



Red
Española
de Atención
Primaria

Apartado de Correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)
correo-e: secretario@reap.es

Julio - Septiembre 2004

volumen **3**
número **3**

Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

Miembro de:



SESPAS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

sumario

Libro: Terapias no farmacológicas en atención primaria.
VI Becas de la REAP para la investigación en atención primaria.
La REAP y la industria farmacéutica.



Patrono
Fundador de:

La atención primaria ante un nuevo ciclo: de la atonía al despegue profesional

A Coruña, 8 de mayo de 2004; IX Jornadas Científicas de la REAP

Luis Palomo Cobos • Presidente de la Red Española de Atención Primaria (REAP)

En cualquier organización, siempre que se clausura un congreso se renuevan las expectativas, se enumeran las tareas para el siguiente periodo de actividad y se enuncian las esperanzas en un porvenir que mejore épocas anteriores. En el fondo, lo que se espera es más actividad, más crecimiento y más prestigio y reconocimiento social para la organización. En la sociedad, las alternancias políticas también se inauguran con la esperanza de que los cambios que introduzcan los nuevos mandatarios mejoren la situación precedente: eleven el nivel económico de los ciudadanos, mejoren la seguridad y las libertades y proporcionen cuotas mayores de bienestar, en particular en lo que a educación, vivienda y asistencia sanitaria se refiere. Esta es la encrucijada en la que ahora nos encontramos: clausuramos el congreso de la REAP y se inaugura una nueva legislatura con el PSOE en el poder. Parece, pues, el momento propicio para echar nuestra carta particular a los Reyes Magos a ver si se atienden algunas de las iniciativas de la REAP y a ver si se logran mejoras en los temas que nos preocupan: esencialmente la investigación en Atención Primaria.

Una perspectiva de la Atención Primaria

En primer lugar, conviene no perder la perspectiva y recordar que la situación sanitaria global en

España es buena si se compara con el resto del mundo, y que la contribución de la AP a esa bonanza es esencial.

Hay muchas razones por las cuales los ciudadanos podemos estar satisfechos del buen funcionamiento de los servicios de atención primaria, de los centros de salud y de los voluntarios profesionales que en ellos trabajan. Actualmente se tiene la certeza de que los países con una atención primaria potente consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costes del conjunto de los servicios. En España, la atención primaria se desarrolló de manera acelerada desde principios de los años 80, mediante la implantación de los centros de salud y la universalización de la asistencia a todos los ciudadanos. La población está atendida por equipos multidisciplinares de profesionales que trabajan en centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo, que ofertan a la población una gama amplia y variada de servicios preventivos y asistenciales con una gran facilidad de acceso.

Hay una consecuencia importante de la universalización de la asistencia sobre la que quizá no se ha insistido lo suficiente: la extensión de la atención primaria ha contribuido, sin

lugar a dudas, a mejorar los niveles de equidad horizontal, porque el incremento de las estructuras y la facilidad de acceso ha permitido a las personas de menor renta y nivel de información compensar el infraconsumo de otros servicios.

En comparación con otros países, la situación sanitaria en España es buena. La medición de 16 indicadores de salud, como el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la mortalidad neonatal e infantil y los años de vida potencialmente perdidos, la mortalidad postneonatal y la esperanza de vida al año, la esperanza de vida a los 15 años, la esperanza de vida a los 40 años, la mortalidad ajustada por edad, la expectativa de vida a los 65 años y la expectativa de vida a los 80 años, nos sitúa en la sexta posición mundial, por detrás de Japón, Suecia, Canadá, Francia, Australia, y por delante de Finlandia, Holanda, Reino Unido, Dinamarca, Bélgica, EEUU y Alemania.

¿Cuál ha sido la contribución de la atención primaria a estos resultados en salud?. A juzgar por el índice que mide el grado de desarrollo de la atención primaria, obtenido al comparar 10 indicadores en 18 países de la OCDE, seguidos durante 28 años, dicha contribución ha sido esencial. Los sistemas de salud más orientados a la atención primaria tienen tasas de mortalidad más bajas, la mortalidad prematura por todas las causas es menor y, lo que es más interesante, es más baja la mortalidad prematura prevenible o tratable por causas específicas, como asma, bronquitis, enfisema, neumonía y enfermedades cardiovasculares y coronarias. Los países estudiados se ordenaron, de mayor a menor, según su grado de orientación hacia la atención primaria: Reino Unido, Dinamarca, España, Holanda, Italia, Finlandia, Noruega, Australia, Canadá y Suecia. Quedaron por debajo de la media estudiada: Japón, Portugal, Bélgica, Grecia, EEUU, Alemania, Suiza y Francia. Los autores de este informe concluyen que una mejor salud de la población se relaciona con un buen sistema de atención primaria y con sus características de longitudinalidad, coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria y facilidad en el acceso geográfico.

