

Ponencias VII Congreso Luso-Galaico de MFC

CAD. ATEN. PRIMARIA 2002; 9: 191-207

MESA: PATOLOXIA PSIQUIATRICA MENOR NA ATENCIÓN PRIMARIA

Dificultades no manexo da patoloxía psiquiátrica menor en Atención Primaria

Linde Rosa Pinto

C.S. Paredes de Coura

RESUMO

No presente trábalo a autora presenta algúmas das dificultades máis frecuentes no seguimento dos trastornos psiquiátricos menor a nivel de Cuidados Primarios.

Se estima que aproximadamente 25% dos doentes, ou seja, um de cada quatro atendidos polos Médicos de Familia apresenta algum transtorno psicopatológico, especialmente de tipo depresivo ou ansioso. Isto faz-nos pensar na importancia de conhecer e tentar minorar as dificultades no seguimento destes transtornos.

Algúmas das dificultades abordadas no presente trábalo são: as importantes limitações do tipo relacional e temporal, o contacto persoal com a doença, a atitude para a saúde mental, a satisfação profesional e a formação.

Detección, Derivación. Abordaxe Terapéutico

Luis Ferrer i Balsebre

Xefe de Servicio de Psiquiatría. C.H.U. Juan Canalejo

Se presenta una relación de las patologías psiquiátricas menores más frecuentes en Atención Primaria, aquellas encuadradas en el espectro Ansiedad-Depresión. Para ello se presentan una serie de datos epidemiológicos concernientes a la prevalencia e incidencia de dichas patologías según los diferentes grupos de edad.

Se presentan los indicadores clínicos más habituales que orientan la detección de patologías de este tipo, haciendo especial incidencia en las relaciones de dichos cuadros con el trascurso del Ciclo Vital individual y Familiar.

Se plantea un encuadre basado en los diferentes Niveles de Realidad etiopatogénica de los trastornos psiquiátricos. A continuación se presentan los criterios de derivación a medicina especializada de dichos cuadros.

Finalmente, se presentan las diferentes indicaciones tanto psicofarmacológicas como psicoterapéuticas para el abor-

daje terapéutico desde la Atención Primaria de dichas patologías.

REDES TEMÁTICAS DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA

Presencia de la Atención Primaria en las Redes temáticas de Investigación: Investigación sobre Prevención y Promoción de la Salud

Pilar Gayoso Diz

U. de Apoyo a la Investigación de Ourense.

RED DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

En Atención Primaria estamos de enhorabuena: por la aprobación de una red de investigación, específica de nuestro ámbito, denominada "Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria" (RedIAPP). Está formada por 14 grupos de investigación de 12 Comunidades autónomas. Ha salido financiada con 1 millón de euros para el año 2003. Nos encontramos en un momento histórico para el desarrollo de la Investigación en la Atención Primaria en nuestro país.

La RedIAPP agrupa a los investigadores de atención primaria para generar conocimientos válidos sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de intervenciones innovadoras en prevención y promoción de la salud, así como transmitir la información necesaria para que aquellos que proveen y dirigen los servicios de atención primaria integren la prevención en la práctica clínica rutinaria, con el consiguiente beneficio para los usuarios de estos servicios.

El objeto de la actividad investigadora de la RedIAPP serán intervenciones preventivas y de promoción de la salud dirigidas a los problemas prioritarios en la población. Su fin último será mejorar el nivel de salud de la comunidad. Entre los profesionales de la salud, los de atención primaria son los mejor situados para realizar una exitosa labor preventiva desde una perspectiva individual y comunitaria, por lo que nos limitaremos a intervenciones factibles de realizarse en nuestra atención primaria. Para ello se creará una red de grupos de investigación, aglutinando a todos aquellos núcleos con un historial científico previo dedicado al estudio de las actividades preventivas en atención primaria.

Se establecer 7 áreas de investigación a partir de las cuales se desarrollarán una serie de líneas de investigación.

Estas son:

1. Cáncer
2. Cardiovascular
3. Estilos de vida
4. Endocrino-metabólicas
5. Infecciosas
6. Salud mental/ Neurodegenerativas
7. Investigación en servicios

ANTECEDENTES

En la actualidad, el 42% de la investigación que se desarrolla en España no se realiza de forma agrupada o coordinada entre los diferentes centros, instituciones o equipos existentes y distribuidos en el territorio. Es necesario conseguir aunar recursos y esfuerzos de investigación que incrementen las capacidades y potencialidades de esta actividad en nuestro país. Con este fin, el Ministerio de Sanidad y Consumo plantea el Desarrollo de Redes de Investigación, como estructuras multidisciplinares y multicéntricas que contribuyan a establecer canales de comunicación entre grupos de investigación con intereses similares, para facilitar la colaboración y compartir recursos, y con el objetivo, también de ser competitivos en el marco europeo de la investigación.

