

ORIGINALES

ACEPTACION DEL CONTRATO PROGRAMA POR EL PERSONAL SANITARIO DE LA ATENCION PRIMARIA DE MADRID: UN ESTUDIO CUALITATIVO*

Cristina Pérez Andrés

Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

* Este trabajo, cuya investigación se desarrolló durante el Master de Salud Pública, fue financiado parcialmente con una beca de ampliación de estudios del FIS.

RESUMEN

Fundamento: Este estudio tiene como objetivo conocer si la fórmula de gestión basada en el Contrato Programa entre la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud y las Gerencias de Atención Primaria, es conocida por los médicos y enfermeras del Insalud de Madrid que trabajan en el nivel de la atención primaria, así como su aceptabilidad y las relaciones de los elementos que la condicionan.

Métodos: Se ha empleado metodología cualitativa a través del análisis e interpretación del discurso producido en cinco grupos de discusión, todos ellos formados por personal sanitario.

Resultados: El Contrato Programa es conocido por el personal sanitario de la atención primaria con el nombre de "autogestión". Esta palabra les induce a pensar en la gestión de los equipos por los médicos del mismo. Con esta autogestión los médicos planificarían plantillas, en las que el personal de enfermería estaría mínimamente representado, a cambio de aumentar el personal médico y administrativo, lo que resolvería sus principales problemas: el personal de enfermería, la presión asistencial y la burocracia. Los factores que condicionan esta respuesta tienen relación con el grado de satisfacción alcanzado por cada uno de estos colectivos con la Reforma de la Atención Primaria, la cual ha conllevado una igualdad subjetiva entre ambos colectivos, situación que es deseada por el personal de enfermería y rechazada por los médicos.

Conclusiones: El Contrato Programa en Atención Primaria en general es aceptado por los médicos, exceptuando a los pediatras de equipo de atención primaria, y rechazado por el personal de enfermería. Las razones que los médicos tienen para aceptar el Contrato Programa son las mismas que el personal de enfermería tiene para rechazarlo, y se refieren a la capacidad del mismo para producir la recuperación de la diferencia entre ambos colectivos.

Palabras clave: Contrato Programa. Autogestión. Investigación cualitativa. Satisfacción. Reforma sanitaria. Atención primaria. Enfermería. Medicina General. Médico de Familia. Personal sanitario.

ABSTRACT

Acceptability of the Health Service Contract by Primary Care Health Professionals in Madrid: A Qualitative Research.

Background: The objective of this paper is to study whether the Contrato Programa-based management formula between INSALUD and Primary Care Managerships (CP) is known by INSALUD-Madrid primary care physicians and nurses, as well as which factors are influencing its acceptability.

Methods: Qualitative-based analysis and interpretation of the discussion had in five health personal groups was used.

Results: The Health Service Contract is known by primary care health personnel as "selfmanagement". This word induces them to think in the management of teams by their physicians themselves. Based on this self-management, physicians would plan staffs with minimal representation of nurses personnel, in exchange for increasing medical and administrative personnel, which in fact would solve their main problems, i.e. attendance pressure and bureaucracy, in addition to relationships with nurses. Determinants of this response relate to the satisfaction level with the Primary Care Reform attained by these collectives. This Reform has produced a "subjective equality" in both collectives, conditioned by fault in authority by physicians, which is desired by nurses and rejected by physicians.

Conclusions: Health Service Contract in Primary Care is generally accepted by physicians, except for pediatricians, and rejected by nurses. Reasons are related to the ability from both collectives to recuperate the difference between them.

Key words: Health service contract. Self-management. Qualitative research. Satisfaction. Health reform. Primary health care. Nurses. General Practice. Family Doctor. Health Professional.

INTRODUCCION

Con la clara influencia de las recomendaciones de la Subcomisión de Atención Pri-

maria para la Comisión Nacional de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, del Informe de la propia Comisión Abril y del documento británico "Working For Patients"¹⁻³, el Plan de Gestión del Insalud⁴ elaborado por la Secretaría General de Planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1992, traslada la política sanitaria a los servi-

Correspondencia:

Cristina Pérez Andrés.

Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20 - 28071 MADRID.

cios del Instituto Nacional de la Salud (Insalud), a través de un compromiso anual, materializado en un Contrato Programa (CP) entre ambos organismos⁵. Sobre la base de la secuencia descrita en este CP, que vincula la Cartera de Servicios y los objetivos de producción con el presupuesto, la Dirección General del Insalud y las Gerencias de Atención Primaria firman también entre ellos un CP como fórmula de gestión y asignación de presupuestos, en base a objetivos y necesidades identificados por cada centro de gastos (Sector de Atención Primaria).

El CP, entre la Dirección General de Insalud y las Gerencias de Atención Primaria para 1994, contempla los objetivos a alcanzar y los criterios de calidad, vinculando los primeros con las posibilidades reales de gestión. Especifica las condiciones del contrato en cinco grupos de cláusulas referidas a financiación, provisión de servicios, organización de los servicios, calidad, y descentralización. Para su puesta en marcha en los diferentes equipos se diseñan tres fases, debiendo todos los equipos estar en la tercera en 1996⁶.

En la actualidad el CP está en distintas fases en los diferentes equipos de atención primaria (EAP). Desde su inicio no se ha objetivado en ningún trabajo de investigación la vivencia que este nuevo tipo de gestión crea en el personal sanitario, siendo éste el motivo por el que se ha realizado este estudio.

SUJETOS Y MÉTODO

La investigación ha sido realizada con metodología cualitativa, mediante la producción de la información en cinco grupos de discusión y su posterior análisis e interpretación. El grupo de discusión, como la entrevista abierta y la historia de vida, es una metodología cualitativa que trabaja con el habla, asumiendo que en todo habla se articulan el orden social y la subjetividad^{7,8}.

La forma más habitual de investigación de los fenómenos sociales es la investigación cuantitativa, que informa los resultados presentando una distribución de frecuencias de las diferentes variables estudiadas en el objeto de investigación, expresando su representatividad estadística. La muestra estructural de la investigación cualitativa pretende ir a las relaciones y no a los individuos, encontrando en ello su representatividad estructural, lo que asegura su validez⁹.

En el análisis de la realidad social es preciso tener en cuenta tanto los hechos como los discursos. Es preciso beneficiarse tanto de la complementariedad de las distribuciones de frecuencias, que nos proporcionan las técnicas cuantitativas, como de los discursos orales de las cualitativas¹⁰⁻¹⁶. La investigación sobre la vivencia que el CP en atención primaria produce en el personal sanitario, conforma un objeto de investigación para el que la metodología más adecuada es la cualitativa, ya que ésta es capaz de indagar en la génesis de los fenómenos^{16,18}.

Dadas las heterogéneas características de los profesionales sanitarios de la atención primaria, se diseñaron cinco grupos de discusión (GD1 a GD5), con el fin de mantener la homogeneidad dentro de cada uno de ellos y permitir la expresión de los diferentes niveles profesionales. Los requisitos de participación en cada uno de los grupos son los que figuran en la Tabla 1.

Los participantes de cada uno de los grupos fueron contactados por los gerentes de diez de los once Sectores de Atención Primaria del Insalud de Madrid. Para contactar con los gerentes, se pidió la colaboración del Subdirector Provincial de Atención Primaria del Insalud, después de haberle sido explicado el objetivo de la investigación.

* *Reuniones de los grupos y producción de la información:* Las reuniones de los grupos de discusión tuvieron lugar en el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, los días 30 de mayo, 6, 8, 13 y 14 de junio de 1994, en horario de 13:30 a 15:00.

Tabla 1

Criterios de selección de los participantes en cada uno de los grupos de discusión

GRUPO	PARTICIPANTES	ESPECIALIDAD	ACCESO AL EAP	EDAD	SEXO	SITUACION LABORAL
GD1	Coordinadores de EAP	Médicos generales o Pediatras	Concurso libre o restringido	Entre 30 y 45 años aproximadamente	Hombres y Mujeres	Fijos o interinos
GD2	Médicos generales de EAP	Medicina familiar y comunitaria Otra especialidad Sin especialidad				
GD3	Pediatras de EAP	Pediatría vía MIR o no MIR				
GD4	Médicos generales o pediatras de cupo	Con o sin especialidad	No procede			
GD5	Enfermería de EAP	Medicina general y/o pediatría	Libre o restringido			

GD: Grupo de discusión.

