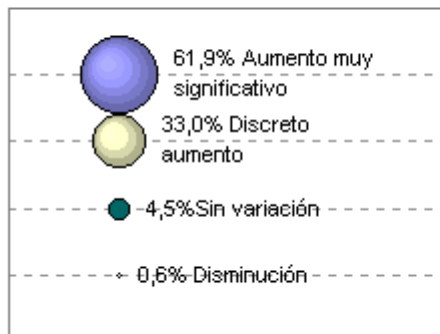
Consenso 92,0% en 3ª ronda

III.10B. Tratamiento adecuado de la caries dental dentro de las prestaciones de odontología a cargo de la seguridad social.



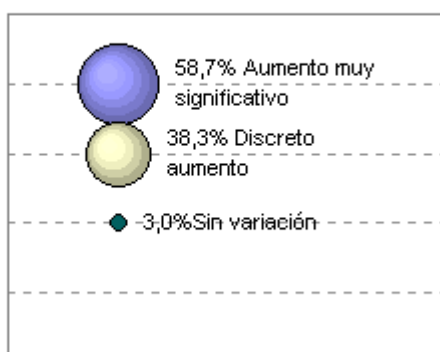
Consenso NO (77,0%)

III.11. Medios diagnósticos y de tratamiento de tipo especializado: unidades de cirugía menor, técnicas de diagnóstico por imagen, etc.



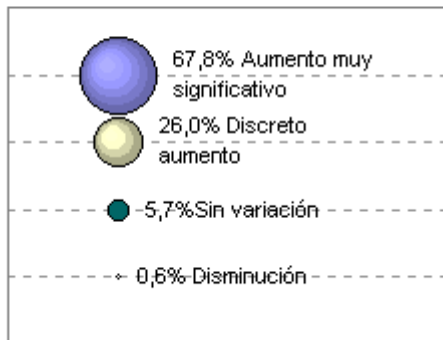
Consenso 94,9% en 1ª ronda

III.12. Servicios orientados a tratar problemas de salud mental.



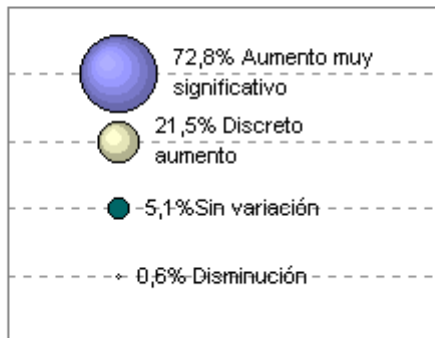
Consenso 97,0% en 1ª ronda

III.13. Servicios de enfermería especializada: podología, fisioterapia, rehabilitación, etc.



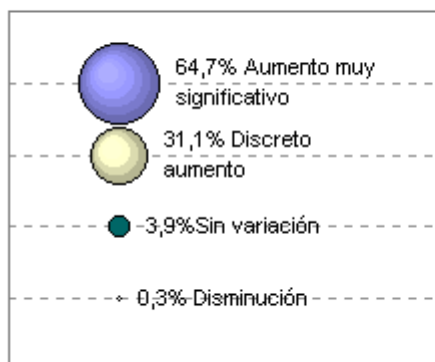
Consenso 93,8% en 1ª ronda

III.14. Servicios orientados a trabajar con grupos de pacientes (atención grupal) y potenciar la capacidad de auto-cuidados de los pacientes.



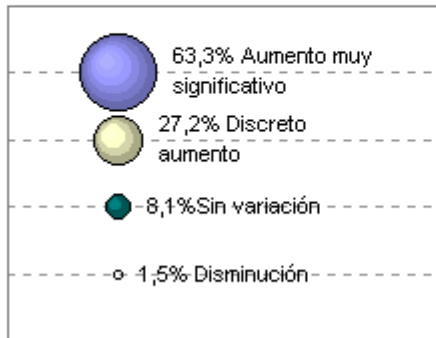
Consenso 94,3% en 1ª ronda

III.15. Realización de actividades preventivas.



Consenso 95,8% en 1ª ronda

III.16. Intervencions comunitarias: educación sanitaria, participación ciudadana, etc.



Consenso 90,5% en 1ª ronda

TÉCNICAS ALTERNATIVAS

A la vista de las sugerencias realizadas por algunos panelistas, hemos incluido nuevos ítems referidos

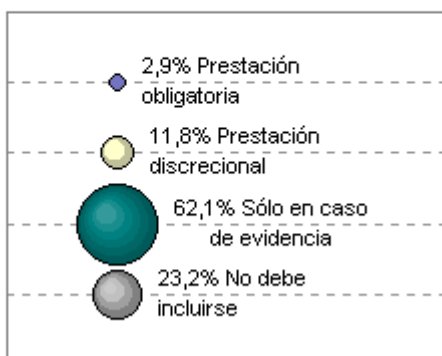
*a la eventual **introducción de "técnicas alternativas"** en la oferta de servicios de la atención primaria.*

Indique qué técnicas alternativas cree que deberían potenciarse durante los próximos diez años en los

centros de atención primaria para hacer frente a las demandas de la población. Marque la contestación

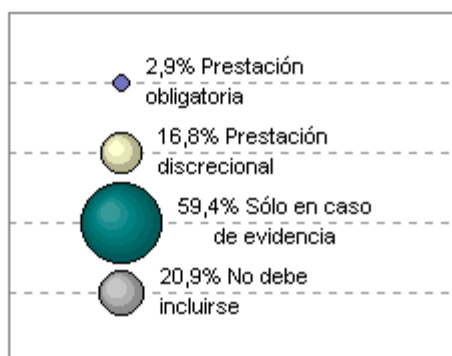
*que considere **más deseable**¹.*

III.17. Tratamientos homeopáticos como prestaciones a cargo de la seguridad social.



Consenso NO (62,1%)

III.18. Acupuntura como prestación a cargo de la seguridad social.

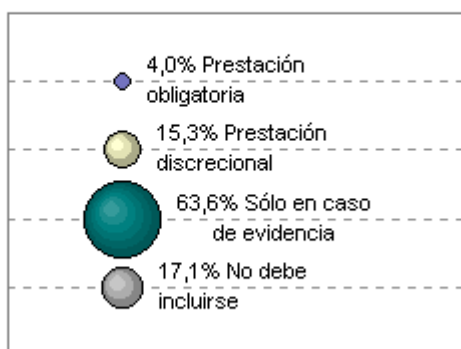


Consenso NO (59,4%)

¹ Atribuya a cada clase de respuesta el significado siguiente:

4 - Prestación obligatoria	De oferta obligada en todos los centros de atención primaria.
3 - Prestación discrecional	De oferta discrecional a criterio del equipo de atención primaria de cada centro.
2 - Sólo en caso de evidencia	Sólo introducir la prestación cuando exista eficacia y/o eficiencia científicamente demostrada.
1 - No debe incluirse	La prestación no debe ofrecerse en ningún centro de atención primaria de la red pública.

III.19. Osteopatía como prestación a cargo de la seguridad social.

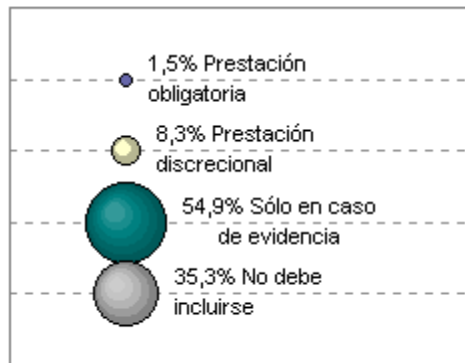


Consenso NO (63,6%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,002$): Los hombres son más propensos a que no debe incluirse mientras que las mujeres apoyan más la prestación discrecional.
- Profesión ($p=0,01$): Los médicos opinan que sólo en caso de evidencia mientras que el resto de profesiones opina de manera divergente.

III.20. Otras técnicas -llamadas alternativas- como prestaciones a cargo de la seguridad social: reflejoterapia, musicoterapia, cromoterapia, digitopuntura, etc.



Consenso NO (54,9%)

III^{BIS} - ACTIVIDADES PREVENTIVAS

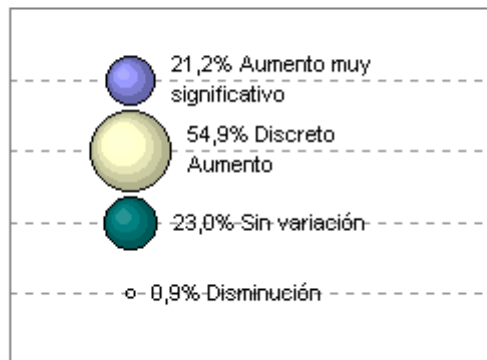
Durante la 1ª ronda, más del 95% de los participantes en este estudio coincidieron en señalar la

conveniencia de aumentar las actividades preventivas (III.15). Indique qué actividades preventivas

cree que deberían potenciarse durante los próximos diez años en los centros de atención primaria

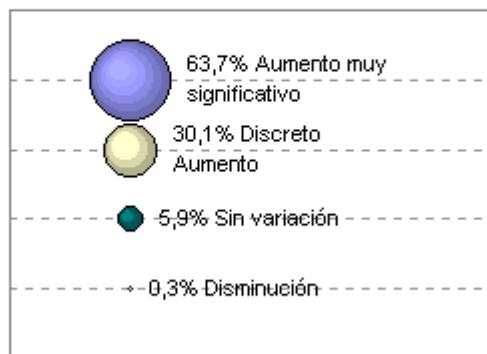
*para hacer frente a las demandas de la población. Indique qué **tendencia** cree que es **más deseable**.*

III.21. Actividades de salud infantil: revisiones periódicas, puericultura, vacunaciones, etc.



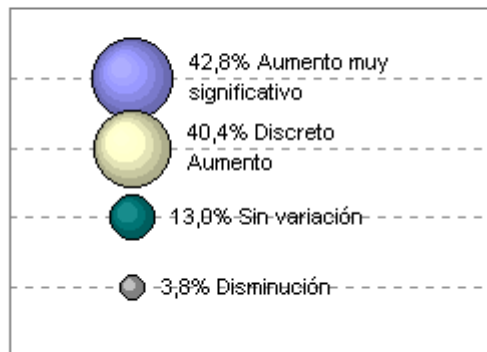
Consenso NO (76,1%)

III.22. Actividades de detección precoz de cáncer de mama.



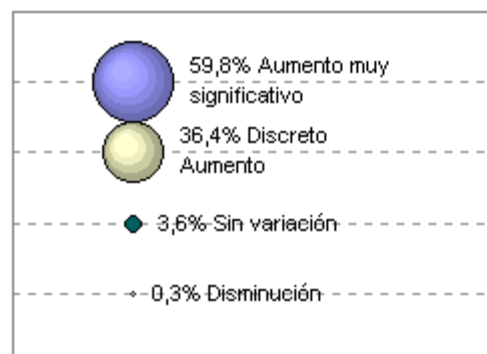
Consenso 93,8% en 3ª ronda

III.23. Actividades de detección precoz de cáncer de cuello de útero.



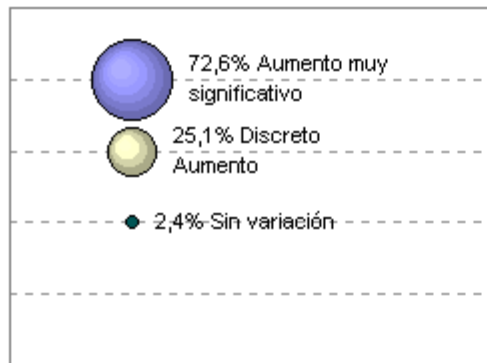
Consenso NO (83,2%)

III.24. Actividades de salud mental.



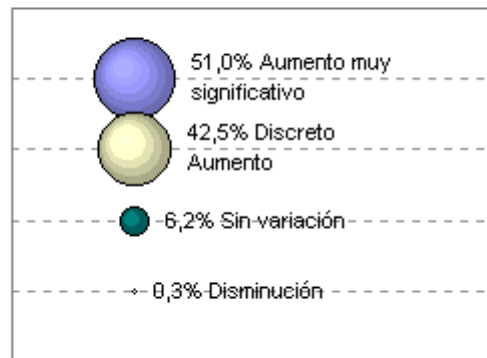
Consenso 96,2% en 3ª ronda

III.25. Actividades para la prevención del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol.



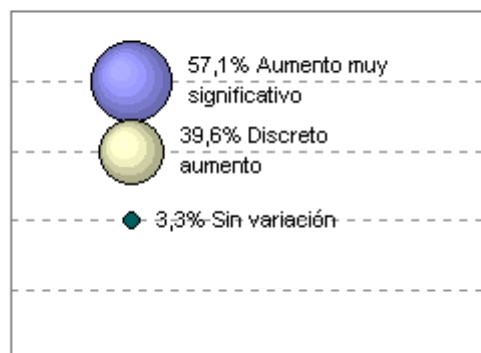
Consenso 97,7% en 3ª ronda

III.26. Actividades para prevenir el abuso de drogas ilegales.



Consenso 93,5% en 3ª ronda

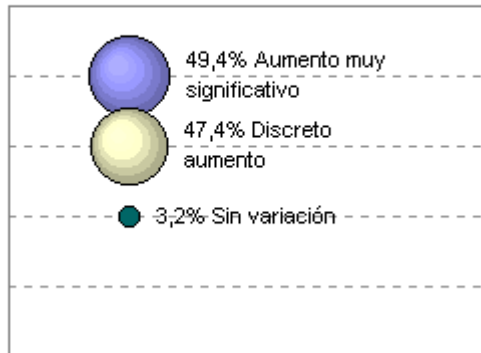
III.27. Actividades de salud mental.



Consenso 97,7% en 3ª ronda

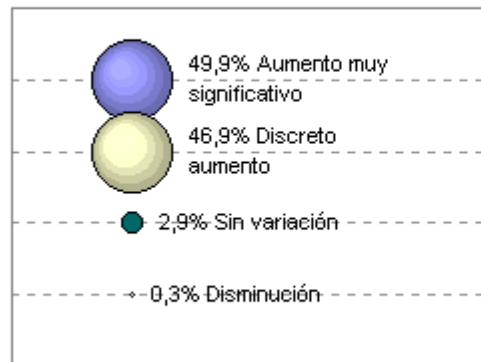
III.28. Actividades de educación sexual, planificación familiar y de prevención de embarazos no deseados.

Consenso 96,8% en 3ª ronda



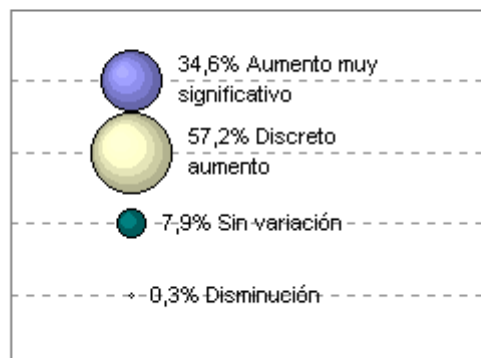
III.29. Actividades de prevención de infecciones por VIH.

Consenso 96,8% en 3ª ronda

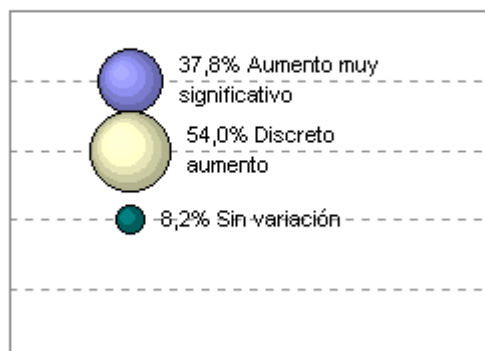


III.30. Actividades de prevención de otras enfermedades de transmisión sexual.

Consenso 91,8% en 3ª ronda

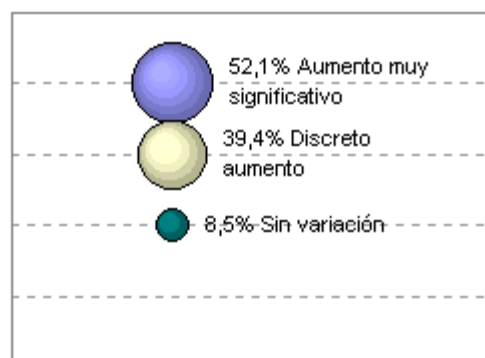


III.31. Actividades de prevención de accidentes domésticos, particularmente en niños.



Consenso 91,8% en 3ª ronda

III.32. Actividades de prevención de riesgos laborales.



Consenso 91,5% en 3ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,02$): Los hombres creen más que no variará que las mujeres.

