

Documentos de opinión
para **Atención Primaria**



LAS RELACIONES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS CON LA ADMINISTRACIÓN

Coordinador:

Dr. José Antonio Otero Rodríguez
Médico.
Vicepresidente 1.º Nacional de SEMERGEN

Autores:

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Santirso
Subdirector General de Atención Primaria.
Servicio Madrileño de Salud

Dr. Jesús Hernández Díaz
Jefe de Área de Atención Primaria.
Dirección General de Atención Sanitaria
del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Dr. Eduardo E. García Prieto
Director Técnico de Atención Primaria
del Servicio Regional de Salud de Castilla y León

Dr. José Antonio Otero Rodríguez
Médico.
Vicepresidente 1.º Nacional de SEMERGEN



Sumario

5 Introducción

Dr. José Antonio Otero Rodríguez

7 Las relaciones entre las sociedades científicas y la Administración

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Santirso

13 Sociedades científicas y Atención Primaria

Dr. Jesús Hernández Díaz

23 La Administración y las sociedades científicas

Dr. Eduardo E. García Prieto

35 SEMERGEN opina

Dr. José Antonio Otero Rodríguez



LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA ADMINISTRACIÓN

Introducción

Dr. José Antonio Otero Rodríguez
MÉDICO.
VICEPRESIDENTE 1.º NACIONAL DE SEMERGEN

En este número de la serie «Documentos de opinión» de SEMER-GEN, trataremos sobre las relaciones de las sociedades científicas y la Administración Sanitaria, centrándonos tan sólo en las sociedades de Atención Primaria.

Estos Documentos pretenden proporcionar al lector una serie de visiones del tema que se trata y aportar asimismo la opinión de la Sociedad a través de un responsable en la dirección de la misma.

Hemos invitado a participar en este número a tres responsables de Atención Primaria en la Administración autonómica: Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León, personas con amplia experiencia en la gestión y organización de la Atención Primaria desde varios ámbitos, además son médicos amigos de la Sociedad con la que siempre han tenido un comportamiento excelente, aunque nos consta, y esto les honra, que también lo hacen con otras sociedades.

Sus opiniones tienen el valor de su gran experiencia y conocimiento de la Atención Sanitaria en el primer nivel asistencial desde antes de la Reforma, permaneciendo en primera línea y siendo ahora, en palabras de Jesús Hernández, los «encargaos» de la Primaria en sus respectivas comunidades autónomas.

Después de leer los cuatro artículos estaremos satisfechos si el lector dispone de la información suficiente para formarse una opinión, pues con esa intención lo ponemos en sus manos, contando para ello con la ayuda, que agradecemos, del laboratorio GSK.





LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA ADMINISTRACIÓN

Las relaciones entre las sociedades científicas y la Administración

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Santirso
*SUBDIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA,
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD*

En España, el fenómeno de las academias y sociedades científicas tiene su origen en el movimiento novator y en la Ilustración. Aunque se había usado la denominación *academia* para centros de formación científica, generalmente orientados a la formación de nobles y oficiales del ejército, existió un fenómeno de tertulias cultas en distintas ciudades españolas, cuya primera institucionalización en el campo de las ciencias fue la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla, creada en 1700. Dichas organizaciones recibieron desde un principio, en mayor o menor medida, el mecenazgo de nobles o del propio Estado.

La proliferación de asociaciones científicas hasta nuestros días ha sido más que notoria en todos los países. La mayoría de las sociedades científicas nacen al unísono con la creación de una nueva especialidad, siendo en general sus fines:

- Promocionar y fomentar el progreso en un determinado ámbito de conocimiento o especialidad, divulgando e impulsando los conocimientos de la especialidad y sus principios.
- Representar los intereses de sus miembros en el marco de las leyes y ante los organismos de las administraciones públicas sanitarias, docentes y otros órganos o entidades nacionales e internacionales públicos o privados.
- Servir de órgano informativo respecto de las funciones y fines de la especialidad, y realizar cuantas tareas se le encomienden, colaborando con entidades públicas o particulares mediante elaboración de estudios, informes o propuestas.
- Procurar la armonía de los especialistas y asociados, organizar actividades de carácter profesional, de investigación, formativo, cultural o asistencial en orden a los fines anteriores en colaboración con las administraciones públicas, centros de salud,

hospitales, colegios de médicos, facultades de Medicina o demás sociedades científicas.

- Recabar el esfuerzo de los/as asociados/as y conseguir los medios necesarios para el mejor cumplimiento de los anteriores fines.

Estos nobles fines han colocado a las sociedades científicas durante años en un importante puesto de liderazgo, contribuyendo notablemente al establecimiento de los estándares del ejercicio profesional de cada especialidad, así como desarrollando una importante labor de coordinación entre especialidades, de promoción de la formación y la investigación, aspectos todos ellos que redundan en una mejor atención a la población. Además, en las últimas décadas, algunas sociedades científicas comienzan a apostar por el desarrollo de acciones de información y educación a la población.

Nada impide, como en el caso de algunos países, que las sociedades científicas españolas definan e implementen sus propios criterios restrictivos de admisión y procedimientos para reconocer públicamente el progreso profesional de los asociados (recertificación) que con carácter voluntario quisieran someterse a su reglamentación; en la medida en que sean válidos y rigurosos, serán reconocidos por la Administración Pública y entidades sanitarias privadas a la hora de establecer sus criterios de selección de personal.

Sin embargo, entre las amenazas más destacadas que surgen en el desarrollo de las sociedades científicas cabe destacar las siguientes:

- A menudo se orientan a defender la pervivencia de un determinado perfil profesional, o incluso a buscar un cierto lucro para las sociedades científicas, lo cual no siempre será beneficioso para la población, ya que el progreso científico puede llegar a diseñarse en función del prestigio de los miembros de la sociedad científica y no en beneficio de la población.