* *Intervención inicial:* La intervención inicial que se utilizó al comienzo de los grupos para provocar la producción de la información no contenía en forma explícita el objeto de investigación, con el fin de evitar respuestas "racionalizadas" sobre el mismo, por lo que, para provocar la conversación en el grupo, se les pedía a los participantes que hablaran de su opinión sobre la atención primaria^{7,17}.

La información producida en los grupos arriba descritos se registró mediante grabadora, para su transcripción y posterior análisis e interpretación del discurso producido y elaboración de las conclusiones.

RESULTADOS

Las características de las personas que participaron en cada grupo son las que figuran en la Tabla 2.

Mediante el análisis del discurso de los cinco grupos, se han encontrado tres clases en lo que se refiere a las opiniones de los di-

ferentes colectivos sobre la Reforma de la Atención Primaria (RAP), las cuales se describen porque condicionan la aceptabilidad del CP. Se encuentran resumidas en la Tabla 3:

1. La primera clase está formada por el grupo de discusión de coordinadores de EAP (GDI), entre los cuales no había ningún pediatra, el grupo de los médicos generales de EAP (GD2) y el grupo de los médicos de cupo (GD4), sean médicos generales o pediatras. Para ellos, la RAP ha conllevado un aumento de la calidad asistencial, sin aumentar su satisfacción profesional, ya que se encuentran desmotivados, desautorizados y desprestigiados, en general cada colectivo frente a los demás, frente a los especialistas, frente a la Administración, y frente a la población, pero sobre todo frente al personal de enfermería, con el que se ha producido una situación de igualdad subjetiva que viven como invasión. Critican la cantidad de burocracia que existe en la AP. Desean incentivos sobre todo económicos, aunque también nombran a aquellos que se refieren a la mejora de las condiciones de trabajo, promoción profesional, etc.

Tabla 2
Características de las personas que participaron en cada uno de los grupos de discusión

GRUPO	Nº	EDAD	MUJERES/ HOMBRES	ESPECIALIDAD O MODALIDAD	AÑOS QUE LLEVAN EN EAP	SI HAN TRABAJADO EN CUPO
GD1 Coordinadores	8	31-45	1/7	3 Medicina Familiar 1 Medicina Interna 4 Sin especialidad	2,5 - 8	5 SI 3 NO
GD2 Médicos generales EAP	5	32-41	3/2	4 Medicina Familiar 1 Medicina Interna	2 - 9,5	1 SI 4 NO
GD3 Pediatras EAP	5	34-44	2/3	5 Pediatría vía MIR	3 - 9	3 SI 2 NO
GD4 Médicos cupo	7	31-47	2/5	2 Pediatras (MIR) 5 Médicos generales (1 de ellos médico de familia)	no procede	no procede
GD5 Enfermería	9	24-42	7/2	2 Pediatría 7 Medicina general	4 - 9	no se preguntó

Tabla 3
Clasificación de los grupos de discusión por clases según sus opiniones sobre la RAP y su aceptación del Contrato programa

CLASES DE OPINIONES FRENTE A LA RAP		PERCEPCION CALIDAD ASISTENCIAL	SATISFACCION PROFESIONAL	OPINION SOBRE LA REFORMA DE ENFERMERIA	ACEPTACION DE LA AUTOGESTION O CONTRATO PROGRAMA
C L A S E I	Coordinadores (GD1)	Buena	Baja	No la aceptan	Si lo aceptan
	MG de EAP (GD2)				
	Médicos de Cupo (GD4)				
C L A S E II	Pediatras	Muy buena	Muy baja	La aceptan en pediatría	No lo aceptan
C L A S E III	Enfermería de EAP (GD5)	Buena	Alta	Alta aceptación	No lo aceptan

2. La segunda clase está formada por los médicos pediatras de EAP, por lo que coincide con los componentes del grupo de discusión 3 (GD3). Este grupo habla no ya de un aumento de la calidad asistencial, sino

que opinan que en el Insalud se hace hoy una "pediatría de lujo". Sin embargo, están más desmotivados que los médicos de la clase anterior, siendo en este caso sus principales problemas la cantidad y exhaustividad de los