Hasta ahora ha sido escaso la presencia de la Investigación en Atención Primaria en España. Llama la atención, si tenemos en cuenta que en este ámbito trabaja un tercio de los profesionales sanitarios, supone una cuarta parte del gasto sanitario, el médico de Atención Primaria gestiona el 60% del gasto en farmacia, y el 90% de los motivos de consulta de la población se resuelven en este primer nivel de atención, siendo mayor cada vez el papel que se va asumiendo en asegurar la resolución de los problemas de la población en un sistema sanitario complejo.

Existen precedentes de redes de investigación en Atención Primaria en otros países: en: En Estados Unidos de Norteamérica, la Federación de Redes de Investigación Basada en la Práctica (FPBRN, por sus siglas en Inglés) afilia a 24 redes y recibe apoyo ejecutivo de la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP), y la más antigua de estas redes fue fundada en 1976. En el Reino Unido se han reunido 43 redes de investigación en la Federación de Redes de Investigación en Atención Primaria (FPCRN). Los objetivos que se plantean son:

- Promover y estimular la investigación en la práctica médica general en la atención primaria.

- Dar impulso y coordinar los proyectos multinacionales de investigación.
- Intercambiar las experiencias de la investigación para desarrollar una base internacional que fortalezca y de validez a la práctica médica general.

CONVOCATORIA

Orden SCO/709/2002 de 22 de marzo (BOE de 3 de abril) por la que se convoca la concesión de ayudas para el desarrollo de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa

Con esta convocatoria, el Fondo de Investigación Sanitaria incorpora una novedad en sus líneas de acción, ayudas específicas para la creación de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa. Con este proyecto pretende unir a todos aquellos grupos que estén trabajando sobre un mismo tema para conseguir una mayor eficacia y mayor rendimiento, acercando los tres tipos de investigación (la básica, la epidemiológica y la clínica) a través de redes de centros y grupos, ubicados en al menos cuatro comunidades autónomas diferentes. Se persigue así una mayor eficiencia de los recursos de investigación existentes y se promueve la integración de equipos multidisciplinares, lo que agilizará la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica.

COMPOSICIÓN

Las redes de investigación las formarán centros o grupos de diferentes instituciones y centros pertenecientes a varias Comunidades Autónomas y con líneas y objetivos de investigación comunes. Será necesario, además, la participación de centros y grupos de cuatro o más Comunidades Autónomas.

En todos los casos la red contará al menos con cinco centros o cinco grupos, cada uno de los cuales constituirá un nodo de la red del Sistema Nacional de Salud. Al frente de la red estará un coordinador que, en todo caso, pertenecerá a un nodo de una institución participante del Sistema Nacional de Salud.

Los proyectos de investigación cooperativa tendrán una duración de tres años. Las redes pueden estar formadas por centros o por grupos de investigación.

- Centros de investigación: Los centros de investigación son aquellos que desarrollan su trabajo de forma monográfica en una patología o problema de salud y que están formados por unidades de investigación formadas por la suma, al menos, de tres grupos de investigación monográfica, convergentes en el seno de una institución.
- Grupos de investigación: Por su parte, los grupos de

investigación los forman varios investigadores que actúan de forma coordinada bajo la dirección de un jefe de Grupo con objetivos alrededor de temáticas muy concretas y específicas.

PROGRAMA MARCO UE

Con esta convocatoria, nuestro país se convierte en pionero a la hora de aplicar las directrices del VI programa marco de la UE, cuyo objetivo es crear redes de excelencia en materia de investigación, facilitando, con ello, la incorporación de investigadores y centros del Sistema Nacional de Salud a la futura red europea de investigación.

EVALUACIÓN

Se ha realizado una fase de evaluación previa, realizada por un Comité de Expertos Internacionales, y posteriormente se ha hecho la propuesta definitiva, realizada por la Comisión Científico-Técnica del Consejo Interterritorial.