- Además, hay que tener en cuenta que las aportaciones de los socios nunca son suficientes para hacer frente a las necesidades económicas de una sociedad científica y, por tanto, las fuentes de financiación pueden influir decisivamente en la orientación de las mismas. Así, un excesivo celo en obtener beneficios de patrocinadores puede llevar a la sociedad científica a perder su independencia y rigor.
- Otro punto a tener en cuenta es que la desconexión entre los dirigentes de una sociedad y el conjunto de los socios puede conducir a líneas de trabajo muy alejadas de las necesidades del profesional al que sirve esa sociedad y, por tanto, fácilmente alejadas de las necesidades de la población si además no existe una estrecha colaboración con las asociaciones de usuarios.
- Por otro lado, en ocasiones, las actividades de las sociedades científicas se realizan siguiendo la inercia de lo que siempre se ha hecho o de lo que hacen otros, más que valorando la utilidad para el progreso científico del profesional o en respuesta a los intereses no del profesional, sino a los de la población a la que servimos, redundando en un mejor servicio a las personas que son atendidas por esos especialistas.

Para contrarrestar dichas amenazas, es importante reflexionar profundamente sobre determinadas cuestiones:

1. La misión de las sociedades científicas: ¿centrada en la defensa del interés profesional o centrada en la atención y salud de la población?
2. Los mecanismos de financiación: ¿financiación anárquica, sin respuesta a claros objetivos, y desequilibradas aportaciones de los socios en relación a los gastos de la sociedad? o ¿financiación

transparente, en respuesta a unos objetivos y resultados, y clara manifestación de los conflictos de interés ante situaciones concretas que pueden surgir?

3. Resultados de la sociedad científica: ¿aportaciones sociales útiles y basadas en pruebas o aportaciones irrelevantes de interés exclusivo para el patrocinador o el asociado o para determinados ideales políticos?
4. Participación de los socios de las sociedades científicas: ¿participación de los socios democráticamente en la elección de la Junta Directiva o desinterés de los socios y nacimiento de lobbies de poder?, ¿socios aceptados por sus méritos o socios aceptados para incrementar la financiación y servir a sus intereses?

En función de cómo contestemos a estas cuestiones tendremos un enfoque distinto de las sociedades científicas y se colocarán en una posición del amplio espectro con el que nos enfrentamos.

En este marco, ¿podría aprovecharse este momento para que la Administración pudiera regular y otorgar a las sociedades científicas una función de agencia externa que las habilitara para acreditar, bajo la tutela de las administraciones públicas, no sólo actividades de formación continuada, sino la competencia profesional mediante los procedimientos que se determinen? Podría aprovecharse para otorgar a las sociedades científicas un papel más relevante, reconocido en la LOPS, en su participación en la elaboración de criterios, normas y procedimientos de evaluación, así como en la evaluación misma.

¿Podría aprovecharse para que la Administración otorgase a las sociedades científicas la financiación suficiente para que estas instituciones actúen como proveedoras de formación continuada de los profesionales?

¿Podría aprovecharse para que la Administración otorgase a las sociedades científicas la financiación suficiente para que éstas fueran instituciones promotoras de la I+D+i?

En opinión del autor, la respuesta afirmativa a estas cuestiones sólo podría ser posible si se producen cambios previos en la normativa que regula las sociedades científicas, cambios en la misión de las mismas, cambios en los modelos de participación y métodos de gestión de sus procesos y cambios en la evaluación y control de sus resultados.

Entre tanto no se produzcan dichos cambios es difícil que la Administración pueda otorgar dichas funciones y las sociedades científicas continuarán ejerciendo casi exclusivamente una función asesora o consultora hacia la Administración.

Para todos es claro el enorme potencial y las aportaciones que han realizado las sociedades científicas al bien público, pero nos encontramos con grandes oportunidades de mejora. Para avanzar en ese proceso de mejora, mientras se producen los cambios estructurales necesarios, ayudaría el que cada sociedad científica se asegurase unas fuentes de financiación equilibradas y suficientes, que le permitan mantener su independencia respecto a los intereses privados y a la Administración, independencia esencial para promover su utilidad social. La Administración, por su parte, debería facilitar un decidido apoyo a las sociedades científicas, a cambio de que éstas garantizaran aportaciones sociales útiles. Para finalizar, las sociedades científicas deberían asumir que su mayor inversión de futuro es mantener la seriedad y el rigor científico de sus actos, declaraciones, propuestas, documentos, y reflexionar profundamente sobre cuál es su misión y a quién sirven.



LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA ADMINISTRACIÓN

Sociedades científicas y Atención Primaria

Dr. Jesús Hernández Díaz
*JEFE DE ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN SANITARIA
DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA*

La celebración de los 20 años de la reforma de la AP en España (1984-2004) ha servido de reflexión sobre la situación actual y de futuro de la Atención Primaria, sin olvidar (pobre sociedad que olvida su historia) la realidad histórica sanitaria en el nivel más cercano a la población en el pasado inmediato, es decir, previo a la llamada Reforma. Y ello porque la asistencia sanitaria y la Atención Sanitaria Primaria han existido siempre.

Sería poco serio pensar que la Atención Primaria nació con la Reforma. Es obligado recordar la prestación sanitaria a partir de la Sanidad Nacional y sus Cuerpos Nacionales de Médicos y Practicantes artífices de esa ATENCIÓN y no sólo asistencia sanitaria tanto en el mundo rural como urbano de nuestra geografía.

Cuando la salud pública era higiene y sanidad, cuando la educación para la salud se limitaba al consejo en el domicilio familiar o a la instauración de alcantarillado en las calles o a no tirar las basuras en cualquier esquina, cuando la herramienta tecnológica se limitaba al fonendo y los programas de prevención aconsejaban comer bien y vacunarse de la tuberculosis y la formación inexistente salvo las revistas y las visitas promocionales documentadas... estábamos realizando Atención Sanitaria. Y todo ello con el olvido de las jerarquías y la veneración por parte de los pacientes a los que se conocía desde el parto.

Por tanto, una prestación eficiente por el bajo coste que suponía y capacidad resolutoria con una valoración alta por parte de la población (no se discutían las decisiones del médico, por otra parte).

Recordar que la evolución social en nuestro país se movía en los años finales de la dictadura y la transición. Es entendible, pues, el clima que también en sanidad trajo la necesidad de cambio. En este aspecto, la prestación sanitaria estaba fundamentada en el hospital como centro único de conocimiento científico alentado desde las administraciones, de ahí muchos de los tics que aún perduran referentes a la Atención Primaria.