registros, que les hace sentirse vigilados por la Administración y la peor consideración que la Administración tiene de ellos en relación a los médicos de familia y a los pediatras del hospital. Tampoco se sienten respetados por la población, y piensan que ha sido un error proporcionar el grado de accesibilidad a la asistencia que existe en la actualidad y el grado de dependencia que ello ha creado en la población. No parecen tener interés en seguir formando parte de los EAP, ya que no se identifican con los planteamientos de los médicos de familia, por lo que están empezando a organizar reuniones de trabajo entre ellos, a nivel de área. Reconocen de manera positiva la labor de la enfermería en el área de pediatría, sin embargo también tienen puntos de fricción con este personal, ya que no están de acuerdo con que la opinión de enfermería pese más que la suya en las votaciones de los EAP o que se contemple la posibilidad de que los incentivos económicos haya que repartirlos con ellos. Reclaman mejores remuneraciones. No tienen ninguna confianza en nada que proceda de la Administración.

3. La tercera clase diferenciada está formada por el personal de enfermería, por lo que coincide con el grupo de discusión 5 (GD5) que, a diferencia de las dos clases anteriores, junto al reconocimiento del aumento de la calidad asistencial que la RAP ha

conllevado, declaran una gran satisfacción profesional, y dan a entender que ésta depende de su nueva relación con los médicos, a la que designan como "colaboración", porque ya no están bajo su control ni autoridad. Opinan que sus actividades deben estar dirigidas, sobre todo, a personas jóvenes y sanas, y son partidarios de realizarlas en el Centro de Salud en sus consultas de enfermería o de una manera "retórica", explicitan que en las fábricas y colegios, pero no quieren acudir a los domicilios de las personas a su cargo, sean sanas o enfermas. Reconocen que la presión asistencial que los médicos puedan tener no les afecta, aunque son partidarios de que aumente su propia demanda, para lo cual utilizan términos como "vender su producto". Sin embargo, opinan que la demanda de la población ha de ser previamente educada para que soliciten sobre todo actividades preventivas, las que ellos quieren realizar con gente joven y sana.

En relación con el CP, estas tres clases mantienen posiciones diferentes, estando éstas relacionadas con su satisfacción profesional y sugeridas por la palabra que utilizan para denominar al CP, al cual conocen con el nombre de "autogestión", aunque no todos los grupos tienen el mismo grado de conocimiento de cada uno de los conceptos del CP, como se puede ver en la tabla 4.

Tabla 4

Lo que conoce y acepta o rechaza cada grupo de discusión del Contrato Programa

	GD1 COORDINADORES		GD2 MEDICOS GENERALES EAP		GD3 PEDIATRAS EAP		GD4 MEDICOS CUPO		GD5 ENFERMERIA EAP	
	CONOCE	ACEPTA	CONOCE	ACEPTA	CONOCE	ACEPTA	CONOCE	ACEPTA	CONOCE	ACEPTA
Cartera de Servicios	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Gestión suplentes	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO
Control del gasto farmacia	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO Procede
Facturación especializada	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO Procede
Incentivos económicos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO Procede

A continuación se describen en cada clase los motivos que tienen para aceptar o rechazar el CP.

1. La primera clase, formada por los coordinadores, los médicos generales de EAP y los médicos de cupo, acepta el CP porque le permite pensar en una gestión de personal diferente a la que en la realidad esta forma de gestión les plantea. Su principal reivindicación es la posibilidad de que los miembros de los EAP puedan elegirse entre sí, lo que equivale al diseño de las plantillas. Las plantillas por ellos diseñadas tendrían menos enfermeras y más médicos y administrativos, lo que resolvería sus principales problemas: la presión asistencial, la igualdad con enfermería y la burocracia. Además los incentivos económicos que implica el logro de los objetivos de la Cartera de Servicios y el ahorro producido en los consumos farmacéutico y de atención especializada son otro motivo por el que aceptan el CP. Aunque los registros de la Cartera de Servicios vienen a aumentar sus problemas con la burocracia, no se convierten en inconveniente para aceptar el CP por tres motivos: el primero se refiere al aumento de administrativos que la gestión de personal que suponen de la palabra autogestión les permitiría; el segundo es la posibilidad que tienen estos registros de demostrar quien trabaja y quien no; y el tercero, porque, dado que no les ven relación con la clínica y con el aumento de la salud de la población, algunos de los participantes de los grupos no tienen inconveniente en afirmar que podrían ser rellenados sin excesivo rigor, como un trámite no demasiado importante e, incluso, afirman que pueden ser falsificados. Sin embargo, no aceptan la autogestión del presupuesto de los suplentes, del que critican que cada vez es más escaso y ven en ello una prueba de la falta de interés de la Administración por mantener las principales características de la RAP: las actividades programadas y las preventivas.