Los criterios que se han seguido en la resolución de esta convocatoria son, además de la calidad de la investigación, el trabajo en red y la utilidad de los proyectos para el Sistema Nacional de Salud.

Recursos económicos

Estas ayudas se financiarán con cargo a la aplicación presupuestaria 781 del programa 542H del presupuesto de gastos del Instituto de Salud Carlos III para el año 2002, donde se han generado los ingresos procedentes del Fondo de Investigación previsto en el Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria de fecha 31 de octubre de 2001

RESOLUCIÓN

A través de la Resolución de 30 de diciembre de 2002, de la dirección del Instituto de Salud «Carlos III», se aprueba la concesión de ayudas para el desarrollo de redes temáticas de investigación cooperativa.

De esta forma, España se adelanta a las recomendaciones recogidas en el VI Programa Marco de la Unión Europea en el sentido de favorecer la financiación de los proyectos de investigación presentados por redes de investigación. A esta convocatoria, se han presentado 212 redes de grupos y 14 redes de centros, y se han aprobado 13 redes de centros y 54 redes de grupos.

PROYECTOS DE LA REDIAPP

Todas las redes presentan para su financiación un proyecto de investigación cooperativa de interés general de tres años de duración en el ámbito de sus objetivos de trabajo. Este proyecto podrá contemplar todas las actividades necesarias para llevarlo a cabo y los costes de funcionamiento de la red.

Dentro de este proyecto general de investigación, en la red Atención Primaria se han presentado 2 proyectos específicos para iniciar en ese primer año. En ambos participa el nodo de Galicia:

1. Evaluación Multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (proyecto PEPAF): Ensayo clínico controlado y aleatorizado con el objetivo de evaluar la efectividad del PEPAF (Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física), para incrementar el nivel de ejercicio físico de la población de sedentarios. En Galicia participa un grupo de profesionales del C.S. Sardoma de Vigo, siendo el investigador principal el Dr. Luciano Casariego.
2. Efectividad de una intervención escalonada para ayudar a dejar de fumar desde atención primaria de salud (proyecto ISTAPS): Ensayo clínico controlado aleatorizado, con el objetivo de Evaluar la efectividad de una intervención escalonada basada en el modelo transteórico del cambio y que utiliza los medios terapéuticos (farmacológicos y no farmacológicos) más actuales para ayudar a dejar de fumar a los fumadores atendidos por la atención primaria de salud. En Galicia participa un grupo de profesionales de centros de salud de Ourense, Vigo, Pontevedra y Coruña, siendo la investigadora principal la Dra. Felisa Dominguez.

MESA: OSTEOPOROSIS: TRES VISIONES DUN MESMO PROBLEMA

Osteoporosis y Atención Primaria

Cristina Carbonell Abella

MFC. Centro de Saúde Vía Roma. Barcelona

La osteoporosis (OP) es una enfermedad prevalente, que constituye un problema de salud pública, con importante repercusión médica, por la morbi-mortalidad que conlleva, y socioeconómica por los gastos que genera.(1,2,3,4)

Cabe esperar que con los cambios demográficos que se avecinan y el envejecimiento poblacional, si no se interviene ahora en la práctica clínica, el número de pacientes que sufrirá una fractura irá aumentando.

Esta es una enfermedad silente, a menudo no hay signos ni síntomas previos que nos alerten de su presencia hasta que acontece la fractura. Son estas fracturas las que dan relevancia clínica a esta enfermedad. Se estima que el riesgo de padecer una fractura osteopórotica durante el resto de su vida para una mujer de 50 años es cercano al 40% y algo inferior en el varón.(5)

Cuando una patología alcanza la magnitud de la OP es

imprescindible la implicación de todos los profesionales de la salud para su abordaje.

La atención primaria constituye el primer eslabón de contacto de la población con el sistema sanitario, con características de accesibilidad y continuidad en la atención. Es esencial que el abordaje sea compartido con otros especialistas para mejorar la atención de nuestros pacientes. Por todo ello, ¿cuál va a ser el papel del médico de atención primaria en el manejo de la osteoporosis?

Este debe implicarse en: 1.) la prevención, 2.) identificación de los pacientes con riesgo, 3.) evaluación, 4.) continuidad en el tratamiento, y 5.) derivación en determinados casos.

¿A QUIEN TRATAR?

El conocer cual es el objetivo del tratamiento, es fundamental para entender porqué tratamos, a quien tratamos, con que fármaco, cuando iniciamos el tratamiento y durante cuanto tiempo.

