

ORIGINALES

¿Cuáles deben ser las líneas de actuación de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria en los próximos 4 años?

Equipo de trabajo de la SVMFyC: J.C. Campos^a, A. Bonet^a, F. Brotons^a, D. Orozco^a, V. Pedrera^a, J. San Félix^a, J. Joaquín Mira^b, A. García^b e I. Blaya^b

Grupo de Trabajo de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivo. Identificar las áreas de actuación en que debe implicarse la junta directiva de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria en los próximos 4 años.

Diseño. Metodología cualitativa.

Emplazamiento. Miembros de la SVMFyC.

Pacientes u otros participantes. Participaron 27 expertos miembros de la SVMFyC.

Intervenciones. Técnicas cualitativas de búsqueda de consenso. Se aseguró la fiabilidad y validez de la técnica mediante triangulación y la selección de los expertos entre los distintos grupos profesionales de la SVMFyC.

Mediciones y resultados principales. Para determinar las líneas recomendadas se analizaron: productividad, representatividad espontánea, intensidad de la recomendación y grado de acuerdo. Las líneas prioritarias recomendadas fueron: defender la vía MIR, proponer reformas en los planes de estudios del pregrado, velar por la transparencia de las convocatorias y por la convocatoria anual de la OPE, impulsar la carrera profesional, creación de plazas de profesores del área de conocimiento de medicina familiar y comunitaria, definir el tamaño de la población adscrita, proponer un catálogo de incentivos y estudiar alternativas para que el salario no sea uniforme, sino que se vincule a objetivos.

Conclusiones. Se establecen las que, a juicio de los expertos, son las líneas de actuación recomendadas.

Palabras clave: Objetivos profesionales. Investigación cualitativa. Grupo focal. Medicina de familia. Sociedad científica. Consenso.

WHAT LINES OF ACTION SHOULD THE VALENCIA SOCIETY OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE ADOPT OVER THE NEXT FOUR YEARS?

Objective. To identify the areas of activity in which the Valencia Society of Family and Community Medicine (SVMFyC) should become involved over the next four years.

Design. Qualitative research.

Setting. SVMFyC members.

Patients and other participants. 27 experts belonging to the SVMFyC took part.

Interventions. Qualitative consensus-seeking techniques. Reliability and validity of the technique were ensured through triangulation and the selection of experts from among the different professional groups within the SVMFyC.

Measurements and main results. To determine the recommended lines of action, productivity, spontaneous representativity, intensity of recommendation and degree of agreement were analysed. The priority lines recommended were: defending the MIR path, proposing reforms in undergraduate study plans, watching over the transparency of job selection procedures and the annual OPE selection, promoting the professional degree course, creation of posts for teachers in family and community medicine, defining the size of the population registered with a doctor, proposing an incentives list and studying alternatives to uniform salaries in the form of target-linked remuneration.

Conclusions. The lines of action recommended by the experts were established.

Key words: Professional objectives. Qualitative research. Focal group. Family medicine. Scientific society. Consensus.

(Aten Primaria 2001; 28: 110-119)

Fuente financiación: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Laboratorios Pfizer asumió los gastos de hostelería originados por la reunión.

^aSVMFyC. ^bUniversidad Miguel Hernández (Elche).

Expertos invitados:

J. Puig, J. Cantero, A. Cortilla, M.J. Monedero, S. Miralles, M.J. Miralles, M. Prósper, E. Casanova, L. Lizán, F. Quirce, P. Peris, S. Pertusa, A. Maiques, A. Fornos, C. Gómez, V. Palop, P. Carceller, V. Gosálbes, V. Suberviola, C. Quirós, M.J. Mendoza, L. Pascual, A. Jiménez, E. Medina, M. Pineda, S. Silvestre y J. Igual.

Correspondencia: Domingo Orozco Beltrán.
Universidad Miguel Hernández. Av. Ferrocarril, s/n. 03202 Elche (Alicante).

Manuscrito aceptado para su publicación el 2-IV-2001.

Introducción

En el sistema sanitario de los países desarrollados se vienen produciendo en los últimos años cambios estructurales y organizacionales que afectan directamente a la práctica médica¹.

En lo que se refiere al Sistema Sanitario Español se han producido importantes transformaciones tanto en aspectos estructurales como organizativos²⁻⁴ que, aunque afectan al conjunto del sistema sanitario, son particularmente más evidentes en la atención primaria (AP).

Por citar algunas de estas transformaciones, podemos hablar de las transferencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas, la sustitución de la Seguridad Social por un Sistema Nacional de Salud, el incremento de la población con cobertura sanitaria, la expansión del número y localización de las instituciones y recursos sanitarios, los límites impuestos al consumo farmacéutico, la incorporación de nuevos profesionales, los nuevos modelos de atención, el aumento de la autonomía en la gestión, la integración de los recursos de las corporaciones locales o las nuevas prestaciones.

En el debate acerca de la idoneidad y oportunidad de dichas reformas se echa en falta una participación más activa de las sociedades científicas, bien porque sus miembros no han sentido la nece-

sidad de pronunciarse o bien porque han permanecido históricamente al margen.

Diversos estudios han analizado la opinión de los ciudadanos sobre estos cambios. Por ejemplo, sobre los factores que provocan insatisfacción en el paciente con la AP de salud⁵; sus opiniones sobre el trato y la competencia de sus médicos⁶, o sobre el funcionamiento de los centros de salud⁷. Se ha analizado también la opinión de los pacientes sobre qué elementos son responsables de la calidad⁸ y comparado los puntos de vista de profesionales y pacientes sobre la AP⁹. Otros estudios se han centrado en cuáles deberían ser las prioridades sanitarias¹⁰ o cómo incrementar la calidad asistencial¹¹.