A estos datos tan estimulantes hay que añadir, en el caso de España, los elevados niveles de satisfacción de los ciudadanos, que suelen superar el 70 % de personas satisfechas con la atención recibida en las distintas encuestas que se realizan al efecto, y el bajo coste de los servicios de atención primaria y del sistema sanitario en general. A juzgar por el último informe de la OCDE, el gasto público ambulatorio per cápita en España estaba en el año 2001 en 180 \$, muy por debajo de la media europea que estaba en 312 \$, un 57 % de la media, mucho menos de lo que nos correspondería por nuestro nivel de renta. El porcentaje del PIB dedicado al gasto sanitario total es de 7,5 % en España, frente al 8,26 % de media en los países de la Unión Europea (UE) y al 8,4 % de los países de la OCDE. Estamos claramente por debajo de la media de la UE en gasto sanitario por habitante, donde ocupamos el penúltimo lugar con 1.556 \$/habitante en España, frente a 2.027 \$ de media en la UE. También estamos por debajo de la media europea en porcentaje de gasto sanitario debido al esfuerzo público. En España supone un 5,4 % del PIB, lo que significa el 71,4 % del total del gasto sanitario, frente a un 5,94 % en los países de la UE, que supone el 74,45 % del total de su gasto.

Si a pesar de tan buena situación sanitaria existen críticas y manifestaciones de descontento: si los políticos y

gestores se quejan de que se dispara el gasto sanitario, si los pacientes tardan mucho en recibir la atención que creen necesitar (listas de espera) y si los especialistas y los hospitales critican la falta de filtro en atención primaria, es que todavía hay interés y confianza en mejorar nuestro sistema sanitario. Si en atención primaria surge el descontento profesional, pese a los buenos indicadores de salud, el elevado nivel de satisfacción poblacional y su bajo coste, podemos hacer una lectura esperanzada de las críticas y pensar que en atención primaria hay margen para hacer más y mejor las actividades profesionales, eso sí, siempre que obtengamos una adecuada financiación, porque actualmente recibimos una insuficiente dotación presupuestaria con respecto a nuestra posición económica, a los servicios que prestamos y al incremento de la población protegida..

Es necesario estimular al profesional

Pero nuestra perspectiva desde la REAP debe aproximarse más a los problemas de los profesionales que trabajamos en el sector, que es en quienes descansa la mucha o poca actividad investigadora que se haga, y es de quienes depende en gran medida el funcionamiento correcto de todo el sistema asistencial, y esa mirada nos muestra como, durante la década de los 80, en el siglo pasado, la AP vivió en España un considerable desarrollo estructural, acompañado de la labor entusiasta de muchos jóvenes profesionales de la medicina y de la enfermería -también veterinarios, farmacéuticos trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc...- que quisieron trabajar en AP porque creían en la importancia de este nivel asistencial, animados por un eslogan fuertemente movilizador: "Salud para Todos en el Año 2000", por el reconocimiento de que el derecho a la asistencia sanitaria es un derecho humano fundamental y por la convicción de que la búsqueda del grado más alto posible de salud es un objetivo irrenunciable en todo el mundo. En los 90 los recortes presupuestarios y las políticas de ajuste trajeron la desinversión, la introducción de criterios gerencialistas en la medición de la actividad y el abandono de las referencias comunitarias.

Profesionales ya no tan jóvenes han visto pasar el tiempo sin que se hayan resuelto muchos de los problemas de la AP, con sus expectativas profesionales frustradas debido a la ausencia de promoción y empujados por nuevas generaciones de enfermeros, de farmacéuticos y de médicos mucho más competitivos en lo profesional, con formación preferentemente clínica, más prácticos en lo personal y menos utópicos en su concepción de la AP. Sobre unos y otros recae la labor de aplicar cuidados personales en el primer eslabón asistencial, pero este eslabón está sufriendo fuertes presiones, como la falta de presupuestos, la presión demográfica del envejecimiento y de la inmigración o el incremento de los costes tecnológicos y de la factura farmacéutica. ¿Será capaz la AP española de seguir manteniendo los niveles de cobertura, de calidad y de eficiencia que la

sitúan entre las primeras del mundo?; ¿Serán capaces los profesionales de aguantar las fuertes presiones a que están sometidos por las demandas poblacionales y las exigencias administrativas?; ¿Dónde encontrar argumentos para mejorar?.

No parece que sea suficiente el recurso a la ética y a la búsqueda de la excelencia profesional, porque los profesionales dudan cuando la conciencia moral de su tiempo es ambigua en relación a lo que se espera de ellos, y cuando no están definidas sus metas. Esta situación de crisis se agudiza cuando se carece de estímulos externos. La inexistencia de promoción mediante una carrera profesional y la falta de incentivos impulsados desde la administración sanitaria hacia unos profesionales que necesitan reforzar su autoestima para soportar la dureza de una actividad asistencial cargada de transferencias emocionales ahondarían esa crisis ética, en la cual el denominado síndrome "burn-out" sería su expresión más reconocible.

