



DECÁLOGO DE OBJETIVOS PARA UNA AP DE CALIDAD

AL LADO DEL PACIENTE
DEL LADO DEL PACIENTE

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA



DÍA NACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2016



DÍA NACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2016

La Atención Primaria es el eje del sistema sanitario, y así debe ser reconocida a todos los efectos: incremento presupuestario, dotación adecuada de recursos humanos, aumento de la capacidad de realización de pruebas diagnósticas...

a. Incremento del presupuesto de AP dentro del sistema sanitario en los próximos presupuestos. Objetivo: 16% en un año y 20% en cuatro años.

b. Determinación de criterios para la adecuación de las plantillas profesionales a la realidad sociodemográfica de la población a atender.

La crisis económica de los últimos años ha impactado duramente en los servicios sanitarios. Si ya viene siendo conocida la reducción del porcentaje de PIB destinado a gasto sanitario público y, dentro del mismo, el porcentaje dedicado a la Atención Primaria (que ronda en la actualidad el 13,5%), todo ello queda agravado por el hecho de que el propio PIB se ha reducido en más de un 5% en estos años. El maltrato a la Atención Primaria y, con ello, a la población, a la que no se informa de la reducción de su capacidad operativa, es más que evidente. Si a ello le añadimos que la ratio poblacional de médicos de este nivel asistencial se ha reducido ligeramente en el último año, comprenderemos el incremento de la carga de trabajo y de la responsabilidad adquirida por estos profesionales en circunstancias socialmente adversas.

Según un estudio reciente, un 52,5% de los médicos de familia y un 67,6% de los pediatras atendían a cupos poblacionales que superaban, respectivamente, los 1.500

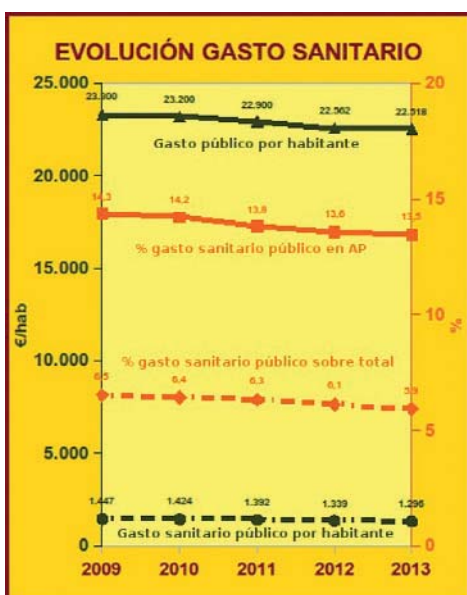
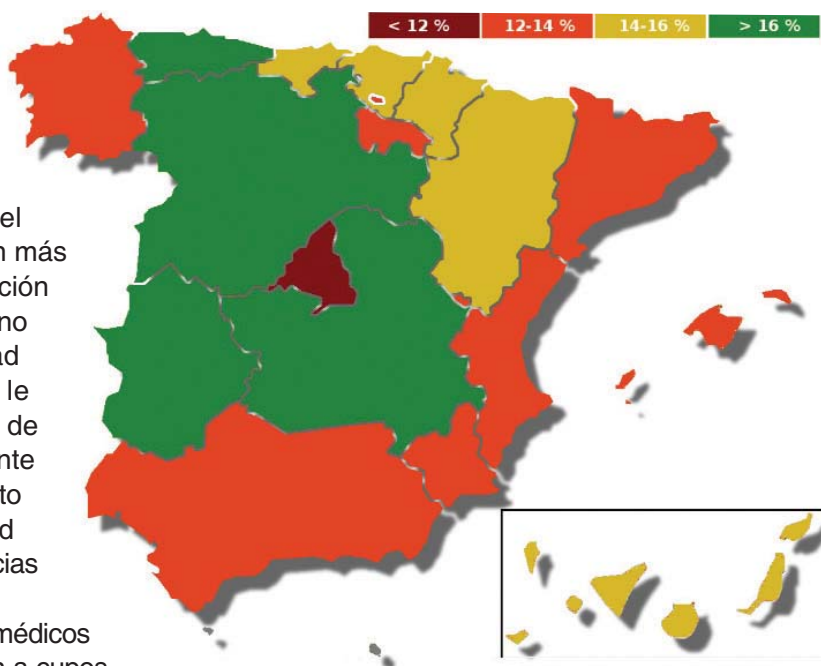
y 1.000 usuarios, por encima de los límites considerados como deseables hace ya más de una década. De ahí que un 41% de los MF (hasta un 69,7% en situaciones especiales) superara los 40 pacientes por día de media, y un 53,4% de

pediatras (hasta un 87,6%) los 30 niños atendidos por día. Eso lleva a un incremento muy importante de la carga de trabajo y a la aparición de demoras en la atención a los pacientes en más de la mitad de los profesionales.

Hay que decir que el maltrato al que hacíamos referencia no se distribuye por igual en todas las Comunidades Autónomas (CCAA), y algunas son capaces de mantener un presupuesto para la AP por encima del 16% que nos marcamos de referencia: Asturias, Extremadura y las dos Castillas.

A esta situación se une el hecho de una carencia de criterios claros en la distribución de profesionales, más allá del meramente demográfico. Casi el 90% de la variación en la ratio poblacional de médicos por CCAA viene explicada por criterios de dispersión de la población, sin que parezcan tenerse en cuenta las características socioeconómicas, que, sin embargo, influyen enormemente en la utilización de los servicios sanitarios públicos.