2. La clase formada por los pediatras de EAP rechaza todo lo que tenga que ver con gestión, primero porque no se identifican

con los planteamientos de los médicos de familia, de los que piensan que están encantados con la autogestión, y segundo porque no creen ya ni en los posibles incentivos económicos que el CP les ofrece. Los médicos pediatras, en realidad, no están interesados en seguir formando parte de los EAP, por lo que viven la autogestión como un inconveniente que les aumenta los registros que tienen que realizar, y les impide tener suplentes. Para ellos no tiene ninguna ventaja, ya que no creen tampoco en los incentivos económicos que les pueda reportar.

3. La tercera clase, el personal de enfermería, identifica la autogestión exclusivamente con la gestión del presupuesto de los suplentes y ve en ello un peligro para su conseguida igualdad con el colectivo médico, ya que opina que este colectivo decidirá que las ausencias del personal de enfermería no quieren ser suplidas, dado que en su mayoría sus actividades son programadas y, además, no contribuyen a disminuir la presión asistencial, pudiéndolas, por lo tanto, aplazar cuando tengan que ausentarse. Aunque también conocen la Cartera de Servicios, no la relacionan con lo que llaman "autogestión" y tampoco la aceptan, por no contemplarse en ella las actividades preventivas que ellos desean realizar. Además no la identifican con incentivos económicos, sino con su sueldo actual, por lo que no es una ventaja para ellos la posibilidad que el CP tiene de ofrecérselos.

DISCUSION

Los resultados de esta investigación llaman la atención al poner de manifiesto el ambiente que existe entre el personal sanitario de la AP, concretamente, en lo que se refiere a la desmotivación de los médicos y a las relaciones de éstos con el personal de enfermería.

En general, los comentarios que se encuentran publicados adjudican a la RAP un aumento de la satisfacción profesional, así

como elogios por parte incluso de los médicos a la reforma de las actividades del personal de enfermería^{19,20}.

Sin embargo, los resultados de esta investigación plantean un escenario distinto, en el que el médico se encuentra altamente desmotivado y desprestigiado, y comparte su actividad en el EAP con un personal de enfermería que no desea seguir teniendo a su lado, debido a las condiciones de igualdad creadas por la RAP, que les ha desautorizado delante de este personal, por lo que las vive como una invasión.

Por otra parte el personal de enfermería se encuentra satisfecho profesionalmente, a pesar de que de su discurso se desprende fácilmente que ellos mismos no tienen claro cuál es el objeto de su actividad, ni donde deben realizarla, así como que desean que la demanda de su actividad profesional aumente, reconociendo con ello su bajo rendimiento actual, argumentos que también son utilizados por los médicos para justificar su disminución en las plantillas de los EAP.

Los médicos, exceptuando a los pediatras de EAP, aceptan el CP en la medida en que lo nombran con la palabra autogestión, lo que les permite suponer la gestión total de personal en el futuro y, con ello, reducir el personal de enfermería y aumentar el personal médico y administrativo, resolviendo así sus principales problemas, es decir, el personal de enfermería, la presión asistencial y la burocracia.

También aceptan el CP porque les supone una ocasión para conseguir los incentivos económicos que tanto desean.

Los médicos pediatras de EAP se diferencian del resto de los grupos de médicos en que no parecen estar interesados en seguir formando parte de los EAP, así como tampoco lo están en gestionar.

La enfermería rechaza el CP porque la gestión de las suplencias por el equipo pone en peligro su conseguida igualdad con los médicos y porque las actividades que realizan

o no se recogen en la Cartera de Servicios o, bien, sus resultados no son susceptibles de ser evaluados en un año, período planteado para la evaluación del CP.

La explicación de esta situación podría encontrarse en el hecho de que durante unos años, los que coincidieron con la RAP y como consecuencia de las Recomendaciones de Alma Ata²¹ y del Informe Lalonde²², se ha trabajado con el supuesto o el convencimiento de que todos los determinantes de la salud eran responsabilidad del sistema sanitario. Ello condicionó la elección por los responsables de las administraciones sanitarias de la expresión "Políticas de Salud" frente al de "Políticas Sanitarias", como si de dos términos opuestos se tratara²³.