Sin embargo, los estudios que analizan la opinión de profesionales respecto a estas cuestiones son menos numerosos. No obstante, nadie puede dudar de que un actor indispensable en el proceso salud-enfermedad es el propio profesional sanitario y que el médico tiene en su mano la posibilidad de contribuir decididamente a esa mejora de la calidad asistencial que todos pretendemos. En este sentido, analizar las opiniones, preferencias y perspectivas de los profesionales que día a día ponen en práctica su saber es una condición necesaria para determinar si la estructura y los procesos actuales son compatibles con las formas de pensar y de hacer de los profesionales.

Por esta razón, la SVMFyC se planteó a principios de 2000 recurrir a técnicas de investigación cualitativa para identificar líneas estratégicas de actuación (definir las actividades y acciones que la sociedad debía acometer) a juicio de sus propios miembros.

El objetivo de este trabajo, por tanto, era definir, mediante consenso de expertos, las líneas de actuación que la directiva de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFyC)

debía asumir en los próximos 4 años.

Material y método

En este estudio se aplicaron técnicas cualitativas de búsqueda de consenso entre expertos, basadas en las técnicas de grupo focal y grupo nominal.

Para aplicar la técnica, se presentaba cada una de las cuestiones predefinidas para que cada uno de los expertos escribiera las líneas o temáticas a su juicio más importantes. De esta forma, se nivelaba la primera participación de los expertos, se impedía que ninguno de ellos asumiera un papel protagonista y que la discusión posterior fuera sesgada por esas intervenciones iniciales. Seguidamente, se procedía a presentar visualmente todas las aportaciones de los expertos y se mantenía una discusión abierta sobre los temas aportados, tomando nota de temáticas que pudieran surgir durante esta discusión. Finalmente, se pedía a los expertos que, del conjunto de temáticas o líneas de actuación enumeradas, seleccionaran las que a su juicio eran las prioritarias. Esta técnica fue aplicada por 3 expertos en ciencias sociales con experiencia en este tipo de análisis.

Las sesiones de trabajo se centraron en 3 temáticas: a) formación de pregrado y de posgrado del médico de familia y de la medicina de familia; b) problemática de la cobertura de los puestos de médico en los EAP, ya sea de forma eventual o interina o en propiedad, y c) prioridades con relación a cambios estructurales y organizativos de la atención primaria y del sistema sanitario en general, con especial atención a actuaciones para incrementar la motivación y la satisfacción laboral del médico de familia. Para cada uno de los temas se elaboró una relación de posibles puntos de interés que sirvieron para concretar las preguntas. Las preguntas fueron redactadas por los técnicos que asumieron la dirección del trabajo y revisadas por miembros de la directiva de la SVMFyC. De forma independiente, 3 miembros de la directiva se pronunciaron sobre sus posibles significados, aceptando la redacción y entendiendo que era coherente con el objetivo propuesto.

Seguidamente, se elaboraron 3 paneles con las preguntas que iban a formularse a los expertos, de tal modo que éstos pudieran visualizar la pregunta en todo momento durante las sesiones de trabajo.

Las dinámicas grupales se celebraron en paralelo, de tal modo que las preguntas se presentaban justo antes de iniciarse cada dinámica, respetando que ninguno de los expertos conociera los temas a tratar con anterioridad. Los 3 grupos trabajaron al mismo tiempo sobre los mismos temas (triangulación). Cada sesión de grupo consistió en la presentación del tema, con un tiempo de 10 y 12 minutos para elaborar propuestas en forma individual y, seguidamente, ponerlas en común y discutir las (en torno a 40-45 minutos). Por último, los expertos las ponderaron (escala de 0-10) en función de su importancia percibida.

Las instrucciones que recibieron para ponderar cada una de las aportaciones consensuadas por el grupo fueron las siguientes: «todas las ideas que han aparecido merecen ser consideradas por la junta directiva de la SVMFyC. Sin embargo, es evidente que no todas pueden llevarse al mismo tiempo a la práctica con la misma intensidad. Deben priorizarse. En su opinión cuáles de éstas deben ser priorizadas. Cero significa que es una buena idea, una idea importante, pero que en estos 4 años puede esperar. Diez significa que es una idea importante que debe constituir una prioridad absoluta. El hecho de haber sido quien ha propuesto una de las ideas que se pondera ahora no significa en modo alguno que haya que puntuarla con 10».

Para poder analizar con detalle las aportaciones y establecer las líneas prioritarias, se realizaron 4 medidas. Primero, la productividad del trabajo en términos del número de ideas generadas individual y colectivamente. Segundo, la representatividad espontánea de la idea, valorada en función del número de expertos que, independientemente, proponían una misma idea o línea de actuación. Tercero, la intensidad de la recomendación medida en términos de la ponderación asignada a cada idea por los expertos. A estas medidas se añadió otra relativa al grado de acuerdo sobre la recomendación, calculada a partir del coeficiente de variación, que nos informa hasta qué punto una alta intensidad de la recomendación está asumida por el conjunto de los expertos o sólo por algunos de ellos.

Participantes

La SVMFyC invitó a 30 expertos. De éstos participaron finalmente 27. La

selección de los expertos se realizó respetando la pluralidad de la sociedad y, en concreto, teniendo en cuenta experiencia, relevancia profesional y científica, posición laboral (incluyendo tutores, médicos de zonas rurales y urbanas, residentes) y localización del puesto de trabajo en cada una de las 3 provincias de la comunidad. Esta selección respetó las diferentes sensibilidades, conocimientos, experiencias y perfiles profesionales de los miembros de la SVMFyC. Los miembros de la directiva de la SVMFyC y otros miembros de la sociedad que participaron en la selección de contenidos a debatir quedaron excluidos de toda participación durante los debates.