PORCENTAJE DE GASTO SANITARIO PÚBLICO DEDICADO A AP



FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria debe liderar, por tanto, la gestión de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario y social, incluyendo la coordinación con el nivel hospitalario, centros geriátricos y de discapacitados, asociaciones de pacientes...

- **En todos los procesos que se desarrollen dentro de la Estrategia Nacional de Enfermedades Crónicas debe quedar patente el papel fundamental del médico de Atención Primaria.**

En España, las enfermedades crónicas constituyen el patrón epidemiológico dominante. Al ser de larga duración y, generalmente, de lenta progresión, suelen conllevar una limitación en la calidad de vida tanto de las personas afectadas como de las cuidadoras, y son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria, del consumo del 70-80% del gasto sanitario total, del 60% de ingresos hospitalarios y del 75% de las urgencias.

La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico (como reconoce el Ministerio de Sanidad en el documento “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”), por lo que es preciso impulsar el papel de los Equipos de Atención Primaria y, en particular, de los profesionales de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería, como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad.

Esto ha dado lugar al desarrollo de iniciativas y planes específicos a nivel autonómico, centradas no tanto en la enfermedad crónica sino en las personas, y buscando la prevención de la condición crónica y la calidad de vida de los pacientes. Todas las estrategias se dirigen hacia una transformación del sistema, necesaria y positiva dados los cambios demográficos y el peso adquirido por las patologías crónicas en las últimas décadas, pasando a ser eje coordinador la Atención Primaria, empoderando al paciente con la integración de la atención, el desarrollo de las TIC y la coordinación sociosanitaria y entre actores de los diversos ámbitos asistenciales.



Todas las iniciativas tienen en común:

- la **estratificación de la población**, que permite realizar intervenciones planificadas y proactivas, facilitando la planificación de recursos de manera eficiente;
- la **gestión de la salud poblacional**, con iniciativas orientadas a mejorar los resultados de salud,
- **iniciativas transformacionales**, que facilitan la implantación y mantenimiento de un nuevo modelo de gestión más eficiente en el tratamiento de la cronicidad.

Si bien en las diferentes Comunidades Autónomas se han realizado documentos de distinta denominación (Estrategias, Planes o Programas), el grado de implantación no es uniforme, y solo en algunas se están llevando a la práctica, debido fundamentalmente al compromiso de los profesionales a liderar el cambio.

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los médicos de familia y pediatras deben, a su vez, liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios humanos, aumento de la capacidad de realización de pruebas diagnósticas...

a. Creación de estructuras de participación activa de los médicos en la gestión estratégica de la Atención Primaria.

b. Definición, desde esas estructuras de participación, de los procesos de selección del personal directivo de los centros de salud (profesionalización de la gestión).

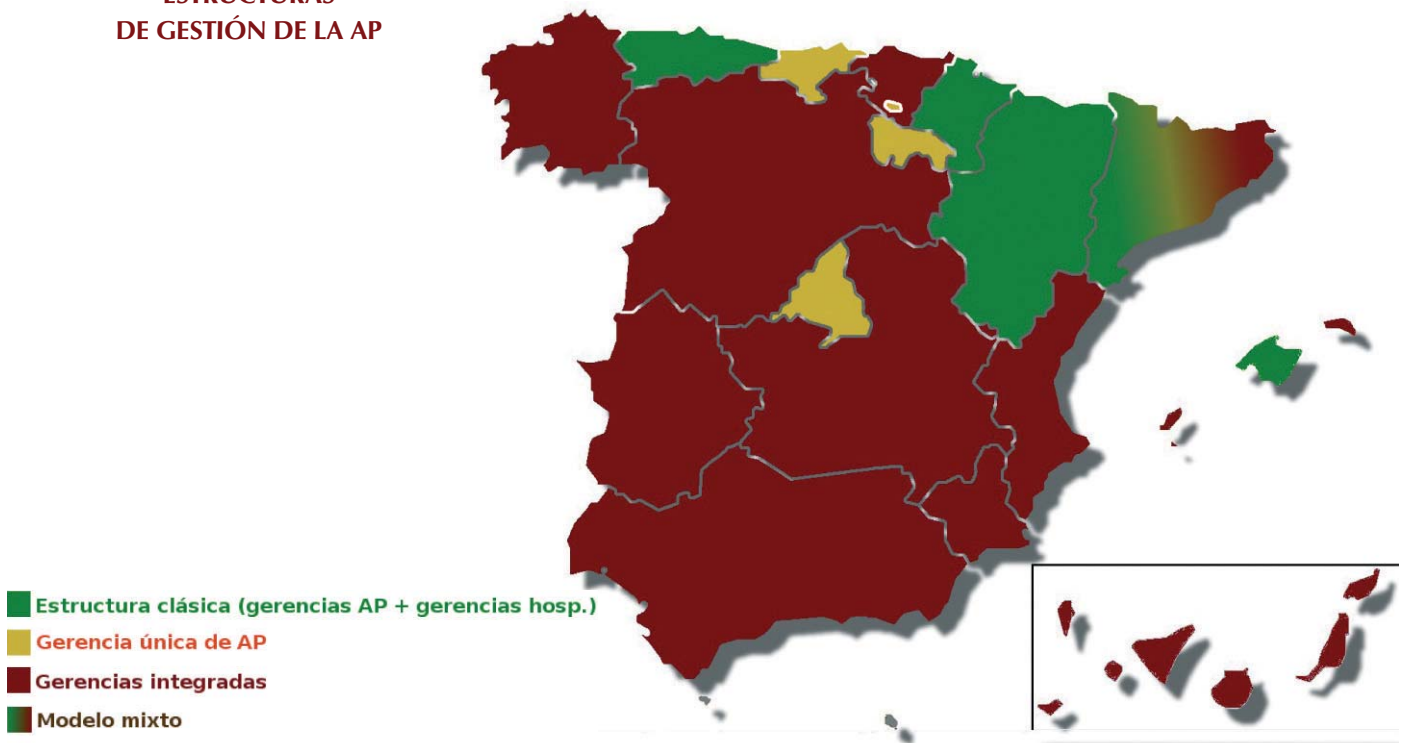
La participación de los médicos de familia y pediatras en la toma de decisiones sobre la organización y la gestión de recursos no ha presentado ninguna evolución, ni previa a las elecciones autonómicas, ni posterior a éstas, pese a los cambios de gobierno generados en casi todas las Comunidades Autónomas, por lo que no existe en este momento participación de los profesionales de Atención Primaria en el liderazgo de la AP española.