Habrà que sumar a la ética, en lo profesional, la reivindicación, como compromiso con las necesidades sociales. Por eso, los buenos profesionales, en tanto tales y en tanto ciudadanos, tienen la necesidad de buscar la excelencia, pero también, si es necesario, deben recordar a los administradores sus incumplimientos y denunciar las deficiencias. En este sentido la reivindicación "10 minutos por paciente" tiene un destacado valor simbólico al resumir en un mensaje la necesidad de mejorar la calidad de la atención, y es, hoy por hoy, la muestra más clara de que hay muchos profesionales que todavía tienen esperanza.

Para la AP ha llegado la hora de buscar la unidad en el discurso profesional y de abandonar la actual desestructuración de la respuesta colectiva; de lograr el liderazgo en la organización del trabajo cotidiano frente a la debilidad de las gerencias: mediante coordinadores que dirijan, con jerarquía en los objetivos, basando en pruebas nuestro trabajo clínico, utilizando la información disponible, etc...; de definir una carrera profesional frente a la pérdida de la autoestima; de promover una práctica basada en la justicia distributiva frente a la demagogia de los políticos; de dejar de prometer la vida eterna a una población que no se cansa de buscar la salud y, finalmente, de buscar la equidad por encima del ahorro económico a ultranza.

Para que la investigación despegue

A pesar de la falta de financiación, y de otras deficiencias y propuestas de mejora repetidamente señaladas, la producción científica en AP se ha incrementado notablemente. A juzgar por los artículos recuperables por MEDLINE, entre 1990-1997 se ha producido un incremento de la producción científica de los profesionales de atención primaria, incremento que alcanza el 73,7 % de los artículos publicados en la revista Atención Primaria, el 22,6 % en otras revistas nacionales y el 3,7 % en revistas extranjeras.

Sin embargo, en España, medicina de familia es una de las pocas especialidades médicas que no tiene asignatura propia en la licenciatura, ni departamento en la universidad (salvo las recién creadas cátedras apoyadas por algunos laboratorios farmacéuticos), circunstancias éstas que, de subsanarse, podrían ejercer un importante estímulo de la investigación: señalando ideas y líneas de investigación prioritarias, promoviendo formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la medicina de atención primaria.

También necesitamos obtener personal, dinero y tiempo, mediante fórmulas de contratación y de relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación, siquiera a tiempo parcial, para que el desarrollo de proyectos no se base solamente en el voluntarismo. De hecho, en una reciente encuesta a médicos del Reino Unido, el 41 % se muestran interesados en investigar, de ellos el 92 % identifican como barrera principal para investigar la falta de tiempo, el 73 % la falta de personal para recoger datos y el 71 % la falta de financiación.

Otro aspecto a destacar es el de la consideración que la investigación debe tener en la carrera profesional. En el estudio Delphi sobre atención primaria realizado en España, el 91 % de los participantes se muestran de acuerdo en primar la investigación y la docencia en la valoración de méritos para la provisión de plazas .

Las propuestas que podrían servir de aliciente a los médicos de atención primaria para desarrollar tareas de investigación, serían: 1/ Crear departamentos universitarios de atención primaria; 2/ Docencia en metodología de la investigación en pregrado y/o MIR, de duración cuatrimestral, integrando epidemiología, estadística e informática; 3/ Reconocer el tiempo dedicado a investigación como tiempo laboral, en proyectos apoyados y/o financiados externamente; 4/ Establecer líneas de financiación específicas para problemas de salud prioritarios en atención primaria, procedentes de los Servicios de Salud Autonómicos, de las Consejerías, de las Agencias de Financiación Públicas, y de los Colegios y Sociedades Profesionales; 5/ Mejorar la valoración curricular de las actividades de investigación, especialmente publicaciones y desarrollo de patentes, y 6/ Promover estructuras de apoyo a la investigación en las áreas de salud, tanto a los aspectos metodológicos como a la gestión eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a investigar.

Algunas tareas de la REAP

¿Qué podemos hacer desde la REAP desde esta triple perspectiva: la calidad de la atención primaria, la satisfacción profesional y la potenciación de la investigación?

La Red Española de Atención Primaria es una organización científica pujante: cada vez es más conocida y considerada en los ambientes profesionales, administrativos y empresariales. La "masa crítica" que aglutina la REAP posee una elevada cualificación científico-técnica y una probada voluntad de aprendizaje, de mejorar continuamente la calidad de su actividad y una osadía fuera de lo común para embarcarse en multitud de proyectos de investigación y de propuestas innovadoras, destinadas siempre a mejorar la calidad asistencial de la atención primaria y los estándares científicos del colectivo profesional.

