

INTRODUCCIÓN

En diciembre del año 2000 surge la **Plataforma 10 minutos** para vehiculizar la demanda de los médicos de Atención Primaria (AP) de nuestro país de una mayor calidad asistencial y de unas condiciones laborales más dignas, ante la situación de abandono que vivía la AP tras la reforma iniciada en la década de los años 80, con una falta de inversión y una masificación que ahogaban el desarrollo de la medicina de familia y su poder resolutivo, generando un burn-out importante en los profesionales sanitarios.

En un manifiesto publicado por esta Plataforma en abril de 2002 se dice que: *“El tiempo dedicado por visita es un indicador de calidad asistencial. Existe bibliografía internacional que lo avala y recomienda que lo aconsejable es no bajar de 10 minutos de media por paciente en consulta a demanda”*.

En Extremadura se creó una Plataforma 10 minutos autonómica -- apoyada por las sociedades científicas, colegios de médicos y los sindicatos sanitarios extremeños-- para unirse a estas reivindicaciones. Las transferencias sanitarias desde el INSALUD a las comunidades autónomas en el año 2002, y la creación del Servicio Extremeño de Salud (SES), dejaban las competencias en los gobiernos autonómicos, por lo que se hace más necesario que nunca que las reivindicaciones sanitarias se hagan a este mismo nivel de gobernanza.

En septiembre de 2002 se llega a un **Acuerdo para la mejora de la Sanidad en Extremadura**¹ firmado entre el SES y las centrales sindicales con un periodo de vigencia de 3 años (2002-2004), para comprometerse a negociar elementos definitorios como las retribuciones, la jornada laboral y los permisos, la carrera profesional, la adecuación de las plantillas y señala el compromiso de la revisión de la vinculación contractual del personal de refuerzo, lo que desembocaría en el 2005 en la polémica creación de la nueva categoría en AP del médico y enfermero de atención continuada ², solución para extinguir el abusivo, ilegal e indigno puesto de trabajo como “refuerzo” pero que, como advirtieron los sindicatos no firmantes del acuerdo en mesa sectorial como el SIMEX, parchea el problema sin terminarlo de resolver. En este mismo acuerdo para la mejora de la Sanidad en Extremadura ya se expresa el compromiso por agilizar los procesos de selección y provisión de personal permanente, “convocando pruebas cada dos años”. Y esto, a diferencia de lo que sucede para funcionarios de otras competencias de la Administración como Educación o Justicia, sigue sin llevarse a cabo.

En septiembre de 2005 se celebraba una importante **Conferencia de Presidentes** en la que se decidía dar un impulso al sistema sanitario público y a los servicios de salud autonómicos. Pero la decepción fue que, de los 3.000 millones de euros repartidos entre las Comunidades Autónomas, nada iba a la Primaria. El presupuesto de Primaria se quedaba en el 14% del gasto de Sanidad, frente al 53% de la asistencia hospitalaria o el 23% de la farmacia.

El Pleno del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, en su reunión del 11 de diciembre de 2006, reafirmó el papel fundamental que desempeña la Atención Primaria de Salud como eje del sistema sanitario y valoró muy positivamente los trabajos desarrollados por los grupos de expertos en relación al **Proyecto AP21** de avances para la mejora de la Atención Primaria para el periodo 2007-2012.



Este año 2006 fue clave para la AP, no solo a nivel nacional con el Proyecto AP21. En Extremadura, la administración alcanzaba un gran acuerdo con los sindicatos de la mesa sectorial de sanidad, el denominado **Acuerdo para el impulso y consolidación de la atención primaria de salud de la comunidad autónoma de Extremadura**³. Supuso un análisis de los problemas y dificultades y la adopción de medidas para subsanarlos. Se adoptaron medidas estructurales con la mejora de infraestructuras de los centros de salud y consultorios rurales; se mejoraron importantes condiciones de trabajo de los profesionales, como el descanso postguardia, la productividad por las acumulaciones o la cuantía del complemento por atención continuada, y por último, medidas organizativas y funcionales, como la receta electrónica o las plenas sustituciones en vacaciones y días de libre disposición. Es justo reconocer que hubo avances significativos para la AP. Pero algunas medidas, por diversos motivos, no llegaron finalmente a consolidarse o a mantenerse, como la jornada deslizante, la solución a los desplazamientos de todos los profesionales del equipo o la redefinición del **Coordinador de equipo** en “responsable de la zona de salud”. Esta falta continuada de revisión de la figura del Coordinador por parte de los legisladores sanitarios, ha propiciado un menoscabo de forma progresiva y lamentable, llegando a una situación de deterioro tal, que una mayoría significativa de los médicos de AP no sienten interés por ocupar este puesto de responsabilidad, teniendo que ser ocupada por profesionales sanitarios de otras categorías, con una pérdida de competencias y aptitudes de esta figura de dirección, clave entre las gerencias y los centros de salud.

En abril del año 2007 la **Plataforma 10 minutos en Extremadura** desconvocaba jornadas de huelga en la AP tras llegar al siguiente acuerdo y compromisos con la Administración sanitaria extremeña, entre los que destacamos:

- Comenzar la negociación de un nuevo Reglamento de Equipos de Atención Primaria que incluya las directrices del Proyecto AP 21 por las cuales se contemplan mejoras organizativas que favorecen el desarrollo profesional y un aumento de calidad de la asistencia
- Elaborar instrucciones del SES para garantizar el derecho a la reducción completa o parcial de jornada tras la guardia de los profesionales
- El compromiso de la implantación de la receta electrónica en un plazo de 3 años
- La voluntad del SES de abordar en las mesas de negociación otras medidas encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo de los colectivos de la AP y de las UME.

En Extremadura, en mayo de 2008 se realizaron dos jornadas técnicas sobre el **Documento de Debate de la Atención Primaria**, en las que participaron profesionales de diferentes categorías que trabajan en este nivel de atención sanitaria, con el objetivo de identificar cuestiones prioritarias que fuera necesario abordar por parte de la Administración, para mejorar la situación en la que se encuentra la AP de nuestra Comunidad Autónoma. De ellas, se seleccionaron tres: la desburocratización de las consultas, la reorganización de la atención continuada y la elaboración del nuevo reglamento de los equipos de atención primaria.



En junio de 2008 se constituía el **Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP)**, integrado por las organizaciones médicas representativas dentro de este nivel en nuestra comunidad autónoma: Sociedades Científicas, Colegios de Médicos y Sindicato Médico. Dentro de los fines aprobados en sus estatutos⁴ (artículo 4. apartado c) está el de *“analizar y proponer medidas concretas para el impulso de este nivel en aquellos aspectos que sean considerados de interés profesional por los médicos de AP, a cuyo efecto convocará reuniones de trabajo y elaborará documentos de consenso”*.

