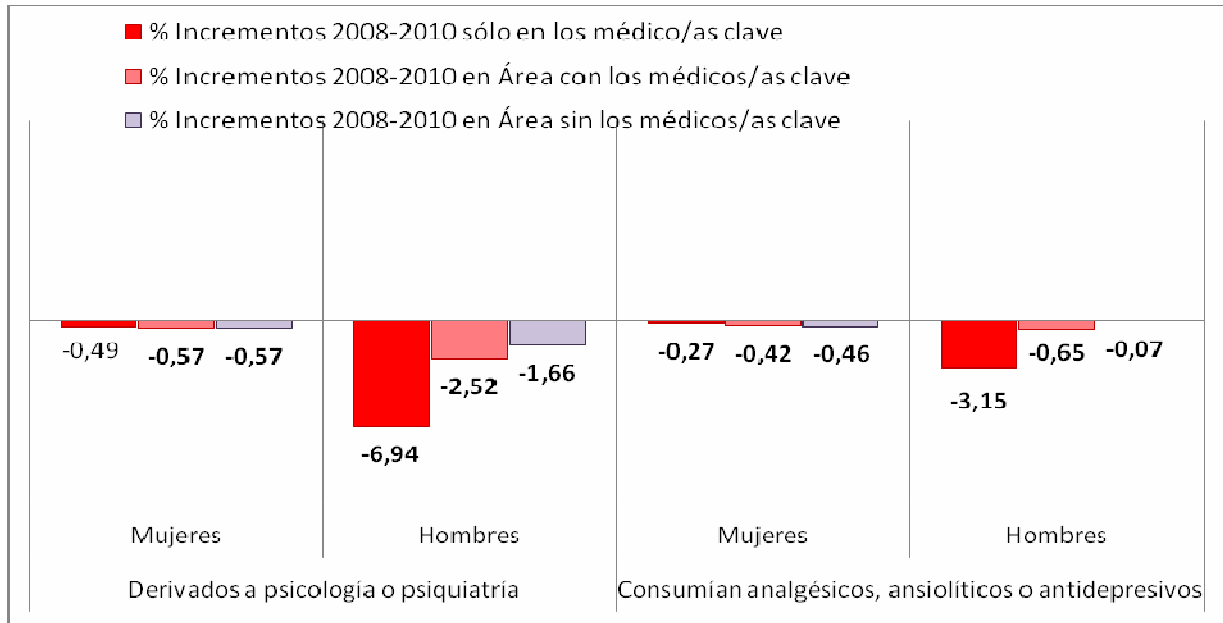


**PROGRAMA DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA
ÁREA VII-MIERES-2010-2011. PRINCIPADO DE ASTURIAS**

3ª EVALUACIÓN. JUNIO 2011

RESULTADOS CLÍNICOS E IMPACTOS DEL PROGRAMA



CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN
SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER
INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ADOLFO POSADA

Junio, 2011
 Sara Velasco

GRUPO PROMOTOR DEL PROGRAMA

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Julio Bruno Bárcenas. Área de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública (Coordinador del Grupo)
Mercedes García Ruiz. Jefa de Servicio de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación
Elvira Muslera. Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias
Ana Luz Villarías. Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias
Clavelina Arce. Gerente de Atención Primaria del Área VII-Mieres
Marta E González. Directora Médica de Gerencia de Atención Primaria del Área VII-Mieres
Ana Cao. Directora de enfermería de Gerencia de Atención Primaria del Área VII-Mieres
Ana Esther Sánchez. Coordinadora del Centro de Salud Mental del Área VII-Mieres

INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER

Marian Uría Urraza.

INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ADOLFO POSADA

Ana Jesús Rodríguez Hevia.

Sara Velasco Arias. Consultora de Salud y Género.

PROTOCOLO DE MALESTAR EN OMI Y SU EXPLOTACIÓN

Pablo Mola Caballero de Rodas. Servicios Centrales (SESPA)
Irene López Covián. Tarjeta Sanitaria (SESPA)
Matías Prieto. Unidad de Gestión y Coordinación Asistencial
Purificación Reguera Bermejo. Médica De Familia Del CS Mieres Norte
Marta Pisano González. Responsable de Enfermería Consultorio Ujo
Montserrat Gutiérrez Bengoechea. Técnica de salud Pública de Gerencia de AP Mieres

GRUPO CLAVE DEL ÁREA VII-MIERES

Componentes del Grupo Clave de atención primaria y salud mental del Área VII

Coordinadoras/es funcionales para el Programa en los centros de salud

Amaya Leoz, médica de familia	CS Moreda
Delfina Menéndez, médica de familia	CS Figaredo
Isabel Castañón, enfermera	CS Cabañaquinta
Manuel Ramón, médico de familia	CS Mieres Sur
Marisa Sánchez, enfermera	CS Pola de Lena
Paz Gutiérrez, enfermera	CS Mieres Norte
Isabel del Castillo, psicóloga clínica	Centro de Salud Mental

Formadores/as:

Medicina de familia:

Agustín Suárez Suárez
Amaya Leoz Iparraguirre
Ana Isabel Alonso López
Delfina Menéndez Martínez
Encarnación Álvarez García
Enrique Ondiviela López
Isidora Álvarez Ordás
Manuel Ramón Ramón
Purificación Reguera Bermejo

Trabajo Social:

Ana María Menéndez Caicoya
M^a Rosario Rodríguez Gutiérrez

Enfermería:

Dolores Mirón Ortega
Isabel Castañón Baizán
Mar de la Rosa Arias

María Luisa Sánchez Calderón

María Luisa Suárez Díaz
Marta Pisano González
Mercedes Morales Morales
Rosa Gómez Sanzeri
Rosa Trapiella Fernández

Salud Mental:

Psiquiatra:

Enrique Villa Alonso

Psicólogas clínicas:

M^a Isabel del Castillo Rebollero
Purificación Saavedra Pose

No formadores/as:

Enfermeras:

Dolores Otero Colmenero
Eva Mañueco Tejero
María Luisa Pérez Suárez

María Paz Gutiérrez López

Médico:

Jesús Manuel Díaz Díaz

Médica, técnica de Gerencia:

Montserrat Gutiérrez Bengoechea

De Salud Mental:

Psiquiatra:

Ana Esther Sánchez Gutiérrez

Psicólogo:

Manuel Gómez Simón

Trabajadoras sociales:

Benigna Muñiz García

Marina Sofía García Méndez

Enfermera:

Concepción Artola Lázaro

INDICE

1.	RESUMEN	5
2.	OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	8
3.	MÉTODO DE EVALUACIÓN	8
4.	ACTIVIDADES REALIZADAS	11
5.	RESULTADOS DE PROCESO	12
5.1	OPINIÓN GENERAL SOBRE EL PROGRAMA	12
5.2	COBERTURA DE LA FORMACIÓN DEL GRUPO CLAVE Y DE EAP NO CLAVE	14
5.3	BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN RECIBIDA POR EL GRUPO CLAVE	15
5.4	BENEFICIOS DEL PROCESO DE FORMACIÓN EN TALLERES EN LOS CENTROS DE SALUD	15
5.5	BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO BPS	15
5.6	SESIONES CLÍNICAS. PARTICIPANTES	19
5.7	BENEFICIOS DE LAS SESIONES CLÍNICAS	20
6.	RESULTADOS CLÍNICOS	21
6.1	APLICACIÓN DEL MÉTODO BPS. CASOS TRATADOS	21
6.1.1	<i>Mejoras en la atención estimadas por el Grupo Clave y EAP no clave</i>	22
7.	RESULTADOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL	24
7.1	PACIENTES ATENDIDOS.....	25
7.2	DERIVACIÓN A PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y ANALGÉSICOS	27
7.3	PORCENTAJES DE INCREMENTO EN EL ÁREA.....	29
7.4	INCREMENTOS DESAGREGADOS POR MÉDICOS/AS CLAVE Y NO CLAVE.....	30
8.	CONCLUSIONES: ANÁLISIS DAFO DEL PROGRAMA	33
8.1.1	<i>Fortalezas</i>	33
8.1.2	<i>Debilidades</i>	34
8.1.3	<i>Amenazas</i>	35
8.1.4	<i>Oportunidades</i>	35
9.	PROPUESTAS	36
9.1	ORGANIZACIÓN Y ESTRATEGIA.....	36
9.2	FORMACIÓN	36
9.3	CAMBIOS EN EL MODELO	36
9.4	REEVALUAR Y REPROGRAMAR	37
10.	BIBLIOGRAFÍA	38
11.	ANEXO. CUESTIONARIOS	39

Creo que sí sirve para que seamos capaces de ver a una paciente de forma integral y, por tanto, nuestra respuesta no puede ser solo biologicista, por lo que se puede decir que está justificado todo el esfuerzo realizado y que el programa vale la pena, porque nos ayudará a ofrecer una atención de más calidad, mejorando el grado de satisfacción del usuario y el de los profesionales.

Una profesional de Atención Primaria

1. RESUMEN

Este informe es la última parte de evaluación del Programa, que sigue a las evaluaciones I-formación de formadores y II-multiplicación de la formación, realizadas en 2010.

La opinión general sobre el Programa es positiva por parte de todos los agentes, excepto algunos profesionales minoritarios de los EAP que han recibido sólo la formación de 16 horas en talleres. Se valora la alta implicación del Grupo Promotor y Gerente de AP del Área, alta implicación de los y las profesionales del Grupo Clave la implicación de los y las profesionales del Área, la alta implicación de la consultora. Así mismo, la estrategia de formación del Grupo Clave, la nueva vía de cooperación entre AP y Salud Mental. En el trabajo de formación y actividades, el conocerse entre profesionales de EAP y SM que no se conocían, la estrategia de multiplicación de la formación en talleres en CS. Cómo ha supuesto una iniciación a la docencia y a la estrategia de formación entre iguales. Ha habido el inconveniente de que con las actividades grupales afloran los conflictos previos en los EAP.

Del Método BPS aprendido se valora la mejora de la calidad de la atención a los cuadros de malestar; que está modificando prácticas profesionales con pacientes con malestar. La adquisición de los conocimientos y actitudes sobre atención a la subjetividad, desconocido hasta ahora. La aplicación del Método ha aumentado la satisfacción en la asistencia de los profesionales del GC. Ha motivado a los profesionales con una nueva herramienta de trabajo. Son muy valoradas las sesiones clínicas en los Centros de Salud que han supuesto un refuerzo del trabajo en equipo y de la cooperación con salud Metal.

Es un valor más, el nuevo protocolo en la historia clínica electrónica.

La formación ha sido extensiva, han recibido formación el 74% de los profesionales del Área, con diversa intensidad: mayor intensidad el Grupo Clave (19% del Área) y de menor intensidad los restantes de los EAP (57% del Área).

Han tratado a **300 pacientes** con malestar con el Método BPS aprendido. Aunque han registrado en la historia clínica de OMI, sólo **18 casos** (en 1 mes de disponibilidad del Protocolo que se ha retrasado 1 año sobre lo previsto). Las mejoras más unánimes que estiman haber obtenido los y las profesionales son en el cambio de relación con todos sus pacientes, y en el aumento de la satisfacción de profesionales y pacientes. Seguido de que ahora los pacientes son menos difíciles, incómodos o frustrantes, y que ahora disminuyen la prescripción de psicofármacos y analgésicos. Todas las estimaciones son peores para los EAP no claves.

No se dispone aún de datos sobre resultados registrados en las historias clínicas.

Sin embargo, se han comparado algunos indicadores asistenciales del Área desde 2008, antes del Programa y 2010. El número y proporción de pacientes con malestar ha aumentado en todos los centros, a pesar de que disminuye el número total de pacientes que consultan por cualquier causa. Con malestar, en 2010, son el **64,89%** de todos los pacientes atendidos, mayor proporción en mujeres (**71,4%**) que en hombres (**57,1%**).

Se aprecia una tendencia regular en todos los centros de descenso de los siguientes indicadores, a excepción del CS Cabañaquinta. La proporción de pacientes con malestar que habían sido **derivados a psiquiatría o psicología** al menos en una ocasión en cualquier fecha anterior, era del **11,53%** en 2008 ha descendido a **11,38%** en 2010. El descenso es más notorio en hombres (incremento negativo de **-2,52%**) que en las mujeres (**-0,57%**).

En cuanto a **la proporción de pacientes que consumían ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos** ha disminuido del **86,94%** en 2008 a **86,48%** en 2010. El descenso es mucho más discreto que en el anterior indicador (incrementos negativos entre **-0,02%** y **-1,31%**). Sólo unas pocas variables han sido estadísticamente significativas.

Se ha comparado los resultados para los cupos de médicos y médicas del Grupo Clave y los del resto del CS. Los **incrementos son siempre mayores en los médicos/as clave que en el resto**. El incremento en ambos indicadores (derivaciones a salud mental y consumo de psicofármacos y analgésicos) en hombres, es desde **1,2 veces** a **42 veces** mayor en el grupo clave que en el resto. En conjunto, la **contribución de médicos/as clave a los incrementos** es significativamente mayor que la del resto de los profesionales. Los centros, sin los clave, obtienen unos incrementos muy leves.