La REAP ha consolidado varios productos y actividades: No faltan proyectos de investigación en marcha, especialmente de la activa rama farmacéutica; mantenemos nuestras jornadas científicas anuales con un elevado nivel expositivo, lo cual nos permite incorporar nuevos asociados y difundir sus contenidos; el Boletín de la REAP se publica con regularidad y se ha incrementado en un número más por año; las becas REAP han acreditado un nivel de exigencia envidiable que ha llamado la atención de la industria farmacéutica que nos ha ofrecido su colaboración para seguir difundirlas (Fundación Astra-Zeneca); el posicionamiento de algunos de sus miembros más activos nos ha mantenido en la primera línea de alguno de los debates socio-profesionales más estimulantes del pasado año: antibióticos, caso Laporte, informatización de la AP, etc...; en la prensa profesional aparecen con regularidad artículos originales o de opinión de miembros de la REAP que se postulan como tales; hemos colaborado con otras organizaciones que buscan mejorar la AP: "Plataforma 10 minutos", FADSP, etc...; poco a poco se va conociendo la capacidad docente de la REAP: cursos de lectura crítica, informatización de la historia clínica, atención farmacéutica, etc..., así como las posibilidades asesoras de nuestros comités: ética, evaluación científica,...; finalmente, la asociación con SESPAS añade a la REAP algunos valores editoriales importantes: Gaceta Sanitaria, Gestión Clínica y Sanitaria, European Journal of Public Health, Revisiones en Salud Pública, Informes SESPAS, ..., así como la pertenencia al grupo multidisciplinar de profesionales preocupados por la salud pública,

ca, y a sus congresos, actividades científicas y otros foros nacionales e internacionales.

Puede decirse que en la REAP hay una adecuación entre las posibilidades de la organización y sus actividades (el proceso); otra cosa es el impacto, el resultado. Hasta ahora no nos hemos molestado en recopilar las "citas" a la REAP, nuestro impacto mediático, la presencia en los medios de difusión profesionales y profanos, pero a lo mejor hay que empezar a hacerlo (como las entradas y la actividad de nuestra recién estrenada web: www.reap.es). La percepción personal me dice que cada vez se toma más en consideración a la REAP, que se la tiene presente en los medios profesionales de la AP. Necesitamos incorporarnos más a los medios científicos, a los organismos y convocatorias donde se financia y promueve la investigación, sobre todo de ahora en adelante, porque se anuncian incrementos en los fondos destinados a I+D.

Una última acción tiene que ver con la idea de que la actividad investigadora es un aliciente incuestionable para mejorar la actividad y la autoestima profesional; y viceversa: si los profesionales están motivados abordarán con más frecuencia, con más intensidad y con mejor espíritu científico las actividades de investigación. De forma que desde la REAP debemos insistir en la formación metodológica de los profesionales, en la consideración de tiempo activo el dedicado a investigar, en la mejora de la valoración curricular de la actividad investigadora y en el incremento de las estructuras de apoyo y de la financiación de la investigación.



Terapias no farmacológicas en atención primaria

Raimundo Pastor Sánchez • Secretario de la REAP.

Durante las IX Jornadas de la REAP, en La Coruña, tuvo lugar el acto de presentación del libro: Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R, coordinadores. Terapias no farmacológicas en atención primaria. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, nº 3. Barcelona: Prous Science; 2004.

Con el fin de conocer el fundamento científico de algunas de estas intervenciones no farmacológicas, se convocó a un

nutrido grupo de profesionales para que presentaran sus averiguaciones en las Jornadas de la Red Española de Atención Primaria (REAP), celebradas en mayo de 2002 en Cáceres. Algunos de esos trabajos se presentan en el presente Cuaderno, en el cual podemos distinguir tres bloques. El primero aborda las intervenciones no farmacológicas frente a las adicciones más comunes (alcohol, drogas por vía parenteral y tabaquismo), con aportaciones desde el punto de vista psicológico, farmacéutico y médico, respectivamente. El segundo bloque está dedicado al alivio sintomático de los procesos dolorosos osteomusculares, uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. En el tercero se revisan recomendaciones tan habituales como las empleadas para bajar la fiebre, o la ingesta de agua en las enfermedades pulmonares crónicas. Por último, se trata un tema aún incipiente, pero que sin duda alcanzará una enorme

trascendencia en los próximos años: los pros y los contras de la terapéutica genética.

Este Cuaderno no hubiera sido posible sin el esfuerzo de la Fundación Dr. Antonio Esteve y de su Director Adjunto, Félix Bosch, a quienes agradecemos su apoyo y su paciencia para difundir el resultado del hacer científico de la Red Española de Atención Primaria.

El libro será distribuido gratuitamente por correo postal a todos los socios de la REAP. Y próximamente estará disponible en formato PDF en la página www.reap.es

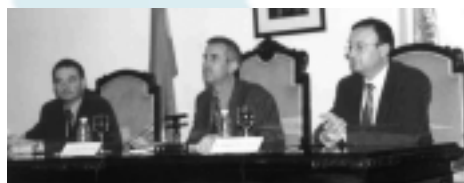


Foto del acto de presentación del libro "Terapias no farmacológicas en atención primaria", en La Coruña, el 8 de mayo de 2004. Félix Bosch (Director Adjunto de la Fundación Dr. Antonio Esteve), Luis Palomo (Presidente de la REAP) y Raimundo Pastor (Secretario de la REAP).



Acto de presentación de las VI Becas REAP, en La Coruña, el 8 de mayo de 2004. Luis Palomo (Presidente de la REAP) y Francisco Abal (Coordinador de las Becas REAP).

