

R.E.A.P.

E.

A.

P.



VOLUMEN 2 . N° 1  
Enero - Marzo 1997

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

## RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Apartado de Correos 207 - Suc. 2  
28800 Alcalá de Henares (Madrid)

Metro, Guggenheim, Las 2<sup>as</sup> Jornadas... ¡¡Oh Bilbao!!

### SUMARIO

Las Unidades de Investigación como Recurso

El Cumplimiento Terapéutico. Un Problema de Todos.

El Trabajo Social en los Equipos de Atención Primaria

Segundas Jornadas Científicas de la Red Española de Atención Primaria

## LAS SEGUNDAS JORNADAS

Estimado compañero.

Este año 1997, las II Jornadas Científicas de la R.E.A.P. se celebran en Bilbao los días 27 y 28 de Junio.

Verás que el tema central de las Jornadas es de gran interés para todos nosotros. Por otra parte, hemos querido contar con los docentes más cualificados en los temas que vamos a tratar.

El número de plazas es limitado, por lo que te rogamos nos hagas llegar cuanto antes la formalización de tu matrícula.

A partir de este momento, todos los miembros del Comité Organizador estamos a tu disposición para cualquier cosa que pueda surgir.



Por otra parte, contamos con una ciudad extraordinariamente preparada para que todos los que acudáis desde otros lugares, disfrutéis tanto del contenido científico de las Jornadas, como de nuestra hospitalidad y exquisita gastronomía.

Hasta pronto,

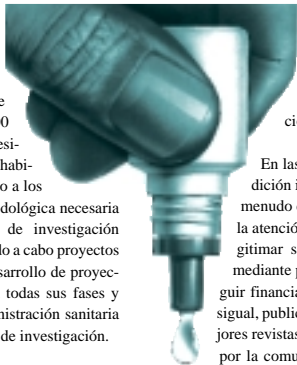
*Fdo. Comité Organizador  
Juan del Arco Ortiz de Zárate.  
Borja García de Bikuña Landa.*

# LAS UNIDADES DE INVESTIGACION COMO RECURSO

**H**an transcurrido 4 años desde que se reconocieron las primeras unidades de investigación (UUII) en convocatoria pública. Se fundían así dos líneas de actuación propiciadas por el FIS desde 1.987: Por un lado la política de dotación de infraestructuras de investigación a los centros sanitarios públicos, preferentemente hospitales, y por otra el entrenamiento en metodología dirigido a profesionales. Mediante la creación de UUII se pretendía introducir la epidemiología en la práctica clínica, facilitar la coordinación de recursos, grupos y líneas de investigación y, en tercer lugar, evaluar los servicios de salud. Las alrededor de 100 UUII reconocidas en las sucesivas convocatorias anuales habidas hasta ahora, han acercado a los sanitarios la formación metodológica necesaria para emprender proyectos de investigación (función docente), han llevado a cabo proyectos propios, han facilitado el desarrollo de proyectos ajenos asesorándolos en todas sus fases y han colaborado con la administración sanitaria en la gestión de los recursos de investigación.

Estamos en el medio plazo desde su implantación, y la historia, con sus avatares políticos, ha dejado su huella en el asentamiento de las UUII. Cabe decir que la trayectoria de las UUII no es uniforme, como no lo es la forma de entender el proyecto. Así por ejemplo, en algunos centros se conciben las UUII como estructuras preferentemente de apoyo a la investigación ajena, y en otros como estructuras con investigación propia. Los primeros suelen corresponderse con los grandes centros sanitarios, con

mucha tradición investigadora, incluso con grupos de reconocido prestigio, con financiación externa habitual, con becarios, con fáciles vínculos universitarios y con personal clínico suficiente para permitir la dedicación total o parcial a la investigación. Estos centros investigaban antes de existir las UUII y lo seguirán haciendo con o sin UUII. Lo que ocurre es que ponen bajo la denominación de unidad de investigación un conjunto de estructuras, de proyectos y de dedicación ficticia o real del personal, para conseguir un reconocimiento oficial (un pedigree) que les facilite la recepción de financiación.