Prestando atención a mantener las fortalezas identificadas (Apartado 8), y solucionar las debilidades (apartado 8), las propuestas sumadas de todos los agentes son:

- **Organización y estrategia**
 - Mantener la estructura organizativa del programa en el Área.
 - Reforzar la actividad durante el año 2011.
 - Implantar un sistema de desarrollo menos dependiente de la consultora, basado en una mayor autonomía de funcionamiento de los servicios. Sería relevante dar el testigo desde la consultora hacia el equipo de salud mental, propiciando que el apoyo técnico de valoración e interconsulta clínica se realizase desde el nivel especializado.
 - Trabajar sólo con aquellos profesionales que realmente crean en el método y lo vean útil, para que una vez consolidado y con resultados, se pueda extender.
 - Medidas organizativas en las consultas que permitan una gestión adecuada de la demanda, para disponer del tiempo necesario para la aplicación del método.
 - Durante el resto del 2011 deberían reforzarse las actividades clínicas para dar continuidad a la detección y al manejo de casos.
- **Formación**
 - En el segundo semestre de 2011 se debería estudiar acciones de refuerzo de la formación para facilitar la aplicación del método de la subjetividad.
 - Atender las demandas de más formación, tanto del grupo Clave como de los EAP.
 - Aumentar la formación para todo el personal de los Equipos.
 - Sesiones de reciclaje teórico-práctico, para un repaso de teoría y cómo la estamos aplicando el Grupo Clave sobre casos, en qué estamos fallando, etc.

- **Cambios en el modelo**
 - Estudiar la suma de formación de otros marcos teóricos complementarios que propone salud mental: entrevista clínica dirigida al paciente, otras técnicas de corte práctico...¹
 - Que se trabaje con AP lo que reclama SM: derivaciones, capacidad diagnóstica de AP, grupos Ba-lint en AP, etc.
- **Reevaluar y reprogramar**
 - A finales del 2011 podría disponerse de una mejor base de datos de aplicación de casos en OMIAP y realizar una nueva evaluación.
 - Reevaluar entonces y reprogramar nuevas acciones para el 2012.

¹ La consultora tiene que alertar acerca de que se sustituya el método biopsicosocial -que incluye atención a la subjetividad y a los determinantes de género-, por otros modelos de marco cognitivo-conductual o sistémico que se está proponiendo desde Salud Mental. Existen modelos de estos marcos, que han sido probados para atención primaria, como el método DEPENAS de atención psicosocial a pacientes somatizadores (AIARZAGUENA, 1999 y 2009, citado en la bibliografía) que ha sido muy trabajado en el País Vasco. Este método produce mejorías generales en la satisfacción de profesionales y pacientes, pero no obtiene mejorías en la calidad de vida o cambios clínicos ostensibles en los pacientes (AIARZAGUENA, 2007) Los mismos autores e investigadores del método DEPENAS, están localizando la insuficiencia de su método en la falta de intervención sobre la subjetividad. Esta atención es, sin embargo, el valor añadido del método de este Programa, a pesar de que sea costoso su aprendizaje. Del mismo modo en Galicia, se probó formación en AP de un método sistémico, y no se pudo aplicar no sostener. En consecuencia, sumar y complementar marcos, podría ser beneficioso, eliminar el modelo del programa y cambiarlo, podría llevar a los limitados resultados ya obtenidos con esos modelos.

2. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Los objetivos de esta 3ª etapa de evaluación son:

- A. Valorar el grado de implantación del método en la clínica.
- B. Medir los resultados clínicos de la aplicación del método.
- C. Identificar impactos del Programa esperables y no esperados.

3. MÉTODO DE EVALUACIÓN

Evaluación de proceso, resultados e impactos en relación a los objetivos (Avedis Donadecian, 1989)², con descripción de las actividades y estimación de efectos y logros.

Se extrae información de fuentes con formato cuantitativo y otras cualitativo, combinándose ambos métodos (Fernando Conde, 1987 y 1995)³. En esta evaluación se trata de proporcionar indicadores que midan el alcance de objetivos, pero también generar información privilegiada explicativa de los aspectos del proceso que no son mensurables. Se utiliza análisis del discurso para la información cualitativa.

Fuentes (**ANEXO I. Registros de actividades**):

- Hoja de registros de sesiones clínicas.
- Entrevistas a personas clave.
- Comunicaciones con la tutora externa.
- Cuestionario Nº 6 a profesionales clave y no clave del Área.
- Registro de actividad asistencial del Área VII.
- Registro clínico de Protocolo de Malestar en OMI.

En la siguiente **Tabla 1** se recogen los objetivos de esta 2ª etapa de evaluación, las actividades para alcanzarlos, los indicadores que se utilizan y sus fuentes.

² Seguirá las pautas metodológicas de la *Evaluación del Programa biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2003-2006*, realizada por Sara VELASCO y cols. (2007) que, a su vez, estuvo basada en método de evaluación de proceso, resultados e impactos (Avedis DONADEBIAN, 1989).

Se ha tratado de mejorar aquel modelo inspirándose en algunos aspectos en el modelo de evaluación mucho más completo, de cuarta generación, con participación de todos los agentes que intervienen en el proceso y de marco teórico constructivista, que han mostrado y utilizado el grupo de Margarita PLÁ, en la *Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007*, del Gobierno de Cantabria, dirigido por Ángeles CABRIÁ.

³ Apoyado en el método combinado que propone y desarrolla Fernando CONDE (1987 y 1995). *Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la investigación social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas*. Reis, 39/87, págs. 213-224.

Tabla 1. Evaluación de la 3ª etapa. Proceso y resultados clínicos e impactos del Programa. Objetivos, actividades, indicadores y fuentes. Área VII-Mieres, 2011

Objetivos asistenciales del Programa:

- 2.5.1. Implantar el método en la clínica en los Centros de Salud del Área.
- 2.5.2. Favorecer cambios de los factores psicosociales de género y cambios de posición subjetiva de los y las pacientes.
- 2.5.3. Mejorar los síntomas somáticos o anímicos de los y las pacientes con síndromes del malestar.
- 2.5.4. Mejorar los indicadores de uso de servicios en los y las pacientes con síndromes del malestar:

- A.** Frecuentación.
- B.** Uso de servicios y pruebas complementarias.
- C.** Consumo de fármacos (y psicofármacos).
- D.** Satisfacción de profesionales y pacientes.

Objetivos de evaluación de proceso de implantación del método.	Actividades	Indicadores	Fuentes
A. Valorar la implantación del método en la clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del método en la clínica en los EAP • Sesiones clínicas BPS con SM Supervisión de casos con SM	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de secuencia de implantación. • Proporciones de profesionales que declaran aplicar el método. • Número de casos declarados por partes aplicadas del método⁴. • Proporción de profesionales que registran casos en OMI. • Número de casos registrados, con método completo y por partes. • Número de sesiones clínicas BPS realizadas por centros. • Participación de EAP en las sesiones. • Número y participación en supervisión de casos. • Idoneidad inicial estimada del protocolo OMI. * Indicadores de actividad desagregados por centros, profesiones, niveles de formación ⁵ y sexos. Comparación de indicadores de opinión de los y las profesionales, analizados en el análisis de situación PRE-programa con los mismos indicadores POST-programa: estimación de frecuentación pro S. del malestar, proporción de mujeres, tipo de terapias usadas, derivaciones y satisfacción ⁶ .	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas a personas clave. • Grupos focales de profesionales del Área (y pacientes, si es posible). • Comunicaciones en tutoría clínica. • Protocolo de síndromes del malestar en OMI. • Hoja de registros de sesiones clínicas. • Hoja de registro de supervisiones. Cuestionario POST-programa nº 5. FODA.

⁴ El método contiene sucesivas partes, como escucha psicosocial y subjetiva, localización de identificaciones, señalamiento, desciframiento, causar efectos de sujeto, relación sanitario/a-paciente, con muy distinto grado de dificultad. Se pueden aplicar separadas o incompletas y obtener beneficios distintos de esta aplicación parcial o incompleta.

⁵ Nivel de formación 0: profesionales del los EAP que no han asistido a formación. Pueden ser grupo control para algunos indicadores.

Nivel de formación 1: profesionales del los EAP que asisten a los talleres. 18 horas docentes y sesiones clínicas. Posiblemente 10 horas más de formación complementaria.

Nivel de formación 2: profesionales del Grupo Clave formadores/as. 68 horas docentes, sesiones clínicas y formación impartida por ellos/as.

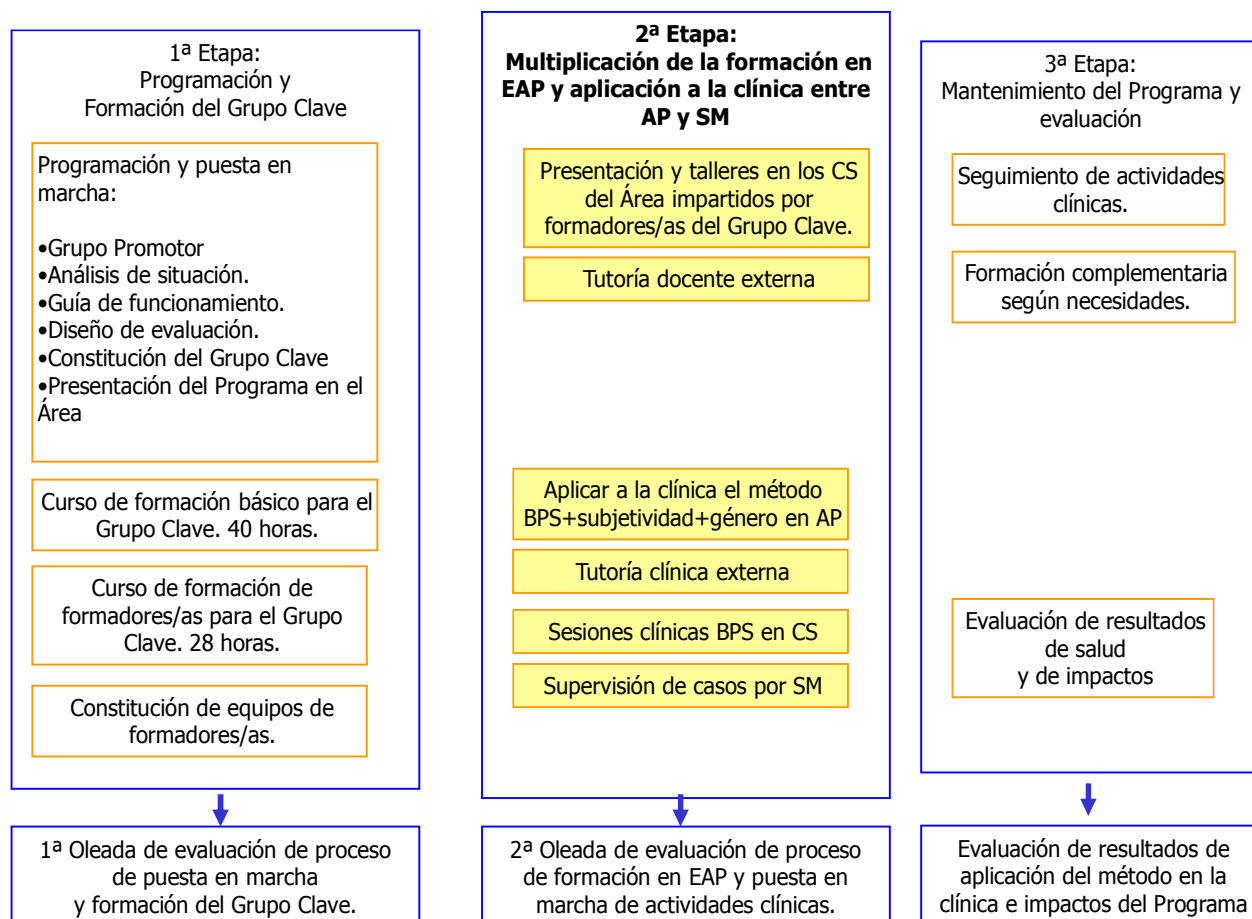
⁶ Se pasarán los cuestionarios POST 5 y 6 a profesionales del Área que constan de las mismas preguntas que en sondeo de situación y se compararán los resultados.

Tabla 1 (Cont. 1). Evaluación de la 3ª etapa. Proceso y resultados clínicos e impactos del Programa. Objetivos, actividades, indicadores y fuentes. Área VII-Mieres, 2010			
Objetivos de evaluación de proceso de apoyo clínico.	Actividades	Indicadores	Fuentes
B. Analizar el rendimiento de las actividades de apoyo clínico.	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones clínicas BPS con SM. Supervisión de casos con SM. 	<ul style="list-style-type: none"> Número y tipo de casos analizados en sesiones clínicas. Características de la dinámica de grupo de las sesiones clínicas (grado de participación, interés, continuidad, dificultad de los casos, grado de manejo del método en la sesión, satisfacción, fortalezas y debilidades). Número, tipo de casos analizados y profesionales en supervisiones. Rendimiento de sesiones y supervisiones: Proporción de casos revisados en sesiones y supervisiones, sobre casos atendidos con el método. Beneficios estimados de las sesiones clínicas, efectos sobre relación sanitario/a-paciente; efectos sobre el estrés del profesional. Satisfacción. Fortalezas y debilidades. Propuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de protocolo de síndromes del malestar en OMI. Hoja de registros de sesiones clínicas. Hoja de registro de supervisiones.
Objetivos de evaluación de resultados clínicos	Actividades	Indicadores	Fuentes
C. Resultados clínicos del método en casos de pacientes con síndromes del malestar.	<ul style="list-style-type: none"> Atención de casos registrados en OMI 	No se han explotado los indicadores del protocolo en OMI	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo en OMI.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS

En el siguiente cuadro se recogen las actividades de todo el Programa y en la tercera columna las de la tercera etapa, objeto de esta evaluación.