VI Becas de la REAP para la investigación en Atención Primaria



Se abre la convocatoria para la presentación de trabajos que quieran optar a una ayuda por parte de la REAP. La cuantía de las becas será de hasta 6.000 euros para el / los proyectos de investigación aceptados. La adjudicación de dichas ayudas está sujeta a las siguientes bases:

1. Los temas de investigación de los trabajos que quieran optar a las ayudas versarán exclusivamente sobre Atención Primaria en España.
2. Se valorará muy positivamente que el trabajo sea multidisciplinar, es decir, que participen profesionales de diferentes ramas sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, etc.
3. La cuantía de las becas será única por proyecto; y el grupo investigador se comprometerá a realizar el trabajo en un período máximo de dos años, contados a partir de la fecha de concesión de la beca.
4. Los investigadores que quieran acceder a estas ayudas, presentarán una memoria en castellano del proyecto de investigación al Comité Científico, en el que constará la información solicitada según el modelo adjunto.
5. Las memorias de los proyectos de investigación se enviarán, en un único fichero en formato Word de un tamaño menor de 1 MB, al correo electrónico de la Secretaría de la REAP: secretario@reap.es.

La comunicación entre los solicitantes y la Secretaría será siempre por correo electrónico.

6. Los investigadores se comprometerán a que una vez finalizado el trabajo, se presente en las Jornadas de la REAP.
7. Los investigadores se comprometerán a que el trabajo, para el que se solicita la ayuda de la REAP, se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito nacional como internacional.
8. Los autores del proyecto que ha sido financiado deberán hacer mención expresa de la ayuda recibida por parte de la REAP al difundir el trabajo, y asimismo enviarán una separata a la Secretaría de la REAP para su archivo.
9. La evaluación de los trabajos de investigación la realizará un Comité Científico, que siempre estará formado por miembros de las diferentes ramas que componen la REAP, y cuyo fallo será inapelable.
10. Ningún miembro del Comité Científico participará ni como investigador, ni como ayudante, ni como asesor en ningún trabajo que se presente al Comité para pedir financiación.
11. La fecha límite para el envío de los proyectos de investigación será 31 de diciembre de 2004.
12. La participación en esta convocatoria supone la aceptación de sus bases.

Modelo de presentación del proyecto de investigación

1. Título e investigador de contacto: (1 página)
 - Título corto y orientativo del tema de investigación, puede ser provisional
 - Datos personales del investigador principal: nombre, calificación profesional, lugar de trabajo
 - Dirección de contacto: correo postal, correo electrónico, teléfono y fax.
2. Justificación de la importancia del estudio: (máximo 2 páginas)
 - Antecedentes y situación actual del tema
 - Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados esperados.
3. Objetivos: (1 página)
 - Pregunta de investigación
 - Hipótesis (si la precisa)
 - Objetivos: principal y secundarios.
4. Material y métodos: (máximo 5 páginas)
 - Tipo de estudio
 - Materiales y/o técnicas utilizadas
 - Pacientes estudiados: muestra, población diana, criterios de inclusión y exclusión
 - Variables estudiadas: definición, recogida de datos
 - Plan de trabajo: cronograma (calendario del proyecto), distribución de actividades
 - Pruebas estadísticas utilizadas
 - Limitaciones y posibles sesgos del estudio.
5. Bibliografía: (máximo 2 páginas)
 - Básica, incluyendo la más importante y actualizada, según las normas de Vancouver.
6. Presupuesto económico: (1 página)
 - Importe de los gastos previstos, distribuidos por partidas, para el proyecto de investigación
7. Consideraciones éticas: (1 página)
 - ¿Garantizan la participación voluntaria e informada?
 - ¿Aseguran la confidencialidad de los datos?
 - ¿Hay riesgos o beneficios físicos, psíquicos, sociales o legales para los sujetos a estudiar?
 - Al finalizar el estudio, ¿se informa de los resultados a los participantes para su beneficio?.
8. Anexos: (no incluir las escalas o tablas de evaluación comúnmente conocidas)
 - Currículum vitae de los investigadores (máximo 1 página por investigador)
 - Hojas de recogida de datos
 - Estudio piloto previo
 - Protocolo de investigación
 - Normas para los investigadores
 - Información para los pacientes.

La Red Española de Atención Primaria y la industria farmacéutica. Algunas consideraciones éticas y prácticas

Mercedes Pérez Fernández • Médico general. Presidente de la Comisión de Ética de la REAP.

Introducción

La Red Española de Atención Primaria (REAP) es una organización insólita en España y en el mundo, pues aglutina a profesionales del Sistema Sanitario que trabajan en ámbitos muy distintos, con poco contacto entre sí. El nexo es la investigación, pero con esta urdimbre se teje una malla de relaciones que facilitan la aceptación del Otro, visto con tanta extrañeza habitualmente.

Desde su fundación, en 1987, ha estado formada por médicos generales/ de familia y farmacéuticos de oficina de farmacia/ comunitarios, aparte de alguna presencia testimonial de enfermeras y otros profesionales. A lo largo de los años se ha consolidado la participación de los farmacéuticos, y ha decrecido la de médicos. Pero la REAP sigue siendo fiel a su objetivo fundacional, de promoción de la investigación en Atención Primaria con participación de los distintos profesionales que prestan sus servicios, en particular médicos de Sistema Sanitario público y farmacéuticos de oficina de farmacia, que prestan servicios privados en un mercado regulado.