En las provincias con poca tradición investigadora, las UUII, a menudo con fuerte implicación de la atención primaria, tienen que legitimar su posición año tras año mediante proyectos propios, conseguir financiación en competición desigual, publicar cada vez más y en mejores revistas, y ganarse su aceptación por la comunidad sanitaria mediante tareas de asesoramiento a proyectos menores o mediante la docencia. En estos ámbitos las UUII han supuesto un revulsivo para la hasta entonces innombrada investigación de los centros asistenciales. Han difundido una cultura basada en la elaboración de propuestas de investigación metodológicamente rigurosas, en la necesidad de buscar financiación externa para garantizar mejor la autonomía de los investigadores y la culminación de los proyectos, en la primacía de la difusión escrita frente a las co-

municaciones, en la conveniencia de adquirir ciertas destrezas informáticas, estadísticas y epidemiológicas y, en particular, en la articulación de estructuras de apoyo para aglutinar el mayor número de personas en torno a la potenciación de la investigación en lugares desfavorecidos. En el esquema adjunto se refleja un ejemplo de esto último.

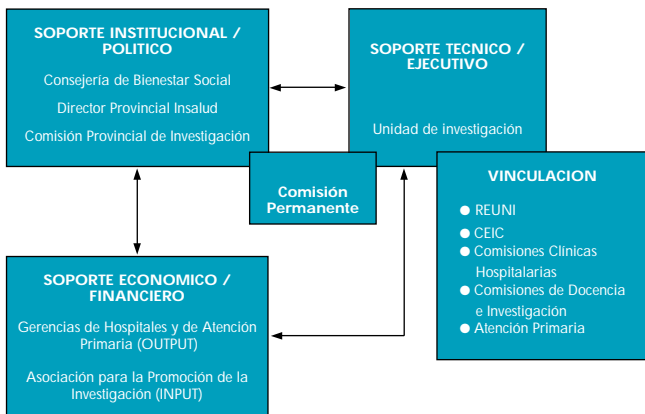
Sin embargo en España, que hay tan poca unanimidad y tan poco respeto hacia ninguna actividad o empresa colectiva, un cambio político puede traer consecuencias nefastas, como es el caso de algunas entidades de investigación. Pasar de la tradición oral a la audiovisual sin pasar por la cultura escrita nos sigue jugando malas pasadas, así por ejemplo, cualquier italiano escucha con placer y se siente orgulloso de la Traviata, sin embargo, si a un español le preguntan

que quién ha escrito El Quijote, responde que él no ha sido. Es una versión del menosprecio, aún tan arraigado, hacia lo que se mueve intelectualmente, o del famoso dicho: ¡Qué investiguen ellos!.

En fin, que si investigar es un riesgo, no hacerlo es un riesgo mucho mayor, y que aquellos farmacéuticos, médicos, enfermeros y veterinarios intelectualmente inquietos que alguna vez hemos sentido la necesidad de apoyo metodológico o de recursos de investigación en nuestro entorno, ahora tenemos la oportunidad de disfrutar de las UUII donde las haya y de defenderlas donde estén amenazadas.

**Luis Palomo, C.S. de Coria/  
Unidad de Investigación.  
Cáceres.**

## **INSALUD. CACERES. ESTRUCTURAS DE APOYO A LA INVESTIGACION**



# EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO. UN PROBLEMA DE TODOS.

**H**ace años los compañeros farmacéuticos de la REAP me contaron que a finales de mes, en algunas zonas, disminuía la dispensación de medicamentos. Los pacientes "preferían" esperar a primeros del mes siguiente para adquirir todos los bienes de consumo juntos. Aquella información me enseñó dos cuestiones: por un lado que el copago en farmacia si no se controla genera desigualdades en salud y, por otro, que mis pacientes, a veces, no siguen las indicaciones que les doy.

Algún tiempo después tuve que contestar la reclamación de una paciente; se quejaba de que su médico poco menos que había querido envenenarla al prescribirla media caja de cápsulas de una vez, para un infección urinaria. Esta información confirmó de nuevo mis sospechas de que los pacientes no suelen hacer lo que les decimos los médicos.

El cumplimiento se define como "el grado en que la conducta de un paciente coincide con las indicaciones sanitarias que se le dan". También se utilizan otros términos como adherencia u observancia, para denominar esta conducta.

En principio, cabe suponer que el incumplimiento induce una falta de respuesta terapéutica, disminuye la efectividad de las actividades sanitarias, disminuye la calidad de vida y conlleva un aumento de recurosos sanitarios.