Por otro lado, la tecnología al uso no permitía disponer de comunicación fácil, imposibilitando la relación, comunicación o cualquier tipo de contactos con los niveles que conocemos actualmente.

Esta realidad social sirve de matriz al nuevo licenciado, la creación del sistema MIR, el empuje del mundo del conocimiento, la posibilidad de discrepar, la consideración de la salud pública como hilo conductor del progreso sanitario, la investigación y, en definitiva, considerar al ciudadano protagonista y actor de su salud y de su bienestar, hacen necesario foros, lugares de encuentro, grupos de debate donde profesionales con unas peculiaridades similares puedan compartir conocimientos e inquietudes. Nos estamos refiriendo a las sociedades científicas.

Y así, en el año 1973, surge la Sociedad Española de Medicina General, germen de la posterior SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista), que pretende englobar a todos los médicos rurales con el objetivo de luchar contra las condiciones laborales y formativas que se daban en aquel momento. Se reclamaba formación postgraduada como para las demás disciplinas y una formación que llegó efectivamente de la mano del programa MIR de Medicina de Familia. De la coordinadora de «MIREs» también por planteamiento reivindicativo surge, en 1982, la SEMFYC con las posteriores sociedades autonómicas. Finalmente, en 1988, se constituye la Sociedad Española de Medicina General (SEMG).

De una procedencia reivindicadora inicial se pasará a una apuesta por lo científico y sin relación con causa sindical, según recogen los estatutos de las sociedades.

Con la creación de las zonas básicas de salud, los equipos, se pasa a considerar el trabajo sanitario como una labor en común frente al aislamiento precedente, la atención continuada: fin a la presencia permanente durante 24 horas, los programas (cientifismo), la

formación... La reforma estaba en marcha. El Decreto 137/84 organizaba legalmente las estructuras y se hablaba de nuevos conceptos como el de coordinador, formación, unidades de docencia, calidad, etc. Es cierta la distinta velocidad de implantación de la reforma, pero cierto es también el cambio que se operó en todos los órdenes.

En 1986, la Ley General de Sanidad marca definitivamente el modelo de sanidad moderna que se propone para desarrollar los principios de universalidad, equidad y democracia, teniendo al ciudadano como principal protagonista del gran teatro sanitario y social de finales del siglo xx al igual que habíamos comentado con la AP.

A día de hoy es evidente que no todas las expectativas se han cumplido, pero al igual que es necesaria la revisión dinámica y la reflexión activa en conceptos utilizados en AP (programas, calidad, gestión, participación, etc.) obligado es reconocer el avance y la calidad de nuestro sistema sanitario.

En estas coordenadas las SSCC (sociedades científicas) han desempeñado un papel preponderante. La generación de conocimiento a través de la investigación clínica, biomédica, epidemiológica o de servicios sanitarios constituye uno de los pilares de sostenibilidad de la profesión sanitaria médica o de enfermería, ya que el mismo, el conocimiento, es el activo fundamental de nuestro sector.

Las SSCC deben «obligar» o estimular al sistema sanitario, a través de las correspondientes administraciones, a garantizar la producción de conocimiento de calidad suministrando las herramientas para ello. Y ellas mismas, fomentar la competencia y la calidad científica, la investigación como clave para consolidar la Medicina de Familia en la realidad científica incluyendo al paciente como beneficiario y destino final de la misma. La generación de conocimiento vemos que vuelve a asomarse como línea argumental.

Participar en la planificación, generar y fomentar la formación tutelada, evaluable y con valor específico a niveles de reconocimiento, por ejemplo en la carrera profesional ya en marcha en determinadas comunidades y de obligada implantación según el estatuto de las profesiones sanitarias. Colaborar críticamente con las administraciones sanitarias, en la exigencia y en el debate para la mejora; potenciar el campo de la docencia, íntimamente ligado a la investigación extendiendo las posibilidades metodológicas a todos los profesionales, generar expectativas novedosas ante los evidentes y necesarios cambios y propuestas de gestión que el futuro próximo nos exige afrontar. En definitiva, las SSCC deben garantizar la evidencia científica y el avance en el conocimiento y la participación.

La aparición de las nuevas tecnologías ha supuesto una herramienta de enorme impacto en el desarrollo de la AP. Diría que es la auténtica revolución por encima de muchos de los avances obtenidos. Hablar de historia clínica electrónica, simplificación del real e innecesario papel burocrático del médico, digitalización de las imágenes, prescripción informatizada o receta electrónica, sistemas de información rápidos y ágiles a disposición del profesional, Internet en las consultas, formación online, consultas bibliográficas, etc., son ejemplos de herramientas que ponemos a disposición para mejora de la calidad.

Calidad en la aplicación del conocimiento, en la mejora de la variabilidad, en la relación interniveles o con el exterior, en la evaluación de las actividades e incluso en la calidad de prescripción. La participación de las SSCC en el desarrollo de las nuevas tecnologías ha sido imprescindible. No serían entendibles propuestas sin la recomendación y el apoyo de quien debe gestionar tales herramientas.

Los grupos de trabajo de las distintas sociedades aportan con sus documentos elementos básicos de reflexión y debate. Muchos de ellos han servido de modelo para su implantación en ámbitos diferentes y, al ser fruto del consenso racional y sostenible son, por tanto, útiles.

El recorrido de la Reforma en el final del siglo XX ha desembocado en la época transferencial de las comunidades aún no transferidas, en 2002. Este proceso de descentralización ha facilitado en el ámbito que comentamos la mayor cercanía y mejor conocimiento con las sociedades, por obvio que parezca. Las posibilidades de colaboración y de debate han supuesto en nuestro caso multiplicar las propuestas, la formación, la toma de decisiones y el nivel de conocimiento de determinados problemas que al abordarlos simplifican las diferencias y facilitan su resolución.

La dinámica de la sociedad, y por tanto también de las organizaciones, obligan a afrontar retos y cambios no percibidos hace poco tiempo. En el mundo sanitario, de la inflación de profesionales de los años ochenta hemos pasado a la escasez actual motivada por diversos factores que las sociedades deben analizar junto con las administraciones y la propia sociedad, ya que el hecho redunda en esa calidad que todos defendemos.