En cualquier caso esta confusión respecto a las competencias, se trasladó a los trabajadores de los servicios sanitarios a la hora de decidir cuáles actividades debían desarrollar, y su coincidencia con la RAP permitió que estas confusiones se imprimieran en la misma, afectando sobre todo a las personas que más han reformado su actividad, esto es, al personal de enfermería.

Por otra parte es importante tener en cuenta que en la actualidad se está dando marcha atrás en algunos de los planteamientos ideológicos de la RAP^{20,24}, en el sentido de devolver el protagonismo a los servicios sanitarios curativos y con ellos al médico, lo que contribuye a cuestionar el papel del profesional de enfermería en los EAP.

Junto a estos argumentos están los que se refieren a que la RAP no ha conseguido los objetivos planteados en ella, en relación a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad²⁵ y, aunque ambos términos siguen formando parte del discurso político, el médico no ha dejado de considerar que su papel esté exclusivamente relacionado con la curación de la enfermedad.

El CP incluye ya estos cambios en su redacción: la denominación de Centro de Salud es sustituida por la de Centro de Aten-

ción Primaria, al que atribuye la función de dar respuesta a la demanda de la población en las áreas de consulta, atención a domicilio y atención continuada. El CP deja en segundo término las actividades preventivas y de promoción de la salud, junto con la investigación y docencia⁶.

Las actividades de enfermería se citan una sola vez en la totalidad del documento del CP.

Todo ello favorece la aceptación en general por parte de los médicos, exceptuando a los pediatras de EAP, de lo que conocen con el nombre de "autogestión", de la que se piensan sujetos, porque les permitirá volver a recuperar sus diferencias con el colectivo de enfermería y, con ello, su protagonismo en la asistencia sanitaria, a través de la curación de la enfermedad.

El hecho de que esta situación no se encuentre así descrita en ninguna de las publicaciones que se refieren a la atención primaria, podría deberse a dos motivos:

1. El primero se refiere a la metodología utilizada, esto es la cualitativa, metodología que permite el habla de los sujetos de la enunciación, frente a la metodología distributiva o cuantitativa, en la que quien habla es el investigador, ya que es él quien diseña qué preguntas quiere que le sean contestadas, así como los temas a los que deben referirse las mismas^{16,26}.

En general las investigaciones sobre AP se encuentran realizadas con metodología cuantitativa, por lo que los sujetos investigados no hablan, responden.

2. El segundo, es que la posibilidad que los médicos tienen ahora para decir lo que piensan, en relación a su desmotivación y concretamente a las funciones del personal de enfermería, es nueva, ya que lo permite la situación que la Administración está creando. Los médicos coordinadores lo dicen muy bien en su grupo: cuando ellos empezaron a trabajar, lo hacían en condiciones de igualdad. Ahora la Administración rompe los lí-

mites del equipo, fundados en esta igualdad, con lo que el médico se encuentra autorizado a decir lo que pensaba de ellas, esto es, que las vivía como una invasión.

Este segundo motivo no deja de pertenecer también al primero, ya que la metodología que mejor investiga en la génesis de los fenómenos es la metodología cualitativa, que permite ir reduciendo la multidimensionalidad de la realidad investigada²⁷. Dado que es ahora cuando el médico se siente autorizado a hablar, es la metodología cualitativa la que mejor puede investigar sobre lo que dice.

Por otra parte, los resultados de esta investigación pueden contribuir al reconocimiento de un problema importante, como el que puede significar la disminución del personal de enfermería en los EAP. Esta disminución conllevaría la falta de posibilidad de realizar determinadas actividades, sobre todo fuera del Centro de Salud. Sin embargo para proceder a la solución de este problema es necesario reconocer y corregir los errores que se han cometido en los planteamientos de las actividades a realizar por este personal, las cuales deben estar dirigidas, sobre todo, a las personas enfermas, siendo por motivos obvios más frecuentes entre la población anciana, lo que contradice el deseo de atender a personas sanas y jóvenes que tiene el personal de enfermería. Al mismo tiempo, el personal de enfermería debe realizar otro tipo de actividades, como la investigación en relación a su propio trabajo, pero sin confundir éstas con su actividad principal.