Las investigaciones sobre cumplimiento, aunque relativamente recientes, nos presentan un problema de gran magnitud. Haynes y Sackett, en una revisión sobre cumplimiento en 250 enfermedades, concluyeron que un tercio de los enfermos toma la medicación tal y como se les ha prescrito, otro tercio sólo a veces y el tercio restante casi nunca.

Si hacemos equivaler cumplimiento a uso correcto, el no cumplimiento equivale a abuso, omisión o uso errático. No se puede considerar incumplimiento la conducta que se deriva de la comprensión inadecuada del paciente o de las indicaciones incorrectas del sanitario.

Hay descritos más de 200 factores implicados en el no cumplimiento. En general se agrupan cómo: 1) derivados de la enfermedad (presencia de síntomas, gravedad, duración, etc.), 2) derivados del tratamiento (tipo

de fármaco, duración del tratamiento, número de fármacos, pauta posológica, vía de administración, etc.), 3) derivados del paciente (edad, nivel socioeconómico, entorno familiar, soledad, etc.), 4) derivados del médico (relación médico-paciente, motivación del médico para abordar este problema, claridad de las recomendaciones, etc.), 5) derivados de la estructura sanitaria (accesibilidad, continuidad, etc.).

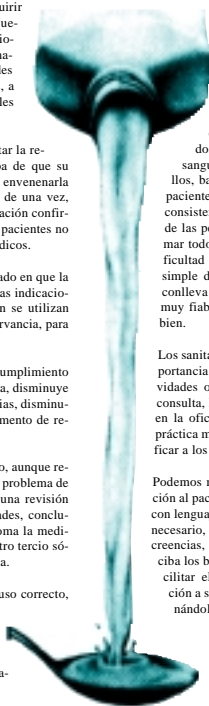
Existen distintos métodos para valorar el cumplimiento, desde los más sofisticados, basados en la determinación de niveles sanguíneos del fármaco, hasta los más sencillos, basados en la información aportada por el paciente. Sackett sugiere un método sencillo, consistente en una pregunta directa: "la mayoría de las personas tienen dificultad a la hora de tomar todos los comprimidos. ¿Ha tenido usted dificultad en tomar todos los suyos?". Esta forma simple de valorar el cumplimiento, se sabe que conlleva una sobreestimación del mismo, pero es muy fiable cuando el paciente afirma no cumplir bien.

Los sanitarios tenemos que convencernos de la importancia del cumplimiento e implicarnos en actividades orientadas a mejorarlo. El médico en la consulta, la enfermera en la suya y el farmacéutico en la oficina de farmacia, tenemos que poner en práctica métodos sencillos que nos permitan identificar a los pacientes no cumplidores.

Podemos mejorar el cumplimiento dando información al paciente sobre su problema y su tratamiento, con lenguaje claro, apoyado en material escrito si es necesario, motivándole, identificando actitudes, creencias, valores y tratando de conseguir que perciba los beneficios del cumplimiento. Se puede facilitar el cumplimiento, adecuando la prescripción a sus características personales y proporcionándole impresos-calendario que le permitan seguir el tratamiento día a día.

Aunque la investigación en este campo ha crecido de forma notoria, todavía quedan muchas cuestiones por aclarar en las que la REAP podría hacer aportaciones interesantes.

Luis García Olmos.



# EL TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA.

## ¿QUE ES EL TRABAJO SOCIAL?

El Trabajo Social, como profesión reconocida, responde en su configuración y contenidos al contexto social, así las características dinámicas y cambiantes de éste lo determinan.

Las diferentes respuestas históricas que la sociedad ha puesto en marcha para atender las necesidades sociales, han determinado no sólo el ejercicio del Trabajo Social, sino también la formación de los Trabajadores Sociales.

En 1939 se funda en Madrid la Escuela de Formación Familiar y Social con el espíritu de alcanzar una formación adecuada y específica para aquellos profesionales que dirijan su actividad laboral a tratar los problemas familiares y sociales.

En 1967 se crea la Escuela Oficial de Asistentes Sociales con sede en Madrid, que otorgaba el título de Asistente Social, una vez superados tres cursos de estudios y la reválida correspondiente.