A continuación, se describen una serie de **factores que pueden influir** en la toma de decisiones

clínico-asistenciales en atención primaria. Le pedimos que:

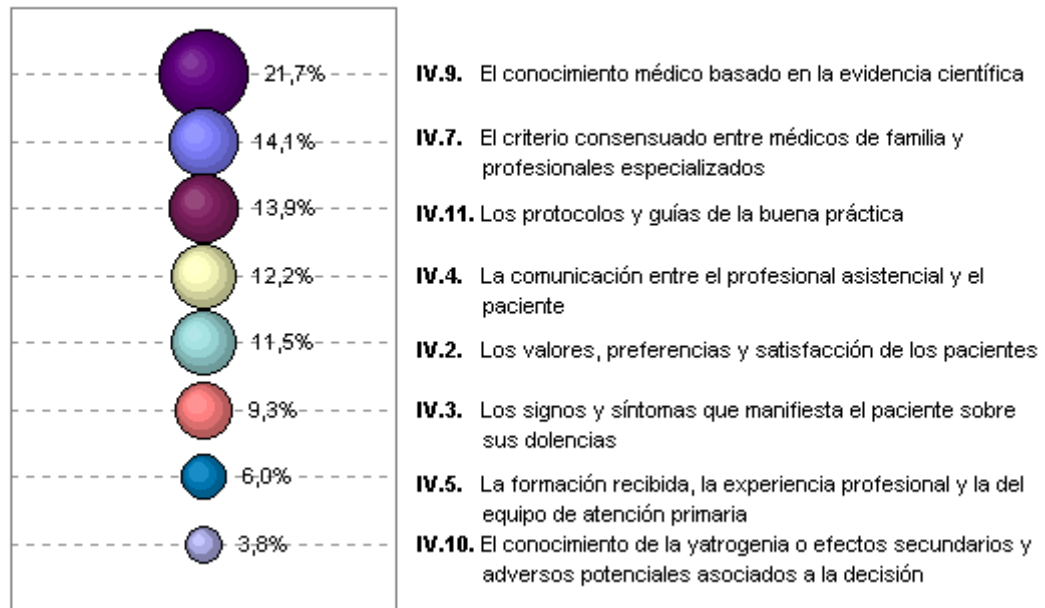
1.- Señale los **tres factores** que a su juicio **más deben pesar** o influir en las decisiones clínicas.

2.- Inversamente, señale los **tres factores** que considere menos relevantes o que **deban pesar**

menos en las decisiones clínicas.

IV - DECISIONES CLÍNICAS (2ª ronda)

Factores que más deben influir



Factores que menos deben influir



IV - DECISIONES CLÍNICAS (3ª ronda)

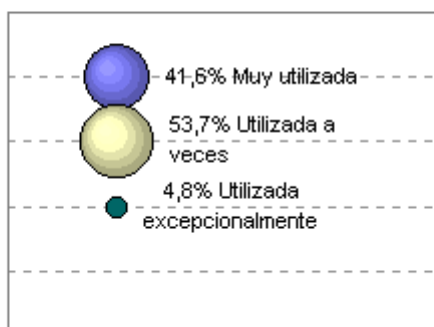
La 2ª ronda ha dado como resultado un consenso suficiente respecto a los factores que deben influir

en la toma de las decisiones clínico-asistenciales en atención primaria. Por ello, ahora le pedimos que

*señale con qué frecuencia utiliza las **fuentes de información** que se describen a continuación **en caso***

de duda clínica, bien sea en el proceso diagnóstico o al establecer el plan terapéutico más adecuado.

IV.1A. Consulta de manuales técnicos específicos.

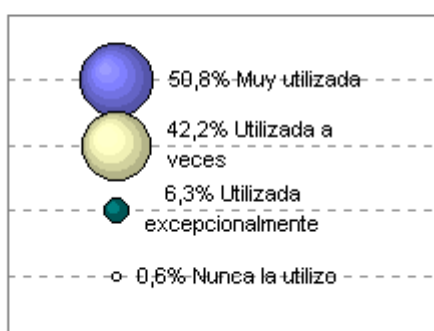


Consenso NO (53,7%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Profesión ($p=0,03$): Los profesionales no médicos las utilizan menos que los profesionales médicos.

IV.2A. Consulta de manuales clínicos generales.



Consenso NO (50,8%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Edad ($p=0,01$): A medida que avanza la edad, disminuye el uso.

IV.3A. Presentación del caso en sesión clínica con el especialista correspondiente en el centro de atención primaria.

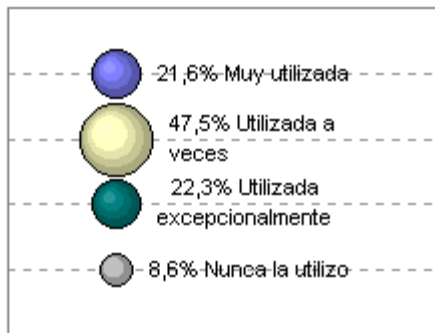


Consenso NO (40,5%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

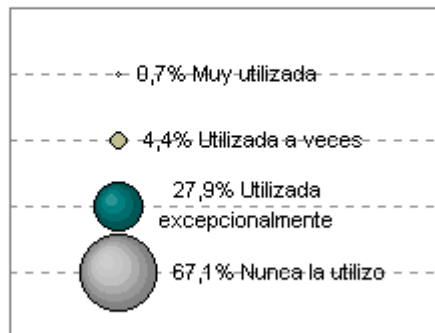
- Territorio ($p=0,0001$): En Cataluña es donde más se utiliza.

IV.4A. Presentación del caso en sesión clínica en el centro de atención primaria sin la asistencia del especialista correspondiente.



Consenso NO (47,5%)

IV.5A. Presentación del caso en sesión clínica en el hospital de referencia.



Consenso NO (67,1%)

IV.6A. Interconsulta con el especialista indicado en sesión conjunta.

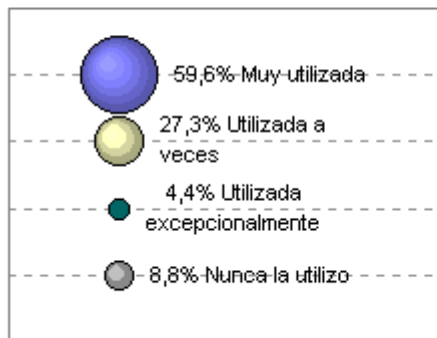


Consenso NO (33,3%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Territorio ($p=0,002$): En Cataluña es donde más se utiliza.

IV.7A. Interconsulta con el especialista indicado remitiendo al paciente a su consulta (derivación).

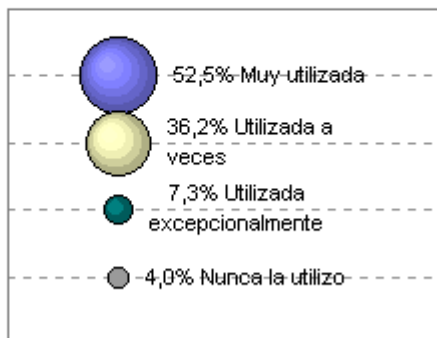


Consenso NO (59,6%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

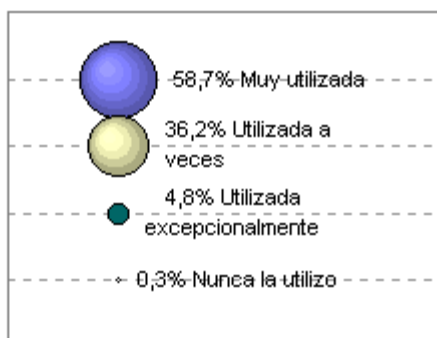
- Profesión ($p=0,0002$): Los profesionales no médicos son los que menos la utilizan.

IV.8A. Interconsulta con otro/a colega del centro de atención primaria.



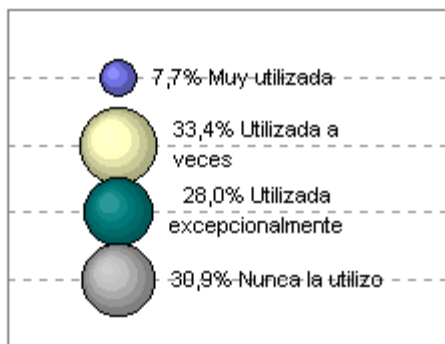
Consenso NO (52,5%)

IV.9A. Revisión de protocolos y guías de buena práctica.



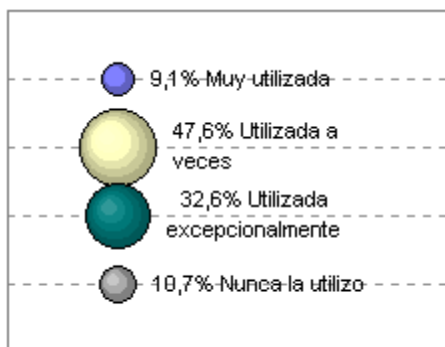
Consenso NO (58,7%)

IV.10A. Información electrónica obtenida vía INTERNET.



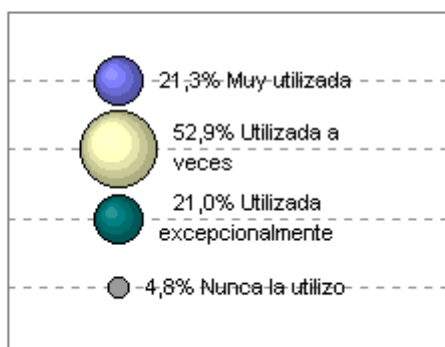
Consenso NO (33,4%)

IV.11A. Informes y publicaciones sobre fármaco-economía.



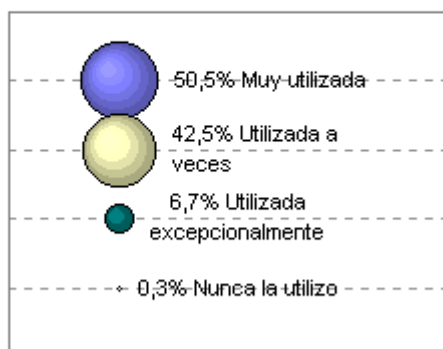
Consenso NO (47,6%)

IV.12A. Informes y publicaciones sobre medicina basada en la evidencia.



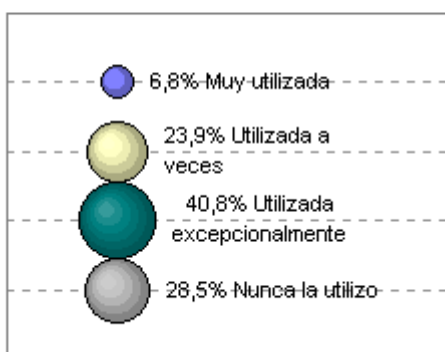
Consenso NO (52,9%)

IV.13A. Revisión de artículos publicados en revistas técnicas.



Consenso NO (50,5%)

IV.14A. Información publicada por la industria farmacéutica. (No tome en cuenta el *Vademecum*)

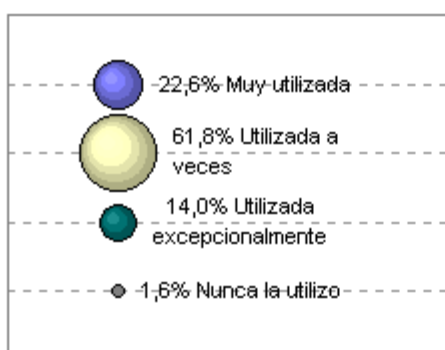


Consenso NO (40,8%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Edad ($p=0,005$): Los que más la utilizan son de edad más avanzada.
- Profesión ($p= 0,02$): Los profesionales no médicos son los que más la utilizan.

IV.15A. Consulta de documentos y de materiales didácticos obtenidos en cursos de formación continuada.



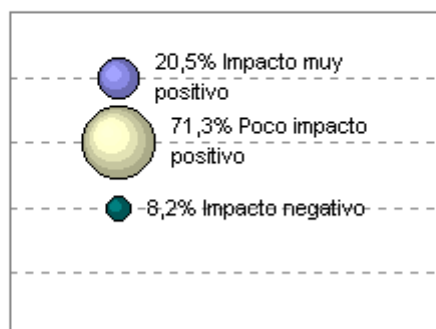
Consenso NO (61,8%)

V - PRESCRIPCIÓN Y FÁRMACOTERAPIA

Valore el impacto que pueden tener sobre la *prescripción racional*² del medicamento las

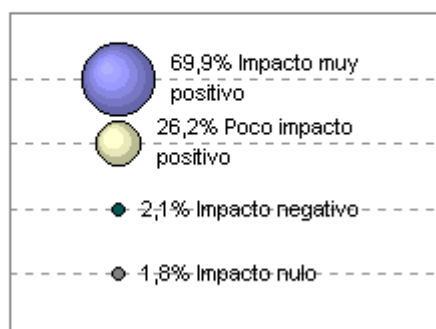
siguientes acciones o comportamientos.

V.1. Impacto sobre costes: introducción de incentivos económicos vinculados al control de costes de farmacia en los equipos de atención primaria.



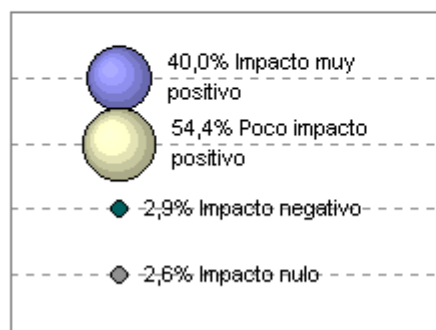
Consenso 91,8% en 3ª ronda

V.2. Introducción de incentivos económicos a los equipos de atención primaria vinculados a la calidad de la prescripción: valor intrínseco fármaco-terapéutico, correspondencia diagnóstico-terapéutica, etc.



Consenso 96,1% en 1ª ronda

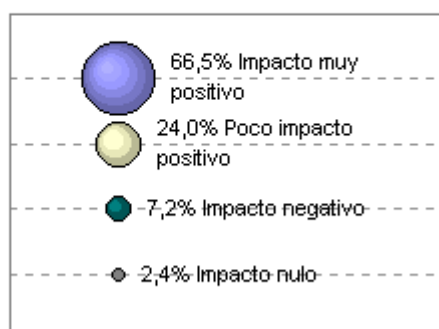
V.3. Impacto sobre uso apropiado y reducción de efectos adversos: aplicación de informática en oficinas de farmacia para valorar contraindicaciones, duplicaciones, dosificación, interacciones y controlar la cumplimentación indicaciones farmacoterapéuticas



Consenso 94,4% en 3ª ronda

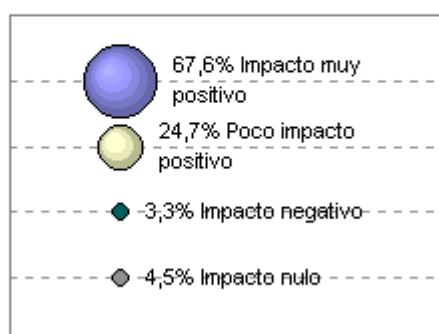
² Se entiende por prescripción racional la minimización del uso inapropiado, la reducción de los efectos adversos

V.4. Sustitución automática de genéricos y equivalentes farmacológicos de menor precio.



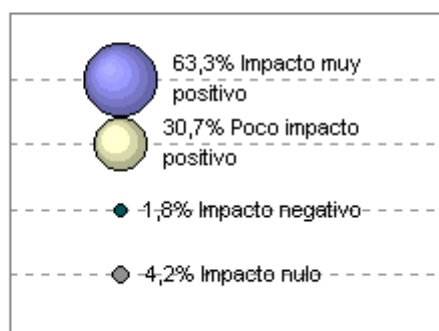
Consenso 90,5% en 1ª ronda

V.5. Prescripción informatizada a enfermos crónicos.



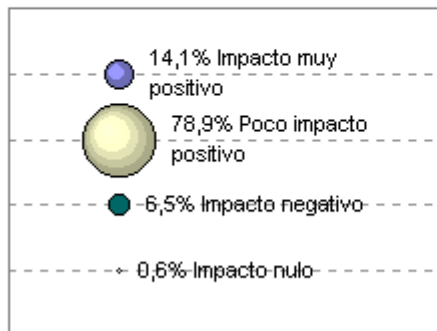
Consenso 92,3% en 1ª ronda

V.6. Determinación de un sistema de precios de referencia.



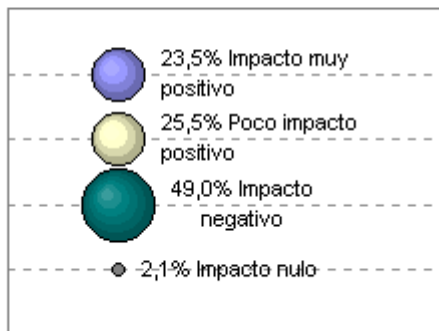
Consenso 94,0% en 1ª ronda

V.7. Impacto sobre costes: financiación selectiva con exclusión de presentaciones. (Ampliación de las listas de exclusión de fármacos financiados por la seguridad social).



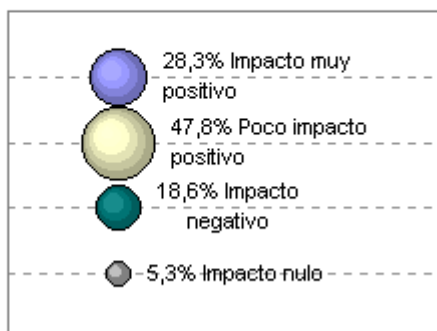
Consenso 93,0% en 3ª ronda

V.8. Impacto sobre costes: Extensión de co-pago a todos los ciudadanos, activos y pensionistas.



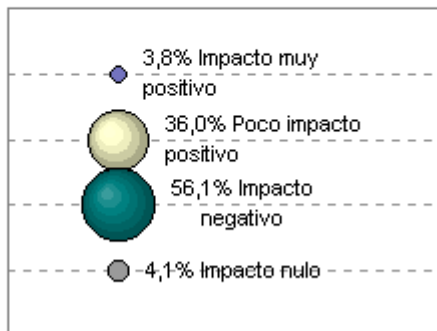
Consenso NO (49,0%)

V.8A. Impacto sobre uso inapropiado: aplicación de un ticket moderador simbólico (p.e. 50 a 100 pta por receta) para pensionistas.



Consenso NO (76,1%)

V.9. Impacto sobre costes: aumento de la cuota de copago a los usuarios activos (no pensionistas).