Triangulación

La fiabilidad y validez de la técnica empleada se aseguró mediante la cuidadosa selección de los expertos participantes, procurando evitar sesgos de selección y mediante triangulación, realizando 3 dinámicas grupales en paralelo con asignación no aleatoria (forzada) de los expertos invitados a cada grupo.

Preguntas formuladas

¿Qué líneas de actuación prioritarias cree que debe emprender/impulsar/abordar/establecer la SVMFyC en los próximos 4 años en cuanto a...

- Sesión 1.1:... Formación pregrado del médico de familia y de la medicina de familia?
- Sesión 1.2:... Formación posgrado del médico de familia y de la medicina de familia?
- Sesión 2.1:... Prioridades con relación a cambios estructurales y organizativos de la AP y del sistema sanitario en general?
- Sesión 2.2:... Incrementar la motivación y la satisfacción laboral del médico de familia?
- Sesión 3.1:... Cobertura de los puestos de médico en los EAP de forma eventual o interina?
- Sesión 3.2:... Cobertura de los puestos de médico en los EAP en propiedad?

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó considerando, primero, cada grupo de trabajo de forma independiente y, segundo, agrupando los datos de los 3 grupos de trabajo.

TABLA 1. Productividad de cada grupo de trabajo en la primera fase de generación individual de ideas

Grupo	Sesión 1.1	Sesión 1.2	Sesión 2.1	Sesión 2.2	Sesión 3.1	Sesión 3.2	Total
1	1,8	2,3	4,3	3,1	2,3	2,8	2,7
2	3,3	4,2	4,9	2,8	1,8	2,3	3,3
3	3,5	3,4	5,8	5,0	3,1	3,0	4,0
M	2,9	3,3	5,0	3,6	2,4	2,7	3,3

M: media productividad.

TABLA 2. Productividad de cada grupo de trabajo en la segunda fase de discusión

Grupo	Sesión 1.1	Sesión 1.2	Sesión 2.1	Sesión 2.2	Sesión 3.1	Sesión 3.2	Total
1	0,9	1,4	2,4	1,3	1,2	1,6	1,5
2	0,3	2,2	3,6	1,1	1,6	1,4	1,7
3	1,9	2,4	3,1	2,5	1,9	2,0	2,3
M	1,0	2,0	3,0	1,6	1,6	1,6	1,8

M: media productividad.

Resultados

Productividad

Si sumamos las propuestas de los 3 grupos de trabajo, el número total de ideas generadas por los expertos en la primera fase fue de 207. Estas ideas recogen, en muchos casos, puntos de vista similares por lo que, posteriormente, fueron agrupados en un total de 40 líneas posibles de actuación.

El número medio de ideas nuevas que se generaron por cada experto se recoge en la tabla 1. En la práctica supone que cada experto generó una media de 3,3 ideas diferentes. El tema que suscitó mayor productividad (media 5) fue sobre prioridades con relación a cambios estructurales y organizativos de la AP y del sistema sanitario en general. El que menos productividad (media, 2,4) suscitó fue el que versó sobre la cobertura de los puestos en los EAP de forma eventual o interina. La productividad de los grupos fue, en términos generales, semejante. Únicamente, comentar que en las sesiones 1.1 y 1.2 el primer grupo se mostró algo menos productivo que los otros dos, mientras que el grupo 2 fue menos productivo en la sesión 3.1.

Tras el trabajo de discusión de las ideas originales, los grupos debatieron las mismas en función de su oportunidad y por su similitud y, en algunos casos, generaron nuevas ideas fruto del debate. El trabajo de los grupos produjo un cierto nivel de consenso sobre aquellas ideas más significativas que, finalmente, fueron ponderadas por los expertos en forma individual. El número medio de ideas que se generaron por experto como consecuencia del debate abierto se recoge en la tabla 2. Como media, cada experto generó 1,8 ideas sobre líneas de actuación recomendables. El tema que produjo mayor productividad fue también el referido a prioridades con relación a cambios estructurales y organizativos de la AP y del sistema sanitario en general. La tabla 2 ofrece información sobre la variabilidad en la productividad entre los 3 grupos, observándose mayor variabilidad en la sesión 1.1.

Representatividad espontánea

La tabla 3 describe el nivel de dispersión de las ideas originales respecto a las ideas que finalmente se consensuaron como las más importantes. Conforme la tasa es mayor, implica que las ideas iniciales, es-

TABLA 3. Tasa de dispersión de las ideas

Grupo	Sesión 1.1	Sesión 1.2	Sesión 2.1	Sesión 2.2	Sesión 3.1	Sesión 3.2	Total
1	57%	72%	73%	43%	52%	56%	59%
2	10%	53%	66%	41%	93%	61%	51%
3	54%	70%	54%	50%	60%	67%	58%
M	36%	63%	63%	46%	65%	61%	56%

M: media productividad.

TABLA 4. Representatividad espontánea

Criterio
Acabar con salario homogéneo y unificado. Estudiar propuestas para que el salario dependa de los logros alcanzados
Introducir sistemas de incentivos según cumplimiento de objetivos
Supervisión y aceptación por la SVMFyC del contenido de los exámenes de las oposiciones (comisión de seguimiento)
Formular propuestas para definir las condiciones de los exámenes para plazas. Que se adapta el mismo al perfil del puesto
Impulsar relaciones con la universidad. Impulsar cambio planes de estudio para introducir medicina de familia
Definir y equilibrar población adscrita
Establecimiento de la carrera profesional
Propugnar OPE anual
Defender el MIR como vía única de acceso a la especialidad
Proponer sistemas para descentralización de la gestión en los centros de salud
Defender un tiempo mínimo de consulta
Apoyar que el coordinador/CS tenga influencia en la elección del personal
Analizar ventajas e inconvenientes de introducir la recertificación

critas por los expertos, no se pudieron agrupar, ya que representaban ideas diferentes y, por tanto, implica una mayor diversidad. Llama la atención la menor diversidad del grupo 2 en la primera sesión de trabajo (sólo un 10%), lo que significa que coincidieron en sus propuestas y que rápidamente alcanzaron consenso.