Tampoco se han establecido mecanismos de definición de los procesos de selección de personal, pese a aparecer en los programas electorales de casi todos los partidos políticos y las declaraciones en ese sentido de varios consejeros, por lo que en el momento actual no existe ninguna CCAA donde los profesionales puedan implicarse en la elección

de los cargos directivos de Atención Primaria ni conocer los requisitos para la elección de los mismos de forma pública y transparente que los aleje de la designación directa por parte de la consejería correspondiente.

Pero, además, la evolución de la estructura directiva de la Atención Primaria española en este último año ha continuado con la deriva hacia su desaparición, con la proliferación de las Gerencias Integradas y la eliminación de puestos directivos de Atención Primaria, lo que en palabras del presidente de SEDAP (la sociedad de los directivos del primer nivel) podríamos definir como “la lucha de un león (la Gerencia del Hospital) y un gato (la Gerencia de AP) por un filete, donde el león se acaba comiendo el filete y al gato”.

ESTRUCTURAS DE GESTIÓN DE LA AP



FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dado su papel central en el sistema sanitario, los médicos de familia y pediatras deben tener acceso al catálogo completo de pruebas complementarias según indicación razonada y criterios de eficiencia clínica:

- Incremento de la disponibilidad de pruebas diagnósticas en Atención Primaria (ecografía, radiología, endoscopias...).
- Definición de un catálogo de pruebas complementarias homogéneo en todo el Estado español.

ACCESIBILIDAD A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DESDE AP

Diagnóstico por imagen

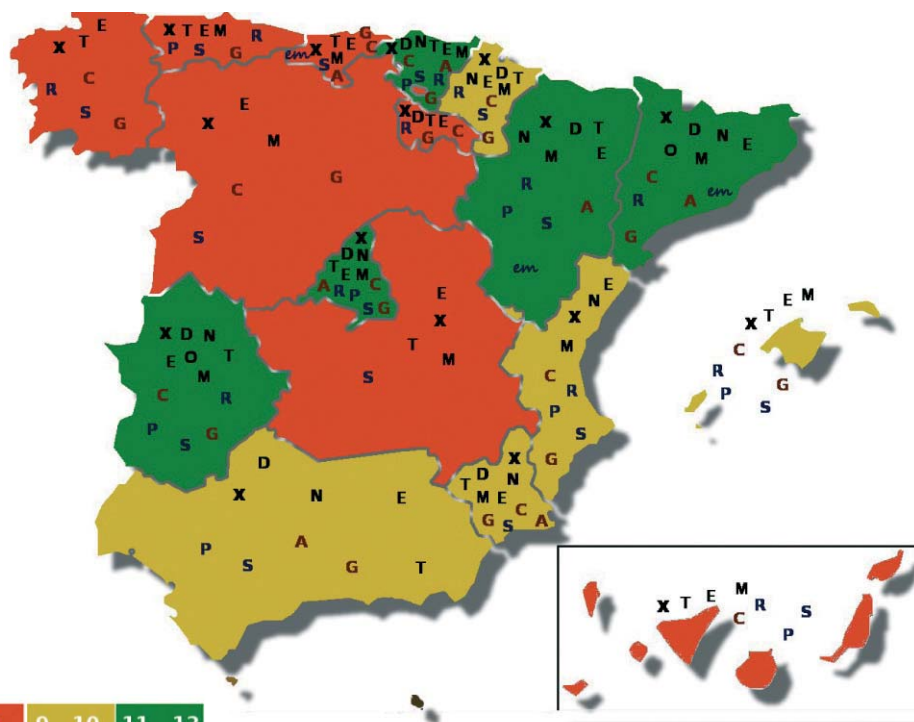
X radiología simple
T TAC
E ecografía
N RMN
O ortopanto
D densitometría
M mamografía

Pruebas invasivas

A analítica compleja
C colonoscopia
G gastroscopia

Otros procedimientos

R retinografía
P teledermatología
em electromiografía
S espirometría



Número de procedimientos: 6 - 8 9 - 10 11 - 13

El catálogo de pruebas complementarias a las que el médico de AP puede acceder es muy desigual a lo largo del territorio español, como se puede apreciar en el mapa (objeto fundamental para esta comparación, y realizado a partir de una serie de pruebas que se han considerado representativas de distintas áreas de la clínica). Es sorprendente la inequidad y desigualdad existente, que ya no queda solo relegada a las autonomías, sino también dentro de las propias provincias, aspecto que no hemos podido desarrollar en el gráfico. E incluso dentro de las mismas provincias, entre las distintas áreas de gestión. El catálogo de pruebas accesibles para los médicos de AP puede variar abismalmente entre áreas de gestión separadas por tan sólo unos pocos kilómetros.