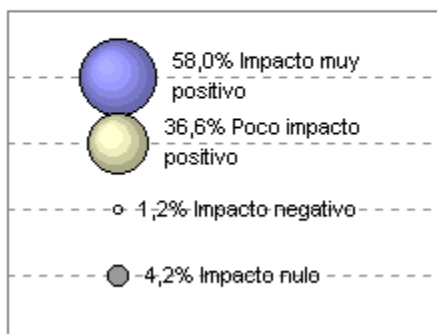


Consenso NO (56,1%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

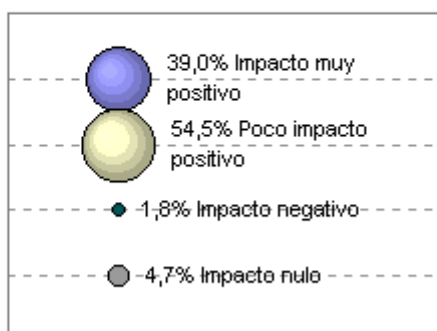
- Sexo ($p=0,002$): Son los hombres los que más creen en el impacto nulo.
- Profesión ($p=0,003$): Son los médicos los que más creen en el impacto nulo.

V.10. Legislar una reducción selectiva de precios de los medicamentos.



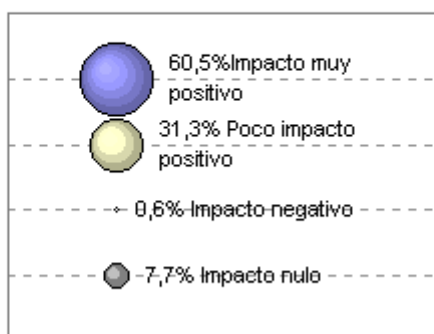
Consenso 94,6% en 2ª ronda

V.11. Impacto sobre costes: limitación de crecimiento de la facturación de la industria farmacéutica al Sistema Nacional de Salud.



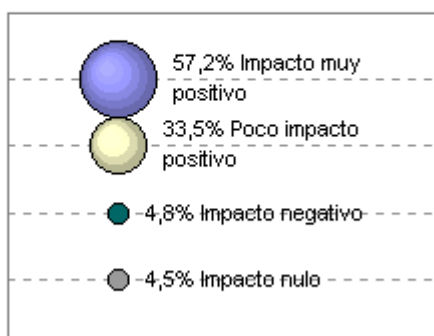
Consenso 93,5% en 3ª ronda

V.12. Reducción de los márgenes de beneficio de intermediación (mayoristas farmacéuticos y oficinas de farmacia).



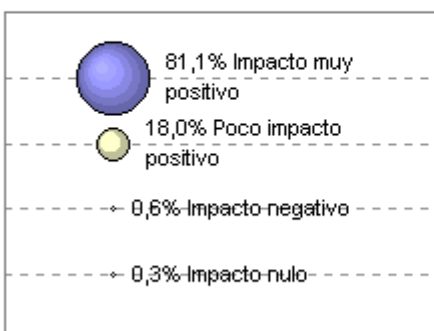
Consenso 91,8% en 2ª ronda

V.13. Implicación del farmacéutico comunitario como agente de salud



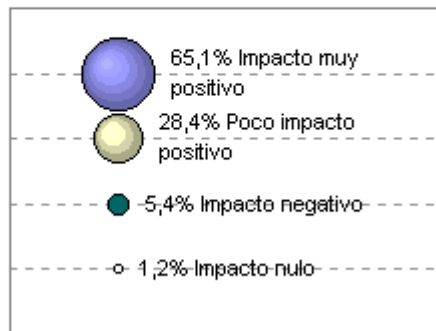
Consenso 90,7% en 1ª ronda

V.14. Aplicación de la informática para que los centros de atención primaria valoren contraindicaciones, duplicaciones, dosificación, interacciones y controlen la cumplimentación de la indicaciones fármaco-terapéuticas.



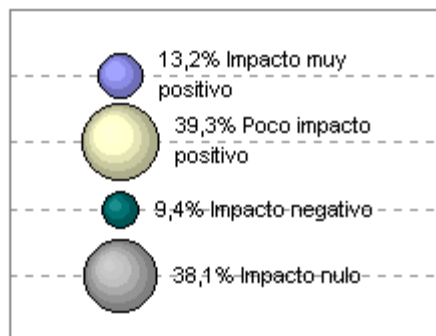
Consenso 99,1% en 2ª ronda

V.15. Financiación a cargo de la seguridad social restringida a medicamentos con utilidad terapéutica empíricamente demostrada.



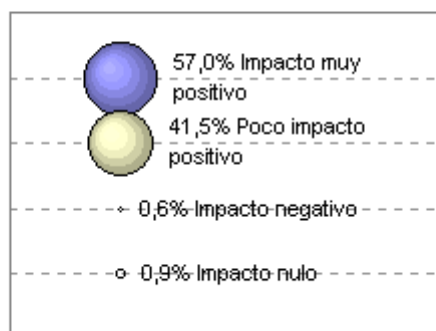
Consenso 93,5% en 2ª ronda

V.16. Impacto sobre costes: desregulación parcial de la ordenación actual que afecta a las oficinas de farmacias; esto es, ampliar la libertad de horarios y de establecimiento de nuevas oficinas.



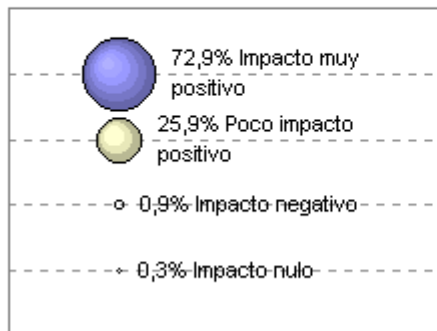
Consenso NO (52,5%)

V.17. Impacto sobre uso apropiado y reducción de costes: informar periódicamente a los profesionales acerca de las características y coste de las prescripciones realizadas.



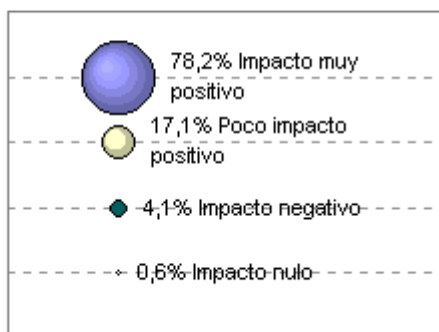
Consenso 98,5% en 3ª ronda

V.18. Impacto sobre uso apropiado y reducción de efectos adversos: proporcionar periódicamente a los profesionales indicadores de calidad de las prescripciones realizadas.



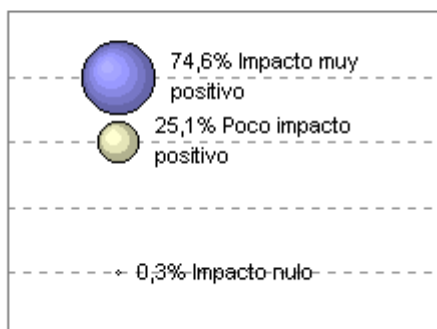
Consenso 98,8% en 3ª ronda

V.19. Impacto sobre costes: utilización obligatoria de presentaciones genéricas (denominación EFG) en las prescripciones a cargo de la seguridad social (atención primaria, especializada y consultas externas hospitalarias).



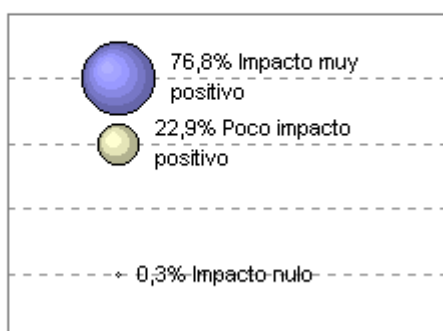
Consenso 95,3% en 3ª ronda

V.20. Impacto sobre uso apropiado y reducción de efectos adversos: incrementar la formación que reciben los **médicos de atención primaria** sobre el uso racional de los medicamentos.



Consenso 99,7% en 3ª ronda

V.21. Impacto sobre uso apropiado y reducción de efectos adversos: incrementar la formación que reciben los **médicos especialistas de referencia** sobre el uso racional de los medicamentos.



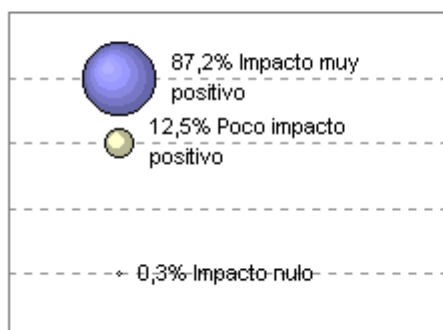
Consenso 99,7% en 3ª ronda

VI - ACTIVIDADES PARA-ASISTENCIALES

Valore el **impacto** que tienen sobre la **buena práctica asistencial** las actividades que se

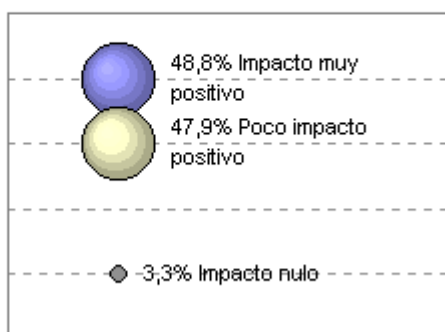
describen a continuación.

VI.1. Utilización de información científica actualizada: revistas, manuales, revisiones sistemáticas, guías de buena práctica, etc...



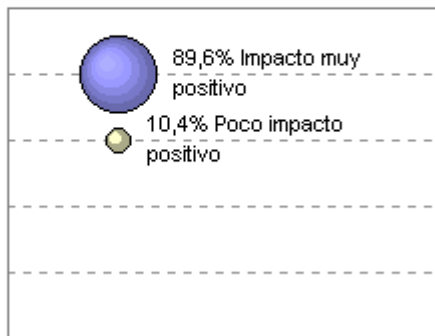
Consenso 99,7% en 1ª ronda

VI.2. Asistencia a congresos y reuniones científicas incluyendo la participación en foros científicos vía INTERNET.



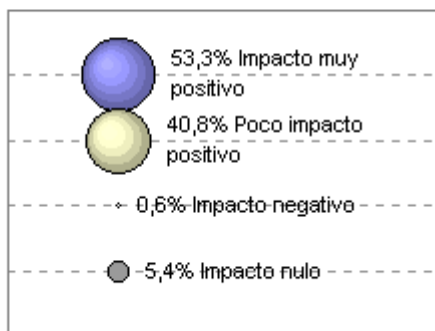
Consenso 96,7% en 1ª ronda

VI.4. Formación continuada de carácter clínico.



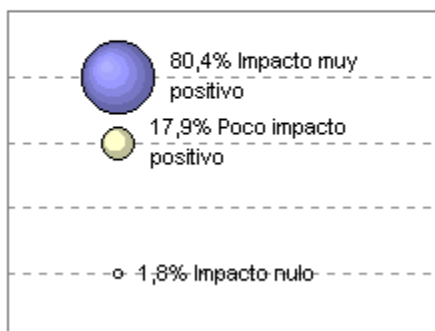
Consenso 100% en 1ª ronda

VI.5. Formación en disciplina relacionadas con la gestión: planificación, organización, evaluación, liderazgo de equipos, administración de recursos económicos, etc..



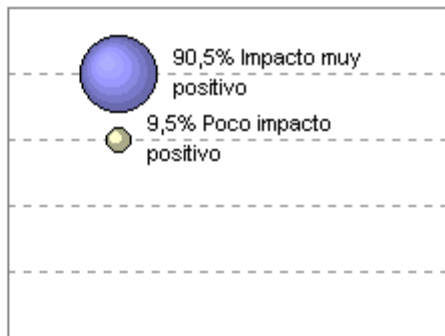
Consenso 94,1% en 1ª ronda

VI.6. Formación en disciplinas relacionadas con la comunicación y relación interpersonal.



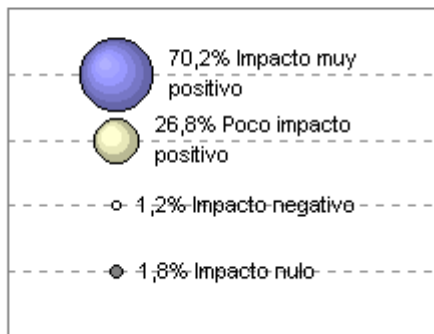
Consenso 98,3% en 1ª ronda

VI.7. Intercambio clínico-docente con otros profesionales de la atención primaria y de la atención especializada.



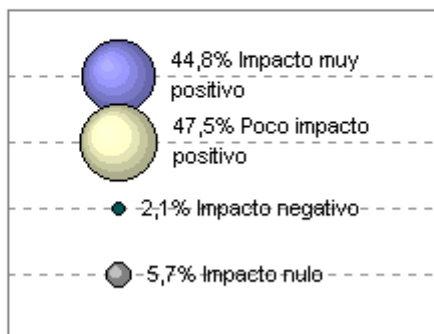
Consenso 100% en 1ª ronda

VI.8. Análisis de registros clínico-asistenciales y comparación y difusión de resultados.



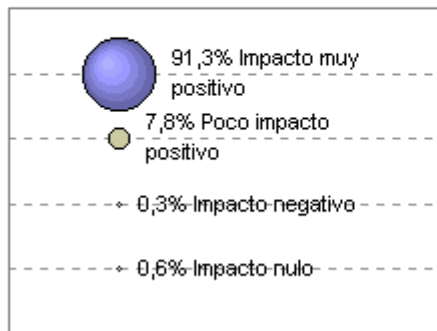
Consenso 97,0% en 1ª ronda

VI.9. Análisis de costes y comparación y difusión de resultados.



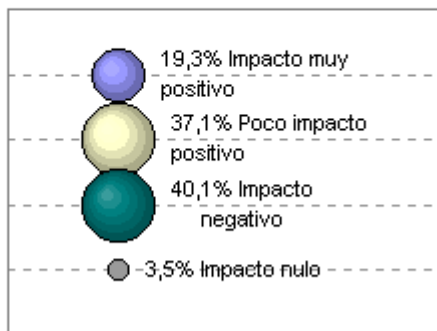
Consenso 92,3% en 1ª ronda

VII.1. Potenciar la capacidad resolutive y de contención asistencial de los equipos de atención primaria.



Consenso 99,1% en 1ª ronda

VII.2. Separar la responsabilidad sobre la atención clínica por una parte, de la responsabilidad sobre las repercusiones económicas y laborales de la enfermedad -extensión de partes de incapacidad temporal- por otra.

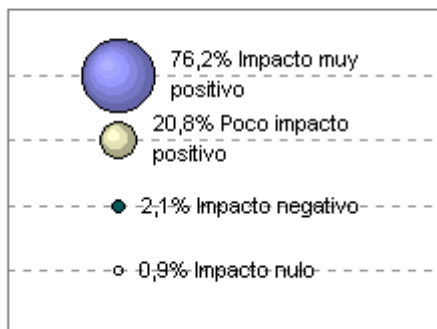


Consenso NO (56,4%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

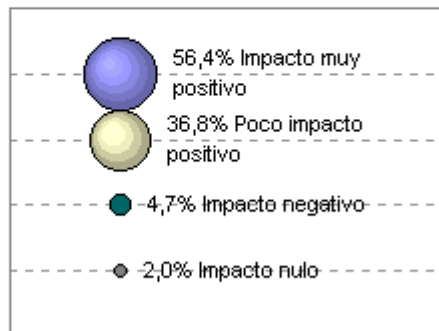
- Profesión ($p=0,00002$): Los profesionales no médicos son los que más creen en el impacto positivo.

VII.3. Implicar al médico en la gestión del conjunto de recursos dedicados a la atención de sus pacientes.



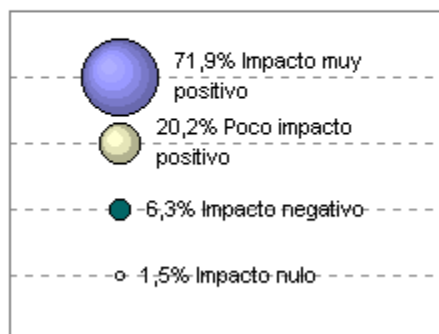
Consenso 97,0% en 1ª ronda

VII.4. Separar las funciones de provisión, compra y financiación de servicios en el sistema sanitario público.



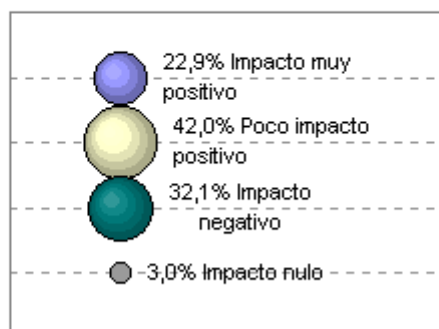
Consenso 93,2% en 3ª ronda

VII.5. Transferir a los centros de atención primaria la capacidad para gestionar los recursos que prescriben, indican o consumen de atención especializada, hospitalaria, farmacia y productos intermedios.



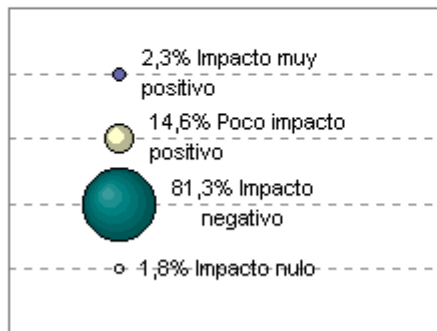
Consenso 92,1% en 1ª ronda

VII.6A. Articular un sistema de provisión y gestión de servicios integrados verticalmente (asistencia hospitalaria y atención primaria) a cargo de entidades únicas, públicas o privadas.