En la tabla 4 se recogen las ideas con mayor representatividad espontánea que cumplen con el criterio de: coincidir en los 3 grupos, aparecer en total un número de veces superior a 9 y en cada grupo haber sido formuladas de forma independiente por, como mínimo, 4 expertos.

Intensidad y acuerdo sobre la recomendación

En la tabla 5 se presentan las ideas más ponderadas (por encima

de 6,5), agrupadas conforme al resultado del trabajo de cada uno de los grupos. En cada caso se incluye, también, el valor medio de la ponderación asignada y el coeficiente de variación. De esta forma puede juzgarse no sólo la importancia atribuida (intensidad de la recomendación), sino también el grado de acuerdo alcanzado por el grupo sobre si esa acción era altamente recomendable como objetivo de la VMFyC. Una media mayor indica que la idea es considerada como prioritaria y que la junta directiva de la SVMFyC debe considerarla como tal. Por su parte, un coeficiente de variación alto implica que entre los expertos no existió acuerdo en el momento de la ponderación sobre la oportunidad de poner en práctica esa idea. Dicho de otro modo, unos la priorizaron con una alta ponderación y otros

la descartaron asignándole una baja ponderación.

Para poder comparar (triangular) el grado de acuerdo entre los 3 grupos de trabajo respecto de las propuestas de actuaciones, se presentan los datos de cada grupo en cada sesión.

Las propuestas han sido clasificadas en función del tema que tratan en áreas temáticas comunes para facilitar su codificación y estimar la representatividad de cada una. En cuanto a la «formación de pregrado» los temas que más preocuparon fueron: reforma del plan de estudios, proponer estrategias para que la medicina de familia tuviera un mayor protagonismo en la universidad, condiciones de selección y trabajo del profesorado, ampliar la oferta docente a los estudiantes de pregrado y fomentar la práctica de los estudiantes de medicina en los centros de salud. De la «formación de posgrado», citar como áreas temáticas que suscitaron el interés las siguientes: papel, funciones y actividades de las unidades docentes, problemática en torno al título de la especialidad y de la formación MIR, formación continuada y calidad de dicha oferta, incentivos y funciones de los tutores, propuestas de fomentar la investigación y líneas de actuación que hemos englobado bajo el término gestión. En cuanto a los «cambios estructurales y organizativos de la AP», las áreas temáticas citadas engloban aspectos sobre las pruebas complementarias, criterios para definir la población adscrita, atención continuada, mercado de trabajo, sobre las infraestructuras, los modelos de gestión, los roles de los distintos profesionales, la carrera profesional, relaciones con instituciones, medidas para fomentar la calidad asistencial, acciones de difusión del papel del médico de familia y recomendaciones sobre gestiones que podría realizar la SVMFyC. De la pregunta sobre «cómo incrementar la motivación

TABLA 5. Intensidad y grado de acuerdo de las recomendaciones entre los expertos

Sesión 1.1:... Formación pregrado del médico de familia y de la medicina de familia			
Grupo 1	Criterio	M	% CV
Estrategias	Abogar por la creación de plazas de profesores titulares de medicina familiar y que, finalmente, conduzca a la creación de un departamento universitario	9,67	10,3
Reforma de estudios pregrado	Proponer un reequilibrio entre enseñanzas teóricas y prácticas clínicas, sugiriendo que se incorporen enseñanzas sobre gestión clínica e intervención en la comunidad	7,22	11,5
Grupo 2	Criterio	M	% CV
Reforma de estudios pregrado	Proponer que se reelabore el plan de estudio para adaptarlo a las necesidades del trabajo en atención primaria	9,00	0
Grupo 3	Criterio	M	% CV
Estrategias	Establecer enlaces entre las web de universidades y de la sociedad	9,13	10,9
Estrategias	Crear un grupo estratégico de trabajo para desarrollar la medicina de familia en la universidad	7,75	22,6
Reforma de estudios pregrado	Formular recomendaciones sobre contenidos teóricos y prácticos del plan de estudios	7,63	25,2
Sesión 1.2:... Formación posgrado del médico de familia y de la medicina de familia			
Grupo 1	Criterio	M	% CV
Unidades docentes	Lograr la unificación de criterios en las unidades docentes de la Comunidad Valenciana	8,67	15,3
Título de la especialidad	Homogeneizar la vía de acceso para la obtención del título de MFyC entendiendo el MIR como único sistema	8,44	18,8
Calidad de la oferta de formación	Reflexionar sobre el componente científico de los congresos	8,44	10,4
Unidades docentes	Vigilar la acreditación de centros, tutores, unidades docentes (criterios consensuados y revisados periódicamente)	8,00	23,4
Unidades docentes	Hacer lo posible para la potenciación de éstas	7,89	24,9
Tutores	Proponer sistemas o modelos para la incentivación del/a tutores en formación posgrado	7,89	17,3
Formación continuada	Procurar la integración de la transición pregrado-posgrado	7,89	19,5
Formación continuada	Proponer cursos de formación de fácil acceso (tiempo) y prácticos	7,44	23,4
Grupo 2	Criterio	M	% CV
Título especialidad	Defender el MIR como vía única de especialización	10,00	0
Unidades docentes	Elaborar recomendaciones sobre criterios de calidad en la selección de tutores y centros docentes y diseñar un proceso de evaluación de los mismos	8,67	11,5
Gestión	Exigir a la Administración mayor dotación de recursos en centros docentes	8,56	11,8
Formación continuada	Exigir a la Administración formación continuada planificada y efectiva (grupos técnicos, etc.)	8,33	26,8
Título especialidad	Defender un MIR de 4 años	8,22	26,4
Tutores	Resulta urgente compensar a los tutores docentes (proponer medidas incentivadoras)	7,78	22,1
Acreditación	Analizar la introducción de un sistema de recertificación periódica	7,78	30
Grupo 3	Criterio	M	% CV
Tutores	Proponer incentivos para los tutores	7,75	35
Formación continuada	Propiciar debates profesionales	7,75	21,5
Tutores	Analizar la problemática de las sustituciones por interinos de los tutores	7,38	43,4
Formación continuada	Formular recomendaciones a las unidades docentes para cursos de formación	7,38	25
Sesión 2.1:... Prioridades con relación a cambios estructurales y organizativos de la AP y del sistema sanitario en general			
Grupo 1	Criterio	M	% CV
Población adscrita	Definir/limitar el número de usuarios asignados a cada médico	9,44	10,7
Gestión	Propugnar sistemas de autogestión	9,11	8,58
Gestión por objetivos	Fomentar un sistema de gestión en base a objetivos (contratos de gestión/carera de servicios, evaluación periódica e incentivación según logros alcanzados)	8,56	17,6
Gestión por objetivos	Impulsar fórmulas de incentivación según resultados, impulsar sistemas de pagos según cargas de trabajo	8,33	24
Gestión	Trabajar para lograr que finalice la implantación del nuevo modelo de AP, no más ambulatorios	8,11	27,2
Tiempo consulta	Definir tiempo por paciente, óptimo > 10 minutos	7,89	43,7
Salario	Las funciones del médico de familia son asistencial, docente, investigadora; es necesario dotar de medios y pagar consecuentemente; la SVMFyC debe velar por ello	7,67	29,9
Gestión	Impulsar un cambio en la gestión de los centros	7,56	24