Tabla 2. Actividades de intervención de atención biopsicosocial. Área VII-Mieres. 2010-2011



5. RESULTADOS DE PROCESO

Hacemos una valoración del Programa desagregando las opiniones de todos los agentes, desde el Grupo Promotor, hasta los y las profesionales del Área, combinando información cualitativa y cuantitativa. A partir de las siguientes fuentes:

- Entrevista a personas clave del Grupo Promotor.
- Cuestionario 6 abierto al Grupo Clave de profesionales del Área.
- Cuestionario 6 abierto a profesionales de los EAP.

5.1 Opinión general sobre el Programa

Del grupo Promotor:

General:

Opinión positiva general aún con objetivos no agotados.

Alta implicación del Grupo Promotor y Gerente de AP del Área.

Alta implicación de los y las profesionales del Grupo Clave.

Ha conseguido implicar a profesionales del Área

Alta implicación de la consultora.

Estrategia de formación del Grupo Clave:

Nueva vía de cooperación entre AP y Salud Mental.

Conocerse entre profesionales de EAP y SM que no se conocían.

Estrategia de multiplicación de la formación en talleres en CS:

Iniciación a la docencia y a la estrategia de formación entre iguales.

Todo el EAP participando en el abordaje de un tipo de paciente.

Inconveniente: afloran los conflictos previos en los EAP.

El método BPS:

Mejora de la calidad de la atención a los cuadros de malestar.

Está modificando prácticas profesionales con pacientes con malestar.

Adquisición de los conocimientos y actitudes sobre atención a la subjetividad.

Ha aumentado la satisfacción en la asistencia de los profesionales del GC.

Motivación de los profesionales con una nueva herramienta de trabajo.

Nuevo protocolo en la historia clínica electrónica.

Sesiones clínicas:

Refuerzo del trabajo en equipo

Refuerzo de la cooperación profesional y de la crítica científica

De los y las profesionales de AP del Grupo Clave:

Buen Programa

Es un buen programa.

Sigo opinando que es un Programa muy beneficioso para mejorar la atención y ofrecer otras posibilidades de tratamiento.

Muy interesante pero ambicioso

Es un programa con base real, apoyado en un método eficaz Me parece totalmente acertado hacer un enfoque biopsicosocial al atender a mis pacientes.

Me parece que ha contribuido a mejorar, por mi parte, el abordaje psicosocial de los problemas de salud de mis pacientes. Es un programa muy completo, pero también muy ambicioso.

Dificultades de aceptación por quienes no han recibido la formación original

... pero no tuvo mucha aceptación por parte de los profesionales de los EAP.

...está siendo difícilmente aplicable por A. Primaria y que tiene poca aceptación por el equipo.

De los y las profesionales de los EAP no del Grupo Clave:

Si bien en el Grupo Clave y Grupo Promotor, la opinión positiva es unánime con matices que valoran más unos aspectos u otros, en los EAP que recibieron la formación NO original, sólo de 16 horas, las opiniones se dividen en 36%positivas, 32% negativas y 8% intermedias.

Opinión Positiva

Muy positiva. /Buena. /Es interesante, sobre todo abordaje práctico, pero se podría condensar en menos extensión. /Interesante./ Curso útil / Buena./ Buena, creo que nos hace tomar conciencia de la falta que hace escuchar a la gente./ Bueno. /No hice un seguimiento de su totalidad, pero me parecía interesante.

Opinión intermedia

Mejor en la teoría que en la práctica./ Está bien, pero difícil de aplicar al completo.

Opinión negativa

Pobre, complicado, utópico. /Totalmente prescindible./ Muy idílico tal y como está la APS hoy en día./ Creo que no es aplicable hoy./ No me pareció en absoluto nada aprovechable./ Muy extenso, poco práctico./ Mala. / Muchas palabras, muy bien dichas, pero de poca utilidad en la consulta.

5.2 Cobertura de la formación del Grupo Clave y de EAP no clave

Los y las profesionales de los EAP han ido aplicando, en mayor o menor grado, el Método Biopsicosocial objeto del Programa, desde que reciben la formación. Los del Grupo Clave, desde marzo de 2010; los restantes de los EAP, desde junio de 2010.

La formación recibida ha sido de intensidad distinta para ambos grupos:

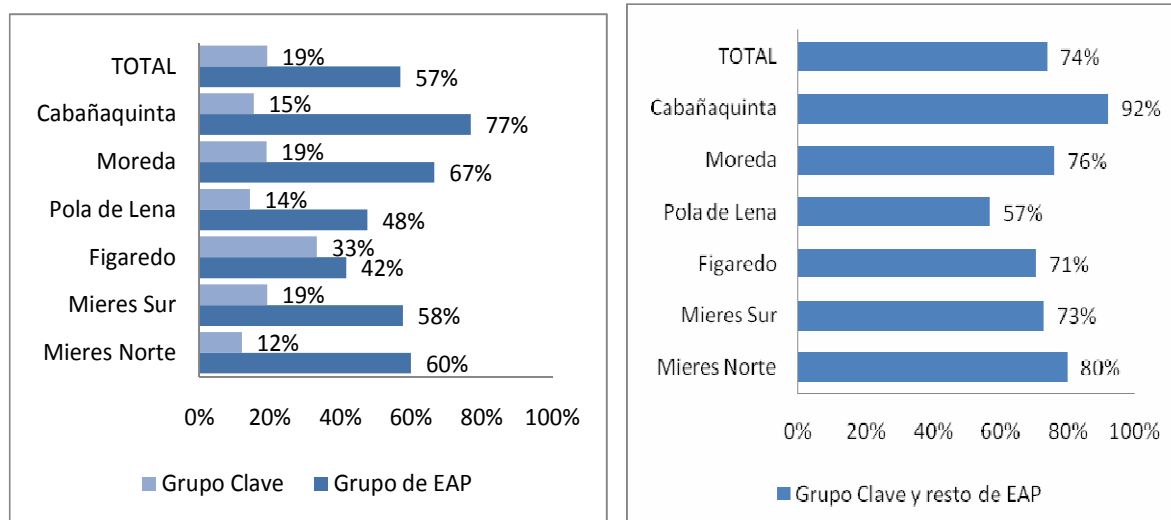
- **Grupo Clave:** 68 horas docentes recibidas de formación de origen. 18 horas docentes impartidas en sus CS. Trabajo en equipos para la docencia. Tutoría docente y clínica. Participación en sesiones clínicas mensuales en sus CS.
- **Grupo de EAP:** 18 horas docentes recibidas de formadores/as del Grupo Clave. Participación en sesiones clínicas mensuales en sus CS.

Se van evaluando los resultados desagregados para ambos grupos cuya composición es la de siguiente **Tabla 3**. La cobertura de la formación es del **74%** del Área; la cobertura del Grupo Clave es del **19%** del Área y del grupo de EAP no clave es del **57%** (Gráfico 1):

Tabla 3. Cobertura de la formación del Área de Grupo Clave y resto de EAP.

CS	Plantilla de EAP	Grupo de EAP		Grupo Clave n°		Participantes de EAP y de GC	
	n°	n°	% sobre plantilla	n°	% sobre plantilla	n°	% sobre plantilla
Mieres Norte	25	15	60%	3	12%	20	80%
Mieres Sur	26	15	58%	5	19%	19	73%
Figaredo	24	10	42%	8	33%	17	71%
Pola de Lena	21	10	48%	3	14%	12	57%
Moreda	21	14	67%	4	19%	16	76%
Cabañaquinta	13	10	77%	2	15%	12	92%
TOTAL	130	74	57%	25	19%	96	74%

Gráfico 1. Cobertura e la formación del Grupo Clave y resto de EAP sobre plantilla del Área por CS.



5.3 Beneficios de la formación recibida POR EL Grupo Clave

Estimados por el Grupo Clave:

Aprendido nuevo instrumento para la práctica clínica

TODO lo aprendido, que es mucho.

El conocimiento de un nuevo instrumento aplicable a la práctica clínica.

Formación teórica y práctica que respalda el quehacer diario.

Conocimiento de una nueva forma de abordar determinadas situaciones o personas hasta entonces agobiantes en consulta.

Incremento importante de la formación en relación con los conocimientos a nivel BPS..

Mejora en la disposición para realizar cambios en la atención de pacientes con síndrome de malestar.

Lo veo como algo innovador e interesante el dar un enfoque BPS a la consulta en AP.

Interrelación y cohesión entre AP y con SM (la formación se impartió conjunta a AP y SM)

5.4 Beneficios del proceso de formación en talleres en los centros de salud

Estimados por profesionales de AP del Grupo Clave:

Gratificante para el equipo

Guardo una impresión muy positiva, ha resultado gratificante para el equipo.

El reto de estructurar y comunicar la información de modo que resulte interesante.

Sirvieron para forzarnos a interiorizar y conocer mejor los aspectos teóricos.

Nueva cooperación entre compañeros

La cooperación entre los compañeros

Utilizar todos el mismo lenguaje para determinados problemas de salud.

Además fue muy valorada nuestra participación por el resto de los miembros de los equipos.

Mayor conocimiento de los equipos

Mejora en la relación AP y especializada (los equipos de formadores eran mixtos de P y SM).

5.5 Beneficios de la aplicación del método BPS

Estimados por el Grupo Clave

Mejoría clínica y de calidad de vida de los y las pacientes

Obtener mejoría clínica, mejora de la satisfacción de usuario y profesional sanitario.

Mejora de la calidad de vida de aquellos en que he aplicado partes del método.

Mejora en el abordaje y la atención de dichos pacientes.

Método con valor añadido

Por supuesto, sigo utilizándolo además las técnicas de intervención que ya formaban parte de mi trabajo diario.

Beneficios a largo plazo.

Mayor satisfacción del profesional

Me ha ayudado bastante al control de la ansiedad que me generaban anteriormente estas pacientes. Entender mejor sus quejas.

Mayor satisfacción.

Muy interesante herramienta el método BPS

Muy interesante como herramienta de aplicación en consulta, no solo para pacientes crónicos hiperfrecuentadores/as, sino también como un cambio en la sistemática de abordaje en la consulta habitual...

Método eficaz, acertado para AP y beneficioso

Yo creo que es una "herramienta" de trabajo. Útil.

Es interesante la introducción de los aspectos psicosociales y los determinantes de género en la consulta médica y de enfermería, interesante por las necesidades que se ven en la demanda.

Necesitamos más tiempo y más formación

Puede resultar eficaz pero en general necesitaríamos más tiempo.

Llegar a descifrar la subjetividad y aplicar el método de forma correcta, me parece más difícil de lo que en un principio pensaba y lleva mucho tiempo.

...pero dificultades para la aplicación por la falta de tiempo, sobrecarga de trabajo y escasa formación.

Difícil de aplicar y dificultad especial en la atención a la subjetividad

Difícil de aplicar.

Es difícil de llevar por el tiempo y porque no es una herramienta a la que estemos acostumbrados.

La metodología es bastante diferente a lo que solemos utilizar en consulta, y eso entraña una dificultad grande añadida.

...aunque está resultando difícil integrarlo en la práctica habitual, quizá por dificultades de organización en las consultas y excesiva dispersión de temas a tratar en las mismas.

<p><i>¿Ha cambiado la relación con todos los y las pacientes, tengan o no síndromes del malestar?</i></p>

El 100% del Grupo Clave dice que sí ha cambiado y explican por qué.

La escucha del malestar psíquico, subjetivo, y de los factores de género

Sí, fundamentalmente en el planteamiento de que bajo gran parte de quejas físicas, subyace en ocasiones el malestar psíquico no percibido por el/la paciente

Me ha ayudado a mejorar la escucha de lo psicosocial y actuar sobre los aspectos subjetivos de la enfermedad.

Ha mejorado la percepción de los factores BPS y de género como determinantes de la salud, así como la escucha de lo subjetivo.

..quizá estoy más predispuesta a ver lo que antes no veía.

He mejorado mucho en la escucha y en la orientación sobre cosas que antes no investigaba

Sí, me permite abordar temas que antes evitaba, por no saber manejarlos.

Sí, tener en cuenta a parte de lo biopsicosocial la importancia de la subjetividad

Visión holística de todas las variables que pueden influir en la salud

Ha cambiado en el sentido que tal vez ahora sepamos ver más entre líneas.

Actualmente me ocupo más de intentar encontrar una conexión entre lo que les ocurre y algún acontecimiento en el pasado en relación al tiempo que hace que presentan el malestar.

La escucha activa y mejor relación con los y las pacientes

Me sirvió para la escucha activa.

Si. Profundizo mucho más en la esfera social y subjetiva en general de las personas. He mejorado mucho en mi contención, en la escucha, y en general en la relación con algunos pacientes.

Sí, les comprendo mejor, he mejorado la escucha y me intereso más por el ambiente social que les rodea y por la esfera psicológica.

Quizás la mejora está en que la escucha y la empatía ocupa una gran parte del tiempo que están en la consulta.

Creo que no, siempre use un enfoque biopsicosocial y creo que siempre tuve en cuenta el sesgo de género.