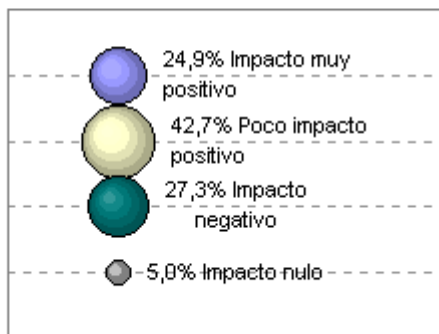
Consenso NO (64,9%)

VII.7. Reducir la cartera de servicios que se ofrecen de forma gratuita.



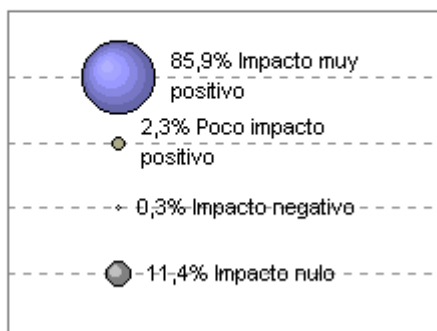
Consenso NO (81,3%)

VII.8. Introducción de co-pago en algunas prestaciones de atención primaria.



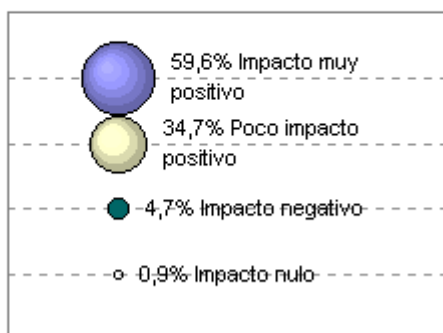
Consenso NO (67,6%)

VII.9. Mantener el carácter universal del derecho a asistencia a cualquier ciudadano.



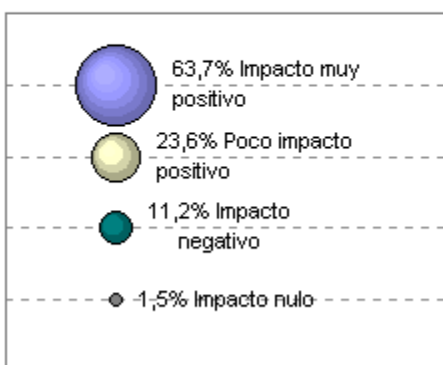
Consenso NO (88,2%)

VII.10. Generalizar mecanismos de libre elección de médico y de equipo de atención primaria.



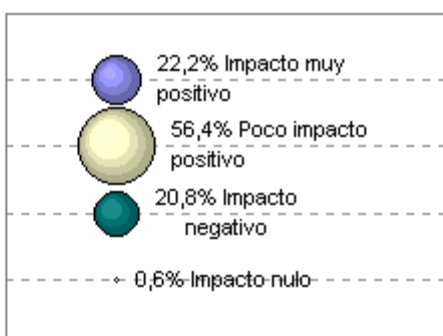
Consenso 94,3% en 2ª ronda

VII.11. Aumentar la dotación presupuestaria de la atención primaria a costa de los presupuestos de atención especializada y hospitalaria.



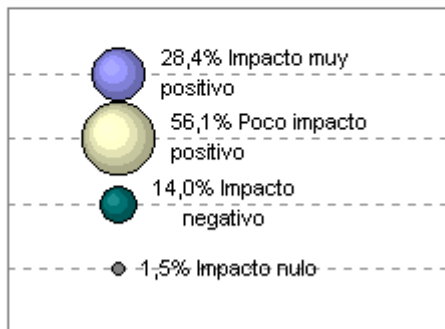
Consenso NO (87,3%)

VII.12. Diversificar las entidades proveedoras de servicios de atención primaria incluyendo entidades públicas, mixtas y privadas.



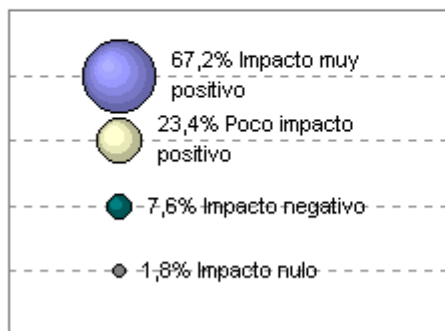
Consenso NO (78,6%)

VII.13. Estimular la creación de sociedades profesionales con personalidad jurídica propia y responsabilidad asistencial y económica regulada mediante contrato.



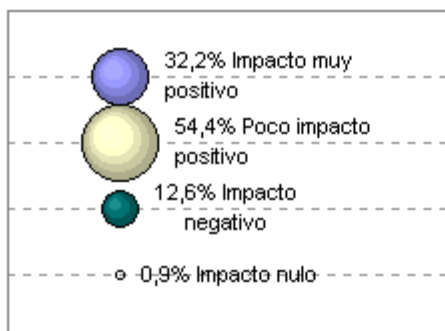
Consenso NO (84,5%)

VII.14. Potenciar una amplia descentralización de la gestión en los equipos de atención primaria con repercusión de los resultados en las retribuciones de los profesionales.



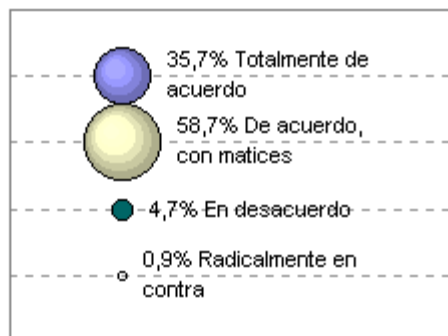
Consenso 90,6% en 1ª ronda

VII.15. Propiciar la competencia entre centros y equipos por la atracción y fidelización de pacientes.



Consenso NO (86,6%)

VIII.1. La autogestión en atención primaria debe comportar la repercusión de los resultados asistenciales en las retribuciones de los profesionales.

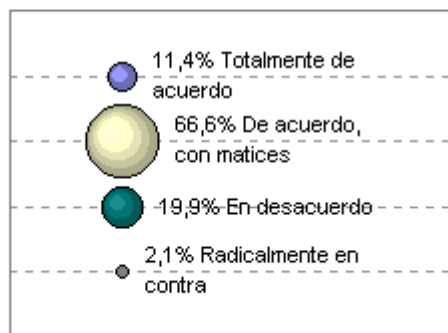


Consenso 94,4% en 2ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,003$): Las mujeres están más en desacuerdo que los hombres.

VIII.2. La autogestión debe basarse en la existencia de equipos de atención primaria con personalidad jurídica propia que regulan sus servicios mediante contrato con la administración Sanitaria.

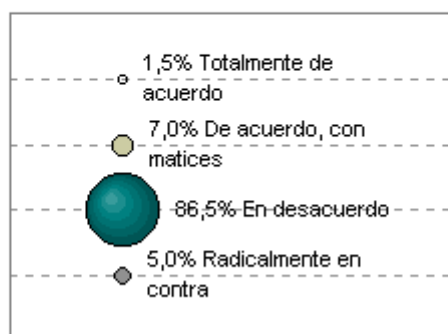


Consenso NO (78,0%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Territorio ($p=0,0003$): En Cataluña es donde se muestra más acuerdo.

VIII.3. La autogestión debe ser un proceso de descentralización de la gestión de los centros de atención primaria sin que haya repercusión de los resultados asistenciales en las retribuciones de los profesionales.

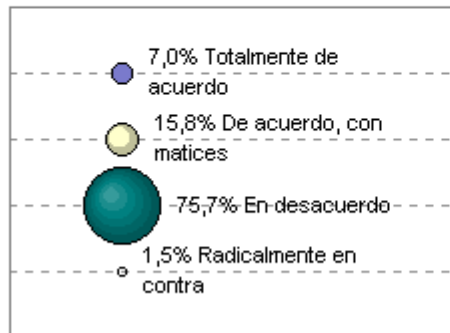


Consenso 91,5% en 3ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,04$): Los hombres están más en desacuerdo que las mujeres.

VIII.4. La autogestión en la atención primaria pública debe evitar la existencia de equipos de atención primaria con personalidad jurídica propia.

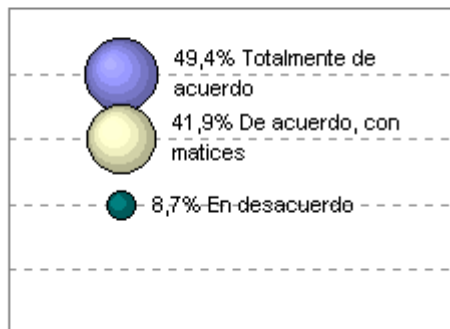


Consenso NO (77,2%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

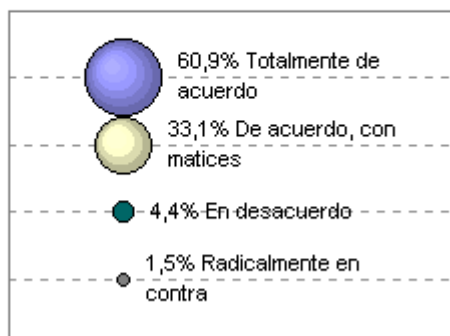
- Territorio ($p=,0006$): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor desacuerdo.

VIII.5. La autogestión en atención primaria debe acompañarse de la libre elección de médico y de equipo.



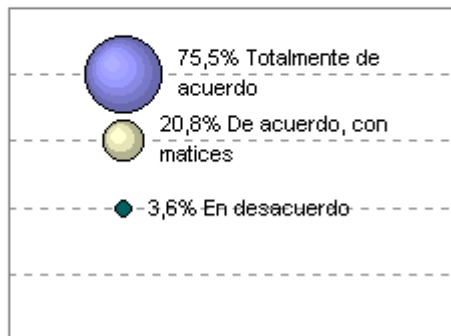
Consenso 91,3% en 1ª ronda

VIII.6. La autogestión en atención primaria puede incentivar la selección adversa de pacientes en ausencia de fórmulas de compensación.



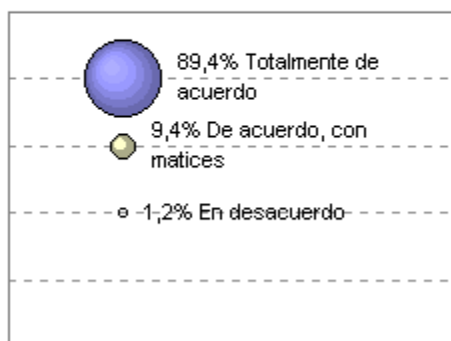
Consenso 94,0% en 2ª ronda

VIII.7. La autogestión en atención primaria con libre elección de médico y de equipo debe incorporar reglas claras que regulen la competencia entre equipos.



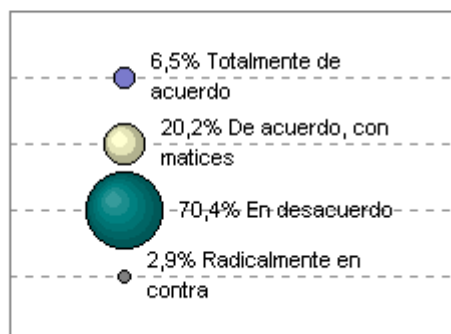
Consenso 96,4% en 1ª ronda

VIII.8. La autogestión con libre elección de médico y equipo debe acompañarse de reglas claras que eviten la introducción de desigualdades entre la población.



Consenso 98,8% en 1ª ronda

VIII.9. La autogestión en atención primaria debe desarrollarse de acuerdo a un modelo estatal uniforme, sin ajustarse a la especificidad de cada comunidad autónoma.

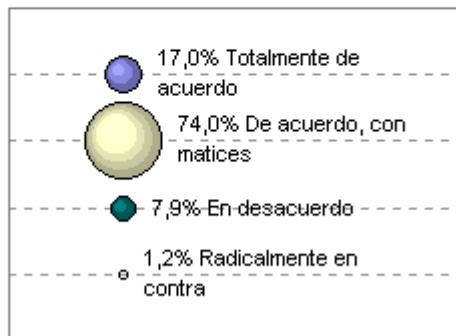


Consenso NO (73,3%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Territorio ($p=0,0003$): Insalud es el territorio donde se encuentra mayor acuerdo.

VIII.10. La autogestión en atención primaria debe desarrollarse de acuerdo a un modelo específico en cada comunidad autónoma, respetando algunas normas de ámbito estatal

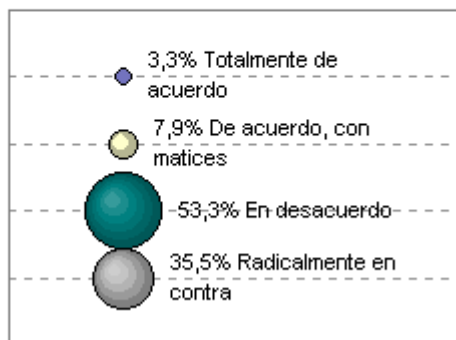


Consenso 91,0% en 3ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

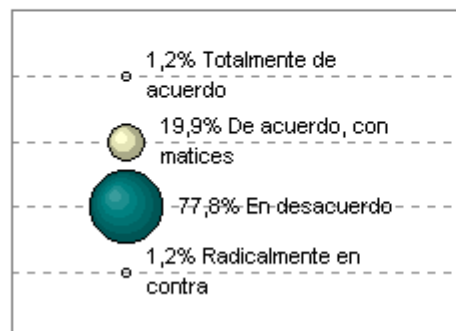
- Territorio ($p=0,03$): Insalud es el territorio donde se encuentra mayor desacuerdo.

VIII.11. La autogestión en atención primaria supone la preeminencia de los objetivos económicos sobre los objetivos asistenciales.



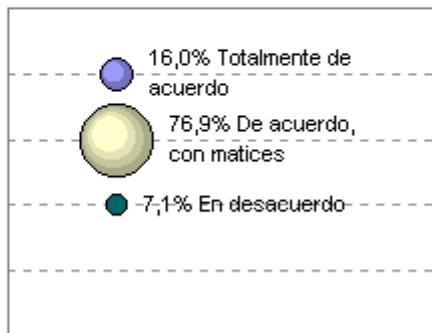
Consenso NO (88,8%)

VIII.12. La autogestión provoca un aumento de las desigualdades entre la población, en razón de que los equipos más eficientes proporcionan mejor calidad asistencial que los equipos con menor capacidad de gestión.



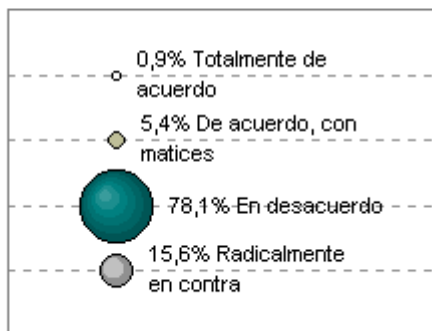
Consenso NO (79,0%)

VIII.13. La introducción de modelos de autogestión tiene por efecto una mayor satisfacción del profesional.



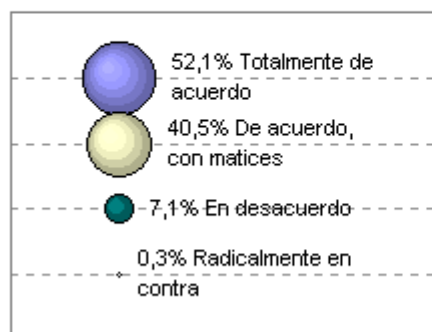
Consenso 92,9% en 2ª ronda

VIII.14. La autogestión debe limitarse al control de las sustituciones del personal y al gasto corriente de los centros.



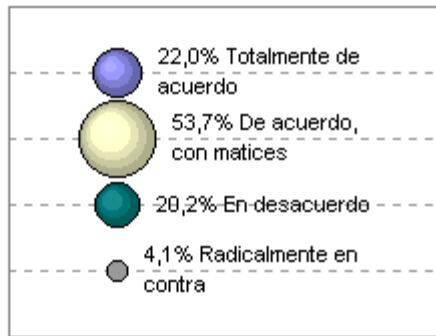
Consenso 93,7% en 1ª ronda

VIII.15. La autogestión debe alcanzar la gestión del presupuesto completo de todos los recursos asistenciales asignados a un contingente de población incluyendo la compra de los servicios especializados.



Consenso 92,6% en 2ª ronda

VIII.16. El desarrollo de la autogestión en el sistema sanitario público puede incluir la contratación de los servicios a empresas públicas o privadas acreditadas para prestar atención primaria por cuenta del Servicio Nacional de Salud.



Consenso NO (75,7%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Territorio ($p=0,00009$): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor acuerdo.

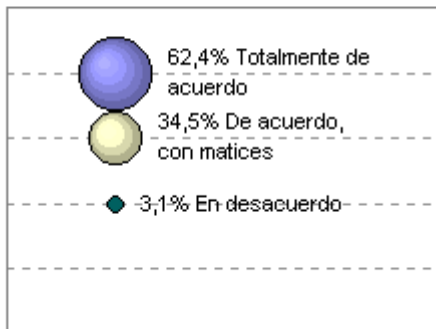
IX - MEDICINA GESTIONADA

*La medicina gestionada es otro concepto de introducción reciente. Exprese su **grado de***

acuerdo o desacuerdo respecto a una serie de **características** referidas a la **medicina**

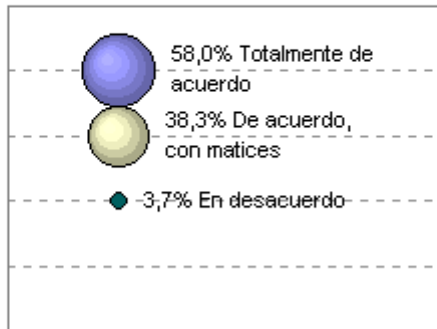
gestionada³ en atención primaria.