Este COMEXAP nace haciendo una importante contribución de propuestas, como así se reconoce en el propio documento, al esperado Plan de Desburocratización de las Consultas de AP del SES⁵, publicado en el año 2008, para su implantación desde 2009. La burocracia es, junto a la masificación, el mayor lastre en la capacidad resolutoria de la medicina de la AP, por la falta de tiempo que originan. Tres años después, el COMEXAP elaboró un documento de evaluación del grado de implantación del Plan de Desburocratización del SES. Se recogieron un total de 314 encuestas correspondientes a las 8 Áreas de Salud, con una distribución bastante representativa de las distintas Áreas. Se puso de manifiesto la falta de cumplimiento de muchas de las medidas desburocratizadoras recogidas en dicho Plan. Este trabajo fue presentado en una reunión en enero de 2012 a la entonces consejera de salud del gobierno entrante, Dña. Jerónima Sayagués.

La legislación vigente que regula la Atención Primaria en Extremadura es el Decreto 67/1996, de 21 de mayo, por el que se aprueba el **Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria** de la Comunidad Autónoma de Extremadura⁶.

En el año 2010 se llegó a presentar y a debatir por la Administración sanitaria, un **proyecto de decreto de reforma del Reglamento General de los EAP**, por los cambios introducidos en los últimos años en la Atención Primaria. No llega a buen término, tras las numerosas alegaciones presentadas – este COMEXAP presentó un total de 71 alegaciones, y se queda el proyecto de decreto definitivamente aparcado sine die.

La crisis económica surgida a partir del año 2008, ha originado cambios importantes en el sistema sanitario español. Una de las mayores consecuencias ha sido la descapitalización en la sanidad, con importantes recortes en el presupuesto sanitario. Los profesionales hemos hecho un gran esfuerzo por mantener los objetivos de calidad asistencial, pese a las adversidades sufridas. Y se tiene la vivencia de un auténtico “estancamiento global” en todos aquellos elementos de avance de la Atención Primaria, afectando incluso a medidas que no suponen un aumento de costes económicos y redundarían en un mejor servicio a los ciudadanos, ejes de las políticas del sistema sanitario público.

Los expertos han demostrado que los sistemas nacionales de salud que apuestan por la Atención Primaria, dotándola de recursos y calidad, resultan más eficientes, sobretodo en el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud. Pero en nuestro país arrastramos una política sanitaria hospitalocentrista en la que a la Atención Primaria se le dedican buenas palabras en referencia a su papel básico y fundamental en el sistema sanitario, pero posteriormente este mensaje no se sigue de auténticos hechos. Es una profunda incoherencia política que frustra a los médicos de la AP, que aspiran legítimamente a desarrollar el rol de gestores principales de los problemas de salud del paciente.



Una paradoja, pues **la Atención Primaria desempeña un papel fundamental de equidad en situaciones de crisis social** como la que atravesamos, donde la población en riesgo de pobreza ha aumentado de modo muy preocupante: En España hay cerca de 13 millones de personas en riesgo de pobreza o exclusión social y Extremadura se encuentra entre las comunidades con una tasa de pobreza y exclusión más alta ⁷. Esta situación afecta a algo más de uno de cada cuatro ciudadanos (concretamente a 12.866.431; el 27,3% de la población). Los datos corresponden a 2013 y pertenecen a un informe de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los dirigentes que participamos en las organizaciones representativas de la medicina de la Atención Primaria en Extremadura, reunidos bajo el COMEXAP, no queremos dejar arrastrarnos por la corriente de desmotivación y desidia reinante. Fieles a nuestra responsabilidad y en cumplimiento los fines de nuestros estatutos, queremos colaborar en la salida de esta situación. Y lo hacemos desde el consenso, fundamental para la elaboración de este documento de propuestas.

EN ESTE DOCUMENTO BASE HEMOS ANALIZADO LOS PROBLEMAS MÁS RELEVANTES DE ESTE NIVEL DE ATENCIÓN Y PRESENTAMOS UNA SERIE DE PROPUESTAS A LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA QUE CREEMOS QUE INTRODUCEN CAMBIOS NECESARIOS PARA SEGUIR AVANZANDO EN UN MEJOR SERVICIO A LOS CIUDADANOS Y UNA MAYOR SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES.

Entendemos que algunas propuestas debieran estar ejecutándose hace tiempo en el SES y que otras propuestas más novedosas, necesiten un presupuesto y una negociación para poderlas instaurar en un plazo más largo.



En el presente documento hemos dividido el paquete de **27 PROPUESTAS DE AVANCE EN ATENCIÓN PRIMARIA**, en los siguientes **9 APARTADOS**:

- 1. AVANZAR EN LEGISLACIÓN.**
- 2. AVANZAR EN LA INVERSIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- 3. AVANZAR EN GESTIÓN.**
- 4. AVANZAR EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (JARA).**
- 5. AVANZAR EN LA ACCESIBILIDAD AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- 6. AVANZAR EN LA DESBUROCRATIZACIÓN.**
- 7. AVANZAR EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.**
- 8. AVANCES EN LA CORRESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.**
- 9. PROPUESTAS ADICIONALES.**



1. AVANZAR EN LEGISLACIÓN

Propuesta nº 1:

Reformar y actualizar la Cartera de Servicios. La actual Cartera de Servicios de Atención Primaria⁸ del SES del año 2008 supuso un documento inicial que debe actualizarse y completarse con la realidad de los servicios que se ofertan al ciudadano extremeño en AP.

La situación socio-sanitaria actual de Extremadura, difiere enormemente de la existente en 1996. La experiencia acumulada desde entonces en los distintos estamentos de la Atención Primaria, nos aboca a una necesaria actualización de los reglamentos y normas, más acordes con la realidad actual.

Propuesta nº 2:

Proceder a la **reforma del Reglamento General de los EAP en Extremadura del año 1996**, buscando el mayor consenso posible entre los profesionales de Atención Primaria y sus organizaciones representativas.

Para esta reforma se tendrán en cuenta aspectos como:

- Las Unidades de Apoyo de la AP y su incardinación en este nivel asistencial proponiéndose la integración de dichas unidades en los Equipos de Atención Primaria.
- Las labores de docencia (tutorización de estudiantes y médicos MIR) e investigación.
- La redistribución de tareas asistenciales entre las distintas categorías del equipo.
- A la estructura actual, basada en la figura del Coordinador del Equipo de Atención Primaria y del Responsable de Enfermería, proponemos una modificación consistente en la creación de las siguientes figuras:
 1. **Director de la Zona Básica de Salud**, que deberá recaer en personal del Grupo A1, preferiblemente médico.
 2. **Responsable Médico**, encargado de coordinar la labor clínico-asistencial de los facultativos adscritos al centro.
- Facilitar, a los cargos de director y responsables, tanto médico como de enfermería, un tiempo adecuado para la gestión de los Centros de Salud.
- Dar mayor autonomía de gestión al Coordinador/ Director del Equipo.
- Contemplar que todas las UBAs de Pediatría tengan un Pediatra y una Enfermera/o por cupo.