La mayor participación de los pacientes en sus decisiones abona el campo de la corresponsabilidad. Este aspecto ya recogido en AP pero no bien desarrollado ahora toma un mayor peso específico ya que el incremento de la demanda, la mayor información de los pacientes, la exigencia de una atención de calidad, etc., obliga a una mayor implicación siendo las SSCC, vinculadas a la realidad diaria de la práctica, las catalizadoras de la reflexión entre las partes: profesionales, pacientes, Administración.

A modo de ejemplo, esa reflexión se ha manifestado en el llamado decálogo para la mejora de la AP, realizado por las tres sociedades más representativas de España (SEMG, SEMFYC, SEMERGEN) donde se plantean cuestiones como la mayor financiación de la AP frente al hospital, cupos racionales, aplicación de la carrera profesional, utilización de las tecnologías, etc., que algunas administraciones hemos utilizado como hilo conductor en determinadas decisiones.

En la misma línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo, recientemente ha puesto en marcha el Proyecto AP21, acerca de nuevas propuestas de mejora para la Atención Primaria. La participación de las SSCC en los cinco grupos de trabajo es primordial y básico como reconocimiento del verdadero papel que juegan. Este foro ha de realizar las propuestas de mejora y el cambio necesario, aprovechando lo existente, que vitalicen a nuestro ámbito porque revitalizar sería reconocer un cierto fracaso inexistente desde mi punto de vista.

El esfuerzo que las sociedades científicas realizan debe ponerse a disposición de la sociedad. Los protocolos, los documentos y las actividades formativas redundan en los profesionales de Atención Primaria. Este escenario que en otra época podía carecer del rigor científico exigido, según opinión discutible, dispone de toda una batería de recursos y herramientas capaces de resolver el 90% de las situaciones que se presentan en AP.

Queda claro el marco de relación de las SSCC con las administraciones.

Entendiendo la función de las sociedades como garantes de la mejora de la Atención Primaria, a veces es difícil separar la línea de actuación de la reivindicación de mejoras con las meramente laborales, baste recordar el origen de las sociedades. El riesgo de identificación haría perder credibilidad a la sociedad científica perdiendo su verdadero significado. Por ello todo lo que se escape a la mejora desde el punto de vista científico dañaría la propia imagen sin olvidar que la gestión del conocimiento requiere mejoras también laborales y existe el foro de encauzar las mismas.

Otro marco de relación dentro del mundo sanitario se localiza en los colegios profesionales. Tal relación se debería enmarcar en la aplicación del código deontológico, en la buena praxis y en el correcto código ético de los profesionales al estilo de otros países como el

Reino Unido, sin olvidarnos de la formación conjunta que se debe ofertar desde los colegios, pero con la garantía científica de las sociedades.

Por tanto, el papel de las sociedades exigiendo y participando de la aplicación de los principios científicos en la práctica diaria es clave. Además, la legislación ofrece posibilidades para manifestación conjunta de ambos estamentos: segunda opinión, variabilidad y praxis respecto a los principios hipocráticos, confidencialidad, protección de datos, comités de bioética, etc.

Finalmente, las sociedades deben estar abiertas a la sociedad civil e involucrarse en los problemas de salud de esa sociedad porque, en definitiva, todos los estamentos mencionados buscan la mejor solución para una sanidad sostenida con dinero público que debe estar al servicio de los ciudadanos y que reclama mayor participación en las decisiones, a través de órganos creados al efecto como los consejos de salud.

Bibliografía

La excelencia en Medicina de Familia y el pensamiento único en AP. Cañones PJ. Página web de SEMG. www.semg.es.

Estatutos de la SEMG.

Página web SEMERGEN. www.semergen.es.

Página web SEMFYC. www.semfyc.es.

Página web Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es.

Estatutos de la SEMFYC.

Foro Médico Nacional de AP. Madrid; 2004.

Plan de mejora de AP de la Comunidad de Madrid; 2004.

III Encuentro FORANDASLUS; 2005.

Documentos de opinión para AP. La carrera profesional en AP. SEMERGEN; 2005.

11. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. En: Repullo Jr, Oteo LA. Editores. Edit Ariel 2005; 16: 406.
12. Claves para la gestión clínica. En: Ruiz L. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2004.



LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA ADMINISTRACIÓN

La Administración y las sociedades científicas

Dr. Eduardo E. García Prieto

*DIRECTOR TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEL SERVICIO REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN*

Los sistemas de salud y la Administración Sanitaria

Con frecuencia tendemos a identificar como una misma entidad el Sistema de Salud y la Administración Sanitaria. Sin embargo, existen diferencias obvias, ya que mientras el primero se refiere al conjunto de servicios de salud encargados de proporcionar a los ciudadanos las prestaciones sanitarias a las que tienen derecho, el segundo se refiere a los órganos de dirección y gestión de estos servicios. Las diferencias en su naturaleza conllevan disparidad en sus objetivos.

Como ya ha quedado reflejado en el párrafo anterior, el fin de los sistemas de salud es la prestación de los servicios sanitarios a los que tienen derecho los ciudadanos, siendo la principal característica que deben cumplir estos últimos su contribución a mejorar, mantener o restaurar los niveles de salud de la población a la que van dirigidos.

Los objetivos de la Administración Sanitaria van dirigidos a la obtención del máximo nivel de eficiencia en la gestión de estos servicios. Esta eficiencia puede conseguirse mediante la reducción de costes, incrementando la productividad o con un «mix» de ambos.

La posibilidad de aplicación de cualquiera de estos mecanismos de mejora de eficiencia, cuando lo hacemos en el ámbito de la Administración Pública, es diferente de cuando actuamos a nivel micro o macro.

A nivel micro todos ellos son aplicables; sin embargo, a nivel macro la eficiencia sólo puede y debe conseguirse mediante la mejora de la cantidad y calidad del producto.

Esto se debe a que los recursos que los presupuestos destinan a sanidad tienen un carácter finalista y anual, de tal manera que en el

caso de que todo el presupuesto no sea ejecutado el ahorro producido se pierde al no poder ser incorporado al ejercicio siguiente, no existiendo, por tanto, capacidad de generar ningún tipo de beneficio económico.