Si comparamos entre Comunidades Autónomas, la diferencia puede ser tan grande como la que nos encontramos entre Castilla-La Mancha y la Comunidad de Madrid, o Castilla y León y el País Vasco, por poner algunos ejemplos entre otros muchos, encontrando ámbitos autonómicos en los que los tipos de pruebas complementarias que el médico de Atención Primaria puede solicitar están bastante limitadas (véanse las regiones coloreadas en rojo o naranja).

Por otra parte, nos encontramos con comunidades, como el caso de Cantabria, donde solamente se pueden solicitar: radiología simple, ecografía y TAC de columna vertebral. Pero tienen muy protocolizadas las demás pruebas a través del segundo nivel.

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El ejercicio de la Medicina en Atención Primaria debe tener un entorno profesional y laboral atractivo: estabilidad, incentivación basada en criterios profesionales, reconocimiento de la penosidad (turnos de tarde, soledad...):

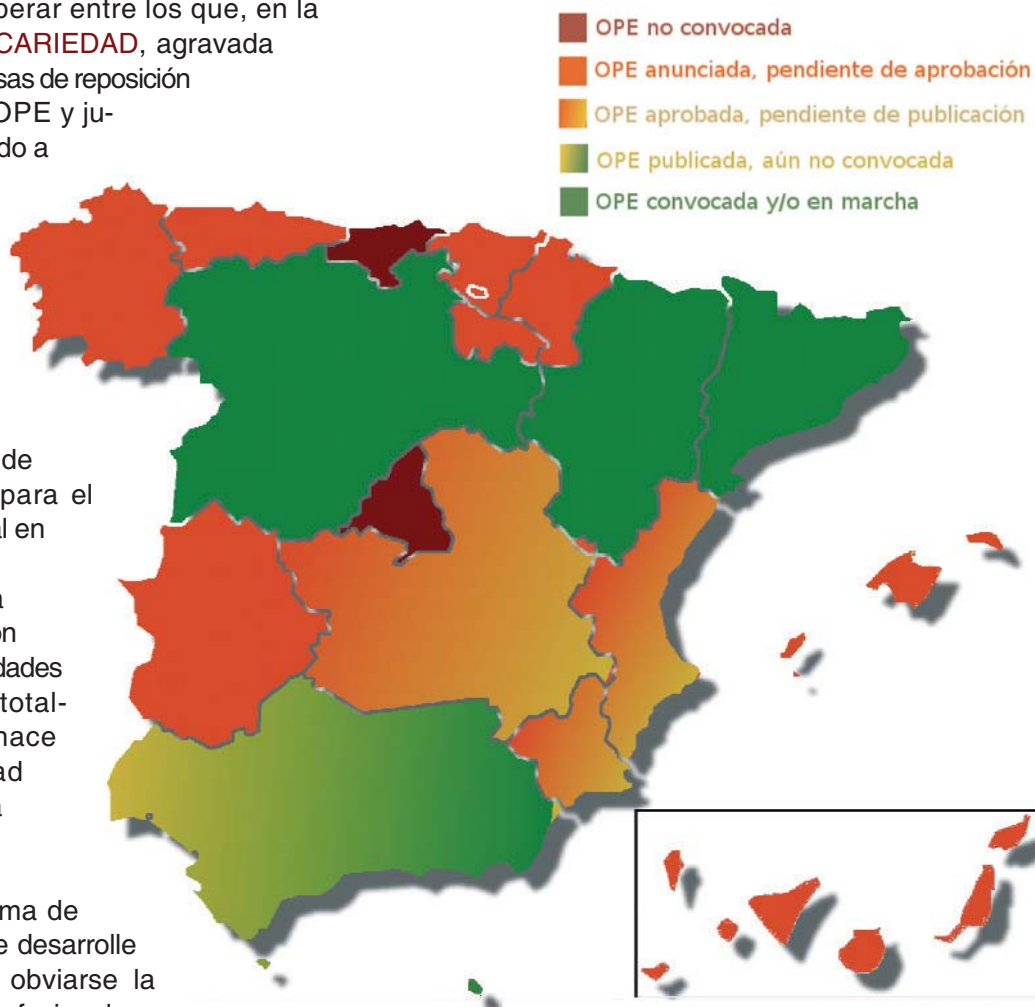
- Carrera profesional vinculada a un auténtico proceso de desarrollo profesional y científico evaluable en el tiempo.**
- Estabilización del ejercicio profesional mediante la realización periódica de procesos selectivos.**

El entorno profesional y laboral de la Atención Primaria tiene muchos retos que superar entre los que, en la actualidad, destaca la **PRECARIEDAD**, agravada en los últimos años debido a tasas de reposición leoninas, congelación de OPE y jubilaciones anticipadas llevando a una franca disminución de plantillas de médicos de familia y pediatras de AP con tasas del 30% de precariedad con las más variadas situaciones de inestabilidad laboral. Esto conlleva graves repercusiones asistenciales y la existencia de un inadecuado ambiente para el trabajo en equipo, fundamental en la Atención Primaria. Aunque en los últimos meses se ha tratado de paliar esta situación con OPE en distintas Comunidades Autónomas que resultan totalmente insuficientes, se hace necesario una regularidad anual de las OPE más allá de avatares económicos y políticos del momento.