En 1981 se produce el reconocimiento de rango universitario mediante Real Decreto, incorporándose como Escuelas Universitarias de Trabajo Social. Desde esta última fecha son Diplomados en Trabajo Social los nuevos titulados y las escuelas universitarias de Trabajo Social realizan nuevamente la adaptación de los estudios a la realidad de la sociedad, a las nuevas demandas que se presentan.

El diplomado en Trabajo Social alcanza un conjunto de conocimientos en relación con:

- La naturaleza y evolución histórica del Trabajo Social y del conjunto de técnicas específicas con que opera en el campo profesional (principios y valores del Trabajo Social, funciones y metas de T. Social, definir y describir el T. Social y modalidades de intervención).
- La sociedad, sus estructuras, evolución y procesos de cambio, zonas de conflicto y los supuestos teóricos de las distintas explicaciones.
- La persona y sus relaciones, las diferencias personales y del ciclo vital.
- Los recursos sociales de que dispone la sociedad y las instituciones para atender las necesidades sociales, sus formas de organización y gestión y las políticas que la sustentan.
- La metodología de las ciencias sociales y su aplicación al Trabajo Social como procedimiento que posibilite la aproximación a la realidad social y posterior intervención a nivel individual, grupal y comunitario.

## ¿QUE HACE EL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA?

Es a finales del año 1983 y principios de 1984 cuando comienzan a incorporarse los primeros T. Sociales a los Equipos de Atención Primaria (EAP).

El Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud, en su artículo 3º establece que los T. Sociales forman parte de los EAP. En el artículo 5º atribuye a estos equipos funciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y comunidades con la finalidad de prestar una atención integral.

Este marco teórico responde a un planteamiento que sólo puede abordarse desde una concepción de integralidad del trabajo.

La ley general de Sanidad del 14 de Abril de 1986 en su artículo 6º destaca la dimensión social que el Sistema Sanitario ha de prestar.

Las funciones del T. Social son:

### A) Atención Directa

- Información, orientación, valoración y asesoramiento ante la problemática planteada.
- Informar sobre los recursos sanitarios y sociales existentes, facilitando el acceso a los mismos.
- Informar de los derechos y deberes del usuario en el sistema de la S. Social.
- Fomentar y apoyar la integración de la persona en su medio ambiente.
- Apoyar las actividades sanitarias en el seguimiento del paciente.
- Colaborar en la capacitación del enfermo y su familia para mejor cuidado del mismo fomentando la autorresponsabilidad.
- Colaborar conjuntamente con el EAP en la captación de familias de riesgo analizando los factores sociales que inciden en el proceso de salud.
- Colaborar en la cumplimiento de la historia y cada vez que se realice una intervención por parte de la T. Social.

### B) Educación para la Salud

- Recepción y captación de demandas educativas que se produzcan por parte de otras instituciones y organizaciones de la comunidad.
- Participación en la programación, ejecución y evaluación de las actividades educativas que se realicen a demanda de la población o programada por el EAP.

### C) Coordinación

- Con el propio equipo.
- Con instituciones, profesionales y asociaciones de la zona de salud y otras de interés.

### D) Trabajo Comunitario

- Identificar y conocer las instituciones, asociaciones, grupos sociales y recursos a través de la elaboración de fichero de recursos.
- Participación en la captación y capacitación de agentes de salud y voluntarios.
- Potenciar actividades en el EAP dirigidas a grupos crónicos y a sectores de población sana.
- Potenciar formas sociales de colaboración (grupos de enfermos o de autoayuda).
- Crear cauces de comunicación entre el EAP y la comunidad.

### E) Formación e Investigación

- Participación en actividades de formación continuada del EAP, aportando conocimientos propios del T. Social.
- Participación en los proyectos de investigación, especialmente en el diagnóstico de salud, aportando aspectos socioeconómicos y culturales.

### F) Programación y Evaluación

- Colaborar en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud del EAP.
- Colaboración en la realización de la memoria anual del EAP.

**M<sup>a</sup> de Rosario Gallego López**  
*Trabajadora Social del Consultorio  
San Francisco de Paula  
Área Sanitaria 4 - Madrid*



**R.E.A.P.**

# **SEGUNDAS JORNADAS CIENTIFICAS DE LA RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**27 y 28 de Junio de 1997**

**SALON DE ACTOS DEL COLEGIO OFICIAL DE  
FARMACEUTICOS DE BIZKAIA**

c/ Avda. Sabino Arana, 20-7º  
BILBAO

## **PRIMERA SESION DE TRABAJO**

### **Viernes, 27**

#### **16:00 Horas**

Recepción de participantes y entrega de documentación.