Tampoco debemos olvidar que, en el ámbito sanitario, la mejora de la producción no se puede medir exclusivamente en incrementos de la cantidad y calidad de servicios prestados, ya que no todos ellos contribuyen en la misma medida a la consecución del objetivo final: mejorar el nivel de salud de la población a la que van dirigidos.

Debemos, así mismo, considerar que el carácter de «servicio» que tienen la mayor parte de las prestaciones sanitarias sitúa los puntos clave de la organización en aquellos momentos en los que se produce un contacto personalizado entre el usuario y el proveedor, como son los servicios de citación y atención al paciente, las consultas o los servicios de atención domiciliaria, y que, por tanto, la capacidad, aptitud y actitudes de los profesionales sea decisiva en todo el proceso.

La naturaleza del proceso asistencial hace necesario que en la mayor parte de los casos sea precisa la participación de diferentes servicios y, por tanto, de diferentes profesionales que no siempre desarrollan su actividad en el mismo centro sanitario y que, en no pocas ocasiones, comparten capacidad y aptitudes comunes que les permiten participar en el mismo punto del proceso asistencial.

Por todo ello, la búsqueda de la eficiencia por parte de las administraciones sanitarias públicas se produce a través de:

- La selección y priorización de aquellos servicios sanitarios que, atendiendo a las características epidemiológicas de la población receptora, pueden aportar un mayor beneficio en la mejora del nivel de salud de la misma.

- La mejora continua del proceso asistencial, asegurando que todas las actuaciones son realizadas por el profesional, nivel asistencial y centro con el nivel de especialización requerido (ni mayor ni menor), sabiendo que para ello cuentan con el acceso a la tecnología necesaria y disponen en cada caso de la logística adecuada.
- El mantenimiento de la capacidad y aptitud de los profesionales que asegure un alto grado de nivel científico en todas sus actuaciones y permita una orientación hacia la utilización de aquellos medios y recursos que han demostrado una mayor relación coste-beneficio.
- El fomento de una actitud positiva de servicio hacia el ciudadano y hacia la propia organización mediante políticas de personal dirigidas a la mejora de la motivación y desarrollo profesional.

Las sociedades científicas y los profesionales sanitarios

Las sociedades científicas se constituyen como agrupaciones de profesionales que ostentan una misma especialidad y cuyo objeto fundamental es la promoción de la misma. Aun cuando la mayor parte de las mismas tienen también un carácter reivindicativo, su diferencia con los sindicatos es clara en tanto que las primeras se centran en aspectos relacionados con la mejora de la competencia profesional y los aspectos éticos de desarrollo de la especialidad, mientras que los segundos se concentran fundamentalmente en las mejoras de carácter laboral.

Los objetivos y actividades desarrollados por las sociedades científicas son muy diversos, no obstante, y teniendo en cuenta la orientación de este artículo, se podrían destacar las siguientes:

1. Optimizar la práctica de la especialidad que representan a través de la promoción de mejoras en la ordenación y regulación de la misma, la definición del perfil profesional, así como impulsar la investigación en el ámbito de la especialidad.
2. Fomentar el mantenimiento y mejora del nivel científico de la especialidad mediante la participación activa en el proceso de formación de nuevos especialistas, desde el diseño del plan de estudios hasta la evaluación final, pasando por la participación en las actividades formativas y continuando mediante actividades de formación continuada, como son el desarrollo de cursos, organización de actividades científicas, edición de guías, revistas, libros, etc.
3. Contribuir al desarrollo profesional, orientando y asesorando a los especialistas sobre la problemática del ejercicio profesional de la especialidad, sus derechos e intereses profesionales, laborales, económicos y sociales.
4. Colaborar con otras organizaciones que pueden contribuir a sus fines como la Administración, la universidad, las organizaciones colegiales o los sindicatos.

Los puntos de encuentro y de desencuentro

Los puntos de encuentro de la Administración Sanitaria Pública y de las sociedades científicas se encuentran en el desarrollo de aquellas actividades y líneas de trabajo que contribuyen a la consecución de los objetivos de ambas organizaciones.

La Administración Sanitaria necesita disponer de guías de práctica clínica que orienten la actuación de los profesionales sanitarios hacia modelos de trabajo que garanticen la calidad de la asistencia presta-

da, la efectividad de las medidas diagnósticas y terapéuticas recomendadas y que valoren la relación coste-beneficio en la toma de decisiones.

Las sociedades científicas también incluyen entre sus objetivos la edición de guías clínicas que promuevan la más científica y correcta asistencia a la población en el área de su especialidad de forma más humana.

La realización conjunta de estas guías, o al menos el que cuenten con el reconocimiento mutuo, es un valor añadido que asegura la independencia en los planteamientos científicos, una rápida y amplia difusión, así como su aceptación tanto entre los profesionales dedicados a la asistencia como aquellos otros encargados de la dirección de los centros.

De la misma forma, la participación de las sociedades científicas en el proceso de definición de los criterios de selección de nuevos servicios, en la evaluación de su pertinencia y de la capacidad de ejecución y desarrollo, así como, tras su implantación, en el análisis del nivel de adherencia de los profesionales a las normas técnicas definidas para el mismo, garantiza a la Administración Sanitaria la certificación de que el proceso se realiza con criterios técnicos. Para las sociedades científicas supone la posibilidad de participar en las actividades de planificación sanitaria y la capacidad de orientar la práctica de la especialidad hacia estándares de calidad.

El interés de las sociedades científicas en la participación en aquellas actuaciones de la Administración Sanitaria encaminadas a la definición de perfiles profesionales o de puestos de trabajo, en el desarrollo de normas de funcionamiento de los centros sanitarios o en la definición de las relaciones con otros especialistas o con otros profesionales viene derivado de sus objetivos de promover actuaciones encaminadas a canalizar las aspiraciones profesionales de los especialistas

a quienes representan, introducir medidas que incidan en la mejor ordenación y regulación de la profesión y permitan, en definitiva, la potenciación y desarrollo de la especialidad.

Su participación en estas actividades supone para la Administración Sanitaria una garantía de que las medidas propuestas responden a la realidad cotidiana, que las disposiciones van a resultar efectivas y que la visión de la organización es compartida con todos los niveles de la misma.