Si se quiere que el sistema de incentivación por objetivos se desarrolle adecuadamente no puede obviarse la previa negociación con los profesionales y donde prevalezca criterios profesionales claros, pactados y adaptados a la realidad laboral de cada centro.

La Carrera Profesional ha sufrido con la crisis la paralización en todos o casi todos los servicios de Salud, recortes que han llegado hasta el 50% en ocasiones y presenta diferencias que superan ampliamente el 150% en retribución entre el máximo y el mínimo en las diferentes Comunidades Autónomas.

OPE PARA MÉDICOS DE AP EN MARCHA (2016)



Es urgente una reactivación generalizada, un proceso de homologación hacia el máximo nacional y una simplificación de los baremos que posibilite un acceso sencillo basado en criterios objetivos y que tengan en cuenta la presión asistencial que sufren la mayoría de los médicos de AP, que les impide en muchas ocasiones cumplimentar unos baremos demasiados exigentes en algunos Servicios de Salud.

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente, siempre teniendo en cuenta el contexto socio demográfico y eliminando toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica, facilitando al máximo su realización:

- Diseño personalizado de la agenda en base a criterios de eficiencia y calidad asistencial.**
- Estandarización de documentos asistenciales que facilite su cumplimentación a nivel de todo el Estado.**

En los últimos años hemos ido viendo una progresiva masificación de las consultas médicas, lo que se ha traducido en una disminución de los tiempos de atención a los pacientes, lo que supone un serio riesgo para la calidad asistencial.

Desde hace ya muchos años, los médicos de AP venimos pidiendo que las agendas se adecuen a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente, siempre teniendo en cuenta el contexto socio-demográfico y eliminando toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica, facilitando al máximo su realización. Ello obliga a que los profesionales sanitarios podamos disponer de agendas personalizadas, pues no puede ser lo mismo una agenda en un entorno rural que en otro urbano, en una población envejecida o en un contexto cultural diametralmente opuesto al del profesional que atiende esa consulta.

Por ello, necesitamos poder autogestionar las agendas dentro de unos mínimos establecidos, pero que permitan adecuarlas a la realidad de cada cupo, territorio y otras características demográficas que puedan ser relevantes, marcándonos como objetivo general mejorar la calidad asistencial y mejorar nuestra capacidad resolutoria.

En el momento actual, hemos podido comprobar que existen algunas CCAA donde el plan de mejora, llevado a cabo por las diferentes Gerencias de AP en su día, dio lugar a la creación de agendas que pretendían tener en cuenta diversos parámetros, como la presión asistencial y frecuentación existente, creando un determinado número de huecos y minutaje. Pero la implementación de las agendas ha sido muy desigual y, así, nos hemos encontrado con CCAA donde hay una recomendación genérica de la Gerencia que permite autogestionar las agendas en los

centros de salud por parte de los directores de centro y los profesionales, “de forma más o menos” consensuada. En otras CCAA son las gerencias quienes fijan las agendas y solo pueden modificarlas los equipos directivos de los centros o la propia gerencia, y nunca el profesional. Finalmente, en un último grupo de CCAA, las agendas vienen diseñadas por la Gerencia correspondiente, con una rigidez en su composición de difícil modificación por parte de los profesionales.

Así mismo, hemos encontrado una gran variabilidad intra-CCAA e intra-centros.

En relación al segundo apartado de este punto, este Foro no ha podido encontrar documentos estandarizados a nivel estatal que permitan lograr una mayor equidad y homogeneización (por las que estamos luchando hace años) en lo que a la asistencia sanitaria se refiere.



FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La gestión de la Incapacidad Temporal debe tener un diseño basado en criterios clínicos, evitando la multiplicación de informes que requiere la nueva regulación, y haciéndola extensiva a todos los niveles asistenciales.

El 1 de diciembre de 2015 entró en vigor el RD 635/2014

que modifica la Incapacidad Temporal, junto con la Orden ESS/1187/2015 que lo regula. Solamente tres Comunidades Autónomas, Galicia, Cataluña y Navarra, lo han puesto en marcha en toda su complejidad. Las demás CCAA han alegado problemas técnicos para su implementación, lo que trasluce la difícil relación entre los diferentes responsables políticos en la gestión de la Incapacidad Temporal (por un lado el Ministerio de Empleo que legisla con independencia la situación de la atención y del otro un Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad que se encargan de aplicar la norma sin contar con recursos para ello).

Por otro lado, las Mutuas de la Seguridad Social, aunque aplicando parte del RD, tampoco han satisfecho lo contemplado en la ley de Mutuas aprobada también en 2014, por lo que la legislación aprobada en 2014, casi dos años después sigue sin estar en funcionamiento.