TABLA 5. Intensidad y grado de acuerdo de las recomendaciones entre los expertos (continuación)

Gestión	Sugerir fórmulas para desburocratizar la AP	7,44	21,4
Gestión por objetivos	Proponer objetivos de funcionamiento generales y específicos según cada centro (rural, urbano)	7,44	24,3
Grupo 2	Criterio	M	% CV
Infraestructuras	Impulsar la informatización de la atención primaria	8,88	12,7
Población adscrita	Exigir el cumplimiento de la ley respecto a la población asignada en torno a 1.500	8,50	29,5
Población adscrita	Velar por adecuar plantillas profesionales a población adscrita	8,38	26,3
Gestión	Proponer sistemas de gestión basados en contratos programas	8,25	21,2
Administración	Solicitar una revisión del decreto de la organización primaria	8,13	24,1
Población adscrita	Definir y equilibrar la población adscrita	8,00	31,3
Incentivos	Proponer incentivos ligados a objetivos	7,88	37,4
Mercado laboral	Solicitar OPE anual	7,75	42,4
Población adscrita	Definir un tiempo mínimo de consulta	7,63	36,4
Mandos	Proponer que cambie la figura del coordinador y que tenga mayores competencias	7,63	21
Mercado laboral	Exigir que la bolsa funcione con transparencia	7,63	37,1
Grupo 3	Criterio	M	% CV
Población adscrita	Buscar la adecuación de ratios población-profesional	9,63	5,38
Relaciones institucionales	Estrechar contactos con instituciones: <i>conselleria</i> , grupos <i>Parlament</i> , <i>síndic</i> , asociaciones	8,88	11,2
Pruebas complementarias	Fijación de criterios para accesos a pruebas complementarias en los centros de salud	8,50	25,2
Difusión del papel del médico de familia	Definir campos competenciales de la AP dentro del sistema sanitario	8,38	23
Difusión del papel del médico de familia	Mantener una constante presencia en medios de comunicación comentando actuaciones y planes de la <i>conselleria</i> de sanidad	8,13	23,2
Difusión del papel del médico de familia	Generar foros y debates con grupos de presión (usuarios...)	7,63	32,1
Carrera profesional	Impulsar la implantación de la carrera profesional	7,50	54,3
Sesión 2.2:... Incrementar la motivación y la satisfacción laboral del médico de familia		M	% CV
Grupo 1	Criterio	M	% CV
Incentivos	Defender un salario según logros alcanzados: acabar con el salario homogéneo y unificado	9,44	17,6
Rol profesional	Incrementar el poder de decisión del médico	9,22	9,04
Incentivos	Formación continuada en horario laboral y con sustitución	9,00	12,4
Carrera profesional	Establecimiento de la carrera profesional	8,89	18,2
Estatus profesional	Establecer/definir formas/vías para que el médico de familia pueda introducir/influir (en los cambios, mejoras y dirección)	8,22	18
Medios	Eliminar las limitaciones diagnósticas y terapéuticas	7,89	24,9
Estatus profesional	Formar parte en la elaboración/evaluación de actividades de AP: ser referentes	7,78	19
Grupo 2	Criterio	M	% CV
Carrera profesional	Lograr que se implante la carrera profesional	9,50	11,3
Incentivos	Defender sistemas de incentivos según objetivos	8,00	22,2
Condiciones laborales	Lograr un sueldo mayor y aproximarse al domicilio	7,75	37
—	Cumplir los puntos consensuados en la sesión anterior	7,13	51,1
Estatus profesional	Lograr el reconocimiento público del médico de familia	6,75	48
Condiciones laborales	Mejorar los sistemas de sustitución en centros	6,63	37,8
Grupo 3	Criterio	M	% CV
Incentivos	Realizar un catálogo de incentivos consensuados con los médicos de familia	9,75	4,75
Condiciones laborales	Disminuir la burocracia en las consultas	8,75	17
Incentivos	Potenciar la formación continuada en horario laboral	8,38	14,2
Condiciones laborales	Pedir opinión a los equipos antes de la firma de la cartera de servicios	7,88	33,6
Estatus profesional	Lograr que el médico de familia participe en la gestión y toma de decisiones	7,88	32,2
Incentivos	Defender sistemas de incentivos por objetivos de calidad	7,88	23
Incentivos	Proponer sistemas de incentivación no económica según resultados: liberación asistencial para dedicación a investigación, formación continuada	7,88	32,9
Incentivos	Impulsar el reconocimiento de incentivos a la docencia	7,50	21,4