El convencimiento de que este es el camino que hay que seguir nos ha conducido en Castilla y León a mantener una cordial, satisfactoria y fructífera relación con las sociedades científicas existentes en el ámbito de la Atención Primaria, producto de la cual ya se han hecho realidad, en tan sólo cuatro años, varios proyectos, como la revisión y actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, la celebración, cada dos años, de una reunión sobre este tema y el mantenimiento de una Comisión de Cartera de Servicios, tanto a nivel autonómico como de cada área sanitaria, que con la participación de las sociedades científicas y los equipos de Atención Primaria realiza el análisis, seguimiento, evaluación y propuestas de mejora en este campo.

Fruto de esta colaboración ha sido también la realización conjunta y edición de guías clínicas como las de:

- Atención al niño con asma.
- Atención al niño con síndrome de Down.
- Adopción internacional.
- Atención al inmigrante.
- Atención al niño con parálisis cerebral.

- Deshabitación tabáquica.
- Atención al paciente con demencia.
- Protocolos de fisioterapia en Atención Primaria.
- Prevención de úlceras por presión y heridas crónicas.

Así como la continuación del trabajo en otras guías que estarán, dentro de poco, en condiciones de ser publicadas como la de:

- Autismo y obesidad infantil.
- Atención integral de factores de riesgo cardiovascular.
- Oncogúías.

También ha permitido el abordaje de otros proyectos, como la elaboración de un documento sobre salud infantil, la realización de unas jornadas sobre deshabitación tabáquica en Atención Primaria, la elaboración de la guía de autoevaluación, adaptación del modelo E.F.Q.M. a Atención Primaria, así como su aplicación en siete centros de salud, el mantenimiento de un grupo de trabajo que junto con la Sociedad de Medicina Rehabilitadora ha permitido definir las actuaciones de rehabilitación susceptibles de ser abordadas en Atención Primaria, así como los canales de coordinación y colaboración entre ambos niveles asistenciales o la realización de un amplio y ambicioso proyecto que pretende definir los perfiles profesionales y de puestos de trabajo en Atención Primaria y que esperamos que sea una realidad en el año 2006, después de más de tres años de trabajo y espera.

El futuro sigue planteando importantes desafíos en el ámbito sanitario que requerirán un importante consenso entre todas las partes impli-

cad. Cabe destacar cuatro retos en los cuales la participación y colaboración de las sociedades científicas es fundamental:

- Por una parte es necesario abordar una revisión de la normativa que rige la Atención Primaria ya que, aun siendo válida en su inmensa mayoría, la misma fue redactada hace ya más de 20 años, siendo, por otra parte, necesaria su adaptación a normas de reciente publicación como la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario o el Estatuto Marco. Es un trabajo lleno de dificultades y no exento de peligros, pero necesario.
- La implantación de sistemas de informatización de la historia clínica abre nuevas posibilidades de seguir avanzando hacia un sistema de evaluación que, sin olvidar el análisis del proceso, evalúe resultados tanto clínicos como en salud, donde el sistema de información se ponga a disposición del sanitario como un instrumento de mejora, pero sobre todo permite introducir la posibilidad real de efectuar una gestión de procesos que facilite la comparación con los mejores como técnica de búsqueda de la excelencia.
- Uno de los principales problemas del sistema sanitario, presente desde sus orígenes y pendiente de solución, que últimamente está siendo objeto de diferentes propuestas de solución en todas las comunidades autónomas, es la continuidad del proceso asistencial cuando el mismo requiere la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales. Algunas de las soluciones que están siendo adoptadas por los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas, y en especial aquéllas que se refieren a propuestas de gestión única, son vistas por Atención Primaria como una amenaza y ante ellas se adoptan, en muchas ocasiones, posiciones pasivas y defensivas. Es necesario, por el contrario, intentar participar y liderar el proceso.

- Hay, por último, un problema emergente que a veces no percibimos en toda su magnitud: la escasez de algunos profesionales, especialmente médicos especialistas en Medicina de Familia y Pediatría. Es un problema que se va a agudizar con el tiempo, que no tiene solución a corto plazo (un médico especialista tarda en formarse 10 años), que requiere una planificación conjunta de los servicios sanitarios con las universidades y que, muy posiblemente, a medio plazo traiga como consecuencia un cambio en el papel, las funciones y el perfil de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en la Atención Primaria.

Los puntos de desencuentro pueden surgir cuando la Administración pone el énfasis en la reducción de costes y no en mejorar la calidad de los servicios sanitarios, utilizando para ello todos los recursos disponibles de la forma más eficiente, o cuando las sociedades científicas lo ponen en reivindicaciones profesionales y laborales más que en el desarrollo de la especialidad y el perfeccionamiento de la competencia profesional.

La existencia de más de una sociedad científica en Atención Primaria, tanto entre la Medicina de Familia como entre la Pediatría, puede ser, a su vez, objeto de desencuentros cuando una de ellas pretende imponer su criterio sobre las demás o cuando la Administración no sabe mantener el equilibrio y decanta su atención exclusivamente hacia una de ellas.

También pueden aparecer problemas cuando una de las partes se empeña en imponer un modelo ideal que se aleja de la realidad y del día a día, o, todo lo contrario se aferra a la «cotidianidad» y a un conservadurismo radical y no es capaz de hacer planteamientos de cambio y reforma que conduzcan hacia el modelo que consideramos como ideal.

La realidad cotidiana nos enseña que son más los puntos de encuentro que los de desencuentro y que tanto los directivos de las socieda-

des científicas como los de la Administración saben que su obligación es colaborar para conseguir un fin común que no puede ser otro que ofrecer a los ciudadanos unos servicios sanitarios de alta calidad y contribuir con ello a mejorar su nivel de salud.

No puedo acabar este artículo sin dejar de dar las gracias a todas las sociedades científicas que desde el principio han venido y continúan trabajando con la dirección técnica de Atención Primaria.



LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA ADMINISTRACIÓN

SEMERGEN opina

Dr. José Antonio Otero Rodríguez

MÉDICO.