Las características laborales y de la gestión diaria del personal sanitario del Servicio Extremeño de Salud (SES), difieren de las del personal no sanitario. Esto lo comprobamos habitualmente en las diferentes mesas de negociación, donde la mayor parte del tiempo se dedica a tratar asuntos de interés para el personal no sanitario, relegándose los temas que preocupan o interesan al personal sanitario. Otros estamentos, como el educativo, con el fin de evitar circunstancias parecidas, disponen de una mesa de negociación para el personal docente y otra separada para el personal no docente. Por ello planteamos la siguiente propuesta:

Propuesta nº 3:

Crear una Mesa de negociación para el personal médico de Atención Primaria.



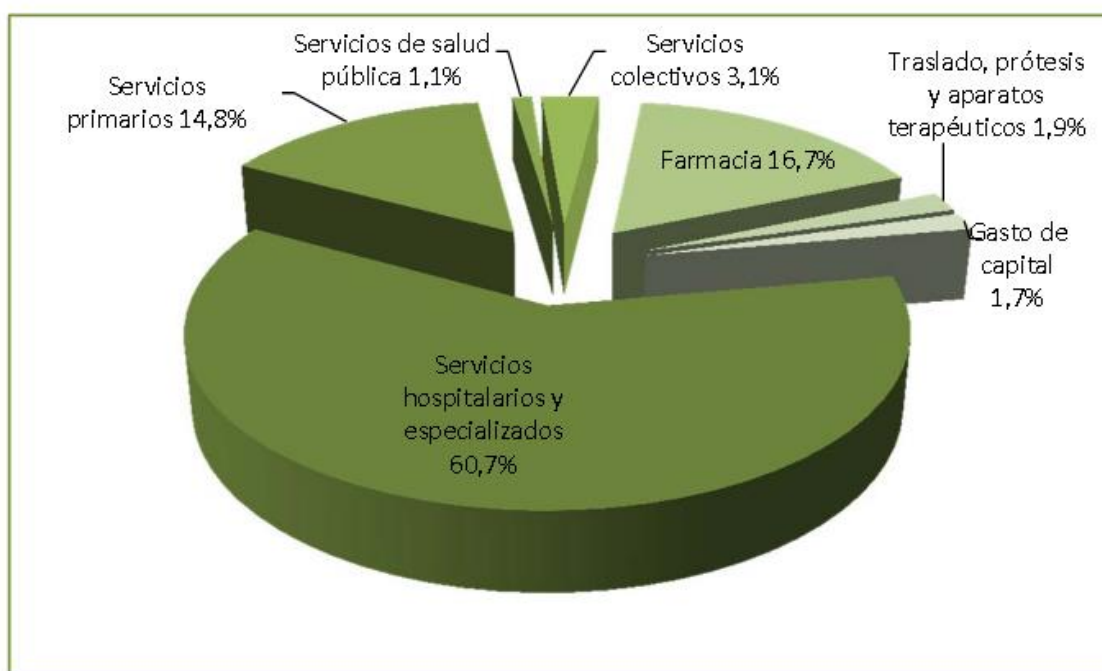
2. AVANZAR EN LA INVERSIÓN EN AP

El porcentaje del gasto público destinado a la AP se ha visto reducido en los últimos años, mermado entre otros factores, ante la mayor necesidad de financiación del nivel hospitalario y del gasto farmacéutico. Según datos oficiales del Ministerio de Sanidad, la inversión sanitaria pública se redujo un 8,6% en AP entre los años 2008 y 2012.

En documento **Estadística de Gasto Sanitario Público**⁹ publicado por el Ministerio de Sanidad en el año 2012, señala una inversión en la sanidad que ha disminuido hasta el 6,2% del PIB (el cual también se ha reducido).

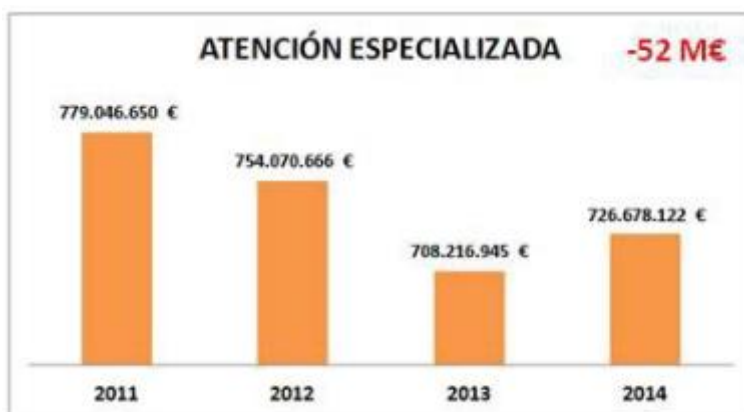
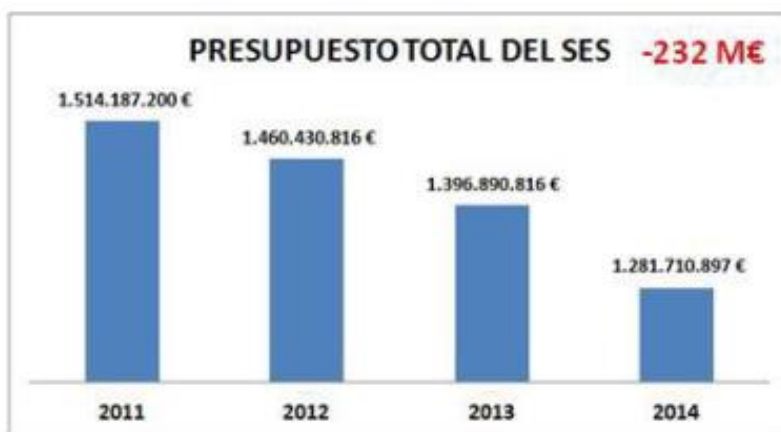
La función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 60,7 % del gasto total consolidado en el año 2012; además, cabe destacar el gasto en farmacia, con un 16,7 %, y los servicios primarios de salud, con un 14,8 %, como se muestra en el gráfico.

Gráfico 4. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Estructura porcentual. España, 2012



El comportamiento en el período 2008-2012 de las tres principales funciones asistenciales (que representan el 92,2 por ciento del gasto total) ha sido dispar. Los servicios hospitalarios y especializados se mostraron como los más dinámicos, experimentando un incremento de 5,3 puntos porcentuales. La farmacia, con un comportamiento opuesto, cedió 2,3 puntos durante el quinquenio. Por su parte, los servicios primarios de salud disminuyeron 0,7 puntos porcentuales su participación en el total del gasto.

En el SES, el presupuesto se ha venido reduciendo en los últimos años, pasando de 1.514.187.200 € en el año 2011 a los 1.281.710.897 € del año 2014. Esta reducción ha sido más acusada en la Atención Primaria ¹⁰.