Desde el Foro de AP se ha rechazado con rotundidad su diseño y se ha pedido su derogación por dos motivos fundamentales:

1. El farragoso diseño de plazos estimados de duración de la Incapacidad Temporal que no aporta valor y debería ser simplificado. Se estima positivamente la disminución de Partes de Confirmación.

IMPLANTACIÓN DEL NUEVO MODELO DE IT



2. La profusión de Informes Complementarios, hasta 7 en un año, carentes de utilidad.

Por todo ello, desde el Foro de Médicos de Atención Primaria se mantiene la petición de revisión del RD 625/2014 sobre regulación de la Incapacidad Temporal en la presente legislatura para adaptarlo a las verdaderas necesidades de profesionales y trabajadores.

Consideramos que mientras tanto podría aplicarse suprimiendo los Informes Complementarios, con el fin de no perjudicar la tarea de las Comunidades Autónomas que lo hayan incorporado.

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales y a todo el Sistema Nacional de Salud, en un formato ágil y que garantice la interoperabilidad, así como el acceso al historial médico integrado a nivel nacional.

a. 100% de implantación de la receta electrónica con total interoperabilidad en un plazo máximo de 4 años.

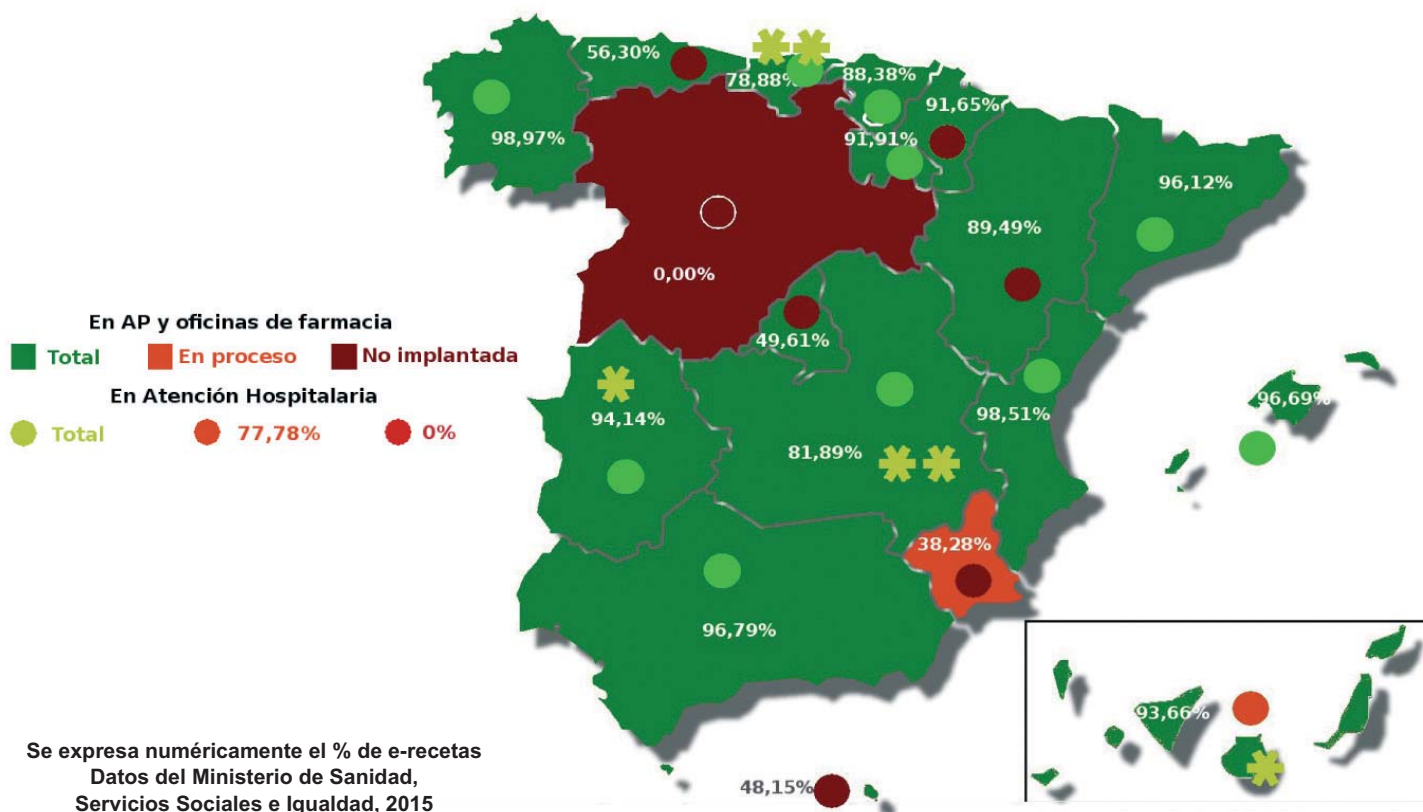
La evolución y despliegue de la receta electrónica (RE) durante este año ha sido bastante decepcionante, al continuar la poca presencia del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial en la ordenación del proceso de implementación. La principal consecuencia ha sido la anecdótica evolución de la interoperabilidad de la misma, cuyos “experimentos” se han centrado en dos comunidades pequeñas, Canarias y Extremadura, con grandes posibilidades de éxito de los pilotajes, pero escasamente exportables al resto de España.