Estimados por profesionales de EAP no Clave

Mejora en la escucha

Mejora del conocimiento en el diagnóstico de los pacientes con S. Malestar

Trato de escuchar a paciente y no solo oírle.

La mejora de comunicación con estas personas, algo me ha ayudado.

Tener un método preestablecido puede ayudar.

Conocer la aplicación del método y cómo hacerlo me ayuda.

Muchas gracias por el esfuerzo y dedicación

Difícil de aplicar

Requiere un entrenamiento y una "especialización" que no tenemos en la AP.

Exige dedicación, tiempo, predisposición,...

Difícil / Muy complejo./ Es dificultoso, este método requiere mucho tiempo para que llegue a ser efectivo, cosa que la mayoría de las veces es muy difícil de conseguir debido al volumen de pacientes.

¿Ha cambiado la relación con todos los y las pacientes, tengan o no síndromes del malestar?

El Grupo No clave se divide en 52% no han cambiado nada después de la formación, o no contestan y 48% si han cambiado:

Han captado una **diferencia en la escucha**, pero nada concreto de la escucha subjetiva y relación con el paciente que es lo innovador del método y que es lo que sí ha impactado en el Grupo Clave.

En que los entiendo mejor y creo que sé un poco como aconsejarles.

En el enfoque psicosocial.

Escuchar más e intentar entenderles mejor.

Pienso que el curso nos recuerda constantemente la escucha en la gente, siendo más pacientes, dedicándoles más tiempo.

Descartas el tratamiento farmacológico como 1ª opción antes de escuchar al paciente.

A veces sí.

Mayor interrelación con Salud Mental y más cohesión entre los compañeros de los distintos equipos del Área. Compartir inquietudes.

Fue muy positivo el grado de cohesión que se produjo dentro del grupo clave debido a un acercamiento y a la adquisición de unos conocimientos y un procedimiento común.

No, hay que tener cuatro ojos y 4 oídos (como antes)

No puedo profundizar por falta de tiempo.

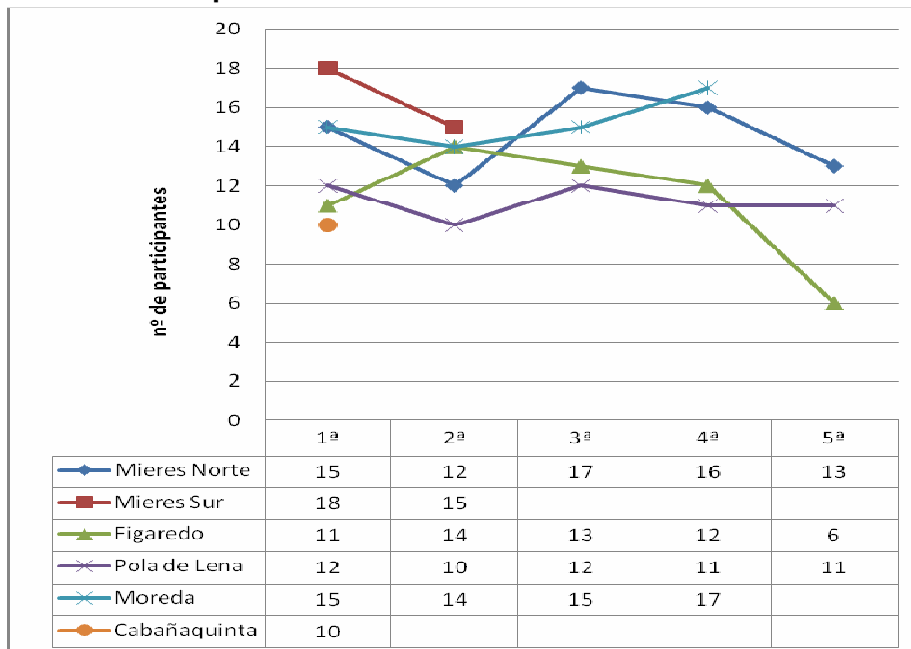
No ha cambiado nada.

No ya que la mayoría de mis pacientes tienen síndrome de malestar.

5.6 Sesiones clínicas. Participantes

Se han realizado **22 sesiones clínicas** en los 6 CS del Área, coordinadas por una psicóloga y un psiquiatra de Salud Mental.

Gráfico 2. Participantes en sesiones clínicas mensuales en centros de salud.

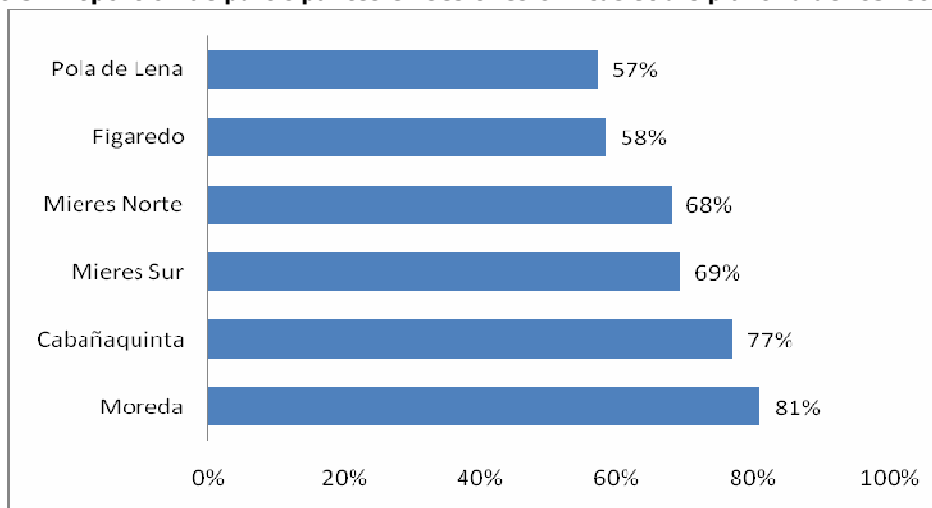


*Figaredo y Mieres Sur fueron coordinados por la psicóloga la 1ª sesión y por el psiquiatra las siguientes sesiones. Mieres Norte, Moreda, Pola de Lena y Cabañaquinta son coordinadas por la psicóloga.

Mieres Norte, Moreda y Pola de Lena, aumentaron la participación en la 3ª y se mantienen bien.

Mieres Sur empezó con máxima participación pero se ha quebrado en la 2ª sesión. Y Figaredo se mantiene, pero con descenso mantenido de la asistencia.

Gráfico 3. Proporción de participantes en sesiones clínicas sobre plantilla del CS. Cobertura.



La cobertura máxima alcanzada ha sido entre 57% y 81% según los centros. Los participantes son más o menos todos los que asistieron a los talleres en CS.

Se han analizado casos presentados por miembros del grupo clave y de otros profesionales de los EAP. Las dinámicas han sido buenas y muy buena participación y colaboración.

5.7 Beneficios de las sesiones clínicas

Estimadas del Grupo Clave:

Mejora de la relación AP y especializada.

Nuevamente la interrelación con Salud Mental.

La relación y el contacto con Salud Mental.

Mayor colaboración o al menos más estrecha entre salud mental y primaria.

Aumento de la formación.

Aprendemos en la práctica.

La orientación del "experto", o sea, en mi caso la profesional de psicología bien para reforzar y apoyar nuestro enfoque en el caso o bien corrigiendo u orientando hacia los cambios más adecuados.

El estudio de un caso desde una perspectiva interdisciplinar

Extender y compartir avances con los compañeros

Extensión del conocimiento del método al mayor número posible de profesionales y colaboración en la resolución o afrontamiento de casos complicados

Ver los avances de los compañeros. Compartir

Me parece lo más positivo.

Me resultó muy gratificante

Estimadas por EAP no del Grupo Clave

Unánime satisfacción con las sesiones

Las relaciones entre AP y jerarquizada es fundamental.

Fundamental interrelación Primaria-Salud Mental.

Está bien tener relación con otro nivel asistencial. Es una forma de contactar con psicólogo y psiquiatra.

Más interconexión entre ambos servicios.

Siempre es interesante conocer la perspectiva de especializada.

Interesantes, enriquecedoras./ La puesta en común y discusión.

Me sirven para conocer como se usa el programa en el día al día de las consultas.

Bueno / Muy bien. /Muy bien. Lo mejor, los casos.

Sólo una opinión negativa

Mala, salvo alguna excepción.

6. RESULTADOS CLÍNICOS

No se dispone de los resultados que estaban previsto evaluar en esta fecha, de la explotación de indicadores a partir del protocolo del Método BPS al Malestar incluido en la historia clínica electrónica en OMI.

Este protocolo ha sufrido retraso en estar disponible, debido a insuficientes recursos humanos para ello en los servicios. Ha empezado a funcionar en abril de 2010. Por ello, no existen aun suficientes casos registrados para una primera explotación.

Por ello, sólo se dispone en este momento de las estimaciones hechas por los profesionales del Grupo Clave y por una parte de los profesionales de los EAP, no claves (Cuestionario 6), que se presentan a continuación.

6.1 Aplicación del método BPS. Casos tratados

Fuente: cuestionario 6 POST intervención.

Para valorar el grado de aplicación y demás aspectos de los siguientes apartados se utilizan los resultados del Cuestionario nº6 (**ANEXO I. Cuestionarios**), pasado en abril de 2011, -al año aproximado de terminar la formación-, al Grupo Clave y al grupo de EAP que recibieron formación en sus CS.

Han respondido a este cuestionario 19 personas de 25 asistenciales de AP del Grupo Clave, responden el **76%**.

Han respondido al cuestionario 25 personas de las 74 personas de EAP que recibieron formación en CS, responden el **34%**.

El número de casos en que ha intervenido con el método, estimado por los profesionales del Grupo Clave es, hasta ahora, de 192 casos, y han registrado 18 casos en OMI.

El protocolo en OMI ha estado disponible durante sólo un mes antes de la recogida de esta información. Y el grupo de EAP, declara haber tratado 109 casos y registrado 2. **En total 300 casos tratados en el Área y 20 registrados.**

Tabla 4. Casos de síndromes del malestar tratados y registrados en OMI con el método BPS

	Nº de casos tratados con el método BPS			Nº de casos registrados en OMI*		
	Por el Grupo Clave	Por EAP (no clave)	Total en el Área	Por el Grupo Clave	Por EAP (no clave)	Total en el Área
Médicos/as	102	74	176	8	2	10
Enfermeras/os	40	35	75	9	0	9
T. Sociales	50	0	50	1	0	1
Total	192	109	301	18	2	20

* Durante el primer mes de inicio del registro. Desde 15 de Marzo, que se inició el registro de OMI y el 20 de abril de 2011, fecha de recogida de estos datos.

La variabilidad de número de casos tratados por profesional es enorme. La media es de 9 pacientes tratados con el método, por profesional, pero con una desviación estándar de 9,84. Oscilan desde 1 paciente a 30, o a declarar que se ha intentado con todos los pacientes. Esta estimación es por tanto sólo aproximada y muy precaria.

6.1.1 Mejoras en la atención estimadas por el Grupo Clave y EAP no clave

En el siguientes gráficos 4 y 5, se desagregan los aspectos estimados.

La mejoría más unánime es en el cambio de relación con todos sus pacientes, y en el aumento de la satisfacción de profesionales y pacientes. Seguido de que ahora los pacientes son menos difíciles, incómodos o frustrantes, y que ahora disminuyen la prescripción de psicofármacos y analgésicos. Todas las estimaciones son peores para los EAP no claves.

Gráfico4. Mejoras en la atención estimadas por el Grupo Clave en Nº de respuestas.