IX.1. La medicina gestionada implica técnicas para objetivar el resultado de las decisiones asistenciales que toman los equipos de atención primaria.



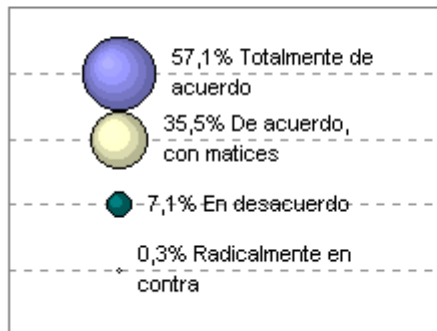
Consenso 96,9% en 1ª ronda

IX.2. La medicina gestionada supone comparar los resultados obtenidos por el equipo de atención primaria con estándares de referencia con el fin de identificar y corregir eventuales desviaciones.



Consenso 96,3% en 1ª ronda

IX.3. La medicina gestionada implica comparar los resultados obtenidos por los diversos equipos de atención primaria con el fin de divulgar y potenciar los procedimientos más eficientes.



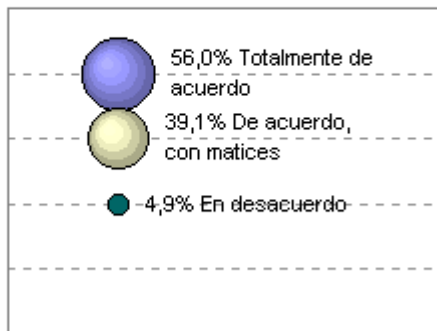
Consenso 92,6% en 1ª ronda

³ *La medicina gestionada es un concepto de introducción reciente. Aunque hoy en día no existe una visión compartida de*

este concepto, en general, responde a un conjunto de valores, instrumentos y procedimientos que se proponen obtener

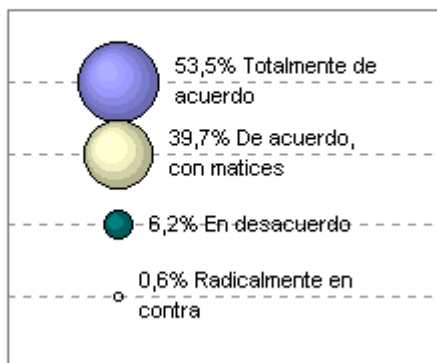
una asistencia de buena calidad y coste óptimo, incentivando la adopción de prácticas coste-efectivas.

IX.4. La medicina gestionada incluye comparar las actividades realizadas con protocolos preestablecidos y/o guías de buena práctica para estímulo o corrección de las intervenciones de los profesionales.



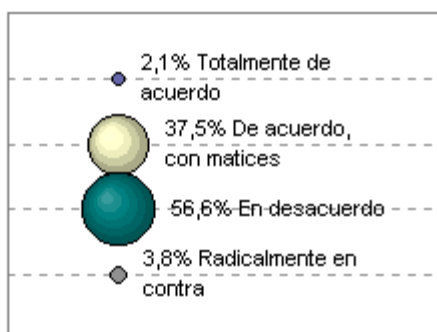
Consenso 95,1% en 1ª ronda

IX.5. Para lograr su propósito general, la medicina gestionada debe incluir alguna modalidad de retribución o incentivo asociado a resultados..



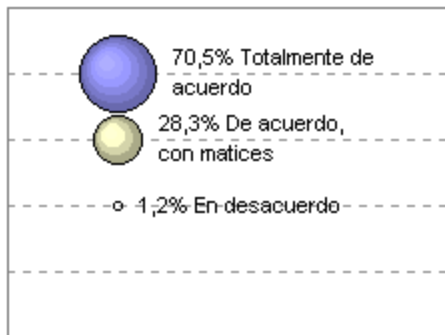
Consenso 93,2% en 1ª ronda

IX.6A. Para lograr su propósito, la medicina gestionada debe **limitar** la utilización de servicios sanitarios por parte de los usuarios.



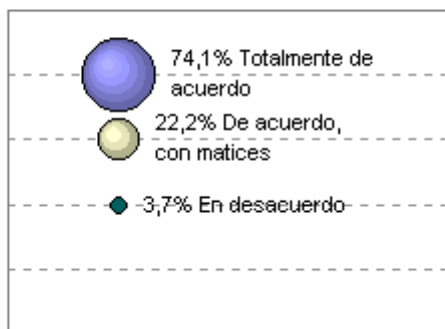
Consenso NO (60,4%)

IX.6B. Para lograr su propósito, la medicina gestionada debe fomentar el uso racional de los servicios sanitarios en base a necesidades de la población, eficacia clínica de las actividades y limitaciones de recursos.



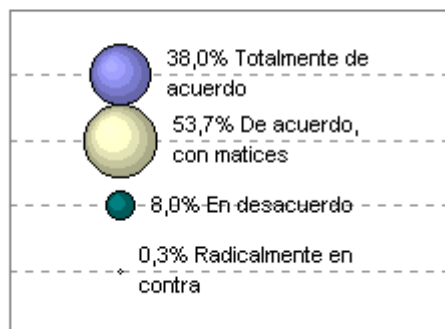
Consenso 98,8% en 3ª ronda

IX.7. La implantación de procedimientos de medicina gestionada en atención primaria es imposible sin un sistema de información adecuado.



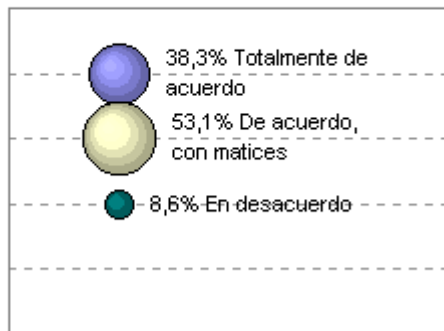
Consenso 96,3% en 1ª ronda

IX.8. La implantación de procedimientos de medicina gestionada aumenta el nivel de resolución de los equipos de atención primaria.



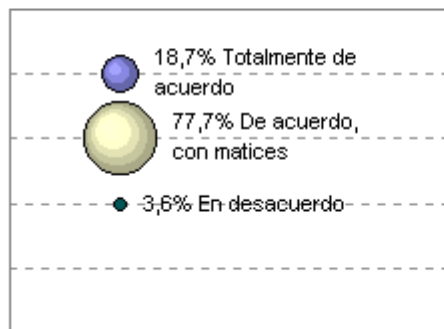
Consenso 91,7% en 1ª ronda

IX.9. La implantación de procedimientos de medicina gestionada mejora la competencia profesional.



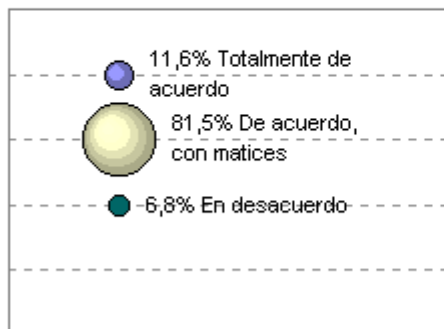
Consenso 91,4% en 1ª ronda

IX.10. La implantación de procedimientos de medicina gestionada tendrá por efecto una mayor satisfacción del profesional.



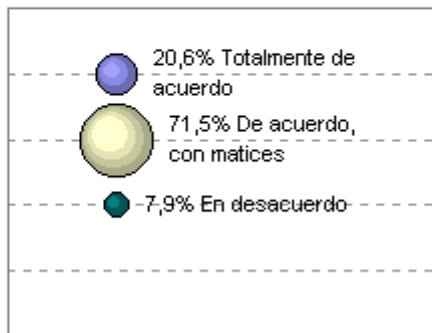
Consenso 96,4% en 2ª ronda

IX.11. La implantación de procedimientos de medicina gestionada tendrá por efecto una mayor satisfacción del usuario.



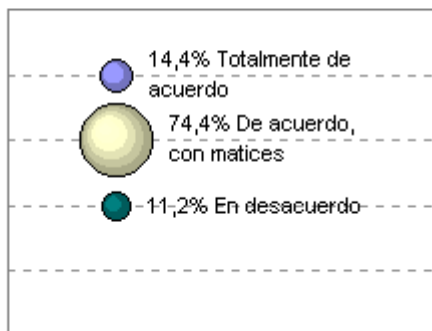
Consenso 93,1% en 2ª ronda

IX.12. La implantación de procedimientos de medicina gestionada es imposible sin la transferencia del riesgo de la gestión de los recursos económicos a los equipos de atención primaria.



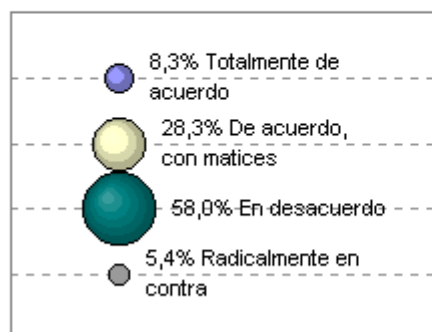
Consenso 92,1% en 3ª ronda

IX.13. La implantación de procedimientos de medicina gestionada puede provocar conflictos de interés entre los profesionales y los pacientes.



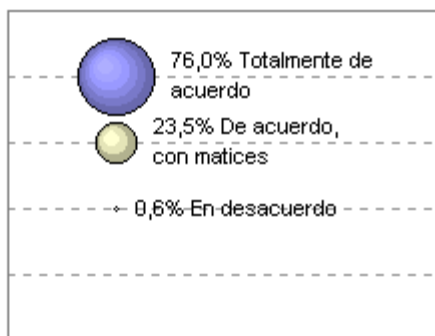
Consenso NO (88,8%)

IX.14. La industria farmacéutica jugará un papel relevante en la introducción de técnicas de medicina gestionada en atención primaria.



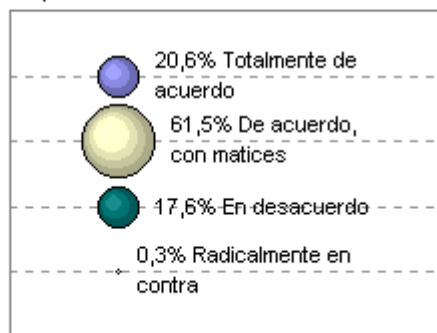
Consenso NO (63,4%)

IX.15. La formación de los profesionales es una vía fundamental para introducir técnicas de medicina gestionada en atención primaria.



Consenso 99,4% en 3ª ronda

IX.16. Para lograr su propósito, la medicina gestionada debe evitar la utilización de **servicios de atención primaria** indicados para complacer a los pacientes (insistencia o tranquilidad del paciente, temor a posibles pleitos, etc.)

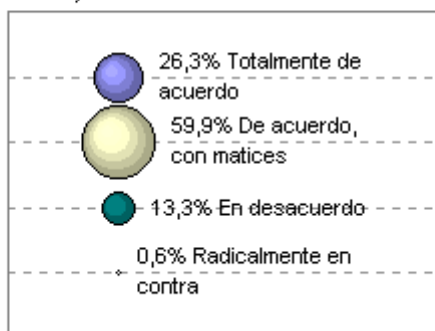


Consenso NO (82,1%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

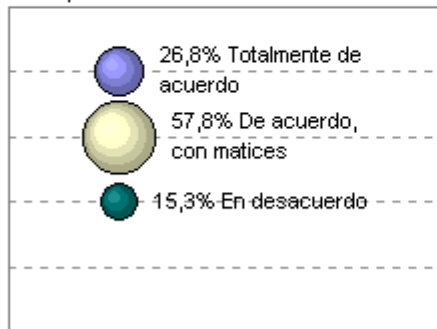
- Sexo ($p=0,05$) Los hombres están más en desacuerdo que las mujeres.

IX.17. Para lograr su propósito, la medicina gestionada debe evitar la utilización de **servicios especializados** indicados para complacer a los pacientes (insistencia o tranquilidad del paciente, temor a posibles pleitos, etc.)



Consenso NO (86,2%)

IX.18. Para lograr su propósito, la medicina gestionada debe limitar la derivación de pacientes a especialistas a las indicaciones estrictas y a requerimientos específicos y acotados de información o contraste de opiniones.



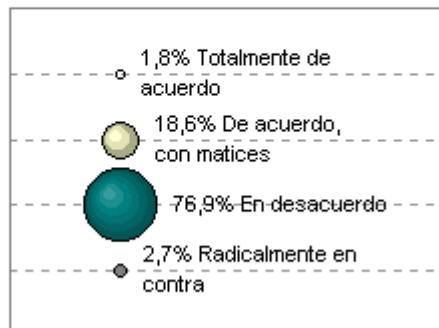
Consenso NO (85,6%)

X - CARRERA PROFESIONAL Y FÓRMULAS RETRIBUTIVAS

Expresar nuevamente su **grado de acuerdo o desacuerdo** con las siguientes afirmaciones

referidas a la carrera profesional^f y a las fórmulas retributivas:

X.1. La carrera profesional se desarrolla de forma individual según las oportunidades de contratación libre que faciliten las diversas formas de gestión de los centros de atención primaria.

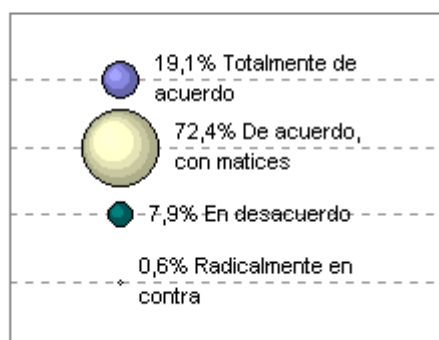


Consenso NO (79,6%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

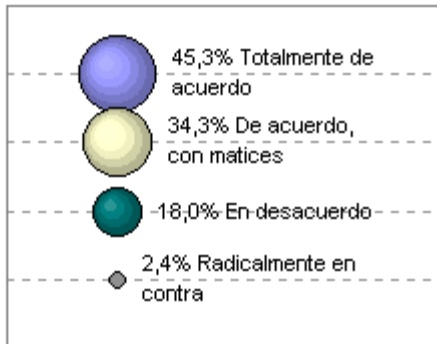
- Profesión (p=0,02): Los profesionales no médicos están más de acuerdo que los médicos.
- Territorio (p=0,0006): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor acuerdo.

X.2. La carrera profesional debe reglamentarse con distintos niveles de concreción; desde el más general a nivel estatal, hasta el más específico en el centro de trabajo, pasando por la regulación de ámbito autonómico.



Consenso 91,5% en 3ª ronda

X.3. La carrera profesional debe reglamentarse administrativamente de manera unitaria en todo el territorio español a todos los efectos de promoción, formación continuada y retribución.



Consenso NO (79,6%)

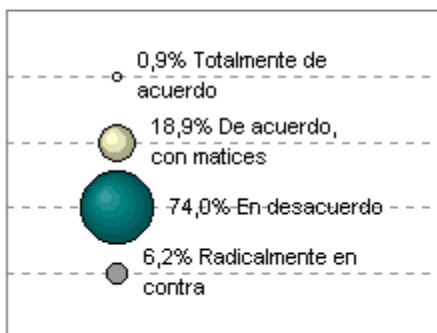
SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,006$): Los hombres están más en desacuerdo que las mujeres.
- Territorio ($p=0,00001$): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor desacuerdo.

⁴ La carrera profesional en atención primaria puede definirse como un instrumento de promoción profesional, de mantenimiento

y desarrollo de las competencias profesionales, de reconocimiento y efectos en el ámbito laboral y retributivo.

X.4. La carrera profesional debe reglamentarse administrativamente de manera diferenciada en cada comunidad autónoma a efectos de promoción, formación continuada y retribución.

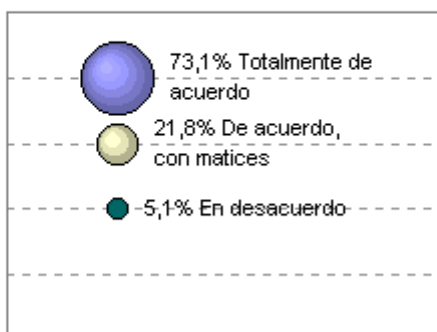


Consenso NO (80,2%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,04$): Los hombres están más de acuerdo que las mujeres.
- Territorio ($p=0,00001$): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor acuerdo.

X.5. Se debe potenciar la carrera profesional de enfermería en atención primaria.

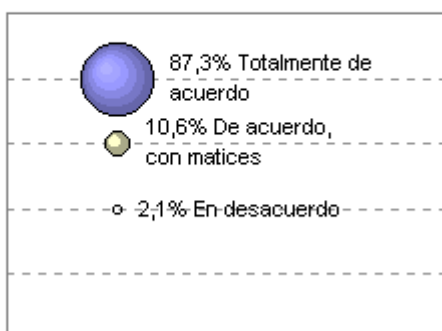


Consenso 94,9% en 1ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

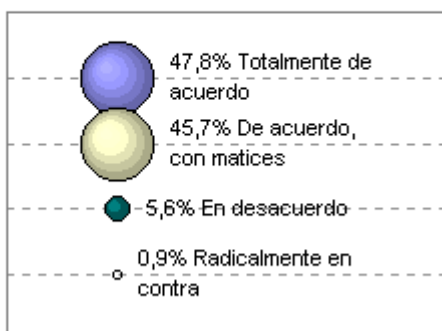
- Sexo ($p=0,003$): Los hombres están más en desacuerdo que las mujeres.

X.6. Se debe potenciar la carrera profesional del médico de familia en atención primaria.