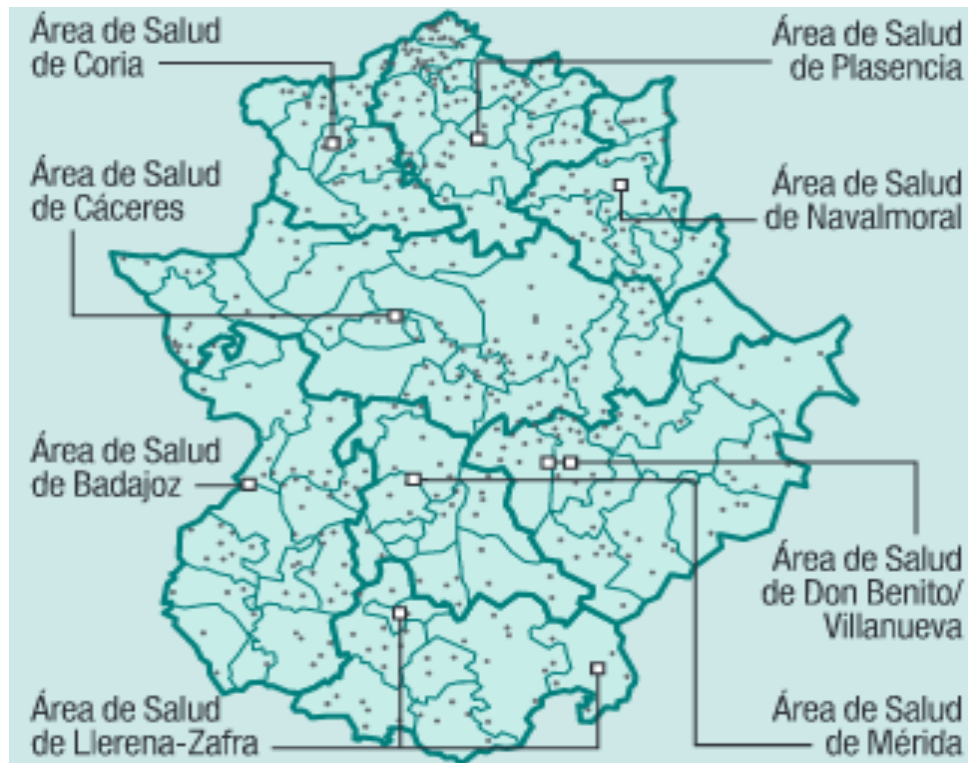


Fuente gráficos: SIMEX

Estos recortes en la financiación de la AP han repercutido en cuestiones tan básicas como la dotación de recursos materiales y humanos a los equipos de AP, con una restricción sistemática a las sustituciones de los profesionales ausentes, lo que ha derivado en una mayor carga asistencial y una reducción de la capacidad resolutoria, como ha denunciado la Vocalías de AP de la Organización Médica Colegial (OMC), el CEMS o las sociedades científicas de AP nacionales ante el propio ministro de sanidad.



La creación de las **Gerencia únicas de Área** en la estructura del SES¹¹, integrando la macrogestión de la Atención Primaria con la de Atención Hospitalaria y la de Salud Pública, según la ordenación territorial del sistema sanitario público dispuesto en la Ley 10/2001 de Salud de Extremadura¹², ha traído para la AP más perjuicios que beneficios, sobre todo desde el punto de vista de la inversión, sin aumentar de modo satisfactorio la anunciada mejora de la coordinación entre ambos niveles.



Propuesta nº 4:

La Atención Primaria del SES debe tener su propia financiación, independiente de la del nivel hospitalario, para administrar los presupuestos destinados a este nivel asistencial.

Propuesta nº 5:

Estabilizar las plantillas de EAP, reconvirtiendo las plazas vacantes en interinas y convocar cada 2 años una **oferta pública de empleo y concurso de traslados** previo. Se crearán nuevos puestos de trabajo médico en aquellas zonas de salud donde se encuentren cupos superiores a las 1500 Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS), dando prioridad a los que tienen mayor presión asistencial, con el objetivo final de que los cupos máximos de médicos de familia sean de un máximo de 1500 TIS y los pediátricos de 1200 TIS. Igualmente es necesario ajustar las Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) en las consultas con actividad docente, según las recomendaciones de la Comisión Nacional de la Especialidad, sin que esto suponga menoscabo retributivo.

Propuesta nº 6:

Que se diligencien desde la gerencia correspondiente, con un eficaz y transparente funcionamiento de las Bolsas de Empleo del SES, **todas las sustituciones** de ausencias reglamentarias de los médicos del equipo desde el primer día, salvo que el coordinador opte por la acumulación y/o contrataciones, dentro de sus competencias de autogestión y sin repercutir significativamente en la atención a los usuarios de la ZBS.

En este punto, resulta muy importante recordar la labor fundamental que el médico liberado por un sindicato realiza, en el ejercicio de un derecho constitucional de los trabajadores, y se tiene que sustituir siempre por la Administración. Del mismo modo, este derecho de ser sustituido, debe ser aplicable a directivos de Colegios de médicos o de Sociedades científicas de Atención Primaria, en el desempeño de sus funciones de representación.

En esta propuesta intentamos conseguir reducir al máximo las acumulaciones.

Propuesta nº 7:

Consideramos imprescindible estabilizar un suelo de inversión del 25% del gasto sanitario para la Atención Primaria.



3. AVANZAR EN GESTIÓN:

Resulta imprescindible alcanzar niveles de excelencia en la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la calidad de la atención a los ciudadanos, que sólo se pueden conseguir mediante una participación comprometida, consciente y responsable de los profesionales sanitarios.

Un contrato de gestión debe definir la cartera de servicios con los objetivos de la Unidad, el volumen de su actividad asistencial, íntimamente relacionado con la población que debe atender, los objetivos de calidad, que han de ser precisos, huyendo de listados interminables inútiles, los recursos humanos con sus puestos, categorías y costes, su equipamiento y mobiliario, material almacenado, espacios físicos, el presupuesto global, grado de autonomía e incentivos.

La incentivación jamás puede ligarse al ahorro, sino al grado de cumplimiento de los objetivos pactados que se han de basar en la ética médica, la buena praxis, el compromiso con el paciente y la eficiencia y responsabilidad en la utilización de los recursos que los ciudadanos ponen en nuestras manos.

En Extremadura, el Contrato de Gestión se suscribía año tras año en el SES entre los diferentes estamentos de la organización y constituye una herramienta de gestión imprescindible e incuestionable dentro del ámbito sanitario del SNS que ha permitido plasmar en un solo documento todos los datos de estructura, actividad y objetivos de todos los recursos sanitarios del Área de Salud y su estructura presupuestaria conjunta. Como el propio SES reconocía en su publicación "Salud Extremadura", el contrato de gestión "ha servido para establecer objetivos singulares con las diferentes unidades de los centros, con una incentivación variable en función del nivel de cumplimiento de los objetivos. Lo que ha supuesto un cambio fundamental en la implicación y corresponsabilización de los profesionales en los objetivos institucionales, abriendo un campo de mejora en las expectativas de aquellos que se esfuerzan por mantener sus servicios y/o unidades con altos niveles de eficiencia y calidad. Es un referente para los profesionales y los directivos, como elemento de cambio y de mejora". Pese a las bondades descritas, el contrato de gestión se ha abandonado como fórmula incentivadora y ha alimentado la actual desmotivación generalizada entre los profesionales sanitarios.