VICEPRESIDENTE 1.º NACIONAL DE SEMERGEN

Ya en Italia, en el siglo **xvi**, encontramos reseñas de lo que podríamos llamar asociaciones científicas. Existían tertulias con cierto grado de organización que contaban con la protección de los príncipes, que las utilizaban para asesorarse en temas de gobierno relacionados con la ciencia y la técnica; se producía en aquellas tertulias una enseñanza cooperativa, entre iguales, que daba lugar a discusiones y aprendizaje mutuo, consiguiendo avanzar en el conocimiento de todo lo que por entonces se podía considerar ciencia.

De una manera mucho más organizada, en el siglo **xvii**, tanto en Inglaterra como en Francia, nacen dos instituciones que aún perviven en la actualidad a las que se les puede considerar las primeras sociedades científicas o academias, la Royal Society en Londres y la Academie des Sciences de París. La Royal Society era una asociación de personas interesadas por la ciencia, inspirada por el canciller Francis Bacon; independiente de la corona a pesar de contar con reconocimiento real, manteniéndose con las aportaciones de sus *fellows* o patrocinadores. La presidencia de Isaac Newton entre 1703 y 1726 contribuyó a situar a la Royal Society en la cumbre de la ciencia inglesa y mundial.

Seis años después de la creación de la Royal Society londinense, en París, Luis XIV y su primer ministro Colbert, crearon la Academie des Sciences; iniciativa del Estado que sostenía económicamente sus actividades, esta academia tenía como objetivo reunir a la elite francesa para asesorar al gobierno en asuntos científicos.

Desde entonces y coincidiendo con la profesionalización de numerosas actividades se van desarrollando en bastantes países, creándose centros específicos de investigación. Las academias y sociedades jugaron un papel muy relevante en la canalización, control y desarrollo de la actividad científica.

España no estuvo al margen de estas corrientes, existiendo como en Italia tertulias cultas en diferentes ciudades, siendo de ellas la más

relevante la Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla en 1700. Sus ordenanzas, aprobadas en 1700, establecen como su objetivo principal: «la inspección sanitaria de su provincia y otras colindantes».

Con la finalidad de «tratar los asuntos que la casualidad ofrecía, siendo la manera más apropiada para castigar el ocio» nace en Madrid, en 1732, la Academia de Medicina y Cirugía de Madrid, tertulia que tiene por objetivo el cultivo y adelanto de las facultades Médica, Química y Farmacéutica, sin proponerse más metas que el deseo de instruir y de ejercitarse en sus facultades y de gastar el tiempo que sobrase con alguna utilidad y provecho.

En el campo concreto de las sociedades médicas no existen tal y como las conocemos ahora hasta 1952 cuando se crea la Sociedad Española de Medicina Interna, impulsada por médicos tan relevantes como Marañón o Jiménez Díaz, entre otros. Según va avanzando la especialización van apareciendo sociedades o asociaciones de médicos especialistas en todas las ramas de la Medicina.

SEMERGEN, sus orígenes

A principios de 1965 ve la luz el primer número de la revista *Clínica Rural*. Esta publicación tiene como objetivo fundamental contribuir a resolver la gran necesidad del médico rural de entonces: la formación continuada.

La Administración estatal no se ocupaba de la formación de los médicos, como tampoco se ocupaba de cuestiones más prácticas como la jornada laboral o las vacaciones, cuestiones que nos podrían parecer normales siglos pasados y no tan sólo hace 25 años.

Los mismos promotores de la revista, los doctores Bacardi y Febrer, en especial este último, impulsaron, en 1968, la realización de unos

cursos de actualización para médicos rurales en Castellón; estos cursos tuvieron gran aceptación realizándose anualmente. De estos encuentros surgió la iniciativa de realizar un Congreso Nacional de Medicina Rural. Con la colaboración del Consejo General de Médicos, del Colegio de Médicos de Castellón y de la Universidad de Valencia se pudo celebrar este primer congreso en Valencia en octubre de 1972 bajo el lema «Congreso de la Unidad, de la sinceridad y de la esperanza».

Podemos considerar esta fecha, 1972, este congreso y las personas que lo llevaron a cabo como los creadores de la primera Sociedad Científica de Médicos Generales, de Atención Primaria, constituyendo un punto de inflexión en el devenir histórico de la medicina y en los médicos del primer nivel asistencial.

En este momento recomiendo a los lectores la lectura del libro de José Antonio Martínez, *Historia de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista* en el que se describen los acontecimientos más destacables de la Sociedad hasta nuestros días.

Tomado de dicho libro cito textualmente algunas de las actuaciones y reivindicaciones ante organismos oficiales, en adelante Administración, desde 1972, siendo el subrayado del que suscribe.

- Solicitud de realización del curso de nivelación para acceder al título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Petición de concursos de traslados y oposiciones anuales y restringidas.
- Demanda de cobro por atención a desplazados.
- Condiciones de integración en estructuras básicas de salud.
- Reconocimiento de servicios interinos.

- Petición de creación de un Servicio Nacional de Urgencias.
- Reclamación de anulación de guardias de 24 horas.
- Petición de cartilla sanitaria individual.
- Requerimiento de equiparación de los autónomos de la industria a los del campo.
- Petición y presentación de un plan de estructuras sanitarias para el ambiente rural.
- Colaboración en el borrador del anteproyecto de la Ley General de Sanidad.
- Presencia en los tribunales de la última oposición al Cuerpo Nacional de Médicos Titulares.
- Petición de la concesión automática del título de Medicina de Familia a los diplomados en Sanidad.
- Colaboración en el desarrollo de los cursos de nivelación o perfeccionamiento.
- Presencia en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Petición de la delegación de la acreditación de actividades formativas para el SAAP (Sistema de acreditación de Atención Primaria).
- Participación en las negociaciones del Real Decreto de Homologación.
- Colaboración en el borrador del anteproyecto de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

— Colaboración en la elaboración del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Y otras posteriores a la edición del citado libro, como la realización, junto a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, de la prueba ECOE, necesaria para la obtención del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Varios miembros de la Sociedad forman parte de los grupos de trabajo convocados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el proyecto «Estrategias para la Atención Primaria XXI»; así como en todas las comunidades autónomas es un hecho la participación de SEMERGEN en numerosos grupos de trabajo para la elaboración de planes, guías clínicas, elaboración de informes, etc.