#### **16:45 Horas**

Inauguración de las Jornadas

**D. IÑAKI LINAZA PEÑA**  
Presidente del Colegio Oficial  
de Farmacéuticos de Bizkaia

**D. ARTURO LOPEZ RUIZ**  
Presidente de la R.E.A.P.

#### **17:00 Horas**

"Formas de remuneración al Profesional Sanitario"

CONFERENCIANTE:

**D. JOSE JESUS MARTIN MARTIN**  
Economista. Coordinador del Area  
de Política y Gestión Sanitaria  
de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

#### **18:00 Horas**

Descanso y café

#### **18:15 Horas**

Mesa Redonda "Los Profesionales Sanitarios y la Administración ante las distintas modalidades de remuneración".

PONENTES:

**DÑA. FLOR ALVAREZ DE TOLEDO  
SAAVEDRA**

Farmacéutica Comunitaria.  
Miembro Fundador de la S.E.F.F.A.C.,  
Miembro de la R.E.A.P.

**D. RAIMUNDO PASTOR SANCHEZ**  
Médico de Atención Primaria.  
Secretario de la R.E.A.P. Equipo C.E.S.C.A.

**DÑA. CARMEN RODRIGUEZ**  
Enfermera. Coordinadora de enfermería  
Area de Bizkaia. Osakidetza.

MODERADOR:

**D. IÑAKI LINAZA PEÑA**  
Farmacéutico Comunitario. Presidente  
del Colegio Oficial de Farmacéuticos  
de Bizkaia.

#### **20:00 Horas**

Fin de la primera sesión.

---

## SEGUNDA SESION DE TRABAJO

---

**Sábado, 28**

---

**10:00 Horas**

"Los contratos programa"

CONFERENCIANTE:

**D. ARTURO LOPEZ RUIZ**

Médico de Atención Primaria.

Presidente de la R.E.A.P.

Jefe de Contratación de Servicios Sanitarios  
del Dpto. Sanidad Gobierno Vasco.

---

**11:15 Horas**

Descanso y café

---

**11:30 Horas**

Mesa Redonda. "La Receta Médica"

PONENTES:

**D. FEDERICO PLAZA PIÑOL**

Subdirector General de Planificación Farmacéutica  
Ministerio de Sanidad y Consumo.

**D. FERNANDO A. ALONSO LOPEZ**

Médico de atención primaria

**D. BORJA GARCIA DE BIKUÑA LANDA**

Farmacéutico Comunitario.

Vocal de Farmacia de la R.E.A.P.

**DÑA. ANA COLLIA**

Representante de la Unión  
de Consumidores (U.C.E.)

MODERADOR:

**D. JUAN DEL ARCO ORTIZ DE ZARATE**

Farmacéutico. Director del C.I.M. del C.O.F.  
de Bizkaia. Miembro de la R.E.A.P.

---

**13:30 Horas**

Comida

---

**16:00 Horas**

Conferencia: "Programa TOMCOR"

PONENTE:

**D. IÑIGO GOROSTIZA HORMAETXE**

Farmacéutico Comunitario.

Miembro de la R.E.A.P.

---

**17:00 Horas**

Otros Proyectos de Investigación  
de la R.E.A.P.

---

**18:00 Horas**

Fin de las Jornadas.

---

Para más información contactar  
con la Srta. Esther Rom.

Secretaría de las Segundas Jornadas  
de la R.E.A.P.

Colegio Oficial de Farmacéuticos  
de Bizkaia.

Tlfno. (94) 4395064 Fax. (94) 4395181  
Email cimbi@recol.es

De cara a organizar las presentaciones  
de los proyectos de investigación el  
Sábado 28 de Junio, os pedimos a todos  
los que esteis interesados en comentar  
vuestros trabajos que os pongais en  
contacto con

**BORJA GARCIA DE BIKUÑA LANDA**

Tel. 94 - 475 31 38

---

## NOTA DE LA REDACCION

Esperamos que hayais notado el cambio en el boletín.  
Nuevo diseño, nuevo color, nueva época.  
Ojalá os guste y nos animemos a escribir