En la osteoporosis, el objetivo terapéutico es evitar las FRACTURAS y sus consecuencias en morbi-mortalidad, calidad de vida, y repercusión social y económica.

Para obtener un mejor beneficio y con una relación coste-efectividad óptima, debemos tratar a aquellos pacientes con elevado riesgo de fractura. Debemos fijarnos no en el riesgo relativo, sino en la probabilidad de fractura en los próximos años.

Para ello junto a la valoración de la masa ósea, otros factores de riesgo clínicos como la edad, el antecedente de fractura previa por fragilidad, el antecedente familiar de fractura, el peso, la menopausia precoz o el uso de glucocorticoides nos va a permitir una mejor estratificación del riesgo de fractura.

Con estas premisas deberemos tratar (7):

1. A aquellas pacientes postmenopáusicas que hayan padecido una fractura por fragilidad después de los 40 años (o deformidad vertebral no traumática valorable)
2. A las pacientes con Osteoporosis por densitometría (DXA) según criterio de la OMS. (en ancianas valorar la Z-score para umbral de intervención)
3. A pacientes con Osteopenia; si es >-2 DE y coexisten otros factores de riesgo potentes de fractura.
4. Pacientes en tratamiento con glucocorticoides.

BIBLIOGRAFIA

1. Lindsay R, Meunier PR. Status report developed by the NOF. Osteoporosis: Review of the Evidence for Prevention, Diagnosis and Treatment and Cost-Effectiveness Analysis. *Osteoporos Int* 1998; 8: Suppl. 4.

2. Walker-Bone K, Walter G and Cooper C. Recent developments in the epidemiology of osteoporosis. *Curr Opin Rheumatol* 2002, 14:411-415
3. Diaz Curiel M, Garcia JJ, Perez Cano R, Rapado A, Alvarez Sanz C. Prevalence of osteopenia in spanish female population. *European Congress on Osteoporosis (abstract book) Osteoporos Int* 1998;8 (suppl 3): p66.
4. Díaz Lopez JB, Naves Díaz M, Gómez Alonso C, Fernandez Martin JL, Rodriguez Rebollar A y Cannata Andía JB. Prevalencia de fractura vertebral en población asturiana mayor de 50 años de acuerdo con diferentes criterios radiológicos. *Med Clin (Barc)* 2000;115:326-331.
5. Black DM, Cooper C. Epidemiology of fractures and assessment of fracture risk. *Clinics in Laboratory Medicine. Osteoporosis and metabolic bone disease.* 2000; 20:439-453.
6. Kanis JA. Diagnosis of osteoporosis and Assessment of fracture risk. *Lancet* 2002;359:1929-36.
7. Brown JP, Josse RG for the Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CAMJ* 2002; 167 (Suppl) S1-S34.

OTRAS GUÍAS CONSULTADAS

1. Grupo osteoporosis de la semFyC. Osteoporosis. Guía de abordaje. Recomendaciones semFyC. Barcelona: EdiDe, 2000.
2. Stand Strong against osteoporosis. American Association of clinical endocrinologists 2001 medical guidelines for clinical practice for the prevention and management of postmenopausal osteoporosis.
3. NHI Consensus Development Panel on Osteoporosis, Prevention, Diagnosis and Therapy. *JAMA* 2001;285: 785-795
4. US Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis in Postmenopausal Women: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:526-528.
5. Nelson H, Helfand M, Woolf S, Allan JD. Screening for Postmenopausal Osteoporosis: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137:529-542.

Papel del ginecólogo en la osteoporosis

José Luis Doval Conde

Xinecólogo. COF Novoa Santos. Ourense

Para responder a esta pregunta, debería definirse la importancia de la llamada OSTEOPOROSIS MENOPÁUSICA, el valor de terapia hormonal sustitutiva y su manejo en el con-

texto del síndrome CLIMATÉRICO. La respuesta ya adelantada ahora se superpone en su mayor parte, al del médico generalista; es decir un papel fundamentalmente preventivo, papel del que excluiríamos por dificultad de llegar a él, a los reumatólogos. Poco vamos a intervenir en la osteoporosis establecida, campo que dejaren al generalista y reumatólogo.

Posiblemente nuestra única parcela específica sea actuar en cuadros de hipoestrogénico premenopáusico ó perimenopáusico.