Propuesta nº 8:

Retomar el **contrato de gestión** en la AP del SES, como elemento motivador e incentivador en el cumplimiento de niveles de eficiencia y calidad. Dicho contrato debe ser común e igualitario y que todos los profesionales del mismo nivel puedan optar a él.

Consideramos prioritario, en Atención Primaria, el desarrollo de la **Gestión Clínica**, puesto que, para alcanzar niveles de excelencia en la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la calidad de la atención a los ciudadanos, se requiere, como único modo de conseguirlo, una participación comprometida, consciente y responsable de los profesionales sanitarios y unos mayores niveles de autonomía de gestión, que permitan, precisamente, la real implicación de estos profesionales. Pero actualmente se está debatiendo, a nivel nacional, sobre el marco legislativo y funcional de la Gestión Clínica. Es por ello, por lo que hemos considerado oportuno no plantear propuestas sobre la misma, en este documento, a la espera de próximos acuerdos a nivel nacional sobre dicha materia.



4. AVANZAR EN SISTEMAS DE INFORMACION (JARA)

La informatización de toda la información sanitaria es un proceso necesario para una mejor gestión de la misma que redunde en una mejor integración de la asistencia sanitaria y un mejor ejercicio del derecho a la información del paciente.

Los médicos de familia estamos de acuerdo en la necesidad de informatizar la información sanitaria y con la historia clínica electrónica. Pero percibimos que en el diseño de JARA se ha priorizado en dar respuesta a necesidades administrativas y presupuestarias frente a las necesidades asistenciales clínicas. Con la incorporación de los hospitales a la red, se ha aumentado el ritmo de mejoras y adaptaciones informáticas del sistema, pero aún resultan insuficientes. El volcado de toda la información acumulada que veníamos teniendo en la historia clínica en papel, se delegó en los propios médicos de familia, sin proporcionarles tiempo ni herramientas para ello, como la digitalización de documentos. Esto originó situaciones como que aún tengamos que mantener ambos sistemas de información en las consultas: papel y ordenador. A esto se une que persisten informes y pruebas sin versión electrónica (por ejemplo, un ECG), y que numerosos servicios hospitalarios mantienen vigentes sus propios sistemas de información independientes de JARA, pendientes de integrar y sin fecha de plazo para ello.

Propuesta nº 9:

Crear una **comisión de mejora del JARA** entre responsables de servicios de información del SES y un comité de profesionales sanitarios **asistenciales** que trasladen a los responsables de JARA los cambios necesarios para avanzar en el diseño de esta herramienta.

Aunque los cambios a introducir son numerosos y necesitarían una reactualización periódica según las necesidades asistenciales que van surgiendo, señalamos algunas de estas medidas:

- La modernización de la visualización de la interface de la historia clínica electrónica.
- La incorporación en la visión de la historia clínica de una imagen de la cara del paciente, como medida de identificación y de seguridad en la atención.
- La creación de un aviso informativo al médico de Atención Primaria de aquellos pacientes que dejan de pertenecer a su cupo por cambio de facultativo o porque fallecen.
- La incorporación de nuevos indicadores clínicos que ayuden a la gestión del médico y faciliten la implantación de una cultura de evaluación y mejora continua.
- La incorporación en el módulo de prescripción de receta, de alertas que adviertan al médico sobre detección de fármacos para los que el paciente ha declarado alergias y de aquellas interacciones peligrosas con tratamientos activos en ese paciente, para una mayor seguridad.
- La elaboración de **tutoriales audiovisuales didácticos** que expliquen a los usuarios de JARA el mejor uso de las distintas aplicaciones, para obtener el mejor rendimiento del sistema, con especial interés en la historia clínica electrónica y las actividades de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción de la salud.
- Teniendo en cuenta lo anterior y la progresiva importancia que va teniendo el soporte audiovisual para contenidos sanitarios, recomendamos abrir el libre acceso a plataformas donde se localizan estos vídeos que pueden servir de herramientas para educación sanitaria de los pacientes, como You Tube.
- Etc.



5. AVANZAR EN LA ACCESIBILIDAD AL MÉDICO DE AP Y SU NIVEL DE RESOLUCIÓN

En el análisis que el Ministerio de Sanidad hizo de indicadores de la Estrategia AP21^{14,15}, se observó la existencia de una “lista de espera” en AP que ronda los 3-4 días para ser atendido en la consulta. En nuestra comunidad, donde existe una realidad muy distinta entre centros de salud urbanos y rurales, este dato puede variar.

Lo cierto es que una de las prioridades en política sanitaria es la de “**demora cero**”, algo muy valorado por los ciudadanos y deseado por los médicos de AP, pero para la que sin embargo no se han tomado medidas que faciliten el cumplimiento de tal objetivo. La alta frecuentación que se origina en una población cada vez más envejecida y con mayor presencia de enfermos crónicos, ha aumentado este problema de acceso frente al que el médico se siente desbordado a una agenda asistencial completa.

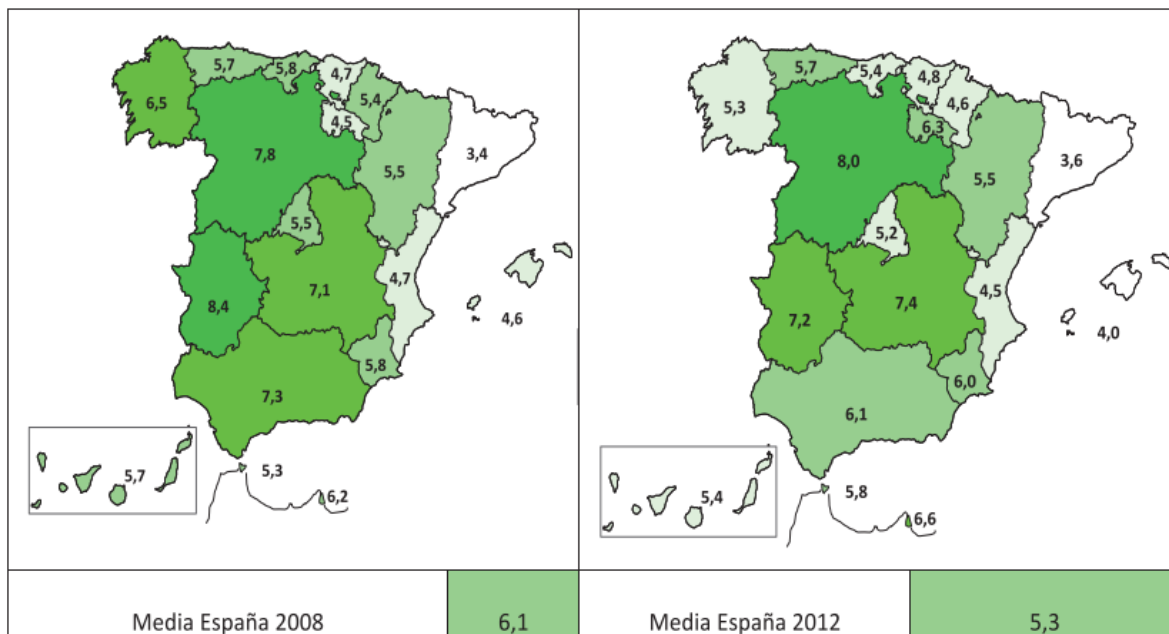
El acceso a solicitar cita previa por diversas vías (telefónica, call center, internet o en el propio centro de salud) ha facilitado la gestión de la solicitud de cita, pero no la accesibilidad propiamente dicha.