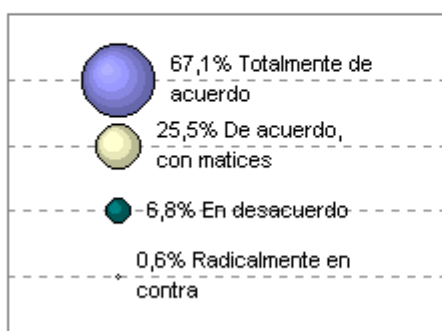
Consenso 97,9% en 1ª ronda

X.7. Se debe potenciar el rol profesional de farmacéutico de oficina como agente de salud en el ámbito de la atención primaria.



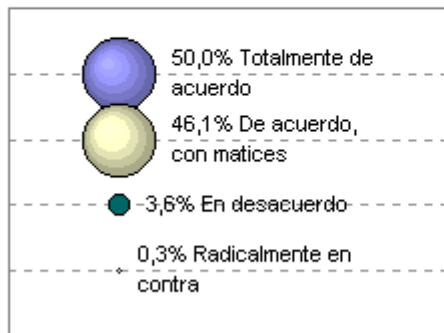
Consenso 93,5% en 2ª ronda

X.8. Se debe potenciar la carrera profesional del farmacéutico de atención primaria.



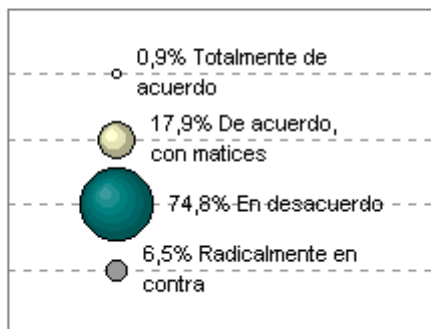
Consenso 92,6% en 2ª ronda

X.9. Los profesionales de la atención primaria deben someterse a evaluaciones periódicas de su competencia profesional.



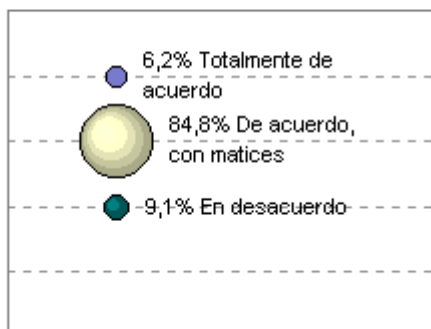
Consenso 96,1% en 1ª ronda

X.10. En los baremos para la provisión de plazas se debe primar especialmente la antigüedad.



Consenso NO (81,3%)

X.11. En la valoración de méritos para la provisión de plazas se debe primar la investigación y la docencia.

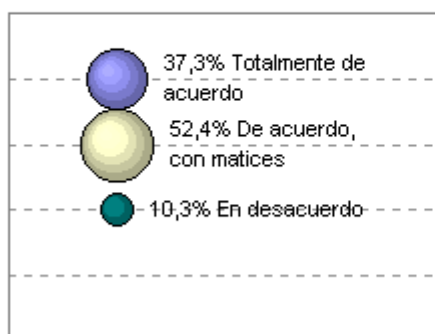


Consenso 91,0% en 3ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Profesión ($p=0,02$): Los profesionales no médicos están más en desacuerdo que los profesionales médicos.
- Territorio ($p=0,03$): Insalud es el territorio donde se encuentra mayor desacuerdo.

X.12. En los baremos para la provisión de plazas se deben primar especialmente la capacidad resolutoria y de contención de los profesionales.

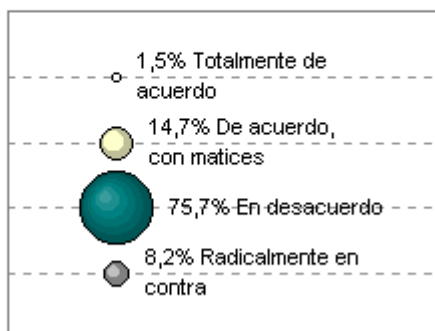


Consenso NO (89,7%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Territorio ($p=0,03$): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor acuerdo.

X.13. Los salarios deben ser fijos de acuerdo a la antigüedad, el nivel profesional y puesto de trabajo desempeñado.

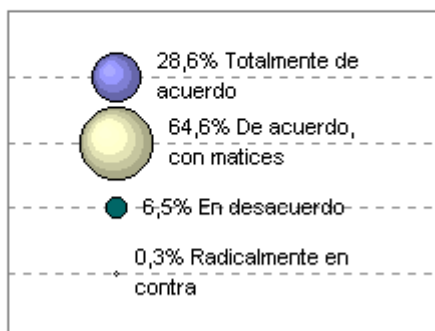


Consenso NO (83,9%)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,01$) Los hombres están más en desacuerdo que las mujeres.

X.14. Las retribuciones deben tener en cuenta un factor capitativo ponderado por la proporción de usuarios mayores de 65 años y menores de 2 años.

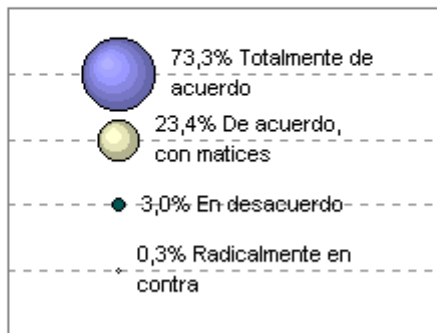


Consenso 93,2% en 2ª ronda

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

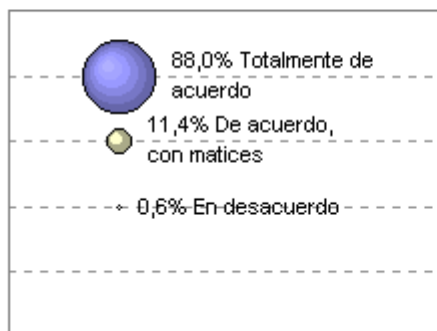
- Sexo ($p=0,04$): Las mujeres están más en desacuerdo que los hombres.
- Profesión ($p=0,007$): Los profesionales no médicos están más en desacuerdo que los profesionales médicos.
- Territorio ($p=0,04$): Cataluña es el territorio donde se encuentra mayor desacuerdo.

X.15. Las fórmulas retributivas deben ser multifactoriales: parte fija, capitativa, por objetivos y por cargas asistenciales.



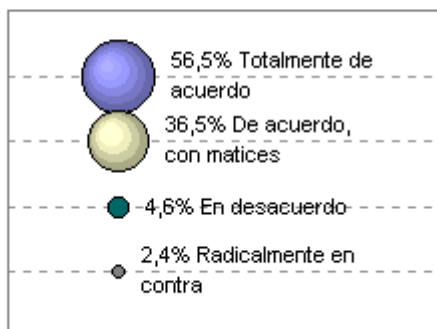
Consenso 96,7% en 1ª ronda

X.16. Es necesario incorporar mecanismos de compensación e incentivación profesional que no sean meramente económicos.



Consenso 99,4% en 1ª ronda

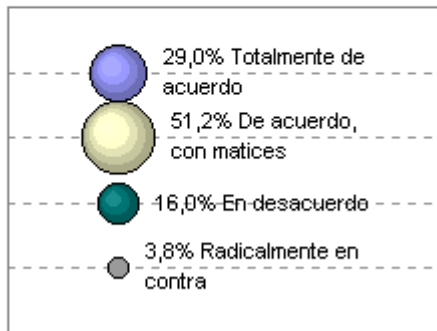
X.17. Se debe potenciar la carrera profesional de pediatría en atención primaria.



Consenso 93,0% en 2ª ronda

X.18. Se debe potenciar la carrera profesional de tocoginecología en atención primaria.

Consenso NO (80,2%)

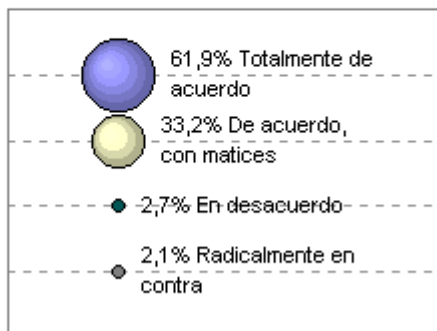


SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA:

- Sexo ($p=0,04$): Los hombres están más en desacuerdo que las mujeres.
- Profesión ($p=0,05$): Los médicos muestran mayor desacuerdo que el resto de profesiones.
- Territorio ($p=0,002$): Cataluña es el territorio donde se muestra mayor acuerdo.

X.19. Se debe potenciar la carrera profesional de odontología en atención primaria.

Consenso 95,1% en 2ª ronda



PARTICIPANTES

Ficha de dirección y realización

Grupo promotor

Grupo asesor

Panel de expertos

FICHA DE DIRECCIÓN Y REALIZACIÓN

Dirección General:

Dr. Juan José Artells Herrero. Director de A&S Economía y Salud. Barcelona

Dirección Técnica y Trabajos de Campo:

Dr. José Andrés Martínez. Director de G.O.C. Barcelona

Realización técnica:

Sr. Moisés Casanovas i Orce

Sr. Andreu Covas Estruga

Sra. Cristina Giner Pérez

Sr. Marc Jové Renon

Sra. M^a Pilar Moreno Mallén

Sra. Àngels Pujol Buades

Sra. Luz Siu Garcia

Soporte auxiliar especializado:

Sra. Ariadna Adsuar Ardiaca

Sr. Gener Artells Campañà

Sra. Beatriz Barrera Benavent

Sr. Josep Maria Farfán Francés

Sra. Montserrat Juan Pugibet

Srta. Jenny Casahuga Lindstrom

Sra. Elisabeth Montalbán Criado

Sra. Silvia Navarro Sánchez

Agradecimientos especiales:

Dr. Francisco J. Dodero de Solano

Dr. Andoni Foruria Ugarriza

Dr. Vicenç Grenzner Fonoll

Dra. Carmen Martínez Agüayo. Directora SAS.

Dr. Ricardo Meneu de Guillerna

Dr. José M. Pomar Reynés

1. GRUPO PROMOTOR

En todos los casos se ha registrado el cargo actual.

Grupo Promotor

- Excmo. Sr. D. José Manuel Romay Beccaría. Ministro. (Ministerio de Sanidad y Consumo).
- Hble. Sr. D. Eduard Rius i Pey. Consejero. (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya).
- Excmo. Sr. D. José Luís García de Arboleya y Tornero. Consejero. (Consejería de Salud de Andalucía).
- Excmo. Sr. D. Iñaki Azkuna Urreta. Consejero. (Departamento de Sanidad del País Vasco).
- Hble. Sr. D. Joaquím Farnós Gauchía. Consejero. (Conselleria de Sanitat de la Generalitat de la C. Valenciana)
- Ilmo. Sr. D. Alberto Núñez Feijóo. Presidente Ejecutivo. (INSALUD)
- Excmo. Sr. D. Enrique Castellón Leal. Subsecretario. (Ministerio de Sanidad y Consumo).
- Ilmo. Sr. D. Albert Oriol i Bosch. Director General. (Institut d'Estudis de la Salut).
- Ilmo. Dr. D. Eugeni Sedano Monasterio. Presidente. (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria).
- Ilmo. Dr. D. Albert Planes Magriñá. Ex-Presidente. (SEMFYC)
- Ilma. Dra. D^a. Amalia Velázquez García. Presidenta. (SEMFYC)
- Ilmo. Dr. D. Felipe Chavida García. Presidente. (SEMERGEN)
- Ilmo. Sr. D. Juan José Rodríguez-Sendín. Presidente. (SEMG)
- Ilmo. Dr. D. Joan Rovirosa i Juncosa. Presidente. (Sociedad Española de Directores y Gerentes de Hospitales)

GRUPO ASESOR

En todos los casos se ha registrado el cargo actual.

Grupo Asesor

- Dr. D. Bonaventura Bolívar Ribas. Coordinador científico. (Fundación Jordi Gol i Gurina)
- Dr. D. Josep Ramon Casas Iglesias. Director DAP Lleida. (Institut Català de la Salut)
- Dra. D^a. Arantxa Catalán Ramòs. Unidad de Farmacia de la División de Atención Primaria. (Institut Català de la Salut)
- Sra. D^a. Àngels Elias Castells. Tècnic Àrea Sanitària. (Servei Català de la Salut)
- Sra. D^a. Carme Esteve Ortí. Coord. Programa Infermeria. (Institut Català de la Salut)
- Sra. D^a. Natividad Esteve Ríos. Directora. (Escola d'Infermeria)
- Dr. D. Josep Farrés Quesada. Gerente. (PAMEM)
- Dr. D. Francesc Fernández Enrich. Unitat Projectes i inversions. (Servei Català Salut)
- Dr. D. Andoni Foruria Ugarriza. Subdirector Atención Primaria y Comunitaria. (Osakidetza / Servicio Vasco Salud)
- Dr. D. Joan Gené Badia. Coordinador. (ABS Castelldefels)
- Dra. D^a. Margarita Goldaracena Tanco. Directora-Gerente de Atención Primaria. (Àrea de La Rioja)
- Dr. D. Albert Ledesma Catellort. Director Asistencial. (Centro A.P. Remei ABS Vic-2)
- Dr. D. Luis A. López Fernández. Docente Investigador. (Escuela Andaluza Salud Pública)
- Dr. D. Joan Llobera Canaves. Jefe de Unidad. (Unitat d'Investigació Gavinet Tècnic Gerència A.P.)
- Dr. D. Rafael Manzanera López. Adjunto a Gerencia. (Consorci Sanitari de Barcelona)
- Dr. D. Amando Martín Zurro. Cap d'Unitat de Planificació de la Regió Sanitària Costa de Ponent. (Servei Català de la Salut)
- Dr. D. Ricardo Meneu de Guillerna. Vicepresidente. (Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud)
- Dr. D. Ramon Morera Castell. Presidente. (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària)
- Sra. D^a. Montserrat Navarro Picó. Adjunta A.P. (C.A.P. Sant Fost de Capcentelles)
- Dra. D^a. Olga Pané Mena. Directora de Consultoría. (Consorci Hospitalari de Catalunya. Consultoria i Gestió)
- Dr. D. Josep M^a Pepió i Vilaubí. Director Asistencial. (Centre d'A.P. Baix Ebre)
- Dr. D. Josep Picas Vidal. Director Asistencial. (PAMEM)
- Dr. D. Albert Planes Magriñá. Socio Ex-Presidente. (SEMFYC)
- Dr. D. Josep M. Pomar Reynès.
- Dra. D^a. Emilia Sánchez Chamorro. Subdirectora General de Formación Sanitaria. (Ministerio de Sanidad y Consumo)
- Dr. D. Eugeni Sedano Monasterio. Presidente. (Sociedad Española Farmacéuticos de A.P.)

- Dr. D. Andreu Segura i Benedicto. Director. (Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya)
- Dra. D^a. Roser Vicente i Ruiz. Coordinadora Gral. (Corporació Sanitària Barcelona)
- Dra. D^a. Concepción Violan i Fors. Directora. (D.A.P. Sant Martí)

PANEL DE EXPERTOS

A continuación se relacionan los nombres de los 342 panelistas que han participado a lo largo de todo el estudio y no han manifestado expresamente su deseo de no aparecer publicados en el presente informe. En todos los casos se ha registrado el cargo actual.

Panel de Expertos

- Dra. D^a. M^a Teresa Abad Sopena.
- Dr. D. Juan Carlos Abánades Herranz. (Centro de Salud Monovar)
- Dr. D. Juan Antonio Abascal Ruiz.
- Sra. D^a. Paloma Acevedo Heranz. Coordinadora Prestación Farmacéutica. (Dirección Territorial Sanidad - Vizcaya)
- Dr. D. Alejandro Acha Arrizabalaga. (C. Gallarta)
- Dr. D. Jesús Acin Urzainqui. (Centro de Salud Ondarreta)
- Sr. D. José Miguel Acitores Augusto. (Gerencia Atención Primaria)
- Sra. D^a. Asunción Aguas Lluch. Enfermera. (Centro de Atención Primaria Poble Nou)
- Sra. D^a. Cristina Agudo Cruz. Diplomada en Enfermería. (A.B.S. Gavà)
- Dr. D. Jesús Aguilar García. Coordinador médico. (Centro de Salud "Villafrechós")
- Dr. D. Angel Alayo . (Centro de Salud Otxarkoaga)
- Sra. D^a. Rosa M^a Alberdi Castell. Directora Escuela Enfermería. (Escuela Univ. Enferm. Virgen Rocío)
- Dr. D. Pedro Alcaide Guindo. Secretario del Sector de Atención Primaria. (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM))
- Dra. D^a. Rosa Almirall Oliver. Atenció a la Dona. (Centro de Atención Primaria Alt Penedès)
- Sra. D^a. M^a José Almodóvar Carretón. (Atención Primaria Área 7)
- Dr. D. José Luis Almudi Alegre. Médico. (Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid))
- Sra. D^a. Rosario Alonso Alonso. Directora Enfermería. (Insalud Gijón)
- Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández. Gerente Atención Primaria. (Insalud)
- Sr. D. José M^a Alonso Gordo. Gerencia de Atención Primaria. (Centro de Salud Guadalajara)
- Sra. D^a. Asunción Alvarez Carrera. (Centro de Atención Primaria Bages)
- Sra. D^a. Ester Amado Guirado. Farmacéutica Atención Primaria. (D.A.P. Cornellá)
- Sra. D^a. Emilia Aparicio Gallego. (Centro de Salud de Burjassot)
- Dr. D. José Manuel Aranda Lara. Director Distrito Sanitario Córdoba.
- Dr. D. Pedro Aranda Lara. Unidad Hipertensión y Valoración de Riesgo Cardiovascular. (Hospital Carlos Haya (Málaga))
- Dr. D. José Manuel Aranda Regules. Director de Centro de Salud. (Servicio Andaluz de Salud)
- Sra. D^a. Tránsito Arévalo Gallego. Directora de Enfermería.
- Sra. D^a. Rosario Arnau Cuenca. (Centro Salud Mu-San Andrés)