Fuente: Cuestionario fonal nº 6. n= 20

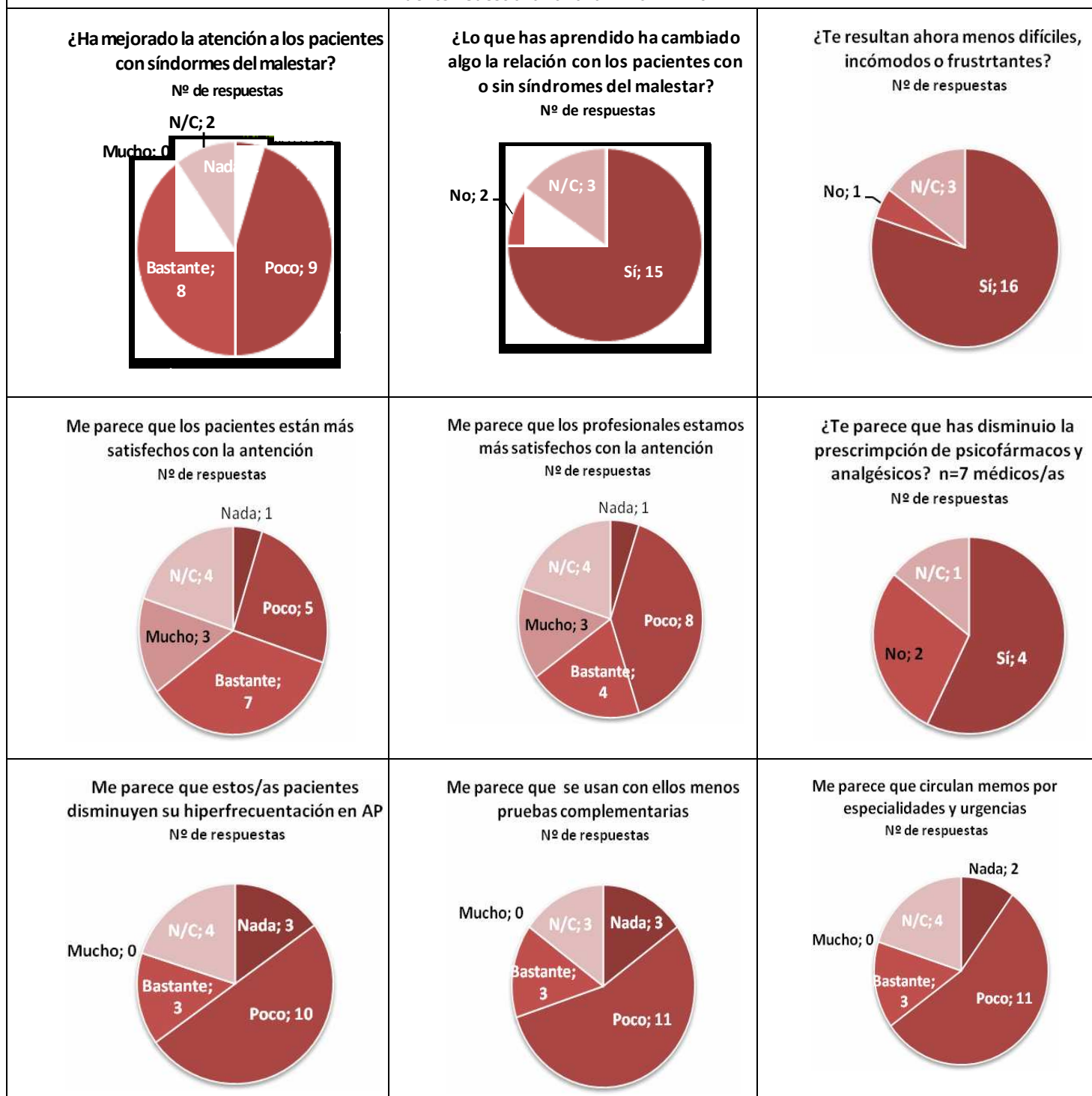
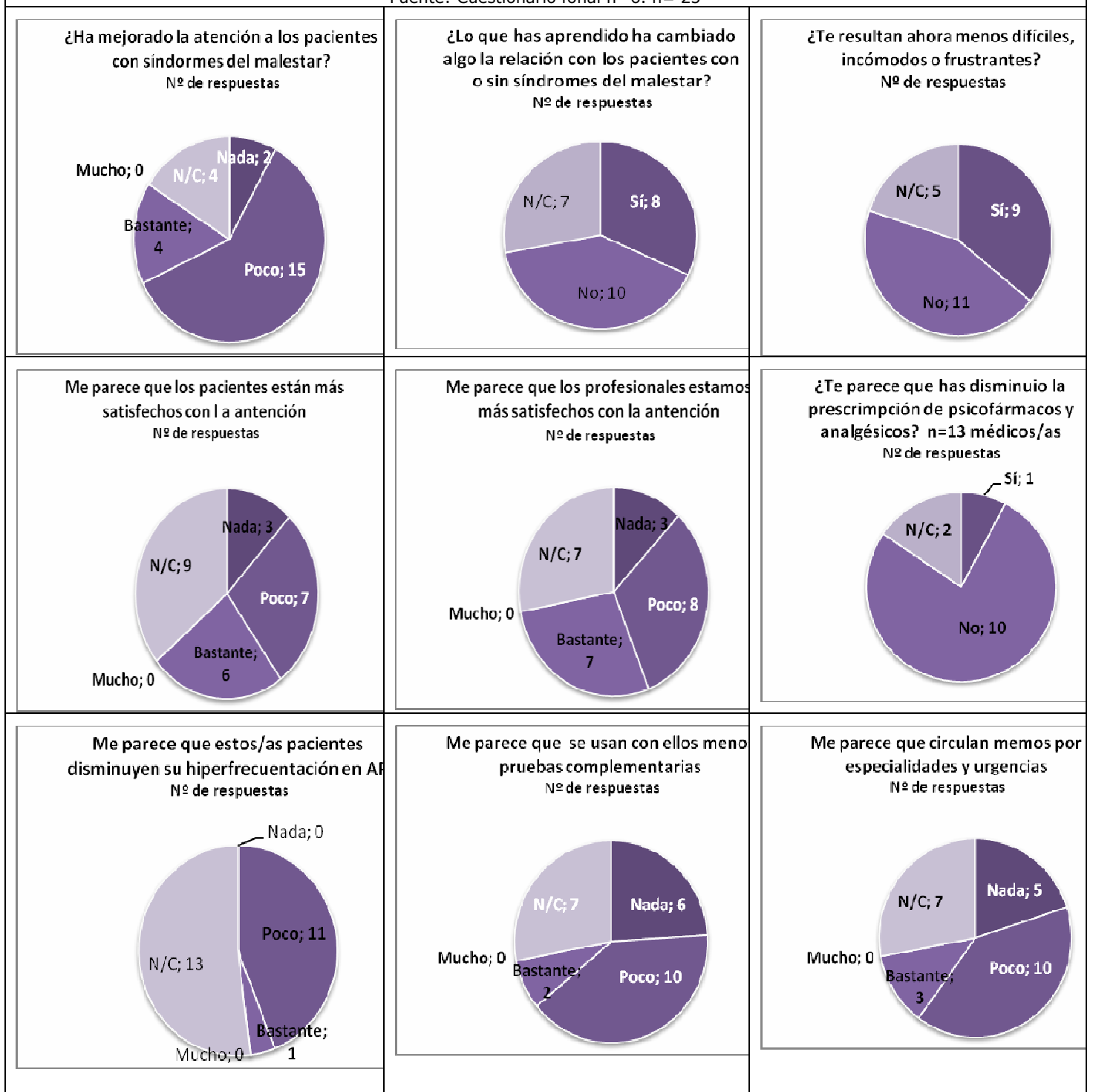


Gráfico 5. Mejoras en la atención estimadas por los EAP no Clave en N° de respuestas.

Fuente: Cuestionario fonal nº 6. n= 25



7. RESULTADOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Al comienzo del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria en Mieres en 2009, se realizó un análisis de situación en el que la Gerencia de AP, valoró indicadores de actividad asistencial relacionados con los síndromes del malestar sobre el periodo de 2008. En este informe se repite la valoración de los mismos indicadores para el periodo de 2010, para estimar cambios que puedan ser atribuidos a las intervenciones del Programa. Se presenta a continuación un resumen del INFORME COMPARATIVO DE DATOS DE ACTIVIDAD DEL ÁREA VII DE 2008 A 2010 completo disponible junto a los demás documentos de proyecto y evaluaciones anteriores del Programa, en la web Astursalud:

<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnexoid=6edb94aa8e760310VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=24955bc6d9813210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

En resumen:

En los dos periodos estudiados, 2008 (antes de la intervención del Programa), y 2010 (durante la intervención del 30 de marzo de 2010 a 28 de febrero de 2011) ha disminuido en el Área y en todos los centros el número total de pacientes atendidos por cualquier causa; y sin embargo, han aumentado los pacientes con síndromes del malestar en ambos sexos.

Para el conjunto del área, los **pacientes con síndromes del malestar** son en 2010 el **64,89%** de todos los pacientes atendidos, mayor proporción en mujeres (**71,4%**) que en hombres (**57,1%**) (Tablas 1 y 2). Por tanto, estos cuadros clínicos **tienen un peso alto en la carga asistencial y en aumento**. Los factores podrían deberse al agravamiento de factores psicosociales de la población de referencia, posiblemente debido a la actual crisis económica. También podría existir un aumento del diagnóstico y registro de casos tras la formación recibida. El número absoluto y la proporción de pacientes con malestar **es mayor en las mujeres**.

La proporción de pacientes con malestar que habían sido **derivados a psiquiatría o psicología** al menos en una ocasión en cualquier fecha anterior, era del **11,53%** en 2008 ha descendido a **11,38%** en 2010. El descenso es más notorio en hombres (incremento negativo de **-2,52%**) que en las mujeres (**-0,57%**) (Tabla 3 y Gráfico 6). Por centros de salud y por sexos, de las 12 variables, todas han descendido, excepto en el CS Cabañaquinta de salud, y en dos variables de mujeres en otros dos (Gráfico 7).

En cuanto a **la proporción de pacientes que consumían ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos** ha disminuido del **86,94%** en 2008 a **86,48%** en 2010. El descenso es mucho más discreto que en el anterior indicador (incrementos negativos entre **-0,02%** y **-1,31%**) y se produce en las 12 variables de todos los centros tanto en mujeres como en hombres, excepto en una en CS Cabañaquinta (Gráfico 8).

Para tratar de valorar si los descensos pueden ser debidos en parte a la intervención del Programa, se han desagregado los indicadores para médicos/as del Grupo Clave y para el resto de los profesionales. Los

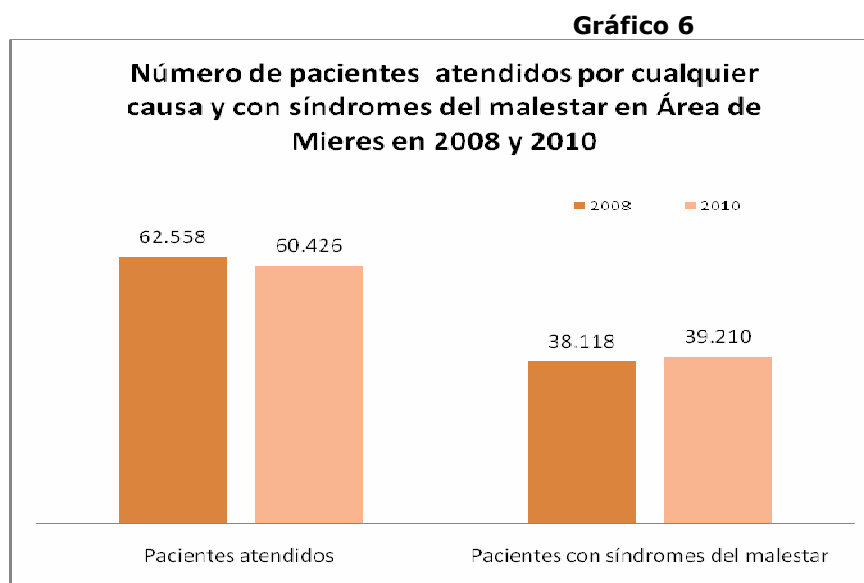
incrementos son siempre mayores en los médicos/as clave que en el resto. El incremento en ambos indicadores en hombres es desde **1,2 veces** a **42 veces** mayor en el grupo clave que en el resto.

Es más llamativo en algunas variables de hombres. En Figaredo, descenso del **-22,8%** en las derivaciones en hombres del grupo clave, frente al **-0,05%** del resto de su centro; en Pola de Lena, descenso del **-11,4%** en la misma variable del grupo clave, frente a **-4,64%** del resto de su centro; o en Moreda, descenso de **-11,04%** en el consumo de fármacos en hombres en el grupo clave, frente al aumento de **-3,4%** en el resto de su centro (única variables en que el descenso ha sido estadísticamente significativo).

En conjunto, la **contribución de médicos/as clave a los incrementos** es significativamente mayor que la del resto de los profesionales. Los centros, sin los clave, obtienen unos incrementos muy leves.

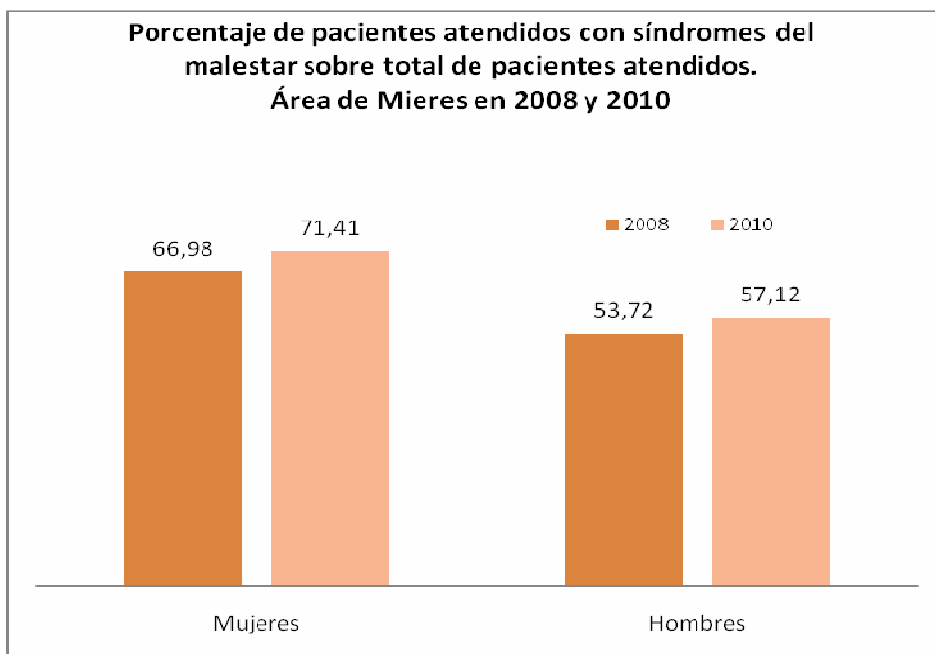
7.1 Pacientes atendidos

De 2008 a 2010 (seguiremos diciendo simplificado 2010 para este periodo considerado hasta febrero de 2011), **ha disminuido en el Área y en todos los centros el número total de pacientes atendidos por cualquier causa** (Tabla 5), sin embargo, **han aumentado los pacientes con síndromes del malestar** en ambos sexos (Gráfico)