Los problemas de la REAP son los típicos de las organizaciones pequeñas que pretenden desarrollarse en el medio hostil entre lo público y lo privado, en la tierra de nadie que separa incomprensiblemente dos realidades sanitarias complementarias. El más grave, resuelto, conseguir perdurar a través de trabajos concretos, de investigación y de docencia. El siguiente, también resuelto, establecer nexos entre los profesionales que promuevan

su mutua comprensión. La financiación estable y regular es un problema terciario, pero grave, no resuelto.

La necesidad de financiación

La REAP precisa un presupuesto menor para llevar a cabo sus funciones. No hay grandes necesidades, pues todo se basa en la voluntariedad, y nadie se niega a realizar las tareas que se le requieren. Hay un gasto fijo básico y mínimo de Secretaría, pero no se pagan ni tiempos ni dedicación de ningún responsable. Con las bien administradas cuotas de los miembros hay para todo, y ha sobrado para establecer y dotar las "Becas de Investigación de la REAP".

Sin embargo, a largo plazo se necesita una fuente mayor y estable de financiación. Por ejemplo, la Becas no se han podido convocar en 2003 por falta de monedero. Y las Jornadas de Cáceres, de 2002, no cubrieron gastos. El mismo Boletín de la REAP ha tenido problemas crónicos para salir a tiempo a la calle, no por la falta de contenido, sino por su coste. La participación en Congresos, como el de la propia Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS, en la que se integra la REAP), es dificultosa pese al interés de la aportación que surge del extraño nicho que ocupa la REAP dentro de la SESPAS. Todo ello genera no sólo dificultades, sino una sensación de precariedad que impide libertad de movimiento, y casi dificulta la libertad de pensamiento.

La REAP necesita una cierta fortaleza financiera que facilite la consecución de sus objetivos, sin que la dotación presupuestaria sea siempre el problema clave inicial a resolver. No hay que generar beneficios, de ninguna forma, pero el déficit crónico, o el presupuesto escaso, puede llegar a ahogar una organización que se ve con extrañeza en ambos sectores del Sistema Sanitario, el público y el privado. Se trata de afrontar con dignidad las distintas actividades, de investigación y de docencia.

La industria farmacéutica como patrocinadora de actividades de la REAP

¿Se podría bailar con un puercoespín?. Se podría, pero con mucho cuidado. Esta pregunta no es retórica, sino la que se hacen y contestan en algún artículo en el que se responde la citada pregunta con consideraciones acerca de la necesaria precaución que se requiere cuando los profesionales sanitarios colaboran con la industria farmacéutica (1). Aceptamos, claro, que no hay ninguna maldad intrínseca en la industria farmacéutica, que como tantas otras lleva a cabo una actividad que genera beneficios al tiempo que resuelve una necesidad.



El panadero de la esquina obtiene beneficios con su actividad, pues de otra manera cerraría y dejaría sin cumplir el necesario servicio que nos presta (que nosotros pagamos según las normas del mercado, por supuesto). Este ejemplo puede dar de sí para explicar por completo el fundamento del capitalismo y de la economía de mercado. Pero, puesto que es cierto que “el mayor enemigo del capitalismo es el capitalista”, se necesitan normas y regulaciones que controlen el afán desmedido de lucro, la codicia de los capitalistas, como bien destacan los recientes ejemplos de Kio en España, Enron en EE.UU. y Parmalat en Italia. En el sector sanitario el problema es incluso más delicado, por la relación de agencia del paciente con el médico (el médico decide por el paciente), y por la necesidad de dar respuesta a problemas sanitarios en los que hay poca perspectiva de beneficios (sirva de ejemplo el paludismo).

No veo mayor problema en que la REAP acepte el patrocinio de la industria farmacéutica, siempre que la relación cumpla el principio básico y necesario de la transparencia (2). Así pues, lo fundamental es que los acuerdos sean tan limpios y claros que siempre pueda verlos un tercero sin que avergüencen ni el que da ni el que recibe.

Además de transparencia, la relación con la industria debería ser lógica. Es decir, ser proporcional a las necesidades y a las posibilidades. No es lógico que aceptemos comidas o cenas que podemos pagarnos nosotros mismos sin que nadie nos las eche en cara. Precisamente, esto sucedió indirectamente en unas Jornadas, donde en público y en privado se hizo notar el “agradecimiento debido” a quien invitó, lo que revuelve no sólo la conciencia, sino el estómago. Es lógico buscar el patrocinio mínimo, necesario y suficiente de entidades públicas y privadas, siempre que se espere a cambio el simple reconocimiento elegante, no un vasallaje servil y zafio. Las entidades que colaboran en eventos, proyectos, boletín y becas de la REAP contribuyen al desarrollo científico de la Atención Primaria, y deberían encontrar en la satisfacción de ese fin el objetivo de su filantropía. Aunque es difícil exigir altruismo en la colaboración cuando uno pone el dinero y otro ilusiones (“el que paga manda”), no es imposible lograr un equilibrio de mutuo respeto y consideración. Buen ejemplo de este respeto biunívoco es la edición por la Fundación Dr. Antonio Esteve de las comunicaciones y ponencias de las Jornadas de Cáceres (3). O la relación que mantenemos con Uriach y que hace posible la publicación de este boletín.