Arrastramos las enormes dificultades que la **asistencia domiciliaria urgente** tiene en horario ordinario. Y la falta de dotación de ambulancias dentro de ese horario, por lo que en muchos casos se traslada el médico en su vehículo propio, no identificado ni dotado como vehículo sanitario, con todo lo que esto conlleva, situación de conflicto laboral declarada por diversos centros de salud rurales extremeños y parcheada por el SES con el abono del exiguo “complemento de penosidad”. Por otro lado, el ciudadano debe recibir la atención urgente con las mismas garantías y dotación de recursos, durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

Otros aspectos a valorar es el tiempo de espera para entrar en la consulta o “**tiempo de sala de espera**” y el tiempo dedicado por el médico al paciente una vez dentro de la consulta. Los parámetros recomendados por los expertos y demandados por las organizaciones médicas desde hace más de una década son de 10 minutos de media por paciente, lo que se traduce en agendas de un máximo de 30 paciente/jornada y de cupos máximos de 1500 TIS (1200 TIS en pediatría).



El documento *La sanidad española en cifras*¹⁶ publicado recientemente por Juan del Llano para la Fundación Gaspar Casal y que analiza el periodo 2008-2012, nos indica que Extremadura partía como la comunidad autónoma con mayor frecuentación en el año 2008 (8,4) habiendo disminuido algo en los siguientes años (7,2), pero manteniéndose entre las comunidades autónomas con una alta frecuentación, muy por encima de la media nacional (5,3).



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Indicadores Clave del SNS)

Propuesta nº 10:

En las **agendas asistenciales de calidad**, los médicos de AP deben contemplar citas a demanda de un tiempo estándar de 10 minutos, con una **presión asistencial no mayor a 30 pacientes/día**.

Propuesta nº 11:

Los servicios de **Atención Continuada de los PAC** en la actualidad se inician a las 15.30 horas. Proponemos que, de forma progresiva, el horario de este servicio tenga comienzo desde las 8.00 horas, prestando a la población servicio en la jornada de mañana para la demanda de todas aquellas consultas no demorables (que el paciente etiqueta de “urgente”) y que no puedan ser atendidas por el médico de familia y/o pediatra del paciente, por tener la agenda asistencial completa (máximo 30 pacientes) y no poder esperar a la cita ofrecida en días sucesivos con su médico, según el paciente.

Entendiendo el impacto económico de esta importante medida para el SES, proponemos que la implantación en los PAC sea progresiva, comenzando por aquellas zonas básicas de salud donde hay registrada una mayor presión asistencial, para irlo extendiendo al resto de las zonas del SES a medio plazo.

Propuesta nº 12:

Implantación de la **consulta telefónica y electrónica** (email) en la agenda asistencial, con plenas garantías legales y recursos.



Por otro lado, el COMEXAP ya ha puesto en conocimiento del SES en el año 2014, a través de un estudio comparativo entre las áreas de Salud del SES, las diferencias existentes entre las mismas para el **acceso a pruebas diagnósticas terapéuticas**. La capacidad de resolución del médico de AP dentro de un mismo servicio de salud público, debiera depender de su competencia clínica y no del lugar donde desempeña su trabajo. Y todos los ciudadanos extremeños, independientemente de su lugar de residencia, tienen el mismo derecho a la misma calidad de los servicios sanitarios en AP.

Esto es algo que en el informe ministerial del 2012 de seguimiento de la Estrategia AP21¹⁴ ya se señalaba (pág. 47) como un parámetro a mejorar dada las diferencias observadas entre las diversas comunidades autónomas dentro del SNS. El propio Consejo Interterritorial del SNS reconoce que la Atención Primaria de salud ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos.

Propuesta nº 13:

Que se defina y aplique una **cartera de servicios de la AP del SES para que el acceso mínimo a pruebas diagnósticas y terapéuticas sea uniforme** en todas las Áreas de Salud del SES.

Propuesta nº 14:

Instar a la Administración para que busque soluciones para que haya **Pediatras de Atención Primaria** en todos los Centros de Salud de Extremadura.



6. AVANZAR EN LA DESBUROCRATIZACIÓN

El documento de referencia es el Plan de Desburocratización de las Consulta de AP del SES del año 2008⁵.

Aquel Plan decía que: *“En resumen, lo que pretendemos es simplificar las tareas administrativas y disminuir e incluso eliminar aquellas que se hacen de forma ineficiente o por delegación inadecuada desde otros niveles de atención”*

De aquel esperado Plan de desburocratización aún arrastramos procedimientos y medidas que no se han llevado a cabo con la debida diligencia o que se siguen de modo irregular. Esto ya fue puesto en conocimiento explícito por el Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP) en el inicio de la anterior legislatura (año 2012), cuando se presentaba a la entonces consejera de salud de Extremadura, Jerónima Sayagués, un estudio balance de la valoración que los médicos extremeños de AP hacían del sistema JARA y del Plan de Desburocratización del SES.

Uno de los incumplimientos más arraigados es el caso de la **primera prescripción en receta oficial por parte de los facultativos hospitalarios**, con destacado incumplimiento por parte de los servicios hospitalarios de urgencias, medida planificada a instaurar desde marzo 2009 y para la que se enviaron instrucciones a todas las Gerencias con un recordatorio sobre la normativa vigente que es la Circular nº 8/1996 del INSALUD sobre la regulación de prescripción a través de receta médica oficial en la atención hospitalaria.

Otro punto importante recogido en el Plan e incumplido con demasiada frecuencia es el de **facilitar al paciente las citas para revisiones o las interconsultas a otras especialidades a nivel hospitalario**: *“Todas las citas para las consultas sucesivas, las interconsultas con otras especialidades necesarias para la resolución del motivo inicial de consulta y las solicitudes de pruebas complementarias que requieran programación previa, deberán facilitarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del médico de AH”*.

Así que proponemos tomar medidas concretas para solucionar estos problemas. En ambos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Hospitalaria, debemos completar nuestros actos médicos por un buen servicio al paciente. Por ello sugerimos identificar aquellos profesionales y servicios que incumplen con su parte de responsabilidad en las tareas burocráticas, para conminarles desde la gerencia a cumplirlas.