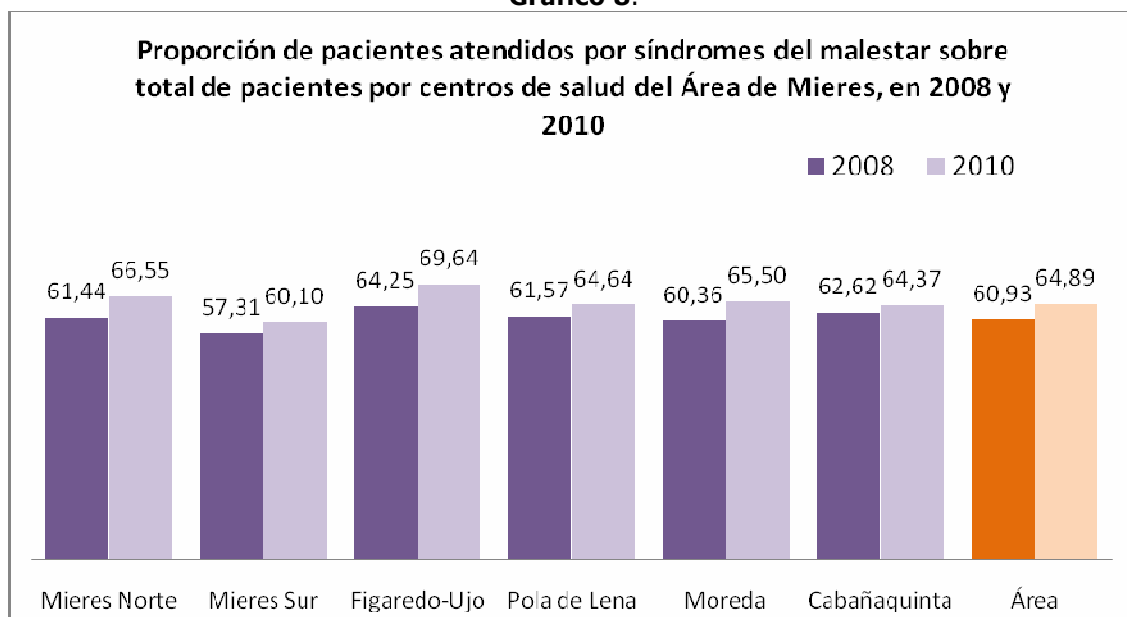
En 2010 han aumentado los y las pacientes con síndromes del malestar (39.210), más mujeres (23.457) que hombres (15.753) (Tabla 6). Son el **64,89%** de todos los pacientes atendidos, también mayor proporción en mujeres (**71,4%**) que en hombres (**57,1%**) (Gráfico 7).

Grafico 7



La alta proporción de pacientes con síndromes del malestar, y su aumento, es muy similar en todos los EAP, con el incremento más leve en Cabañaquinta (Gráfico 8).

Gráfico 8.



7.2 Derivación a psicología y psiquiatría y consumo de psicofármacos y analgésicos

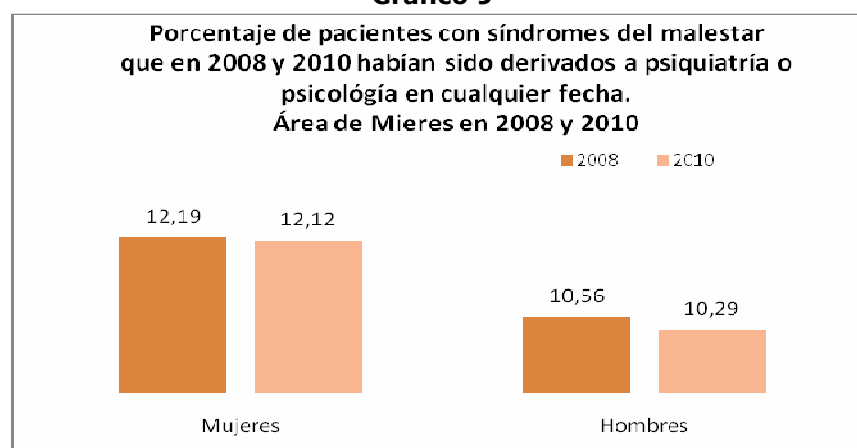
A partir de aquí, ya presentamos los datos siempre por sexos, porque son constantes las diferencias entre ambos, y los cambios significativos resultan atenuados si se observa sólo el dato para ambos sexos.

Si bien el número de pacientes derivados a Salud Mental, ha aumentado ligeramente (de 4.396 a 4.484 pacientes), debido al aumento de pacientes atendidos, sin embargo, **la proporción de pacientes que habían sido derivados ha disminuido para ambos sexos (de 11,53% a 11,38%)**, descenso leve, que es más acusado **en hombres** (Tabla 3) (Gráfico 9).

Tabla 3. Distribución de pacientes atendidos en los EAP y Área en 2008 y 2010 por sexos, con CIAP de cualquier fecha (A01-A04-D01-D93-L01-L02-L03-L18-P01-P02-P03-P06-P74-P75-P76-N01-N17) y que habían sido derivados a psicología o psiquiatría en cualquier fecha.

EAP		Paciente que habían sido derivados a Salud Mental en cualquier fecha, en 2008 (de 1 de enero a 31 de diciembre de 2008)			Paciente que habían sido derivados a Salud Mental en cualquier fecha, en 2010 (de 1 de marzo 2010 a 28 de febrero de 2011)		
		AMBOS SEXOS	MUJERES	HOMBRES	AMBOS SEXOS	MUJERES	HOMBRES
MIERES NORTE	Nº	1.325	809	516	1.372	844	528
	%	14,02	14,14	13,82	13,93	14,17	13,57
MIERES SUR	Nº	991	662	329	1.012	672	340
	%	12,25	13,33	10,52	12,04	13,04	10,47
FIGAREDO-UJO	Nº	617	373	244	615	378	237
	%	9,92	10,21	9,51	9,64	10,07	9,02
POLA DE LENA	Nº	853	543	310	846	549	297
	%	11,88	12,53	10,88	11,61	12,51	10,24
MOREDA	Nº	351	226	125	351	229	122
	%	8,18	9,05	6,97	8,11	9,05	6,78
CABAÑAQUINTA	Nº	259	165	94	268	171	97
	%	8,99	10,17	7,46	9,04	10,21	7,53
ÁREA	Nº	4.396	2.778	1.618	4.464	2.843	1.621
	%	11,53	12,19	10,56	11,38	12,12	10,29

Gráfico 9

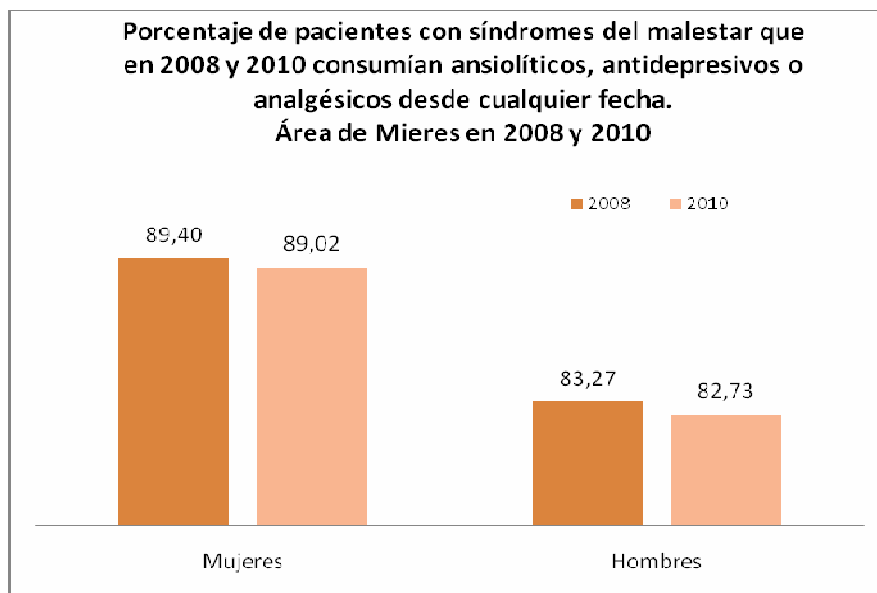


En cuanto a los **pacientes que consumían psicofármacos y analgésicos**, aumenta también levemente el número absoluto (de 33.138 pacientes, a 33.914, efecto debido al aumento de pacientes), pero **desciende la proporción de derivados en ambos sexos (de 86,9%, a 86,5%)** descenso menor que en las derivaciones a Salud Mental, y que es también aquí **más acusado en hombres** (Tabla 4) (Gráfico 10).

Tabla 4. Distribución de pacientes atendidos en los EAP y Área en 2008 y 2010 por sexos, con CIAP de cualquier fecha (A01-A04-D01-D93-L01-L02-L03-L18-P01-P02-P03-P06-P74-P75-P76-N01-N17) y que consumían ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos (N06-NO5B-NO5C-N02BB-N02BE-N02BG) en cualquier fecha.

EAP		Paciente que consumían ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos en cualquier fecha, en 2008 (de 1 de enero a 31 de diciembre de 2008)			Paciente que consumían ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos en cualquier fecha, en 2010 (de 1 de marzo 2010 a 28 de febrero de 2011)		
		AMBOS SEXOS	MUJERES	HOMBRES	AMBOS SEXOS	MUJERES	HOMBRES
MIERES NORTE	Nº	8.098	5.062	3.036	8.367	5.225	3.142
	%	85,67	88,50	81,33	84,97	87,71	80,77
MIERES SUR	Nº	7.088	4.472	2.616	7.329	4.627	2.702
	%	87,58	90,03	83,69	87,23	89,76	83,22
FIGAREDO-UJO	Nº	5.388	3.251	2.137	5.495	3.335	2.160
	%	86,67	89,02	83,31	86,13	88,86	82,22
POLA DE LENA	Nº	6.224	3.843	2.381	6.299	3.880	2.419
	%	86,65	88,69	83,54	86,42	88,42	83,39
MOREDA	Nº	3.837	2.287	1.550	3.848	2.305	1.543
	%	89,44	91,59	86,45	88,89	91,14	85,72
CABAÑAQUINTA	Nº	2.503	1.460	1.043	2.576	1.510	1.066
	%	86,85	90,01	82,78	86,94	90,15	82,76
ÁREA	Nº	33.138	20.375	12.763	33.914	20.882	13.032
	%	86,94	89,40	83,27	86,49	89,02	82,73

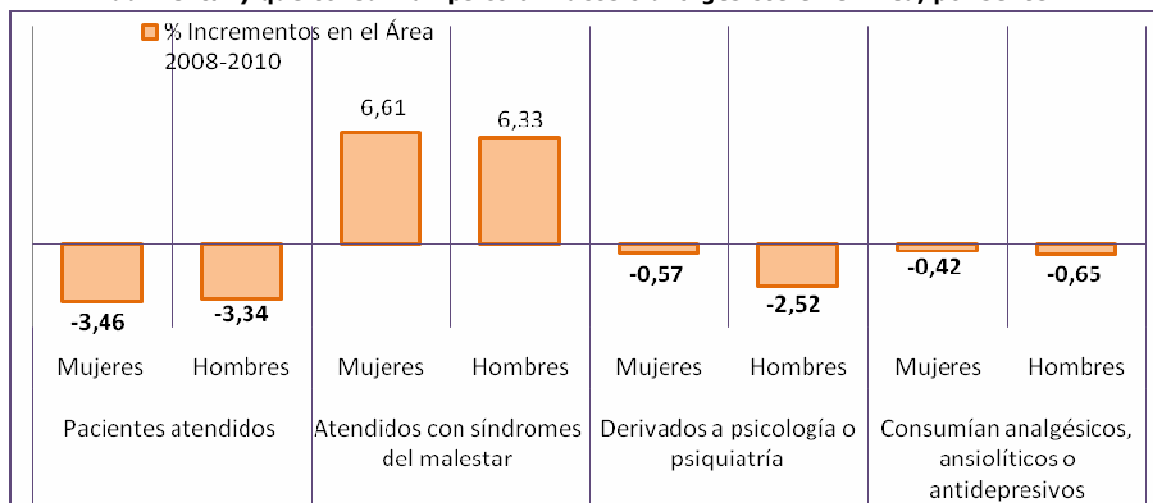
Gráfico 10



7.3 Porcentajes de incremento en el Área

Si bien ha aumentado un 6% la proporción de pacientes con síndromes del malestar, **ha disminuido un poco el porcentaje de mujeres con malestar derivadas a Salud Mental (-0,57%) y más el de hombres (-2,52%)** (Gráfico 11).

Gráfico 11. % de incrementos de 2008 a 2010 de pacientes atendidos totales y con malestar, derivados a salud mental y que consumían psicofármacos o analgésicos en el Área, por sexos.



De las 24 variables, **todas las proporciones de derivaciones a salud mental han descendido, - menos 2 en mujeres-**, desde magnitud leve (descenso mínimo de **-1,16%**) hasta más evidente (máximo de **-5,88%**) (Gráficos 12). Y **todas las variables de consumo de psicofármacos y analgésicos han descendido, entre -0,18 y -0,31%**, en magnitud menor que las derivaciones, y más en hombres (Gráfico 13).