Continúan pues los 17 modelos de RE con gran disparidad entre ellos en conceptos básicos (solo recetas de crónicos, todas las prescripciones, solo recetas de agudos, TLD

reconvertidas...), en desarrollo (solo en AP, en todo el sistema, AP y AE sin urgencias...) y sobre todo en utilización, ya que incluso en comunidades con la RE asentada y extendida la utilización real de la misma no pasa del 81 % de las prescripciones (el 23% de las recetas en España siguen siendo hechas a mano, ni siquiera en ordenador).

Tampoco se han producido avances en la necesaria comunicación con la oficina de farmacia, en mecanismos de seguridad para el paciente, en sistemas de apoyo a la prescripción (y donde se ha hecho, como en la Comunidad Valenciana, ha sido con un claro carácter cicatero y economicista) ni en portabilidad fuera del centro de salud, ni en extensión...

IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA



FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La formación en Atención Primaria debe empezar en la universidad, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia y la definición de competencias específicas de Pediatría de AP en la formación de pregrado, adecuando los criterios de acceso a la docencia universitaria a la realidad de la Atención Primaria.

- a. Creación del área de competencias de Medicina de Familia y definición de competencias específicas de Pediatría en AP en todos los programas de pregrado de Medicina del Estado en un plazo máximo de cuatro años.**
- b. Conversión de dicho criterio en requisito para la acreditación de facultades de Medicina.**
- c. Redefinición de los criterios de acceso a la docencia universitaria para los profesionales de Atención Primaria.**

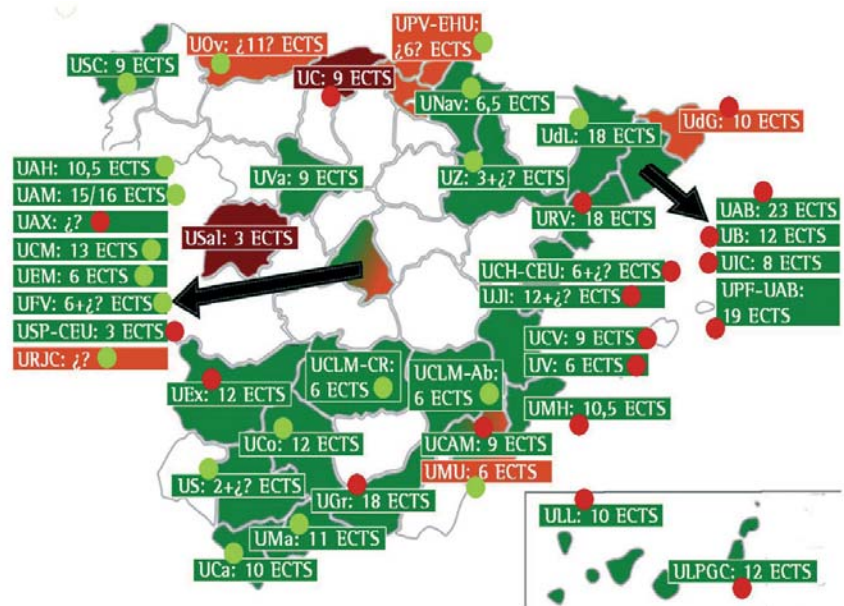
La Medicina de Familia está presente en el 75% de las facultades españolas, aunque con diferentes denominaciones. La mayoría de facultades la incluyen en 5º curso. El número de créditos más habitual es entre 3 y 6 ECTS.

Pero aún existen 10 facultades que no la tienen incluida. En algunas autonomías (Asturias, Cantabria, Región de Murcia) no hay posibilidad de cursarla.

Con todo, esta situación supone por primera vez un gran avance para una especialidad creada hace 35 años, y empieza a equipararnos con otras especialidades y otros países de nuestro entorno.

Este año es el primero en el que todas las facultades de Medicina de España van a terminar la primera promoción del Grado. Por lo que se han empezado a terminar de definir todas las asignaturas. Observamos una gran mejoría con respecto a la Atención Primaria. En dos años ha aumentado un 60% la presencia de la Atención Primaria en las facultades, lo que ha propiciado que se hayan cubierto todas las plazas MIR de Medicina de Familia y Comunitaria en estos últimos años. Las facultades que no tenían nada establecido lo han ido implantando, las que lo tenían lo han mejorado, pero aún hay alguna en las que hay que trabajar con más ímpetu. Asimismo, se aprecia bastante diferencia con el número de créditos destinados a la Atención Primaria en cada facultad, por lo que debería homogeneizarse la presencia de la Atención Primaria en todas las facultades.

En cuanto a la presencia de la Pediatría de AP, los datos de una encuesta realizada por AEPAP y CEEM y a la que

**Docencia de Medicina de Familia (con nº de créditos ECTS)**

■ Docencia implantada ■ Implantación por terminar de definir ■ Docencia no implantada

Docencia de Pediatría de AP

● Existen profesores de pregrado o colaboradores docentes de Pediatría de AP que reciben alumnos

☐ No existen

respondieron 109 profesionales de este ámbito, muestran que el 67,88% de los mismos son colaboradores docentes, y el 33% profesores asociados; la cuarta parte no reciben ningún tipo de contraprestación, pese al aumento de la carga de trabajo. Tan sólo 11 universidades españolas tienen contratos de profesor asociado con perfil de Pediatría de AP: según los casos, entre 2 y 7, a excepción de Valladolid -31- y Zaragoza -23-. Paradójicamente, dos de cada tres pediatras españoles trabajan en centros de salud.