TABLA 5. Intensidad y grado de acuerdo de las recomendaciones entre los expertos (continuación)

Sesión 3.1:.... Cobertura de los puestos de médico en los EAP de forma eventual o interina			
Grupo 1	Criterio	M	% CV
Bolsa de trabajo	La SVMFyC debe definir méritos y puntuaciones en la bolsa de trabajo	8,78	11,1
Bolsa de trabajo	Imprescindible garantizar la transparencia e igualdad de oportunidades en la bolsa	8,67	26,4
Bolsa de trabajo	Exigir bolsa de trabajo permanentemente abierta y activa	8,33	28,1
Bolsa de trabajo	Participación de la SVMFyC en la gestión de la bolsa de trabajo	8,33	28,1
Bolsa de trabajo	Profesionalizar la bolsa de trabajo	8,22	20,9
Rol coordinador	Defender que el coordinador/CS tenga gran influencia en la elección de profesionales	8,22	27
Sistema de acceso	Defender un período de prueba antes de hacer el contrato indefinido en la interinidad: evaluado por el propio equipo	7,67	36,3
Sistema de acceso	Defender contratos mediante bolsa como única vía posible en una agencia institucional independiente supervisada por los agentes sociales	7,56	34,5
Sistema de acceso	Prioridad del médico de familia para ocupar vacante eventual e interina	7,56	24,9
Grupo 2	Criterio	M	% CV
Bolsa de trabajo	Exigir la transparencia de la bolsa de trabajo	8,88	18,5
Descentralizar la bolsa	Proponer la descentralización de la gestión de la bolsa por centros de salud	7,38	45,8
Grupo 3	Criterio	M	% CV
Funcionamiento	Propugnar que la contratación se realice según criterios objetivos, públicos, dotar de mayor transparencia	9,50	11,3
Funcionamiento	Forzar la reactualización de méritos en la bolsa periódicamente (cada año) o que permanezca siempre abierta	9,13	9,15
Baremos	Priorizar la contratación de médicos de familia especialmente en centros docentes	8,75	14,6
Baremos	Bolsa de trabajo con baremo en el que se potencie: formación MIR/docencia, investigación, formación continuada, puntuación en última oposición	8,25	32,9
Funcionamiento	Restricción de la contratación por perfil (pto. 1.4)	8,13	30,5
Funcionamiento	Aplicar los mismos criterios para plazas EAP, urgencias hospitalarias, SAMUS y atención continuada EAP	7,88	20,9
Sesión 3.2:.... Cobertura de los puestos de médico en los EAP en propiedad			
Grupo 1	Criterio	M	% CV
OPE	Exigir la puesta al día de las convocatorias de oposiciones (anual)	9,78	4,51
Transparencia	Definir las estrategias de la SVMFyC para garantizar la limpieza de la próxima oposición	9,78	6,82
Examen	Supervisión y aceptación por la SVMFyC del contenido del examen (comisión de seguimiento)	9,44	7,69
Tribunales	Proponerse aumentar el número de médicos de familia en los tribunales	9,33	9,28
Transparencia	Control de las plazas que se convocan en las oposiciones (plazas enterradas que nunca salen)	9,11	8,58
Baremo	Participación de la SVMFyC en la confección del baremo	9,11	13,9
Transparencia	Vía oposición (aumento de convocatorias/claro control del baremo)	8,56	21,2
Transparencia	Definir la estrategia previa a examen en caso de opacidad de los resultados	8,44	22,2
Tribunales	Contar con experiencia de médicos de prestigio en docencia para confeccionar las oposiciones	7,67	22,6
OPE	Proponer contrato laboral, agencia de selección de personal con criterios consensuados con la empresa contratante, sociedad científica	7,67	29,2
Grupo 2	Criterio	M	% CV
Recertificación	Defender la implantación de la carrera profesional	9,38	9,77
Examen	Exigir transparencia de los exámenes	8,88	21,2
OPE	Exigir OPE anual	8,38	41,3
Examen	Propuestas de las condiciones de examen adaptadas al perfil de la AP	8,38	26,3
Examen	La SVMFyC se posicione en el control de la transparencia a oposiciones	7,63	37,1
Grupo 3	Criterio	M	% CV
OPE	Exigir OPE anual	9,75	7,25
Baremo	Sugerir baremo en fase de concurso	8,75	15,9
Transparencia	Exigir transparencia a los exámenes convocados	8,75	23,5
Examen	Sugerencias del temario como sociedad científica	8,50	29,5
Examen	Proponer características del examen	8,50	21,8
Traslados	Exigir traslados todos los años	8,13	33,2
Transparencia	Proponer cambios en los tribunales	7,75	25,6
Baremo	Proponer un mismo baremo para todo el Estado	7,50	31,9
Transparencia	Papel activo de la SVMFyC recurriendo los incumplimientos	7,50	25,7