Durante el CLIMATERIO, la mujer pierde el 70% de todo el capital óseo que pierde a lo largo de su vida y mayoritariamente lo pierde en los 5 años posteriores a la menopausia.

Entre los factores "ginecológicos" de riesgo serán la MENOPAUSIA PRECOZ y las llamadas perdedoras rápidas (las que pierden más del 1% anual en la postmenopausia). Recordar que sólo entre 10-20% de las menopáusicas desarrollan osteoporosis, lo cual refuerza la idea de que la función ovárica es un factor importante pero NO el único del estado del esqueleto.

El papel del ginecólogo con respecto al tratamiento farmacológico del climaterio se debe organizar según la sintomatología específica manifestada por la mujer y el riesgo que tengan o no de OSTEOPOROSIS:

- La mujer asintomática y SIN riesgo de osteoporosis: NO PRECISA TRATAMIENTO.
- La mujer asintomática y CON riesgo de osteoporosis: Recetar Raloxifeno /Bifosfanatos.
- Mujer sintomática SIN riesgo de osteoporosis: estrógenos o estroprogestágenos
- Mujer sintomática CON riesgo de osteoporosis: estrógenos ó estroprogestágenos.

Desde un punto de vista de OSTEOPOROSIS – MENOPÁUSICA, deben de dar respuesta a quién tratan, cuándo iniciar tratamiento, dosis y cuánto tiempo.

- ¿A quién debemos tratar?
 - Perdedoras rápidas.
 - Perdedoras precoces.
 - Mujeres con osteopenia previa ó factores de riesgo difíciles de controlar.
- ¿Cuándo iniciar y dosis?
 - Cuánto antes.
 - Dosis baja de estrogénos eficaces.
- ¿Cuánto tiempo?
 - 2 – 3 años.
 - Luego, si persisten factores de riesgo, acudir a otros productos.

RESUMEN

El papel "específico" del ginecólogo en el tema de la osteoporosis sería diagnosticar y tratar los casos de Hipoestrogenismo que presenten clínica y/o riesgo de osteoporosis, en todo lo demás se superpone a la figura del médico de Atención primaria (prevención de factores de riesgo). En el tratamiento de la osteoporosis secundaria y en la mujer de edad avanzada, sería una patología a tratar entre el médico generalista y/o reumatólogos coordinados en distintos niveles de actuación.

El reumatólogo y la osteoporosis

Genaro Graña Gil

Reumatólogo. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La Osteoporosis, esencialmente la postmenopáusica, es un problema de salud pública prioritario. En España se calculó, en 1992, una incidencia de fracturas de cadera de 220 por 100.000 habitantes y año, en mayores de 50 años, con un coste aproximado para el estado español de más de 32.000 millones de pesetas. El estudio epidemiológico de la Sociedad Española de Reumatología EPISER 2000 cifra la prevalencia de osteoporosis, utilizando un punto de corte de $T = -2.5$ DE, en el 3.6% de la población mayor de 20 años, con un aumento relacionado con la edad que llega en los mayores de 79 años al máximo de 30.2%. La selección de los pacientes a estudiar en relación con factores de riesgo, el diagnóstico mediante densitometría ósea DeXA con los criterios de la OMS, la decisión de tratar, la selección del tratamiento adecuado y la duración del tratamiento son cuestiones en continua revisión. Igualmente, sigue sin determinar de forma clara el protocolo a seguir desde Atención Primaria (AP) que de respuestas a las cuestiones anteriores.

DIAGNÓSTICO Y SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

Desde un punto de vista personal como reumatólogo la Osteoporosis, por su alta prevalencia, es un problema de salud que afecta prioritariamente a la AP de forma similar a la Diabetes, la HTA o la Hipercolesterolemia, procesos similares por su curso a menudo silente y asintomático con aparición brusca y devastadora de las manifestaciones clínicas. Probablemente, la detección precoz y el inicio de su prevención tanto con medidas higiénicas como con fármacos compete al médico de AP y al Ginecólogo en el apartado concreto de la postmenopausia inmediata. Los pacientes refractarios (en base a criterios de densidad mineral ósea (DMO) y marcadores de remodelado óseo mejor que

en criterios fracturarios), los pacientes con la primera fractura (axial o periférica), los varones y los jóvenes con osteoporosis, o pacientes de alto riesgo como los tomadores crónicos de esteroides (patología pulmonar crónica, adenomas prostáticos,...), poliartritis crónicas, transplantados, etc precisan un estudio profundo a nivel especializado para el cual las Unidades de Reumatología están especialmente cualificadas.