Se hace necesario, por tanto, aumentar su presencia y mejorar su distribución, que consideramos injusta e insuficiente. Y es difícilmente comprensible que sólo se muestre el enfoque de la Pediatría de AP en 11 universidades de las 42 actualmente existentes.

Se debe facilitar el acceso de los profesionales de AP a las actividades formativas y promover la investigación teniendo en cuenta las características propias de dicho nivel asistencial.

- Garantizar el acceso a la formación continuada desde los equipos asistenciales.**
- Adaptar las bases para la convocatoria pública de ayudas para la investigación a las características de AP / Creación de partidas específicas de ayudas a la investigación en AP, mediante la constitución de los instrumentos necesarios para ello (fundaciones de investigación...).**
- Facilitar el desarrollo de proyectos de investigación colaborativos.**

Siendo la formación continuada un derecho y un deber de los profesionales, los datos demuestran que esta responsabilidad es asumida por la mayoría de los profesionales en su tiempo libre, en el que dedican más de tres horas a la semana en el 70% de los casos (mediana de entre 3 y 5 horas). De las 40 horas de jornada laboral anual reconocidas para actividades de formación, los profesionales declaran aprovechar un máximo de 25 horas al año en el 67% de los casos, debido a la dificultad que encuentran los profesionales para utilizar ese derecho.

Respecto a la investigación en AP, existe un aumento progresivo en la producción científica de AP en España durante los últimos años, así como una mayor diversidad en las áreas de investigación y en las revistas en las que son publicados los artículos.

La mayoría de las publicaciones se originan en centros de salud, predominando los aspectos clínicos. Atención Primaria es la revista más frecuentada. En conjunto, una tercera parte de los documentos han sido publicados en revistas de otros países.

Existen importantes diferencias en cuanto al volumen de producción científica entre las diferentes CCAA. Cataluña, Comunidad de Madrid, Andalucía, Castilla-León y Castilla-La Mancha fueron las que aportaron un mayor número de publicaciones (309, 144, 97, 78 y 77 respectivamente). En relación al número de habitantes, las comunidades con una producción mayor (más de 3 por cien mil habitantes) fueron Cataluña (4,1), Castilla-La Mancha (3,6), Aragón y Navarra (3,4) y Asturias (3,1); en estas cinco Comunidades Autónomas, la proporción de documentos publicados en revistas extranjeras (37%) fue significativamente superior a la observada en el resto de comunidades (30,5%, $p=0,02$).

En cuanto a la investigación en el campo de la Pediatría, "PAPenRED" es una red de investigación sobre Pediatría en el ámbito de la atención primaria. Puede

servir para la vigilancia de enfermedades, pero sobre todo realiza investigaciones sobre aspectos relacionados con la salud y la enfermedad de los niños. Formada por 330 pediatras de todas las CCAA (con 17 coordinadores autonómicos y 6 nacionales) en representación proporcional a la población de cada una de ellas que cumplimentan encuestas a través de internet. Se han realizado ya cuatro proyectos (accidentes en población infantil, gastroenteritis bacterianas, 'timing' de la primera visita del recién nacido en Atención Primaria, y encuesta sobre programas de atención a grandes prematuros). En la actualidad se están estudiando las infecciones precoces por virus varicela zóster.

INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

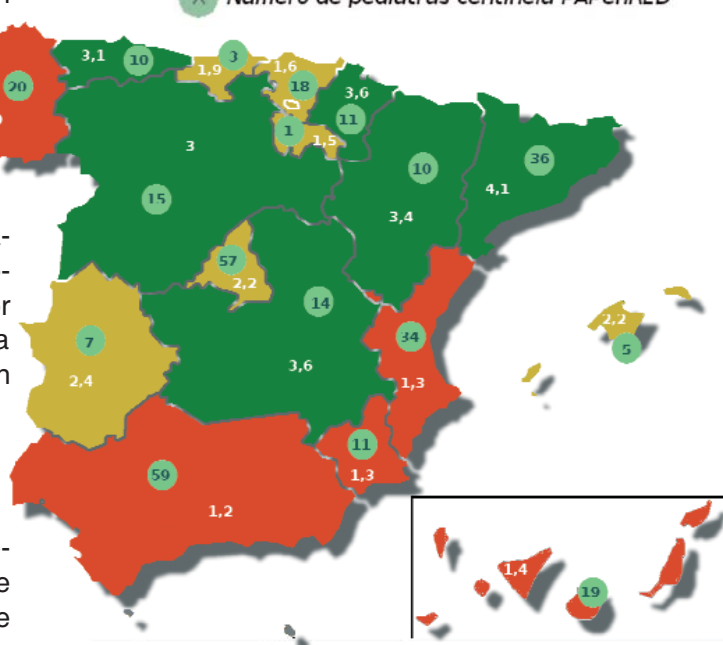
En Medicina de Familia

Número de publicaciones por cien mil habitantes (en caracteres)

3 o más 1,5 - 2,9 0 - 1,4

En Pediatría de AP

X Número de pediatras centinela PAPenRED



FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA



DÍA NACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 2016