- Dr. D. Lorenzo Arracó Montoya. (Sindicato Médico Aragón)
- Sr. D. Iñaki Arratibel Arrondo. Gerente Comarca Guipuzkoa Oeste. (A. Tolosa)
- Sra. D^a. Virginia Arroyo Pineda. Farmacéutica de Área. (Gerencia de Atención Primaria)
- Sra. D^a. M^a Teresa Artázcoz Sanz. Directora del Servicio de Asistencia Sanitaria. (Departamento de Salud)
- Dr. D. Adrián Artero Sivera. (Centro de Salud de Puerto de Sagunto)
- Dr. D. Giorgio Atella Gil. Servicio Valenciano de Salud. (Consultorio Peñíscola)
- Dr. D. José Mario Avila Bullejos. Director. (Distrito Sanitario Poniente)
- Dr. D. Santiago Ayechu . (Centro de Salud Oñati)
- Sra. D^a. Mercedes Aza Pascual-Salcedo. Farmacéutica Área III. (Insalud)
- Sr. D. Mikel Bagues Errioando. (Centro de Salud Sta. M^a Magdalena)
- Dr. D. Lluís Balagué Gea. (E.A.P. Anoia rural. Centro de Atención Primaria Anoia)
- Dr. D. Nawras-Hatem Barchein Bachein . (Centro de Salud Montefrío)
- Sr. D. Jorge Barco Ariza. Director Enfermería.
- Sra. D^a. Amparo Barreda Aznar. Farmacéutica de Atención Primaria. (Servicio Valenciano de Salud)
- Sr. D. Gerardo Barreiro Pombo. Gerencia de Atención Primaria de Coruña-Ferrol. (Servicio Galego de Saúde)
- Dr. D. Luciano Barrios Blasco. Director. (Centro de Salud Levante-Norte)
- Sra. D^a. Carme Batalla Martínez. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. El Prat de Llobregat) Centro de Atención Primaria Dr. D. Pujol i Capsada)
- Sra. D^a. Teresa Bellavista Illa. (Centro de Atención Primaria Masnou)
- Dr. D. Santiago Benito Astorga. Director Médico de Atención Primaria. (Insalud)
- Sra. D^a. Eva Maria Bernabeu Los Santos. (Centro de Salud Salvador Allende)
- Dr. D. Iñaki Berraondo Zabalegui. Coordinador. (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Guipuzkoa)
- Sra. D^a. Immaculada Besora Torredelot. Adjunta E.A.P. P^o Sant Joan. (Institut Català de la Salut. A.B.S. 2H Barcelona)
- Dr. D. Miquel Maria Biarnès Margalef. Director Atención Primaria. (Fundació Centres Assistencials i d'Urgències. Tarragona)
- Dr. D. Jordi Bladé Creixenti. Coordinador Unidad Docente. (U.D. Medicina Familiar y Comunitaria)
- Dr. D. Carles Blay Pueyo. Médico de Familia. (A.B.S. Sta. Eugènia de Berga)
- Dr. D. Ignasi Bolívar Ribas. MPH. (IREC Mataró)
- Dra. D^a. Mercè Bonet Agustí. Médico de Familia. (Centro de Atención Primaria La Jonquera. Institut Català de la Salut)
- Dr. D. Alvaro Bonet Pla. (Centro de Salud Salvador Pau)
- Sra. D^a. Montserrat Boqué Cavallé. (A.B.S. Vandellós-Hospitalet)
- Dr. D. Fernando Borge García. Coordinador. (Centro de Salud de Villalón)
- Sr. D. Roman Bosch Castell.
- Dra. D^a. Margarida Bou Vendrell. Directora Atención Primaria. (Consorti Assistencial del Baix Empordà)
- Dr. D. Pedro Brañas Tato. Senior Registrar in Public Health. (Solihull Health Authority. NHS. Reino Unido)
- Dra. D^a. Pilar Brugulat Guiteras. (Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut)
- Dr. D. Jesús Buendía Bermejo. (Consultorio de Villar de Olalla)
- Dr. D. Fernando Caballero Martínez. (Área 6)
- Sra. D^a. M^a Teresa Cabarrocas Sitjes. Enfermera Consultora. (Hospital Clínic de Barcelona)
- Dr. D. José M. Cabrera Rodríguez. (Centro de Salud Pino Montano A)
- Dr. D. Sebastián Calero Muñoz. Coordinador Docente. (A.B.S. Florida Sud (Institut Català de la Salut - Generalitat de Catalunya))
- Sra. D^a. M^a José Calvo Alcántara. Farmacéutica de Atención Primaria. (Insalud)
- Sra. D^a. María Luz Calzada Gómez. Enfermera. (Centro de Salud Montequinto)
- Dra. D^a. Josefina Caminal Homar. (Institut Salut Pública de Catalunya)
- Sra. D^a. Montserrat Canals Colet. Responsable de Enfermería. (A.P. Tarragona-Valls. Institut Català de la Salut)

- Dr. D. Juan Carrasco Esnal. (A. Santurtzi)
- Sra. D^a. Azucena Carrera Camarón. (Centro de Salud Santa Bárbara)
- Dra. D^a. Verónica Casado Vicente. Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria. (Centro de Salud "Parquesol")
- Dr. D. Ignacio Casado Zuriguel. (A.B.S. Balàfia-Pardinyes-Secà Sant Pere)
- Dr. D. Josep Casajuana Brunet. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. Barcelona 1-C Gòtic). Centro de Atención Primaria Drassanes)
- Dr. D. Miquel Casanovas Gabal. Director Médico. (D.A.P. Segrià-Garrigues)
- Sra. D^a. Montserrat Casanovas Huguet.
- Dra. D^a. Esther Castell Ariño. (A.B.S. Manlleu MF)
- Dr. D. Xavier Castells Oliveres. Centro de Atención Primaria Servei d'Estudis. (IMAS)
- Sra. D^a. Carmen Ceacero Rodriguez. (Centro de Salud Villacarrillo)
- Sra. D^a. Carmen Chamizo Vega. (Insalud Gijón)
- Dr. D. Salomón Chocrón Cohen. Médico de Familia (Coordinador Médico de Equipo). (Insalud)
- Dra. D^a. M. Carme Ciria Mallada. Coordinadora A.B.S.. (A.B.S. Ponts)
- Dra. D^a. Immaculada Clarà Vila. (A.B.S. Sant Roc)
- Sra. D^a. Rosario Cobo González. (Centro de Salud Virgen Caridad)
- Dra. D^a. Julia Colomer Revuelta. (Centro de Salud Fuente S. Luis)
- Dr. D. Lluís Colomès Figuera. (UD Sagessa)
- Dra. D^a. Eva Comín Bertrán. Coordinadora docent. (A.B.S. Pujol i Capçada Prat del Llobregat)
- Dr. D. Ferran Cordón Granados. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. Girona 3) Centro de Atención Primaria Vila-roja)
- Dr. D. Abelard Corrales Nadal. Coordinador E.A.P.. (Centro de Salud Camp Redó)
- Sra. D^a. Elena Costa Ferrer. (Centro de Salud Trinitat)
- Dr. D. Jose M. Cots Yago. Médico de Familia. (Subdivisió Atenció Primària. Institut Català de la Salut)
- Sra. D^a. Rosa Crespo Ronda. (E.A.P. Gòtic)
- Sra. D^a. Encarnación Cruz Martos. Responsable del Servicio de Farmacia. (Centro de Salud Condes Barcelona)
- Dr. D. Ramon Cunillera Grañó. (A.B.S. Lloret MF)
- Sra. D^a. Núria Cuxart Ainaud. Directora de Enfermería. (Fundación Privada Hospital de Mollet)
- Dr. D. José Manuel da Pena Álvarez. (A.B.S. Castelldefels)
- Dr. D. Luis de la Revilla Ahumada. Coordinador Regional de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Andalucía. (Servicio Andaluz de Salud)
- Sr. D. Heriberto de Pablo de Gregorio. Enfermero. (Centro de Salud Alcolea)
- Dr. D. Juan de Dios Fernández. Neurólogo. (Hospital Univ. San Cecilio)
- Dra. D^a. M^a Luisa de la Puente Martorell. Cap de la Unitat de Planificació. (Regió Sanitària Centre)
- Sra. D^a. Josefa María de San Vicente Rodríguez. (Gerencia de Atención Primaria)
- Dr. D. Epifanio de Serdio Romero. Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. (Servicio Andaluz de Salud)
- Dra. D^a. Elia de Llanos Sánchez. (Centro de Salud Mérida Urbano)
- Sr. D. Antonio de Luna Sepúlveda. Coordinador de Enfermería. (Distrito Sanitario Sevilla Este-Sur)
- Dr. D. Mariano de la Figuera Von Wichmann. (Centro de Atención Primaria de la Mina)
- Dr. D. Martín Debén Sánchez. (Ambulatorio Fontenla Maristany)
- Sr. D. Francisco del Río Fernández. (Gerencia Atención Primaria Insalud)
- Sra. D^a. Maria Luisa del Valle López. (Centro de Salud "Parquesol")
- Dra. D^a. Ana Delgado Sánchez. Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. (Servicio Andaluz de Salud)
- Dr. D. Miguel Angel Díez García. Coordinador de Centro. (Centro de Salud Casa del Barco)

- Dr. D. Juan José Dorado Martín. (Centro de Salud San Fernando)
- Dr. D. José Fco. Doz Mora. (A.B.S. Badia del Vallés)
- Sr. D. Oriol Duch Subirats. (A.B.S. Breda-Hostalric)
- Dr. D. Andreu Estela Mantolán. (Centro de Salud Dalt Sant Joan)
- Sr. D. Benigno Etxeandia Valencia. (Centro de Salud Casco Viejo)
- Dr. D. Francisco Extremera Montero. (Centro Salud "Palma-Palmilla")
- Dra. D^a. Eloisa Feberero Castejón. (Centro de Salud Pinillo Chico)
- Dra. D^a. M^a Angeles Fernández Bragado. Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. (Valladolid Oeste)
- Dra. D^a. Ana M^a Fernández Buergo. (Centro de Salud San Martín)
- Sr. D. Santiago Fernández Gordón. Director Asistencia Sanitaria. (SESPA- Servicio de Salud Principado de Asturias)
- Dr. D. Jesús Fernández Lorenzo. Director Médico G.A.P.. (Gerencia de Atención Primaria Sector Cartagena)
- Sr. D. José Ignacio Fernández de Antona Pedrera. (C. Bidegoian)
- Dra. D^a. María José Fernández de Sanmamed Santos. Médico de Familia. (A.B.S. Sta. Perpètua de Mogoda. Institut Català de la Salut)
- Dr. D. José Antonio Ferreiro Guri. Coordinador de Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Santiago. Médico de E.A.P. Centro de Saúde de Vite. (Servicio Galego de Saúde)
- Dr. D. Francesc Ferrés Serrat. (Hospital Son Dureta)
- Dr. D. Rafael Ferrón Millán. Gerente Atención Primaria.
- Sra. D^a. Montserrat Fíguls Vilar. Responsable Enfermería Atención Primaria. (Centro de Atención Primaria Anton de Borja)
- Dr. D. Pere M. Flores Muxí. (Centro de Atención Primaria Cirera-Molins)
- Dr. D. Enrique Fluiters Casado. Servicio Galego de Saúde. (Centro de Salud Casco Vellón II)
- Sra. D^a. Francisca Fontestad Planes. (Consultorio de Montcada)
- Dra. D^a. Dolors Forés Garcia. (Centro de Atención Primaria Just Oliveres)
- Dr. D. José Fornes Ruiz.
- Dra. D^a. Joana Fornés Vives. Catedrática de Enfermería. (Universitat de les Illes Balears)
- Dr. D. Lluís Franch Viñas. Cap de Planificació. (Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Girona)
- Sra. D^a. Josefa Freixenet Pedrós. Directora enfermeria D.A.P.. (D.A.P. Segrià-Garrigues)
- Dr. D. Joaquín Gajate Martín. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valladolid-Este.
- Dr. D. Ferran Galí Gorina. Médico de Familia. (A.B.S. Terrassa Nord)
- Dr. D. José Manuel Galiana Auchel. Director Gerente. (Hospital de la Inmaculada del SAS (Huerca Overa. Almería))
- Dr. D. Manuel Gálvez Ibáñez. Coordinador Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. (Servicio Andaluz de Salud)
- Dr. D. Miguel Angel García Alonso. Coordinador programas APP. (Direc. Terr. Cons. Sanitat)
- Dra. D^a. Gràcia Garcia Bernal. Coordinadora Unidad Docente. (U.D. Tortosa - A.B.S. Tortosa Est)
- Dr. D. Rafael García del Valle. Médico Titular de Pulpí.
- Dr. D. Luis García Olmos. (Atención Primaria)
- Sra. D^a. Ascensión García Pérez. Directora de Enfermería.
- Sr. D. Eduardo García Prieto. Gerente. (Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste)
- Dr. D. José Luis García Puche. Jefe Servicio de Oncología. (Hospital Clínico San Cecilio. Universidad de Granada)
- Dr. D. José Nicolás Garcia Rodríguez. Director. (Centro de Salud Fuensanta)
- Sr. D. Francisco Manuel García Sánchez. (Gerencia de Atención Primaria)
- Dr. D. Juan Manuel García Soriano. Gerente Atención Primaria.
- Dra. D^a. Pilar Gayoso Diz. (Comp. Hosp. Cristal Piñor)

- Sra. D^a. M^a Dolores Gil Nebot. Directora Enfermería Atención Primaria. (Insalud)
- Dr. D. Jesús Ramón Giménez Sanz. Coordinador A.B.S.. (A.B.S. Agramunt)
- Sra. D^a. M^a Teresa Giró Molner. Dirección Enfermería D.A.P. Cerdanyola. (Institut Català de la Salut)
- Dra. D^a. Marta Gomara Urdiain. (Servicio Navarro de Salud)
- Sr. D. Agustín Gómez de la Cámara. Unidad de Investigación. (Insalud Área 11 (Madrid))
- Sr. D. Vicente Gómez Juanes. Asesor farmacéutico. Farmacéutico. (Insalud)
- Sr. D. Gustavo Rolando Gómez de Mayora y Rojas. D.U.E.. (Centro de Salud Pinofranqueado. Insalud)
- Dra. D^a. Dolors González Bermúdez. (Centro de Atención Primaria Montclar)
- Sra. D^a. Luisa González Cabezas. Directora Enfermería. (Hosp. Materno-Infant. Vall Hebrón)
- Dr. D. Luis V. González López. Médico de Familia. Coordinador del E.A.P. Segovia III. (Insalud)
- Dra. D^a. Ana Gorroñoigoita Iturbe. Médico de Familia. (Osakidetza. Centro de Salud de Rekaldeberri (Bilbao))
- Dr. D. Rafael Gracia Ballarín. (Centro de Salud Amurrio)
- Dr. D. José Manuel Granado García. Director Gerente. (Gerencia de Atención Primaria (Cáceres). Insalud)
- Sra. D^a. Roser Granollers Sardà. Directora Enfermería D.A.P.. (D.A.P. Urgell-Segarra-Noguera-Pla d'Urgell)
- Dr. D. Gerardo Grau Fibla. Técnico de la Subdirección de Asistencia Primaria y Comunitaria. (Servicio Andaluz de Salud)
- Sr. D. Jose M^a Grego Recasens. Director de la Atención Primaria. (Mútua de Terrassa)
- Dr. D. Manuel Guiu Bardaji. (XNR Lleida rural sud)
- Sra. D^a. Carmen Gutiérrez Arana. Enfermera. (Centro de Salud Polígono Sur)
- Dra. D^a. M^a Luisa Gutiérrez Ibarzábal. (Centro de Salud Leioa)
- Dr. D. Antonio Hernández Alonso. Director. (Z.B.S. Las Albarizas)
- Dr. D. Julio Hernández Moreno. Coordinador Médico E.A.P. Polán. Toledo. (Insalud)
- Dra. D^a. Paloma Hernando Helguero. Directora Médica Gerencia de Atención Primaria. (Área VIII)
- Sr. D. Ramón Hernando Ortúzar. Técnico Responsable del Área de Atención al Cliente de Comarca. (A. Portugalete)
- Dr. D. Joaquin Hernando Rico. Coordinador de Centro. (Centro de Salud de Cigales)
- Dr. D. Tito Hidalgo Salazar. Pediatra. (Centro de Salud Arquitecte Bennàssar)
- Sr. D. José Vicente Huelín Domeco de Jarauta. Subdirector Médico. (Hospital Miguel Servet)
- Dra. D^a. M^a Luisa Illescas Sánchez. Directora Médica Gerencia de Atención Primaria. (Área IX)
- Dr. D. José Antonio Ingesa Pardo. Coordinador Provincial de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia. (Conselleria de Sanitat)
- Dr. D. Carlos Izquierdo Clemente. (Centro de Salud Teruel)
- Sra. D^a. Nekane Jaio Atela. (Servicio Vasco de Salud)
- Dr. D. Manuel Jiménez de la Cruz. (Centro de Salud Motril - San Antonio)
- Dra. D^a. Dora Jiménez Ortiz. Responsable de Farmacia. (Dirección Territorial de Sanidad de Guipúzcoa)
- Sra. D^a. Glòria Jodar Solà. Directora Enfermería. (D.A.P. Baix Llobregat Litoral SAP C.Ponent, Tarragona Tortosa)
- Dr. D. Sebastià Juncosa Font. Coordinador Unitat Docent Centre (Institut Català de la Salut)
- Sra. D^a. Carme Lacasa Plana. (Área Sanitària. Servei Català de la Salut)
- Dr. D. Eduardo Ladrón Moreno. (Centro de Salud Soria Norte)
- Dra. D^a. Pilar Lafuente Mesanza. (Centro de Salud Erandio)
- Sr. D. Jesús M^a Larrañaga Garitano. Gerente Comarca Bilbao. (Osakidetza -