M: media, y % CV: coeficiente de variación en porcentaje.

y satisfacción laboral», destacar como áreas temáticas de interés de los expertos la carrera profesional, disponer de medios para realizar la tarea, incentivos, definición rol profesional, incrementar estatus de la profesión, mejorar condiciones laborales, propuestas de gestión a la SVMFyC. Las áreas temáticas que surgieron en la discusión de los grupos de expertos en respuesta a la pregunta sobre la «cobertura de puestos de trabajo» fueron: bolsa de trabajo, sistema de acceso, rol coordinador en la selección, perfil profesional, sindicación, problemática de los internos y propuesta de estrategias para implantar. Por último, respecto de la «cobertura de puestos con carácter permanente» las áreas identificadas fueron: condiciones del examen, tribunal, baremo, acerca de la oferta pública de empleo, transparencia de las convocatorias, recertificación, traslados y laboralización.

En la tabla 5 se recogen las medidas más significativas de intensidad de la recomendación y acuerdo.

Si analizamos los contenidos que inicialmente se pensó que podían ser objeto de debate y los comparamos con lo que realmente preocupó a los expertos que acudieron a la cita, encontramos que únicamente las siguientes áreas temáticas no suscitaron espontáneamente respuestas en los expertos, por lo que cabe considerar que no cumplen con el criterio de representatividad espontánea definido previamente: problemática en torno a las recetas (salvo lo referido a presión asistencial), definición de edad pediátrica, problemática de las consultas monográficas (aunque se trató la necesidad de redefinir los roles profesionales) y la cobertura de puestos directivos.

Discusión

Las técnicas cualitativas vienen utilizándose desde hace tiempo

para identificar líneas de acción, consensuar procedimientos entre expertos o pulsar sensibilidades entre diferentes colectivos. Tienen la ventaja de que permiten capturar las ideas en su contexto natural, sin imponer restricciones y respetando la subjetividad. En contra, no permiten cuantificar ni controlar determinados sesgos.

En este caso concreto, la técnica cualitativa es utilizada para determinar líneas recomendadas de actuación para la junta directiva de una sociedad científica. Dicho en otros términos, se ha pulsado la opinión y sensibilidad sobre qué temas son los que más preocupan a los miembros de la SVMFyC representados por un conjunto de profesionales que se han destacado, en los últimos tiempos, por sus inquietudes, participaciones en diferentes foros, publicaciones o actuación profesional. Evidentemente, la primera limitación del estudio es, precisamente, la selección forzada de los expertos invitados. No obstante, se ha procurado que todos los colectivos y todas las corrientes de opinión se encontraran representadas. La composición de cada grupo de trabajo fue forzada sobre la base de que debían estar integrados por personas diversas respetando la composición general del grupo de expertos invitados.

Las sesiones fueron dirigidas por 3 profesionales con experiencia en este tipo de técnicas. Con la excepción de la primera sesión, donde se observó una mayor variabilidad en la productividad de los grupos, achacable al aprendizaje habitual con este tipo de procedimientos que sufren todos los participantes, la productividad de los expertos fue elevada.

La triangulación impuesta merced a la dirección en paralelo de 3 grupos de expertos que desconocían las cuestiones que iban a plantearseles, sugieren que los resultados cumplen con los requisitos mínimos que pueden exigir-

se a este tipo de técnicas para confiar en sus resultados.

Las ideas con mayor representatividad espontánea fueron introducir sistemas de pago que vinculen la actividad realizada al salario y al incentivo que pudiera corresponder, un papel más activo de la sociedad en el seguimiento de las oposiciones, impulsar las relaciones con la universidad, defensa del MIR como vía de acceso al título de la especialidad, establecer los mínimos a satisfacer para realizar la consulta, analizar sistemas de gestión para los centros de salud que faciliten su mayor autonomía, estudiar la posibilidad de introducir un sistema de recertificación. La intensidad de la recomendación y el mayor acuerdo sobre la recomendación de puesta en práctica de la línea de actuación fue respecto a defender la vía MIR para acceder a la especialidad, proponer reformas de planes de estudios en el pregrado, velar por la transparencia de las convocatorias, convocatoria de la OPE anualmente, impulsar la carrera profesional, la creación de plazas de profesores del área de conocimiento de medicina familiar y comunitaria (lo que supone el reconocimiento de esta área), redefinir el tamaño de la población adscrita a cada médico, definir un catálogo de incentivos para el médico de familia y estudiar alternativas para que el salario no sea uniforme sino que responda a las actividades y resultados que se alcanzan.

En cuanto a los resultados, podemos señalar, como recomendaciones de los expertos a la junta directiva de la SVMFyC en cada uno de los temas planteados, las siguientes:

Formación pregrado del médico de familia y de la medicina de familia. Proponer reformas en los planes de estudio para que incluyan en la oferta docente contenidos propios de la AP, tanto en

cuanto a la medicina familiar y comunitaria como a estrategias de gestión en AP. Esta propuesta incluye la constitución de un grupo de trabajo para desarrollar la medicina de familia en el contexto universitario, promocionar la creación de plazas docentes vinculadas a la especialidad y estrategias muy concretas de actuación para estrechar lazos con las universidades como, por ejemplo, enlaces entre las páginas web, reuniones periódicas o invitaciones a colaborar en acciones formativas o congresos de la SVMFyC.