Gráfico 12. % incrementos de 2008 a 2010 de pacientes derivados a salud mental, en todos los CS por sexos.

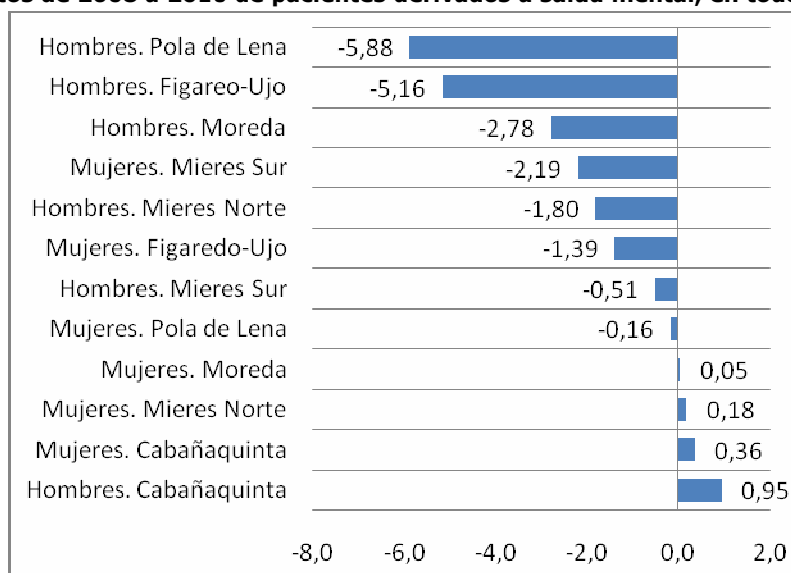
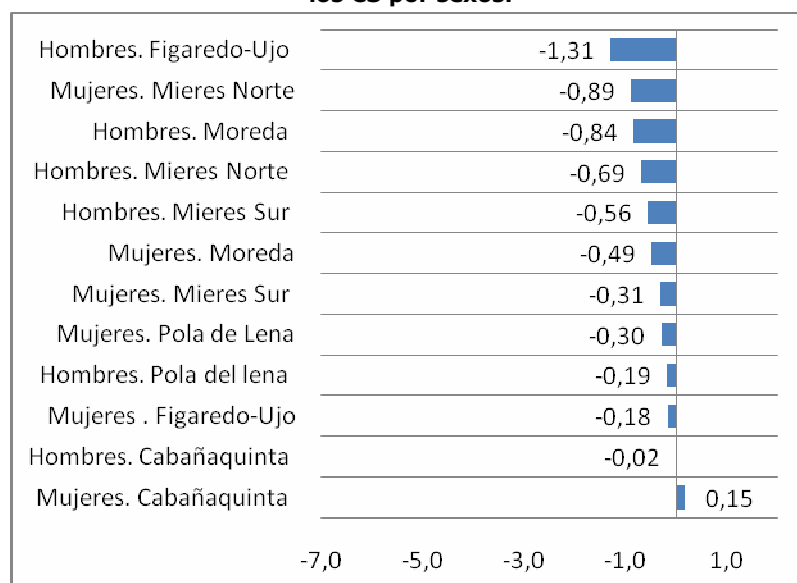


Gráfico 13. % incrementos de 2008 a 2010 de pacientes que consumían psicofármacos o analgésicos en todos los CS por sexos.



7.4 Incrementos desagregados por médicos/as clave y no clave

Ahora bien, no sabemos si estos descensos encontrados son una tendencia espontánea y circunstancial en los servicios, o si también pueden deberse a otras medidas tomadas desde la Gerencia, por ejemplo, medidas para reducir el gasto de farmacia, y seguramente tienen que ver con ambas cosas. Pero para tratar de discernir si una parte de los descensos pueden ser debidos a la intervención del Programa, desagregamos los indicadores para dos grupos: los Médicos/as Clave (que han tenido formación y actividades más intensivas) y para el resto de profesionales del EAP (no claves) con menor intensidad de formación y actividades, tomados estos últimos circunstancialmente como grupo control (Tablas 5 y 6).

Tabla 5. Distribución de pacientes atendidos por cupos de médicos/as clave y no clave, por EAP y Área en 2008 y 2010 por sexos, con CIAP de cualquier fecha (A01-A04-D01-D93-L01-L02-L03-L18-P01-P02-P03-P06-P74-P75-P76-N01-N17) y que habían sido derivados a psicología o psiquiatría en cualquier fecha.

		PACIENTES ATENDIDOS 2008		PACIENTES ATENDIDOS 2010		PACIENTES CON AL MENOS UNA DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA O PSICOLOGÍA EN CUALQUIER FECHA 2008		PACIENTES CON AL MENOS UNA DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA O PSICOLOGÍA EN CUALQUIER FECHA 2010		INCREMENTO DE PORCENTAJE DE 2008 A 2010 DE PACIENTES CON AL MENOS UNA DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA O PSICOLOGÍA EN CUALQUIER FECHA	
		MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
MIERES NORTE. Méd clave	Nº	1.068	687	1.111	719	131	81	138	83		
	%					12,27	11,79	12,42	11,54	1,27	-2,09
MIERES NORTE. Méd no clave	Nº	4.652	3.046	4.846	3.171	678	435	706	445		
	%					14,57	14,28	14,57	14,03	-0,04	-1,73
MIERES SUR, Méd. Clave	Nº	810	565	844	583	76	42	77	43		
	%					9,38	7,43	9,12	7,38	-2,77	-0,78
MIIERES SUR, Méd. No clave	Nº	4.157	2.561	4.311	2.664	586	287	595	297		
	%					14,10	11,21	13,80	11,15	-2,09	-0,52
FIGAREDO-UJO, Méd. clave	Nº	849	592	881	622	82	53	84	43		
	%					9,66	8,95	9,53	6,91	-1,28	-22,78
FIGAREDO-UJO, Méd. No clave	Nº	2.803	1.973	2.872	2.005	291	191	294	194		

Programa de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria. Área VII-Mieres. Asturias
Evaluación III. Memoria de actividades y evaluación de actividades clínicas y resultados. 2011

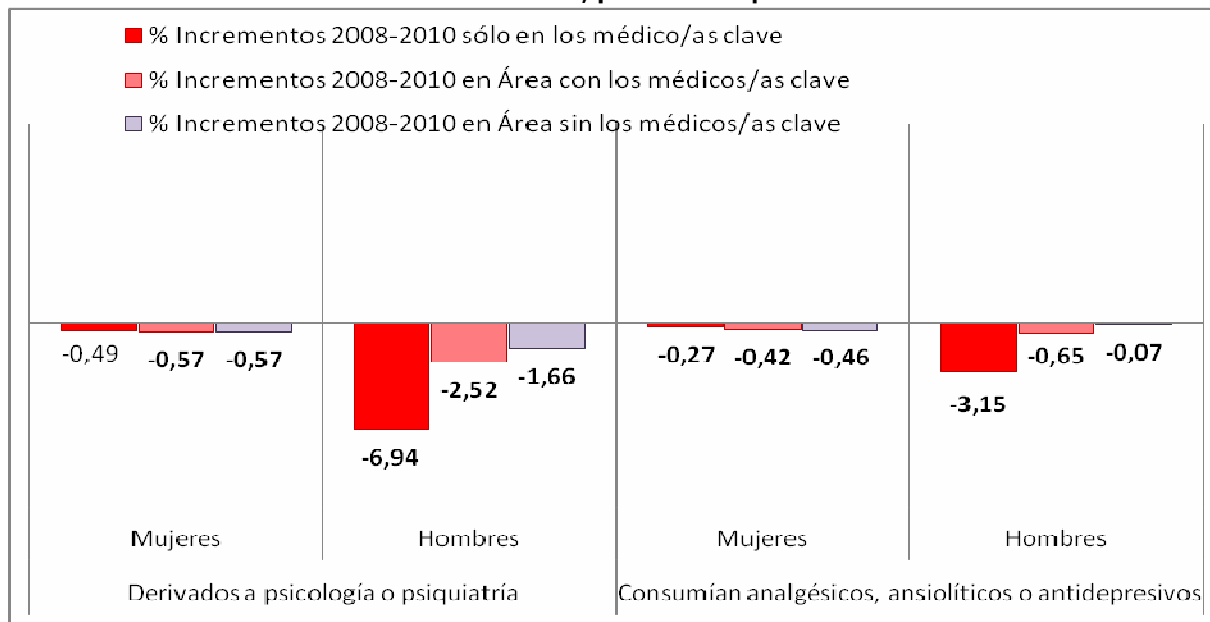
	%					10,38	9,68	10,24	9,68	-1,40	-0,05
POLA DE LENA, Méd. Clave	Nº	632	378	643	380	86	55	86	49		
	%					13,61	14,55	13,37	12,89	-1,71	-11,38
POLA DE LENA, Méd no clave	Nº	3.701	2.472	3.745	2.521	457	255	463	248		
	%					12,35	10,32	12,36	9,84	0,12	-4,64
MOREDA, Méd. calve	Nº	806	526	818	525	76	31	78	33		
	%					9,43	5,89	9,54	6,29	1,13	6,65
MOREDA, Méd no clave	Nº	1.691	1.267	1.711	1.275	150	94	151	89		
	%					8,87	7,42	8,83	6,98	-0,51	-5,91
CABAÑAQUINTA	Nº	1.622	1.260	1.675	1.288	165	94	171	97		
	%					10,17	7,46	10,21	7,53	0,36	0,95
ÁREA, Méd. Clave	Nº	4.165	2.748	4.297	2.829	451	262	463	251		
	%					10,83	9,53	10,77	8,87	-0,49	-6,94
ÁREA, Méd. no clave	Nº	18.626	12.579	19.160	12.924	2.327	1.356	2.380	1.370		
	%					12,49	10,78	12,42	10,60	-0,57	-1,66

Tabla 6. Distribución de pacientes atendidos por cupos de médicos/as clave y no clave, por EAP y Área en 2008 y 2010 por sexos, con CIAP de cualquier fecha (A01-A04-D01-D93-L01-L02-L03-L18-P01-P02-P03-P06-P74-P75-P76-N01-N17) y que consumían ansiolíticos, antidepresivos o analgésicos en cualquier fecha.

		PACIENTES QUE CONSUMÍAN ANSIOLÍTICOS, ANTIDEPRESIVOS O ANALGÉSICOS EN CUALQUIER FECHA 2008		PACIENTES QUE CONSUMÍAN ANSIOLÍTICOS, ANTIDEPRESIVOS O ANALGÉSICOS EN CUALQUIER FECHA 2010		INCREMENTO DE PORCENTAJE DE 2008 A 2010 DE PACIENTES QUE CONSUMÍAN ANSIOLÍTICOS, ANTIDEPRESIVOS O ANALGÉSICOS EN CUALQUIER FECHA	
		MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
MIERES NORTE. Méd clave	Nº	971	595	1.000	614		
	%	90,92	86,61	90,01	85,40	-1,00	-1,40
MIERES NORTE. Méd no clave	Nº	4.091	2.441	4.225	2.528		
	%	87,94	80,14	87,19	79,72	-0,86	-0,52
MIERES SUR, Méd. Clave	Nº	762	506	799	521		
	%	94,07	89,56	94,67	89,37	0,63	-0,21
MIIERES SUR, Méd. No clave	Nº	3.710	2.110	3.828	2.181		
	%	89,25	82,39	88,80	81,87	-0,51	-0,63
FIGAREDO-UJO, Méd. clave	Nº	762	519	786	530		
	%	89,75	87,67	89,22	85,21	-0,60	-2,81
FIGAREDO-UJO, Méd. No clave	Nº	2.489	1.618	2.549	1.630		
	%	88,80	82,01	88,75	81,30	-0,05	-0,87
POLA DE LENA, Méd. Clave	Nº	578	336	585	335		
	%	91,46	88,89	90,98	88,16	-0,52	-0,82
POLA DE LENA, Méd no clave	Nº	3.265	2.045	3.295	2.084		
	%	88,22	82,73	87,98	82,67	-0,27	-0,07
MOREDA, Méd. calve	Nº	737	455	750	404		
	%	91,44	86,50	91,69	76,95	0,27	-11,04
MOREDA, Méd no clave	Nº	1.550	1.095	1.555	1.139		
	%	91,66	86,42	90,88	89,33	-0,85	3,37
CABAÑAQUINTA	Nº	1.460	1.043	1.510	1.066		
	%	90,01	82,78	90,15	82,76	0,15	-0,02
ÁREA, Méd. Clave	Nº	3.810	2.411	3.920	2.404		
	%	91,48	87,74	91,23	84,98	-0,27	-3,15
ÁREA, Méd no clave	Nº	16.565	10.352	16.962	10.628		
	%	88,93	82,30	88,53	82,23	-0,46	-0,07

Calculamos por separado **los incrementos obtenido por los médicos/as clave** y el resto del EAP, por centros y para el Área. Comparamos ambos grupos (Gráfico14).

Gráfico 14. Incrementos porcentuales de 2008 a 2010 de pacientes con malestar derivados a salud mental y que consumían psicofármacos o analgésicos en el Área, en los médicos clave y en el resto de los profesionales del Área, por sexo del paciente.