- Servicio Vasco de Salud)
- Sra. D^a. Rosa Larren Garrido. (Centro Salud "Jardinillos")
 - Dra. D^a. M^a Teresa Lázaro Casajús. J. Servicio Atención Primaria y Actividad Asistencial. (Conselleria de Sanitat)
 - Sra. D^a. Itxasne Lekue Alkorta. Farmacéutica de Atención Primaria. (A. Eibar)
 - Dr. D. Luis V. Lizán Tudela. (Unidad docente Medicina Familiar y Comunitaria Alicante)
 - Dr. D. Jordi Llauradó Barenys. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. Sta. Coloma de Queralt) Centro de Atención Primaria Sta. Coloma Queralt)
 - Dr. D. Carles Llor Vilà. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. Valls urbà) Centro de Atención Primaria Dr. D. Sarró Roset)
 - Dr. D. Rafael Lloréns Bou. (Centro de Salud de Liria)
 - Sr. D. Guillem López Casanovas. Catedrático de Hacienda. (Universitat Pompeu Fabra)
 - Dra. D^a. Beatriz López Fernández. (Centro de Salud San Pablo)
 - Sr. D. Rafael López García. Cap de la Unitat de Compra de Serveis. (Regió Sanitària Centre)
 - Dra. D^a. Alicia López Rodríguez. Directora Médica Gerencia de Atención Primaria.
 - Dr. D. Fernando López Verde. (Centro de Salud Delicias)
 - Dra. D^a. Mercedes Losilla Domínguez. Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. (Gerencia A.P. Santander-Laredo)
 - Sra. D^a. Rosa Madrdejos Mora. Farmacéutica de Atención Primaria. (D.A.P. L'Hospitalet. Institut Català de la Salut)
 - Sra. D^a. Veneranda Magdalena Fernández. Responsable Enfermería. (Insalud Gijón)
 - Dr. D. Enrique Maiz Olazabalaga. (Centro de Salud San Mendi)
 - Sra. D^a. M^a Antonia Marca González. Responsable de Enfermería. (Insalud)
 - Sr. D. Eloy Marín Nieto.
 - Dr. D. Fernando Marqués Molías. (A.B.S. Cervera)
 - Sra. D^a. Soledad Márquez Calderón.
 - Sr. D. Benigno Márquez Estévez. Coordinador de Enfermería. (Distrito Sanitario Algeciras)
 - Sr. D. Enric Martí Suau. Director D.A.P.. (D.A.P. Lleida Nord - Institut Català de la Salut)
 - Dr. D. Santiago Martín Acera. Médico de Atención Primaria. (Centro de Salud "Santa Marta" (Salamanca))
 - Dr. D. Pedro Martín Martín. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. (Centro de Salud Santa Elena)
 - Dra. D^a. José M^a Martín Moros. (Centro de Salud Reyes Magos)
 - Sr. D. Josep M. Martínez Carretero. Subdirector. (Institut d'Estudis de la Salut)
 - Dra. D^a. Rosario Martínez Castillo.
 - Sr. D. J. Antonio Martínez Escudero. Farmacéutico. (Gerencia de Atención Primaria. Ciudad Real. Insalud)
 - Sr. D. Javier Martínez Gorostiaga. (Servicio Vasco de Salud)
 - Sra. D^a. Itziar Martínez Orue. (Insalud)
 - Dr. D. Anselmo Martínez Rianza. Director Médico Gerencia de Atención Primaria.
 - Sra. D^a. M. Mar Martínez Suárez. (Dirección Provincial del Insalud)
 - Dr. D. Francisco Jesús Martos Gámiz. Director. (Distrito Sanitario de Jaén)
 - Dr. D. Alfonso Medrano Ortega. (Consultorio El Coronil)
 - Sra. D^a. Mercè Mercader . (Área Sanitària. Servei Català de la Salut)
 - Sr. D. Francisco Mercader Sesma. Cap de Servei d'Administració. (Institut Català de la Salut)
 - Dr. D. Francisco Merino López. Gerente Atención Primaria.
 - Sr. D. Angel Miguel Redondo.
 - Sra. D^a. Nekane Mingo Gómez. Enfermera. (Osakidetza. Servicio Vasco de Salud)
 - Sr. D. Jorge Mínguez Arias. Enfermero Centro de Salud Arnedo. (Insalud)
 - Dr. D. José Luis Miraflores Carpio. (Centro de S. Isabel II)
 - Sra. D^a. Marta Miret Montané. Directora de Enfermería. (Dirección A. Primaria)

- Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell)
- Dr. D. Eduardo Molina Fernández. (Hospital Juan Ramón Jiménez PL 4.4)
 - Dr. D. José Ramón Moliner de la Puente. (Centro de Salud de Sárdoma)
 - Dr. D. Carlos Momparler Martínez. Director de Atención Primaria del Área 5. (Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana)
 - Sra. D^a. Teresa Montanuy Baró. Directora de enfermería D.A.P.. (D.A.P. Lleida nord-Hospital Comarcal del Pallars)
 - Sra. D^a. Rosa M^a Moralejo Vicente. (Gerencia de Atención Primaria)
 - Dr. D. Luis Morell Balandrón. Gerente. (Gerencia de Atención Primaria - Área VI)
 - Dr. D. Joaquín Morera Montes. (Centro de Salud V Centenario)
 - Dr. D. Francesc X. Mundet Tudurí. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. Barcelona 7-C). Centro de Atención Primaria El Carmel)
 - Sra. D^a. M^a Angeles Najarro Santamaría. (Centro de Salud Lakua)
 - Sra. D^a. Francisca Nieto Giménez. (Centro de Salud de Puerto de Sagunto)
 - Dr. D. Antonio Núñez Roldán. Jefe del Servicio de Inmunología. (Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla)
 - Dr. D. Manuel Ollero Baturone. Adjunto Med. Interna. (Hospital Virgen del Rocío (Sevilla))
 - Sra. D^a. Blanca Ortega Jiménez. Adjunta A.B.S.. (A.B.S. L'Eixample)
 - Sra. D^a. Cristina Ortega Matas. Responsable Formación Continuada. (Hospital de Bellvitge)
 - Dr. D. Enrique J. Ortín Ortín. Médico de Equipo de Atención Primaria. (Centro de Salud de Ceutí (Murcia). Insalud)
 - Dra. D^a. M^a Angeles Ortiz Camúñez. Médico titular. (Centro de Salud de Camas (Sevilla))
 - Dr. D. Juan Ortiz Espinosa. (Centro de Salud La Cartuja)
 - Dra. D^a. Amaia Ortubai Fuentes.
 - Dr. D. Jon Orueta Mendía. (Centro de Salud de Astrabudúa)
 - Dr. D. José Ignacio Oyarzábal Camio. (Instituto @pCOM)
 - Dr. D. José María Páez Pinto. Director. (Centro de Salud de Camas (Sevilla))
 - Dra. D^a. Magdalena Pagès Amat. Responsable Unidad Docente med.. (Centro de SaludCan Misses)
 - Sr. D. Luis Palomo Cobos. (Centro de Salud de Coria. Unidad de Investigación. Cáceres)
 - Dra. D^a. Marta Pedrerol Mas. Coordinadora A.B.S. Ribes de Freser. Campdevàrol. (Hospital de Campdevàrol (Servei Català de la Salut))
 - Dr. D. Joaquim Pellejà Pellejà. Coordinador. (E.A.P. Alt Camp-Est. Centro de Atención Primaria Vila-rodonà)
 - Dr. D. Eduard Peñascal Pujol. Director Médico. (D.A.P. Urgell-Segarra-Noguera-Pla d'Urgell)
 - Sra. D^a. Isabel Pera Fabregas. Responsable Enfermería Legal. (Servei Medicina Legal Hospital Vall d'Hebron)
 - Sr. D. Fernando Pérez Escanilla. Secretario General. (Sindicato Médico de Extremadura)
 - Sra. D^a. Ascensión Pérez Redondo. (Atención Primaria - Área 5. Insalud)
 - Sra. D^a. Maite Pérez Rodríguez. (D.A.P. Alt Penedès-Garraf)
 - Dr. D. Francisco Peris Añón.
 - Dra. D^a. Amparo Picó Peris. (Centro de Salud de Aldaia)
 - Dr. D. José Pinazo Luque. Director Distrito Sanitario Málaga. (Servicio Andaluz de Salud)
 - Dr. D. Ramon Piñol Llovera. Gerente. (H. Arnau de Vilanova (Lleida). Institut Català de la Salut)
 - Sr. D. Joan Lluís Piqué Sánchez. Cap Unitat Fluxos i Atenció al Client. (Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme)
 - Dr. D. Salvador Pita Fernández.
 - Dr. D. Joan Antoni Ponsà Asencio. (Servei Català de la Salut - Àrea Sanitària - Divisió d'Atenció Primària)
 - Dr. D. J. Daniel Prados Torres. Coordinador Provincial Unidad Docente de Medicina

- de Familia de Málaga. (Servicio Andaluz de Salud)
- Sra. D^a. M^a Angeles Prieto Rodríguez. Profesora del Área de Gestión de Servicios Sanitarios. (Escuela Andaluza Salud Pública)
- Dr. D. Jordi Puig Manresa. Coordinador A.B.S.. (E.A.P. (A.B.S. Sabadell 7) Centro de Atención Primaria Torre Romeu)
- Sr. D. Carles Puig Panosa. (A.B.S. Sant Joan Les Fonts)
- Dr. D. Ramon Pujol Martínez. (A.B.S. Tremp)
- Sra. D^a. M^a Luisa Pulido Puente. Subdirectora General Planificación e Información Sanitaria. (Insalud-Dir. Gral. Planificación e Información Sanitaria)
- Sra. D^a. Anna M. Pulpón Segura. (Institut d'Estudis de la Salut)
- Dr. D. Fermín Quesada Jiménez. (Centro Salud Cartuja)
- Sr. D. Andrés Rabadán Asensio. Director de distrito.
- Dra. D^a. Isabel Ramon Bofarull. Planificación y Gestión. (Hospital General de Vic)
- Dr. D. Emilio Ramos Delgado. (C. Salud La Alamedilla)
- Dr. D. Miquel Reguant Fosas. (E.A.P. Súria. Institut Català de la Salut)
- Sra. D^a. Sofia Revuelta Ordorica. Adjunta A.B.S.. (A.B.S. Pla d'Urgell)
- Sra. D^a. M^a Eugenia Rey Abella. (R.S. Costa Ponent)
- Dr. D. José Rivas Ramos. Director Médico E.A.P.. Área VIII Madrid. (Insalud)
- Sra. D^a. Elena Rodríguez Duque. Jefe UAAU. (D.A.P. Lleida)
- Dr. D. Rafael Rodríguez Martín. (Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària)
- Dr. D. Carlos Rodríguez Moreno. Jefe Unidad Farmacología Clínica. (Servicio Galego de Saúde)
- Dr. D. Jesús Rodríguez Quecedo. Médico.
- Sr. D. Juan José Rodríguez Salvador. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia. (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud)
- Dr. D. Mariano Rodríguez Torrente. Coordinador Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. (Gerencia A.P. - Insalud Huesca)
- Sr. D. Josep Roma Millan. Jefe del Servicio de Formación. (Institut d'Estudis de la Salut)
- Dr. D. Josep Romagosa Massana. Director Médico. (H. St. Joan de Reus)
- Sra. D^a. Isabel Rosich Martí. Farmacéutica de Atención Primaria (Institut Català de la Salut. D.A.P. Tarragona i Reus)
- Dra. D^a. Eva Rúa Portu. (Centro de Salud Alegia)
- Dr. D. César Ruiz Miguel. Coordinador de Centro. (Centro de Salud Parquesol)
- Sr. D. Ricardo Ruiz de Adana Pérez. Técnico de Salud. (Área VII)
- Dr. D. Juan Ruiz-Canela Cáceres. (Centro de Salud Torreblanca)
- Dr. D. Josep M. Sagrera Mis. Unidad docente Medicina Familiar y Comunitaria de Lérida. (Institut Català de la Salut / A.B.S. Eixample)
- Sra. D^a. Carmen Salazar García. (A. Santurtzi)
- Sr. D. Fernando Salcedo Aguilar. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia. (Gerencia de Atención Primaria de Cuenca)
- Sra. D^a. Pilar San Juan Lozano. Técnica del Servicio de Planificación Operativa. (Servicio Andaluz de Salud)
- Sr. D. Ignacio M. Sánchez Barranco. (Gerencia de Atención Primaria-Medicina Familiar y Comunitaria)
- Sra. D^a. M^a Montserrat Sánchez Lorente. Jefe de Unidad Enfermería de Atención Primaria. (Conselleria de Sanitat)
- Sra. D^a. Victòria Sanfeliu Cortés. (Escola Univ. Infermeria Barcelona)
- Dr. D. José Sanfélix Genovés. Médico de Familia. (Centro de Salud Nazaret)
- Dr. D. Onofre Sans Tous. Servicio de Admisión. (Hospital Son Dureta)
- Sra. D^a. Carmen Santos de Unamuno. Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar de Mallorca. (Gerencia de Atención Primaria)
- Sr. D. Salvador Sanz Domínguez. (Centro de Salud de Mislata)
- Dr. D. Antonio Sanz Sanz. Coordinador A.B.S.. (A.B.S. Aran)
- Dra. D^a. Montserrat Sauleda . (Centro de Salud Serra Nord)
- Dr. D. José Saura Llamas. (Centro de Salud Univ. Barrio del Carmen)
- Sra. D^a. Glòria Seguranyes Guillot. Profesora Titular. (Unitat Docent Llevadores. Universitat de Barcelona)

- Dr. D. Bernardo Seoane Díaz. (Servicio Galego de Saúde)
- Dr. D. Josep Serrat Tarrés. Director de A.B.S. Morera-Pomar. (Badalona Gestió Assitencial, S.L.)
- Dra. D^a. Elia Sevilla García. Directora Centro de Salud.
- Sra. D^a. Ana Sobrino López. Coordinadora de la Unidad de Formación de Atención Primaria. (Gerencia de A.P. de Santader Laredo. Insalud)
- Dr. D. Joan Sogués Cuartero. (Centro de Salud de Meliana)
- Dra. D^a. Lourdes Sola Campo. J. Unidad de Gestión de Demanda. (Conselleria de Sanitat)
- Sra. D^a. Francisca Soler Alberich. Coordinadora de Enfermería. (Centro de Salud de San Marcelino)
- Sr. D. Gaspar Tamborero Cao. Responsable Gabinete Técnico. (Gerencia de Atención Primaria de Mallorca)
- Sr. D. Josep M. Teniente Noguera. Director General. (PASS. Serveis de Prevenció, Assistencials i Sociosanitaris)
- Dr. D. Félix Tojal del Casero. (Servicio Galego de Saúde)
- Dr. D. Jesús Torío Durántez. (Hosp. Ciudad de Jaén)
- Sr. D. Joan-Enric Torra Bou. (Consorti Sanitari Terrassa - U. Interd. Ferides Cròniques)
- Sra. D^a. M. Pilar Urdaniz Bondia. Directora D.A.P.. (D.A.P. Segrià-Garrigues)
- Sra. D^a. Amparo Urios Grande. (Centro de Salud de Nazaret)
- Sra. D^a. Empar Valdivieso López. Adjunta. (A.B.S. Torreforta)
- Dra. D^a. Amelia Vallejo Lorencio. (C.Perif. Especialidades Res.S.V - Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria)
- Sra. D^a. Encarna Vallejo Robles. Enfermera.
- Dr. D. Pere Vallribera Rodríguez. Gerent. (Consorti Sanitari de la Selva. A.B.S. Lloret-Tossa)
- Dr. D. Jordi Varela Pedragosa. Gerente Crónicos y Salud Mental IMAS. (Hospital del Mar)
- Dr. D. Ricardo Vázquez Albertino. Jefe del Servicio de Medicina Nuclear. (Hospital Univ. Virgen del Rocío)
- Dra. D^a. Amalia Velázquez García. Presidenta SEMFYC. (Centro de Salud Núñez Morgado. Área 2. Madrid)
- Dr. D. Joaquim Verdaguer Puigvendrelló. Director del Centro de Atención Primaria Sant Llàtzer. (Consorti Sanitari de Terrassa)
- Dra. D^a. Cristina Viana Zulaica. (Ambulatorio San José)
- Sra. D^a. Clara Vidal Thomàs. Enfermera del Gabinete Técnico. (Gerencia Atención Primaria de Mallorca)
- Dr. D. Luciano Vidán Martínez. (Servicio Galego de Saúde)
- Sra. D^a. Ana Viladot Aguayo. Coordinadora d'Infermeria. (Consorti Hosp. Terrassa-Centro de Atención Primaria St. Llàtzer)
- Dr. D. Juan Ramón Villalbí Hereter. Director Relacions & Recursos. (Unitat Municipal Salut Pública de Barcelona)
- Sr. D. Angel Isidro Villanueva Antón. Coordinador Unidad Docente. (Gerencia de Atención Primaria)
- Dra. D^a. Francesca Zapater Torras. (E.A.P. Montronés-Montmeló)
- Sra. D^a. Corinne Zara Yahni. Responsable Farmacia. (Consorti Sanitari de Barcelona)
- Dr. D. José Zarco Montejo. Coordinador Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de VIH/SIDA, TBC y Metadona. (Insalud. Área 7 Atención Primaria)