Además de transparente y lógica, la relación de la REAP con la industria farmacéutica debería ser de independencia. Buen ejemplo es la dotación de las Becas de la REAP por la Fundación Astra-Zéneca, que sólo pide a cambio la financiación de trabajos de tal calidad que prestigien al tiempo a la REAP y a la citada Fundación, sin interferir para nada en el proceso de selección de cuestiones a investigar ni de proyectos a financiar. Mal ejemplo es la imposición en unas Jornadas de un “experto” por la industria farmacéutica, pues su mensaje no suele ser independiente, y es práctica que nunca se debería acep-

tar (hay que conservar la libertad de elegir cuestiones y personas, aunque se pueda llegar a coincidir con el deseo no expresado del patrocinador, por casualidad, o por buen criterio bilateral).

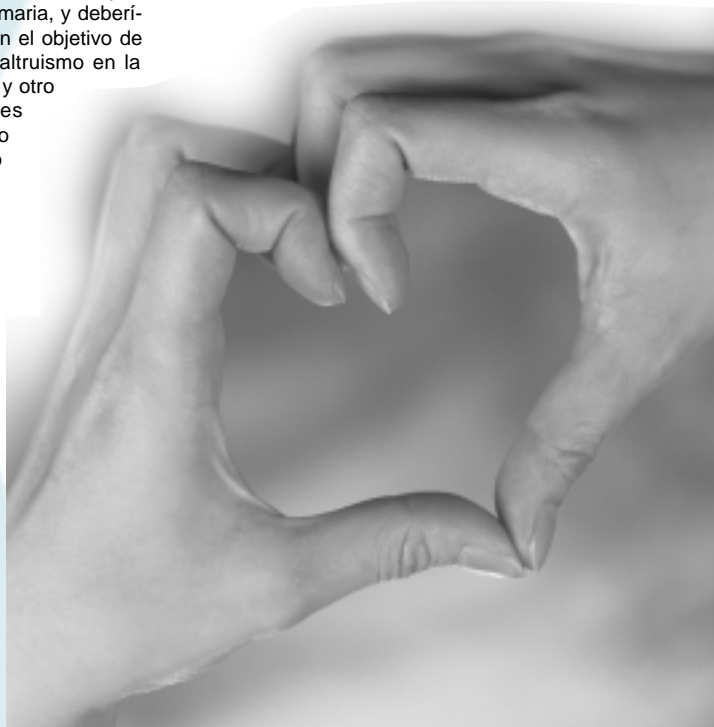
Conclusión

La REAP ha conseguido pervivir sin abdicar de sus principios. La colaboración con la industria farmacéutica obliga a sentar claramente como básicos los principios de transparencia, lógica y libertad. No son principios evanescentes, sino muy prácticos. Si no se respetasen, la REAP podría resquebrajarse al entrar en un mundo de ética relajada, con Jornadas tensas y manipuladas, con docencia tergiversada y con investigación interesada.

Nada es hoy inevitable, cuando la REAP es una organización madura que no debería “venderse por un plato de lentejas”. La colaboración con entidades varias, incluida la industria farmacéutica, no es un freno, sino un acicate para lograr la consecución de los fines propios de la REAP, al tiempo que establece un relación elegante, altruista y filantrópica con quienes creen que vale la pena invertir en la ilusión de profesionales sanitarios para que mejoren el servicio que prestan a la sociedad a través del incremento de la calidad de su trabajo cotidiano.

Bibliografía

1. Gibson E, Baylis F, Lewis S. Dances with the pharmaceutical industry. CAMJ 2002;116:448-450
2. Olalla JF, Gervas J. Relación entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios. Gac Sanit 1989;11:389-340
3. Terapias no farmacológicas en Atención Primaria. Palomo L, Pastor Sánchez R (coordinadores). Barcelona: Prous Science (Fundación Dr. Esteve);2004