Se aprecia que la proporción de **incremento en ambos indicadores en hombres es mayor en los médicos/as clave** que en el resto (desde 1,2 veces a 42 veces mayor que el del resto). No ha tendido significación estadística. Sin embargo, siendo los descensos para todos son mucho más discretos en las mujeres derivadas a salud mental, el resto ha conseguido un descenso de 0,06% más que los médicos/as clave.

En conjunto, la **contribución de médicos/as clave a los incrementos** es mayor que el del resto de los profesionales. Sin los médicos clave los centros obtienen unos incrementos muy leves, tanto en los descensos que son mayoría, como en los 2 aumentos, que se dan en Moreda y Mieres Norte.

Todo ello apunta a que la intervención del **Programa podría ser un factor que está impactando en los resultados**, además de otras medidas comunes que se han tomado.

CONCLUSIONES PARCIALES:

El nº de pacientes con síndromes del malestar que acuden a consulta en el área es muy alto y sube de un periodo al otro, lo que reitera la relevancia de medidas dirigidas a mejorar la atención de estos pacientes.

Hay una tendencia al descenso de las derivaciones de pacientes con malestar a salud mental, así como del consumo de psicofármacos. No se puede concluir si este descenso es debido a la intervención del Programa por las limitaciones metodológicas de este informe.

Sería conveniente, para el futuro, revisar y tratar de precisar mejor los indicadores y el método para obtener los datos del sistema.

8. CONCLUSIONES: ANÁLISIS DAFO DEL PROGRAMA

8.1.1 Fortalezas

- Existencia de una política de reducción de la medicalización innecesaria y de salud desde la perspectiva de género.
- Promoción y apoyo de la Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Compromiso de la Gerente del Área.
- Fuerte implicación y cohesión de un grupo de profesionales clave.
- Experiencia, dominio y disponibilidad con la metodología por parte de la consultora.
- Estrategia de cooperación entre AP y SM, formación de formadores, trabajo en equipo, formación entre iguales y sesiones clínicas en los EAP.

- Cooperación de Salud Mental en todas las etapas.

- La formación original de 40h a 68h.
- Disponer de un abordaje biopsicosocial y con perspectiva de género.

- Trabajo en equipo en el Grupo Clave.
- Extensión y motivación en Equipos de Atención Primaria
 - Transmisión extensiva de la formación reducida.
 - Nueva comunicación, temas objetivos comunes en los EAP.
 - Estímulo y mejor ambiente en EAP.
 - Buena respuesta de los profesionales de los EAP a sus compañeros del GC.

- Aprecio general a la cooperación con Salud Mental y las sesiones clínicas en los CS.

- Beneficios conseguidos para la clínica por el Grupo Clave.
 - Aumento de la satisfacción profesional.
 - Mejora de la relación con los y las pacientes.
 - Nuevos instrumentos de abordaje.
 - Mejoras clínicas incipientes conseguidas.
 - Disminución incipiente de casos derivados a salud mental.
 - Disminución incipiente de consumo de psicofármacos y analgésicos.

- Disponibilidad de protocolo de malestar en la Historia Clínica electrónica.

8.1.2 Debilidades

- Clima profesional poco propicio a abordar nuevos proyectos procedentes de la Consejería.
- Enorme dependencia de la Consultora para el funcionamiento de todas las fases del proyecto.

- Consumo de tiempo de consulta. Retrasos en la consulta dado el tiempo que se emplea en aplicar el método.

- Recepción conflictiva en algunos aspectos del Programa por los EAP:
 - La formación reducida (16h) impartida a los EAP ha resultado insuficiente.
 - Los profesionales de los EAP están en situación formativa diferente al Grupo Clave.
 - La formación en los EAP es percibida como obligatoria y con cierto rechazo por ello.
 - El método no es comprendido como lo es por el Grupo Clave y es controvertido entre profesionales de EAP que recibieron la formación reducida.
 - Aparecen algunos adversarios activos del método entre los EAP.

- Diferencias en los resultados clínicos obtenidos, con mejores resultados en el Grupo Clave, y peores en los EAP no claves.
- Problema para la implantación al 100% es que resulta muy difícil que profesionales que no comparten al 100% alguna parte del método contribuyan a su implantación.
- Proceso global demasiado prolongado.
- Retraso de un año sobre lo previsto de la disponibilidad del protocolo de malestar en la historia electrónica OMI.
- Las plantillas de malestar en OMI resultan complicadas no son útiles.
- No disponibilidad aún de registro en Historias clínicas e indicadores de resultados clínicos.
- Dificultad para constatar los efectos clínicos del método. Provoca dudas sobre su eficacia.

- Diferencia en los mensajes transmitidos por los formadores de AP y los de Salud Mental.
- Cuestionamiento del método BPS y su idoneidad por los profesionales implicados de Salud Mental.
- No haberse llevado a cabo la formación complementaria para GC y EAP que se evidenció necesaria durante 2010, para disminuir las dificultades de aplicación del método y minorar los efectos de la diferente intensidad formativa de ambos grupos (GC y EAP).
- Papel de las trabajadoras sociales poco claro.
- Baja definición del mapa de recursos sociales.

8.1.3 Amenazas

- Situación económica general.
- Elevado coste del proyecto en un contexto global de reducción de recursos.
- Cambios políticos.

- Elevada presión asistencial sin previsión de que se reduzca, sino al contrario.
- Circunstancias previas de los centros: Malas condiciones dificultan los resultados.
- Las ideas previas de los profesionales sobre temas clave: género y método para la subjetividad.

- Desmotivación por falta de intervenciones resolutivas fuera de la consulta clínica.
- Desmotivación de los profesionales por lo prolongado del Programa.
- Desmotivación por las diferencias y conflictos entre grupos en el Área.
- Falta de actividades dirigidas a la resocialización de la persona, grupos sociales de apoyo

8.1.4 Oportunidades

- Existencia de un problema de salud con un mal abordaje habitual que precisa nuevas herramientas y la necesidad del método y su demanda social.
- La necesidad de reducir la medicalización y la frecuentación.
- Las posibilidades de cambio y mejora y buenas experiencias.
- Posibilidad de mejorar la eficiencia económica y la efectividad clínica.
- Que el Programa genera trabajo en equipo y relaciones entre niveles.
- Que existan resultados anteriores con el método objeto del Programa.

- Interés y apoyo de las instituciones
- Política de reducción de la medicalización innecesaria.
- Existencia de una Política Intersectorial con Servicios Sociales y Municipales.
- Colaboración del IAM.

9. **PROPUESTAS**

9.1 **Organización y estrategia**

- Mantener la estructura organizativa del programa en el Área.
- Reforzar la actividad durante el año 2011.
- Implantar un sistema de desarrollo menos dependiente de la consultora, basado en una mayor autonomía de funcionamiento de los servicios. Sería relevante dar el testigo desde la consultora hacia el equipo de salud mental, propiciando que el apoyo técnico de valoración e interconsulta clínica se realizase desde el nivel especializado.
- Trabajar sólo con aquellos profesionales que realmente crean en el método y lo vean útil, para que una vez consolidado y con resultados, se pueda extender.
- Medidas organizativas en las consultas que permitan una gestión adecuada de la demanda, para disponer del tiempo necesario para la aplicación del método.
- Durante el resto del 2011 deberían reforzarse las actividades clínicas para dar continuidad a la detección y al manejo de casos.

9.2 **Formación**

- En el segundo semestre de 2011 se debería estudiar acciones de refuerzo de la formación para facilitar la aplicación del método de la subjetividad.
- Atender las demandas de más formación, tanto del grupo Clave como de los EAP.
- Aumentar la formación para todo el personal de los Equipos.
- Sesiones de reciclaje teórico-práctico, para un repaso de teoría y cómo la estamos aplicando el Grupo Clave sobre casos, en qué estamos fallando, etc.

9.3 **Cambios en el modelo**

- Estudiar la suma de formación de otros marcos teóricos complementarios que propone salud mental: entrevista clínica dirigida al paciente, otras técnicas de corte práctico...⁷

⁷ La consultora tiene que alertar acerca de que se sustituya el método biopsicosocial -que incluye atención a la subjetividad y a los determinantes de género-, por otros modelos de marco cognitivo-conductual o sistémico que se está proponiendo desde Salud Mental. Existen modelos de estos marcos, que han sido probados para atención primaria, como el método DEPENAS de atención psicosocial a pacientes somatizadores (AIARZAGUENA, 1999 y 2009, citado en la bibliografía) que ha sido muy trabajado en el País Vasco. Este método produce mejorías generales en la satisfacción de profesionales y pacientes, pero no obtiene mejorías en la calidad de vida o cambios clínicos ostensibles en los pacientes (AIARZAGUENA, 2007) Los mismos autores e investigadores del método DEPENAS, están localizando la insuficiencia de su método en la falta de intervención sobre la subjetividad. Esta atención es, sin embargo, el valor añadido del método de este Programa, a pesar de que sea costoso su aprendizaje. Del mismo modo en Galicia, se probó formación en AP de un método sistémico, y no se pudo aplicar no sostener. En consecuencia, sumar y complementar marcos, po-

- Que se trabaje con AP lo que reclama SM: derivaciones, capacidad diagnóstica de AP, grupos Balint en AP, etc.

9.4 Reevaluar y reprogramar

- A finales del 2011 podría disponerse de una mejor base de datos de aplicación de casos en OMIAP y realizar una nueva evaluación.
- Reevaluar entonces y reprogramar nuevas acciones para el 2012.

dría ser beneficioso, eliminar el modelo del programa y cambiarlo, podría llevar a los limitados resultados ya obtenidos con esos modelos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- AIARZAGUENA, JM, ARIÑO J. DEPENAS, hormonas y emociones: una guía práctica para el abordaje del malestar psicológico en atención primaria. *MediFam* 1999,9:310-6.
- AIARZAGUENA, JM; GRANDES g; ARIÑO J. Y COLS. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by gps for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med*, 2007 feb;37(2):283-94.
- AIARZAGUENA, JM; y cols. Somatisation in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009; 10:73.
- CABRIÁ, Ángeles; PLÁ, Margarita y cols., *Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007*, Observatorio de Salud Pública, Gobierno de Cantabria.
- CONDE, Fernando, Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En: DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995, págs. 53-66.
- CONDE, Fernando, Evaluación del Programa de prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en mujeres 1997-2004, del Instituto de la Mujer, 2004 [Inédito].
- DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995.
- DONADEBIAN, Avedis, "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?", *Jano*, 1989, 36(864), págs. 103-110
- PEREÑA, Francisco, Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En: DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995, págs. 465-479.

11. ANEXO. Cuestionarios

CUESTIONARIO POST-programa Nº 6 Final de proceso. GRUPO CLAVE. 2011

Tu Centro de Salud:

¿Pertenece al GRUPO CLAVE?: Si ó No

Profesión:

Sexo:

Una vez más pedimos tu colaboración para evaluar el Programa de Atención biopsicosocial al malestar en atención primaria, en el que estás participando desde 2010.

Necesitamos conocer tus opiniones actuales sobre los siguientes aspectos.

Rellenar, guardar en tu disco duro, cerrarlo y luego adjuntar en mail a saravelasco@gmail.com

Todas las preguntas siguientes se refieren a la actualidad, después de participar en el Programa.

1. ¿Cuál es tu opinión general actual sobre el Programa?

...

2. ¿Puedes estimar el número aproximado de pacientes con los síndromes del malestar por semana que atiendes en la consulta?

...

3. ¿A qué número de pacientes con malestar estimas que has aplicado el método biopsicosocial del presente Programa, aunque sea en partes o incompleto?

...

4. ¿Qué número de pacientes has registrado hasta ahora en el protocolo de OMI?

...

5. ¿En qué grado dirías que ha mejorado la atención que puedes proporcionar a estos pacientes con malestar?:

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO

...

6. ¿Te resultan ahora menos difíciles, incómodos o frustrantes?-->

...

7. (Sólo para médicos/as) ¿Te parece que has disminuido la prescripción de psicofármacos y analgésicos?

...

8. ¿Lo que has aprendido ha cambiado algo la relación con otros pacientes, aunque no tengan síndromes del malestar? Si es así, explica un poco en qué consiste esta mejora.

...

9. Enumera los beneficios (y prejuicios, si los ha habido) que te parece que se han obtenido de las sucesivas partes del proceso:

-Del proceso de formación del Grupo Clave:

...

-Del proceso de talleres en los centros de salud:

...

-De la aplicación del método en la clínica:

...-De las sesiones clínicas en los centros de salud:

-De la cooperación con salud mental:

...-Del proceso de elaboración del protocolo en OMI:

...

-De las actividades de difusión y de la aplicación de lo aprendido en otras actividades:

...

0. Explica las debilidades y problemas que te parece que está teniendo el Programa:

11. Elije en qué grado te parece que se están produciendo las siguientes mejoras: (marca con una X):

Desde que está aplicándose el Programa...	Nada	Poco	Bastante	Mucho
... me parece que estos/as pacientes disminuyen su hiperfrecuentación de los servicios de primaria.				
... me parece que se usan con ellos/as menos pruebas complementarias que antes.				
... me parece que circulan menos por especialidades y urgencias.				
... me parece que están más satisfechos/as con la atención.				
... me parece que los profesionales estamos más satisfechos con la atención.				

....

12. Tus propuestas y Observaciones: --> **(Muchas gracias por todo tu trabajo y colaboración)**

...