Formación posgrado del médico de familia y de la medicina de familia. Existe práctica unanimidad en cuanto a que una de las actuaciones que debe emprender la Junta Directiva de la SVMFyC sea la defensa del MIR como vía de acceso a la especialización. Analizar y proponer un método para la acreditación de los centros docentes, someter a debate el papel de los tutores y de las unidades docentes son otros de los puntos propuestos. Estudiar y proponer incentivos para los tutores, ampliar la oferta formativa (tanto de la propia sociedad como la institucional), potenciar las unidades docentes son otras cuestiones en las que los 3 grupos de trabajo tendieron a coincidir. Otros temas sugeridos han sido: defender el MIR de 4 años, analizar la posibilidad de implantar un sistema de recertificación, abrir debates profesionales sobre temas de interés e incrementar la calidad científica de los congresos.

Prioridades con relación a cambios estructurales y organizativos de la AP y del sistema sanitario en general. Existe acuerdo entre los diferentes grupos de trabajo y entre los expertos en que las líneas a seguir deben incluir propuestas concretas para definir la población adscrita a cada médico con límites en el número de pacientes,

introducir un cambio en el modelo de gestión, propugnando un sistema basado en objetivos, definir el tiempo medio de consulta por paciente recomendable, analizar cuál debe ser el papel del coordinador (competencias, funciones, capacidades, incluso si es ésta la denominación más adecuada) y solicitar que el médico en AP acceda a más pruebas de diagnóstico. Otros temas que podemos destacar son: informatización de los centros, redefinición de roles profesionales del conjunto de miembros de los EAP, defender la carrera profesional, propugnar el cambio de los actuales ambulatorios a centros de salud y fomentar las relaciones institucionales con la conselleria de sanidad y los sindicatos.

Incrementar la motivación y la satisfacción laboral del médico de familia. Incrementar el papel del médico de familia en la toma de decisiones es una de las actuaciones que se reclama de la junta directiva. Otras actuaciones fueron en la línea de defender que la formación se realice durante el horario laboral, se analicen posibles tipos de incentivos (no necesariamente económicos, como por ejemplo disponer de un año sabático para mejorar la formación), implantar la carrera profesional, mejoras salariales, reorganizar la atención continuada y definir los mínimos elementos diagnósticos y terapéuticos que deben estar disponibles para el médico de familia.

Cobertura de los puestos de médico en los EAP de forma eventual o interina. Velar por la transparencia de la bolsa de trabajo es una línea de actuación que, junto con la redefinición del baremo actual, se proponen con intensidad y con un alto grado de acuerdo. Analizar alternativas de gestión de la bolsa (descentralizada por áreas o centros de salud, con un papel más activo de la sociedad y con re-

definición del papel de los coordinadores) es otra de las actuaciones propuestas. Que la SVMFyC defienda que, al menos en los centros docentes, los médicos de familia tengan prioridad en la asignación de plazas es otra de las propuestas con mayor grado de consenso.

Cobertura de los puestos de médico en los EAP en propiedad. Exigir una oferta pública anual, participar en el análisis de las convocatorias a nivel de baremo y contenidos de las pruebas y, especialmente, velar por la transparencia (examen, baremo, tribunal) de las convocatorias son los aspectos que los expertos señalan con insistencia. Defender los intereses de los miembros de la sociedad en caso de incumplimiento de las normas en alguna de las convocatorias, avanzar en la laboralización y, de nuevo, proponer sistemas de recertificación y la carrera profesional, son otras propuestas que se formulan a la directiva de la SVMFyC.

La intensidad de la recomendación y el mayor acuerdo sobre la recomendación de puesta en práctica de la línea de actuación entre expertos fueron con respecto a: a) defender la vía MIR para acceder a la especialidad; b) proponer reformas en los planes de estudios en el pregrado; c) velar por la transparencia de las convocatorias; d) solicitar la convocatoria de la OPE anualmente; e) impulsar la carrera profesional; f) fomentar la creación de plazas de profesores del área de conocimiento de medicina familiar y comunitaria (lo que supone el reconocimiento de esta área); g) redefinir el tamaño de la población adscrita a cada médico; h) definir un catálogo de incentivos para el médico de familia, e i) estudiar alternativas para que el salario no sea uniforme, sino que responda a las actividades y resultados que se alcanzan.

Bibliografía

1. Mc Farlan M, Oxley H. Reforming health care. The OCDE Observer 1995; 192: 23-26.
2. Vivas D, Sánchez Ruano E. Informe Delphi: el sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo. Papeles de Gestión Sanitaria. Monografía I-93. Valencia: M/C/Q, 1993.
3. DHSS. Working for patients (The white paper). Secretary of State for Health. Londres: HMSO, 1989.
4. Buil A, Mira JJ. Las características del sector sanitario. Tendencias actuales del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. Revista de Psicología de la Salud 1996; 8: 3-22.
5. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. Aten Primaria 1996; 17: 80-84.
6. Cromarty I. What do patients think about during their consultations? A qualitative study. Br J Gen Pract 1996; 46: 525-528.
7. Alonso E, Miguel A, Golderos T, Fernández J, Domínguez A, De Antonio P et al. Estudio de grupos focales: experiencia en un centro de salud. SEMERGEN 1997; abril: 213-220.
8. Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, Vitaller J, Buil J, Ignacio E. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Revista de Calidad Asistencial 1999; 14: 165-178.
9. Alcaraz M, Canuto C, Gascó C, Monferrer S, Izquierdo B, Tortosa Y. Evaluación de los servicios de promoción de la salud de la mujer: el cliente interno, el cliente externo. Aten Primaria 1997; 19: 337-342.
10. Bowie C, Richardson A, Sykes W. Consulting the public about health service priorities. BMJ 1996; 311: 1155-1158.
11. Reiley P, Pike A, Phipps M, Weiner M, Miller N, Stengrevics S et al. Learning from patients: a discharge planning improvement project. J Qual Improv 1996; 22: 311-322.