DOLMEN

El analgésico,
antitérmico y
antiinflamatorio de
alto rendimiento



Un clásico de confianza financiable por la Seguridad Social

COMPOSICIÓN: Composición por comprimido efervescente: ácido acetilsalicílico, 500 mg; oxelina fosfato (hemihidrato), 10 mg; ácido ascórbico (DC) (vitamina C), 250 mg. Excipientes: ácido cítrico anhidro, benato de sodio E211, bicarbonato sódico, citrato maragnésico anhidro, naranja nuclearoma 32H-1, povidona K-30, sacarina sódica. **INDICACIONES:** Tratamiento o alivio sintomático del dolor (dolores de cabeza, migrañas, menstruales). Tratamiento de la fiebre. (En todos estas indicaciones la administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse la medicación). Tratamiento de la inflamación no reumática (dolor miofasciocelular, lesiones deportivas, bursitis, capsulitis, tendinitis y tenosinovitis aguda no específicas). Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis juvenil, osteoartritis y fobia reumática. En base a su efecto antiagregante plaquetario está indicado en la profilaxis de infarto o reinfarto de miocardio en pacientes con historia previa del mismo o con angina de pecho inestable. Prevención de la oclusión del by-pass aortocoronario. Tromboembolismo post-operatorio en pacientes con artritis vasculares biológicas o shunts arteriovenosos. Tromboflebitis, fobiovascular y riesgo de trombos arteriales. Tratamiento de los ataques vasculares transitorios en varones con raras raras cerebrales transitorias para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Estas indicaciones requieren siempre un control médico. **POSOLÓGIA:** Dosis media recomendada: Adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 4 o 6 horas. Niños de 6 a 12 años: 1/2 a 3/4 de comprimido por toma. Niños de 4 a 6 años: 1/4 a 1/2 comprimido por toma. Niños de 2 a 4 años: 1/4 de comprimido por toma. En niños, hasta un máximo de 4 tomas en 24 horas. La administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse esta medicación. **CONTRAINDICACIONES:** Úlcera gástrico-duodenal, gastritis. Hipersensibilidad a salicilatos. Hemofilia o problemas de coagulación sanguínea. Terapia conjunta con anticoagulantes orales. Insuficiencia renal y/o hepática. No administrar durante los últimos tres meses de embarazo, ya que puede prolongar el parto y aumentar el riesgo de hemorragia. **PRECAUCIONES:** En caso de administración continuada, prevenir el mal olor y sabor desagradable antes de prescribir intervenciones quirúrgicas. No administrar sistemáticamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones. Se excreta con la leche materna. Atraviesa la barrera placentaria. En condiciones normales no es preciso administrar durante el embarazo dosis superiores a 100 mg de vitamina C al día y en cualquier caso, siempre por indicación del médico. Aunque no hay evidencia de efectos perjudiciales, no se ha establecido la seguridad fetal cuando se administra a dosis altas. En el embarazo, por su contenido en vitamina C, pueden producirse resultados anómalos en la determinación de glucosa en orina, incluyendo las pruebas por tira reactiva. Administrar con precaución en pacientes debilitados, ancianos, o con lesiones intracraniales, hipotensión, insuficiencia suprarrenal, hipertrofia prostática, asma y otras enfermedades obstructivas pulmonares. Debe tenerse precaución al conducir vehículos, manejar maquinaria peligrosa y en general, en aquellas actividades donde la falta de atención suponga un riesgo. **INTERACCIONES:** Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antiplaquetarios orales. No administrar con fármacos potencialmente ulcerogénicos (alcohol, antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos). Evitar administrar junto con probenecid. Administrado junto con metformina puede producir una depresión intensa de la metformina libre. El uso simultáneo de antiulcerogénicos y codeína puede ocasionar obstrucción intestinal. Puede potenciar el efecto sedante de los depresores de S.N.C. como anestésicos, antipsicóticos, antiepilepticos y alcohol. La utilización de antiácidos (ácidos o IMAC) junto con codeína puede ocasionar un aumento de los efectos de ambos. **ADVERTENCIAS:** Uso en deportistas. Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado anómalo de control del dopaje como positivo. **Advertencia sobre excipientes:** Este medicamento por contener 102 mg/comprimido efervescente de benato de sodio puede irritar ligeramente los ojos, la piel y las mucosas y aumentar el riesgo de irritación secundaria de la piel (picazón) en recién nacidos. **REACCIONES ADVERSAS:** Irritación gástrico-intestinal. Erupciones cutáneas. Dificultad respiratoria. Somnolencia. Vértigos. Hepatitis por salicilatos después de administrar dosis terapéuticas a pacientes con artritis reumatoide. La ingesta del ácido acetilsalicílico, entre otras acciones, se ha relacionado con el Síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. En por ello hay que ser cauteloso con su uso previo a la administración a niños y adolescentes en casos de procesos febriles, gripe o varicela. Si se presentan vómitos o letargo debe interrumpirse el tratamiento y consultar inmediatamente al médico. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La sintomatología de sobredosisación incluye debilidad, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, náuseas, vómitos y inconsciencia durante. El tratamiento es sintomático, incluyendo: emesis provocada, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodiálisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En caso de sobredosis o ingestión accidental consultar con el Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 01 562.0420. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA:** DOLMEN 100 mg/10 comprimidos efervescentes, 1,77 €; envase de 20 comprimidos efervescentes, 2,80 €. **COMEDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. J Uriach & Cia, S.A. Pol. Ind. Fiera de Caldes, Avda. Camí Real 61-67 08194 Palau-solità i Plaganas (Barcelona).



Grupo Uriach

RED ESPAÑOLA DE ATENCION PRIMARIA

Junta directiva

Presidente: Luis Miguel Palomo Cobos
Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González
Secretario: Raimundo Pastor Sánchez
Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

notas de la redacción

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considere oportuno.

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 - 48014 BILBAO - BIZKAIA • E-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net