En el caso de los médicos, éstos no deberían olvidar que de su trabajo forman parte no solo las actividades de curación de la enfermedad, sino también, aunque sin medicalizar la vida, los trabajos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por lo que deberán contar con ello a la hora de estudiar las necesidades de la población a la que atienden para incluirlo en las Cartera de Servicios, y por lo tanto en sus objetivos y presupuestos.

AGRADECIMIENTOS

A Fernando Conde, por la dirección del trabajo de investigación, origen de este artículo.

A Ramón Adanero, Carmen Martínez Aguayo y Félix Miaja, por el apoyo prestado en la realización de la investigación.

A los gerentes de los Sectores de Atención Primaria del Insalud de Madrid y a las personas que vinieron a participar en los grupos.

A Jose Ramón Banegas, Isabel García, Enrique Gil, Jesús González y Fernando Villar, por sus consejos durante la redacción de este artículo.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de la Salud. Informe de la Subcomisión de Atención Primaria. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.
2. Instituto Nacional de la Salud. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.
3. Working for Patients. Resumen del White Paper del Gobierno Británico: Working for patients. The Health Service: caring for the 1990 s. A summary of the White Paper on the Government's Proposals Following its Review of the NHS. Papeles de Gestión Sanitaria 1988; 15:25-44.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Gestión del Insalud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Contrato Programa Marco Ministerio de Sanidad y Consumo - Insalud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
6. Instituto Nacional de la Salud. Contrato Programa 1994. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1993.
7. Canales M, Peinado, A. Grupos de Discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J editores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis Psicológica, 1994:287-316.
8. Ibañez J. Exoducción. En: El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI, 1994:173-79.
9. Seoane, L. Teoría y práctica del grupo de discusión como técnica exploratoria de discursos sociales. En: Metodología cualitativa en la Investigación Social. El grupo de discusión. Seminario intensivo. Colectivo IOE. Madrid: 1-25 de febrero de 1993.
10. Ortí A. El proceso de investigación de la conducta como proceso integral: complementariedad de las técnicas cuantitativas y de las prácticas cualitativas en el análisis de las drogodependencias. En: Las drogodependencias: perspectivas actuales. 1^{er} Encuentro Nacional sobre Sociología y Drogodependencias. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, 1991: 150-201.
11. Conde F. Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la Investigación Social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas. Rev Esp Invest Sociol, 1987; 39:213-224.
12. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En: El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad, 1990: 171-203.
13. Ibañez J. Perspectivas de la Investigación Social: el diseño en las tres perspectivas. En: El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad, 1990:49-83.
14. Beltrán M. Cinco vías de acceso a la realidad social. En: El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad, 1990:17-47.
15. Cook, T.D., Reichardt Ch. S. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En: Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata, 1986:25-58.
16. Black N. Why we need qualitative research. J Epidemiol Comm Health. 1994;48:425-6.

17. Ibañez J. Proceso de funcionamiento del grupo. En: Más allá de la sociología. Madrid: Siglo XXI, 1992: 295-317.
18. Conde F. Los métodos extensivos e intensivos en la investigación social de las drogodependencias. En: Las drogodependencias: perspectivas actuales. En: I^{er} encuentro nacional sobre sociología y drogodependencias. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, 1991:204-229.
19. Ruiz-Giménez JL. La Atención Primaria de Salud en el sistema sanitario público. En: Situación actual y futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 1993:259-278.
20. García Encabo M, Alonso Durán B. Diez años de Atención Primaria. En: Situación actual y futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 1993:243-257.
21. OMS. Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS, 1978.
22. Ashton J, Seymour H. Las bases de la nueva salud pública. En: La nueva salud pública. Barcelona: Masson, 1990:16-43.
23. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. "De Política Sanitaria a Política de Salud". IV Congreso de la SESPAS. Valencia, 1991.
24. Lamata Cotanda F. Una perspectiva de la Política Sanitaria 20 años después del Informe Lalonde. Gac Sanit 1994; 8:189-194.
25. Elola FJ. La Reforma de la Atención Primaria. En: Crisis y reforma de la Asistencia Pública en España. Madrid: FIS, 1991:127-48.
26. Ibañez J. Métodos de aplicación y explicación. En: Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social. Madrid: Siglo XXI, 1985:253-308.
27. Conde F. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: procesos de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. En: Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis Psicológica, 1994, 97-119.