En la medida número 11 del Plan de Desburocratización se dice:

“Partes de IT en pacientes hospitalizados. *Cuando el sistema de información (Jara) esté suficientemente desarrollado en el hospital, se establecerán los procedimientos necesarios para que, sin disminuir el grado de control, sean cumplimentados y tramitados por los servicios hospitalarios”*. La implantación de JARA en hospitales extremeños ha finalizado y esta medida sigue pendiente de implantarse, por lo que la proponemos en este documento.



En el informe de análisis de implantación de la Estrategia AP21 realizado para 12 comunidades autónomas en el año 2012, el Ministerio informaba en su página 47 que: *“Los especialistas hospitalarios se hacen cargo de la emisión de permisos por maternidad en 5 CCAA y de partes de IT en 6 de ellas”*, también se refleja en el RD 635/2014 y en la Orden ESS/1187/2015. Y a pesar de ello, en los hospitales del sistema sanitario público de Extremadura esta medida sigue pendiente, a pesar de que la herramienta informática está disponible.

La modificación del RD 295/2009 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de seguridad social por maternidad, paternidad, riesgo de embarazo y riesgo durante la lactancia natural, ha supuesto un importante alivio en este aspecto en cuanto a la supresión oficial del informe de maternidad en aquellos casos, los más habituales, en el que se inicie el descanso maternal con el parto.

Propuesta nº 15:

Toda derivación realizada desde Atención Hospitalaria debe ser tramitada y asumida por el profesional que lo indica.

Propuesta nº 16:

Partes de baja por ingreso hospitalario: Cuando un paciente trabajador activo cause ingreso hospitalario, los partes de baja por incapacidad temporal o accidente laboral se le proporcionarán por el médico responsable del Servicio en el seguimiento de su cama hospitalaria, para que el trabajador los pueda entregar a través de la persona que éste decida, en su empresa, dentro de los plazos previstos por ley.

Cuando el paciente sea dado de alta hospitalaria, además del correspondiente informe de alta y las recetas del tratamiento prescrito, en caso de permanecer en situación de baja por incapacidad, se le indicará en el informe que los sucesivos partes de confirmación de su baja y el alta, deberán ser recogidos en la consulta de su médico de familia, previa solicitud de cita al centro de salud.

Propuesta nº 17:

Enfermedades de declaración obligatoria (EDO): El Plan de Desburocratización del SES incluía en su 18ª Medida: *“La información epidemiológica como, por ejemplo, las Enfermedades de Declaración Obligatoria, podrá ser extraída directamente de Jara”*

Proponemos llevar a la práctica la extracción automática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), de forma que **se suspenda la cumplimentación obligatoria semanal del formulario específico** y su envío por fax.



Propuesta nº 18:

Certificados de aptitud: Según se especifica en la Ley 41/2002 (de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), el certificado médico se define como “la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.” El certificado de salud es un derecho del paciente y una obligación del médico de AP.

Pero debemos diferenciarlos de los **certificados de aptitud**, que con mucha frecuencia demandan los pacientes a los médicos de AP y que exigen un texto específico en alusión a la superación de determinadas pruebas o requisitos del puesto de trabajo o de la prueba a la que el paciente aspira como candidato.

Proponemos, dada las características específicas de cumplimentación de estos certificados de aptitud, que **se informe desde el SES por escrito con rango de norma, en consenso con los Colegios Oficiales de Médicos, que la demanda de estos certificados de aptitud NO está recogida dentro de la cartera de servicios de AP y, por tanto, no son de obligada cumplimentación por el médico de AP.**



7. AVANZAR EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA COORDINACIÓN

La **Estrategia de Atención a la Cronicidad** dentro del Sistema Nacional de Salud y su trasposición a nuestra comunidad autónoma¹⁶, supone un avance en el reto que supone la atención integral por la AP y la Atención Hospitalaria, de cara al manejo más eficiente de los pacientes crónicos complejos. Así mismo, supone una oportunidad de relanzar el rol de la enfermería de AP en el cuidado de estos pacientes.

La **comunicación entre los facultativos de ambos niveles** y con los facultativos de urgencias y emergencias es un campo de vital importancia por mejorar.

Se hace necesario recordar que el profesional debe facilitar siempre la información de la atención en la historia clínica compartida de JARA, información a la que tiene derecho el paciente y que necesitan otros profesionales para el seguimiento.

Propuesta nº 19:

El médico hospitalario debe siempre dar respuesta por escrito y en JARA, a la interconsulta del médico de AP.

En un corto plazo de tiempo los actuales sistemas de información paralelos existentes en algunos servicios y fuera de la intranet, deben migrar al sistema común JARA. Para esto los servicios informáticos darán todas las facilidades.

Propuesta nº 20:

Apertura de una plataforma donde los médicos de AP puedan remitir mensajes a los especialistas de referencia que sirvan para la resolución de aquellos problemas y dudas que no precisen la presencia del paciente.

En dicha plataforma se integraría el número de extensión telefónica, hora y día de contacto preestablecido, para interconectividad medico AP/medico AH en un marco colaborativo inter-niveles que permita la resolución de problemas de atención sanitaria y garantice la continuidad de cuidados de los pacientes. Desde las Gerencias de área se establecerían los cauces de negociación que permitirían la perfecta identificación de los agentes de salud intervinientes.

Es prioritaria una adecuada coordinación, para dar respuestas en un plazo razonable de tiempo.



8. AVANZAR EN LA CORRESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Asistimos a un cambio profundo desde la medicina paternalista de tiempos pasados a una medicina donde el paciente tiene una mayor autonomía en la toma de decisiones que les incumben en cuanto a su salud. Así lo recoge en su esencia, por ejemplo, la Ley de Autonomía del Paciente¹⁷ o la Estrategia Nacional de Enfermos Crónicos.

Debemos madurar también desde el perfil del paciente al que se le reconocen sus derechos y se relegan sus deberes. En concreto, ante la mayor exigencia de eficiencia que se nos pide a los profesionales sanitarios y de la que nos sentimos responsables, debemos también trasladar, tanto por el SES como por el personal sanitario, parte de esa exigencia de mayor responsabilidad a los propios pacientes en el uso de los servicios sanitarios.

El alto porcentaje de pacientes que no se presentan a la cita solicitada y que no avisan con antelación de tal ausencia para poder anular la cita y ser aprovechada por otro paciente en espera, es una bolsa de ineficiencia destacada en el sistema sanitario, que incrementa las listas de espera y agrede el principio de solidaridad del SNS.

Según información facilitada por el SES, en el año 2013, un total de 125.618 citas médicas quedaron en el olvido (del orden de las 10.500 al mes). El área de Salud de Naval Moral de la Mata registró el mayor índice de abandonos, el 9,49%. Le siguió Badajoz (7,99%), Don Benito (7,54%) y Cáceres (7,17%). En Llerena-Zafra hubo un 4,58% de abandonos, seguidos por los de Coria (5,82%) y Plasencia (5,98%).