Al mismo tiempo que se producían estas acciones, SEMERGEN realiza numerosos cursos, talleres, proyectos de investigación dirigidos a todos los médicos que ejercen en el primer nivel de atención, siempre con independencia, guiados únicamente por el interés de mejorar la competencia de sus asociados y sus condiciones de trabajo.

El objetivo fundamental de nuestra Sociedad es la promoción de la Medicina General de Familia, colaborando en la mejora de la asistencia a la población, aumentando y perfeccionando la competencia profesional de los médicos dedicados a la misma, fomentando la investigación, desarrollando la formación continuada y defendiendo los intereses y las legítimas aspiraciones de mejora en el ejercicio de la Medicina de Familia de sus socios con arreglo a la legislación vigente y a los principios éticos.

Además de este objetivo fundamental, nuestro Estatuto recoge una serie de fines que tratan de marcar a modo de trayectorias cuáles han de ser las actuaciones de las personas responsables de dirigir la Sociedad, y referido al tema que nos ocupa de relaciones con la Administración

Sanitaria entresaco aquéllos que pueden resultar de interés para situar nuestra posición:

- Colaborar en la aplicación de cuantas medidas incidan en la mejor ordenación y regulación de la Medicina General de Familia.
- Promover la participación de la Sociedad en los proyectos de reforma y mejora sanitarias, en la planificación sanitaria a nivel nacional, autonómico, provincial y local, y en cuantos acontecimientos de orden científico, organizativo, profesional y social afecten o puedan afectar a la Medicina de Familia o a los profesionales que la ejercen.
- Analizar, valorar y emitir informes sobre las condiciones del ejercicio de la Medicina General de Familia, la formación pre y postgrado de la misma, las condiciones de acceso, desarrollo y estructuración de la especialidad realizando las propuestas de mejora que se consideren oportunas.
- Colaborar con los poderes públicos, administraciones y organismos en todo lo relacionado con la ordenación, planificación, legislación, reglamentación, organización y desarrollo de la Medicina General de Familia.

Teniendo estos fines como referencia, entendemos que sólo una buena relación con la Administración sanitaria en todos sus niveles así como con todos los «actores» implicados en el sector sanitario (universidad, colegios de médicos, Organización Médica Colegial, sindicatos, otras sociedades científicas, asociaciones de usuarios y pacientes e industria farmacéutica) nos hará conseguir nuestros objetivos.

Esta relación con nuestros «aliados» pasa por unas premisas básicas y fundamentales:

- Mantenimiento de nuestra independencia de criterios.
- Absoluto respeto a las obligaciones o compromisos de los demás.
- Conocimiento de los objetivos y necesidades de los «aliados», y en la medida de nuestras posibilidades y compromisos ayudarles a conseguirlos.

Teniendo en cuenta nuestra historia como sociedad científica, nuestros objetivos y fines y las premisas antes citadas, nuestra relación con la Administración quiere ser:

- De colaboración, independientemente de qué partido político gobierne tanto a nivel central, autonómico o local. Entendemos que es preocupación de todos ellos el mantenimiento y mejora de la salud de todos los ciudadanos, en este escenario confluyen los intereses de ambos y, por tanto, nuestra estructura y nuestros socios estarán siempre dispuestos a colaborar estrechamente con las instituciones.
- De asesoramiento en todas aquellas facetas que sean responsabilidad de la Administración y en las que nosotros podamos aportar nuestra visión y experiencia de médicos del primer nivel asistencial.
- De reivindicación: en este aspecto creemos que por diversas circunstancias, entre ellas el liderazgo que la Administración ejerció en el proceso de reforma de la Atención Primaria, se consideró en el deber de regular cuestiones que podrían corresponder a los profesionales representados por sus colegios o sociedades científicas. En el caso de los primeros, los colegios, en los años ochenta no disponían del mismo desarrollo y presencia en ellos de médicos de Atención Primaria que existe en la actualidad y eso dio lugar a que no se pronunciaran reivindicando su

capacidad de decisión en cuestiones profesionales. En cuanto a las sociedades científicas de Atención Primaria y teniendo en cuenta el escenario sociopolítico existente en aquellos momentos, la Administración eligió para sus estructuras directivas tanto a nivel ministerial o gestor central y periférico a personas que al mismo tiempo ejercían un cierto liderazgo en las sociedades científicas, especialmente en la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, asumiendo aquélla la dirección y el protagonismo en la regulación de aspectos que deben estar en el ámbito profesional.

Cierto es que los médicos somos portadores de una «tradición profesional», entendiendo por ello que:

- Una profesión ejercita algún tipo de control sobre un determinado conocimiento experto. Quizás por lo dicho en el párrafo anterior, se dieron circunstancias en Atención Primaria que hicieron que este control se ejerciera por la Administración, no sucediendo en ningún modo en especialidades hospitalarias; sirva de ejemplo las Normas Técnicas (Mínimas) del antiguo INSALUD, donde sólo en una última fase se contó con las sociedades científicas. La Administración asumió un papel que no le corresponde exclusivamente.
- Establece los estándares de formación y el control de acceso a la profesión. A través de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y las Comisiones de Acreditación delegadas en los Colegios de Médicos con la participación de las Sociedades Científicas.
- Ejercita un cierto monopolio.
- Los miembros de una profesión esperan tener un cierto grado de autonomía sobre su trabajo.

Pero no debemos olvidar que la mayor parte de médicos de Atención Primaria trabajamos para el Sistema Nacional de Salud y por ello, como trabajadores contratados por cuenta ajena, debemos seguir las normas y procedimientos que establece la institución que nos contrata.

Creemos que ambos planteamientos pueden ser compatibles y que un conveniente reparto de tareas y responsabilidades derivará en efectos positivos para ambos y, por supuesto, para cumplir con el objetivo primordial que es mantener y mejorar la salud de nuestros conciudadanos.

SEMERGEN está en condiciones de asumir esa responsabilidad junto a las otras sociedades científicas de todas las especialidades por desarrollo, estructura, organización y, lo que es más importante, por interés, experiencia y cualificación de nuestros socios.