En la experiencia diaria de nuestro Servicio de Reumatología las solicitudes de consulta para estudio de Osteoporosis son llamativamente escasas desde AP y nulas desde otras especialidades como Ginecología, Medicina Interna, etc salvo casos concretos como el Área de Corazón y los Servicios de Digestivo y Neumología por los trasplantes. La selección de los pacientes a estudiar la realizamos en base a las tablas de factores de riesgo que se pueden consultar en las diversas guías de práctica clínica y consensos (Fisterra, SER, Guía Canadiense-2002, Guía Escocesa-2003, SEIOMM,...) entre nuestros pacientes con enfermedades inflamatorias articulares y entre los pacientes que acuden por procesos mecánico-degenerativos o de partes blandas.

¿A QUIÉN TRATAR?

Según las guías revisadas, la aparición de una fractura vertebral obliga al tratamiento de forma independiente de la DMO, y por supuesto la fractura de cadera. Las fracturas periféricas precoces probablemente también, con apoyo de estudios. Los pacientes con alto remodelado óseo (criterios de marcadores inmediatos o de DMO a los 2 años), los valores T de DMO por debajo de -2.5 (Osteoporosis) y, según las guías, las cifras de osteopenia por debajo de -1.5 ó -2.0 son subsidiarios de tratamiento. Los controles periódicos con DeXA (cada 1 ó 2 años) y el seguimiento con marcadores (a los 3 ó 6 meses) permiten ajustar la necesidad del tratamiento.

¿CÓMO TRATAR?

Los tratamientos actualmente disponibles con la indicación de osteoporosis en España tienen contrastada eficacia en la prevención de fracturas vertebrales, de cadera o ambas. En ausencia de protocolos o consensos definidos, la elección del tratamiento se decide mediante la individualización del paciente y el criterio del médico.

Mención aparte merecen las técnicas emergentes de vertebraloplastia y cifoplastia que en nuestro Servicio realizamos de forma coordinada con el Servicio de Neuro-Radiología. En la Osteoporosis es especialmente cierto que es más fácil (y efectivo) prevenir que tratar, por lo que la acción debe de comenzarla el médico de AP apoyando las campañas

de educación y prevención, insistiendo en las medidas higiénicas de ganancia de masa ósea en jóvenes y el abandono de hábitos asociados a osteoporosis como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, bajo consumo de lácteos, etc, y en la aplicación de los sistemas de factores de riesgo que permitan la selección, diagnóstico, tratamiento y/o derivación precoz de estos pacientes.

MESA: A CARREIRA PROFESIONAL

Carreira profesional

Ramón Veras Castro

MFC. Centro de Saúde de Narón. A Coruña

Esta ponencia reflicte o debate e a posición do grupo de traballo da semFYC sobre Carreira Profesional (CP). Actualmente, a trinta e un de xullo, hai un documento en fase de borrador que estará rematado, previsiblemente, en outubro. O mesmo grupo xa elaborou un documento en 1996. Pódese consultar na páxina web da semFYC. Sete anos despois, e con algunha experiencia desenvolvida por algunha Comunidade Autónoma, o grupo introduce algúns cambios concretos e considera que é máis útil unha proposta aberta e menos rixida que a anterior.

DEFINICIÓN

Sistema de incentiación baseado no recoñecemento expreso de categorías obtido pola dedicación e cualificación alcanzada polo médico de familia no exercicio das funcións que lle son propias.

Debe distinguirse entre cargo e categoría. Cargo supón ordenación xerárquica e mando e categoría implica únicamente recoñecemento de méritos.

A idea da CP vai ligada ao traballo. Representa a consolidación de recompensas profesionais e melloras no estatus laboral e social, nas condicións de traballo e nas retribucións, obtidas dun modo sucesivo e progresivo e son consecuencia dos avances na preparación e responsabilidade profesional ao longo do tempo.

XUSTIFICACIÓN

O médico, igual que moitos outros profesionais na administración pública, empezan e rematan coa mesma categoría e contan con moi poucos incentivos para introducir melloras na calidade do seu traballo, salvo a súa propia actitude ética e compromiso coa empresa e coa poboación á que atende. O desenvolvemento profesional actual caracterízase por:

- Retribucións insuficientes
- Falta de equidade na distribución salarial, excesivamente homoxénea e rixida