Por especialidades: dermatología (13,2%), geriatría (12%), alergología (11%) y digestivo (9,5%), neurología (7,3%), otorrinolaringología (7,2%), oftalmología (7%) o urología (7%), cirugía pediátrica (6,8%), rehabilitación (6,7%) y angiología o cirugía vascular (6,5%).

En abril de 2014 el director gerente del SES anunciaba un programa piloto en el que se estaba trabajando para el recordatorio de cita a través de un mensaje de texto enviado al teléfono móvil del paciente su día de consulta. Según señalaba, el programa JARA permite esa posibilidad, ofreciendo a la vez un teléfono gratuito donde comunicar cualquier incidencia. Pero no hemos vuelto a tener noticia de esto.

Concienciar a los usuarios de la importancia de respetar las fechas de las visitas y/o pruebas y anularlas con antelación, en caso necesario, es una actitud clave. Pero este mensaje genérico a los usuarios de concienciación es una medida que resulta francamente insuficiente.

Propuesta nº 21:

Con aquellos **pacientes que de modo reiterado no acudan a la cita previa solicitada**, sea en el nivel de atención que sea, y tampoco la suspendan para su aprovechamiento por otro paciente solicitante, se haga un estudio de identificación y subsanación de las causas y se tomen medidas educativas en el uso solidario y responsable de los servicios sanitarios, incluyendo la valoración de medidas personalizadas en situaciones de abuso.



El Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público de Extremadura¹⁹, dice en su artículo 7. Inicio e instrucción del Procedimiento para el ejercicio de la libre elección de facultativo en el nivel de atención primaria, punto 1: “*La elección de la Unidad Básica Asistencial podrá efectuarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación*”. En numerosas ocasiones contemplamos solicitudes de cambio de asignación del médico de familia cuyo motivo de rechazo al médico lo desconoce. La experiencia nos dice que buena parte de las mismas se deben a discrepancias subjetivas del paciente con la decisión clínica del médico, pese a que haya una buena praxis médica. Nos parece de interés para brindar oportunidades de mejora de la calidad, que el médico sepa el motivo o motivos que generan la solicitud de un nuevo profesional.

Al igual que el artículo 8 de ese decreto dice que “los profesionales de la Unidad Básica Asistencial podrán ejercer su derecho a la renuncia, que en todo caso será **motivada** y con fundamento preferente en una de las causas previstas”; sería también conveniente que el paciente notifique las causas por las que solicita el cambio de profesional, propiciando una oportunidad de autoevaluación y mejora, si cabe, para los profesionales y la administración sanitaria.

Propuesta nº 22:

Cuando el paciente solicite un **cambio de médico por rechazo del anterior asignado**, se le solicitará que motive por escrito su petición de cambio.

Propuesta nº 23:

Estudiar un plan para detectar y valorar la **hiperfrecuentación** no debida y optimizarla.



9. PROPUESTAS ADICIONALES

Propuesta nº 24:

Optimizar la Formación continuada. La Formación continuada debe ser una obligación de la Administración sanitaria. Aunque existe una oferta actual de ésta, existen varios factores que la hacen inviable para la mayoría de los médicos de Atención Primaria. Debería llevarse a cabo en horario laboral, asegurando las sustituciones pertinentes y a ser posible en el mismo Área de salud del profesional sanitario.

Propuesta nº 25:

Búsqueda de soluciones definitivas en la **regulación de las libranzas de guardia en Atención Primaria.**

Propuesta nº 26:

Búsqueda de soluciones para la **exención de Guardia en mayores de 55 años**, implementando la puesta en marcha de módulos compensatorios por la pérdida de poder adquisitivo.

Propuesta nº 27:

Recuperación de forma progresiva e inmediata **del nivel salarial de los facultativos sanitarios**; tanto en retribuciones, carrera profesional, etc. a todos sus niveles y efectos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolución de 24 de septiembre de 2002, de la Dirección de Recursos Humanos, por la que se dispone la publicación del Acuerdo para la Mejora de la Sanidad en Extremadura. DOE de 7 de noviembre de 2002.
2. Orden de 20 de junio de 2005 por la que se crea la categoría de Médico de Atención Continuada. DOE N° 76 de 2 de julio de 2005, pg. 9506.
3. Acuerdo para el Impulso y Consolidación de la Atención Primaria de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE de 29 de julio de 2006
4. Estatutos del Consejo Médico Extremeño de Atención Primaria (COMEXAP). 26 de enero de 2012.
5. Plan de Desburocratización de las Consulta de AP del SES. 2008.
6. Decreto 67/1996, de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE de 28 de mayo de 2006.
7. Informe sobre la evolución de la vulnerabilidad social entre los años 2009 y 2013. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Enero 2015.
8. Decreto 175/2008, de 1 de agosto por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud (DOE 07/08/2008).
9. Estadística de Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad. 2012
10. Memoria del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.2014.
11. Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área.
12. Ley 10/2001 de 28 de junio de Salud de Extremadura. DOE 3 de julio de 2001.
13. Gestión clínica. CESM. Enero 2014.
14. Marco estratégico para la Mejora de la Atención Primaria en España 2007 – 2012. Estrategia AP-21. Ministerio de Sanidad.
15. Informe de seguimiento del Proyecto Ap21. Ministerio de Sanidad de España. 2012.
16. *La Sanidad Española en cifras 2014*. del Llano J, Coduras A, Clemente J A. Ed. Círculo de Sanidad. Madrid 2015
17. Estrategia de Atención a la Cronicidad en Extremadura. Consejería de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura. 2014
18. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
19. Decreto 15/2006, de 24 de enero, por el que se regula la libre elección de médico, servicio y centro en Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
20. Resolución de 18 de julio de 2005 de la Dirección General de Trabajo, por la que se publica el Pacto suscrito entre el SES y las organizaciones sindicales CC.OO, UGT, CSI-CSIF y SAE. DOE de 30 de julio de 2005.
21. Absentismo de pacientes citados en las consultas de atención especializada del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras. Alcolea Guerreo, Marta. 2008.



Organizaciones miembros de COMEXAP:

SOCIEDAD EXTREMEÑA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA (SEMG)



A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, sweeping initial 'A' followed by a smaller 'V' and some trailing lines.

Fdo. D. Javier Álvarez Domínguez

SOCIEDAD EXTREMEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYCEX)



A handwritten signature in blue ink, featuring a large, circular initial 'A' followed by 'r' and 'o'.

Fdo. Dña. Ana Arroyo de la Rosa

SOCIEDAD EXTREMEÑA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN)



A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'L' followed by 'F' and 'F'.

Fdo. D. Leandro Fernández Fernández

SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA



Fdo. D. Rubén González Cervera

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ



Fdo. D. Tomás Pérez Torralba

D. Juan José Torres Vázquez

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CÁCERES.



Fdo. D. Evelio Torres Aguero

SINDICATO MÉDICO DE EXTREMADURA (SIMEX)



Fdo. D. Leopoldo Gil Correa