

# **LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Propuestas  
de mejora**

**Documento de consenso**



Edita e imprime: © Instituto Nacional de la Salud  
Subdirección General de Coordinación Administrativa  
Area de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa  
Alcalá, 56  
28014-Madrid

Depósito legal: M-39143-2001  
ISBN: 84-351-0370-6  
NIPO: 352-01-006-0  
Número de publicación INSALUD: 1.814

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
**INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD**  
Subdirección General de Asistencia Sanitaria  
Subdirección General de Atención Primaria

# LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

## Propuestas de mejora

### Documento de consenso

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
Subdirección General de Coordinación Administrativa  
Madrid, 2001

## **AUTORES:**

- Arnal Selfa, Rosa  
*(Enfermera en representación de FAECAP).*
- Blanco Tarrío, Emilio  
*(Médico, en representación de SEMERGEN).*
- Cañones Garzón, Pedro  
*(Médico, en representación de SEMG).*
- Díaz Ojeda, Emilia  
*(Médica, miembro de UGT).*
- Grande Andueza, José Manuel  
*(Administrativo, en representación de AMADAP).*
- Guerra Aguirre, Javier  
*(Jefe de Área. S.G.A.P. INSALUD).*
- Ichaso Hernández-Rubio, M<sup>a</sup> Santos  
*(Subdirectora General Atención Primaria. INSALUD).*
- Mingo Rodríguez, Carlos  
*(Gerente) Área X del INSALUD de Madrid.*
- Molero García, José M<sup>a</sup>  
*(Médico, en representación de semFYC).*
- Reoyo Jiménez, Agustín  
*(Médico, miembro de CCOO).*
- Rodríguez Escobar, José  
*(Director de Enfermería) Área IX del INSALUD de Madrid.*

# **ÍNDICE**

<b>PROLOGO</b>	<b>9</b>
<b>I.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>II.- METODOLOGÍA DE TRABAJO</b>	<b>15</b>
<b>III.- ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA</b>	<b>17</b>
1º. INCREMENTO TIEMPO ASISTENCIAL	17
2º. FLEXIBILIZACIÓN DE AGENDAS DE CITACIÓN	24
3º. ORGANIZACIÓN INTERNA	26
4º. DOTACIÓN DE RECURSOS	29
5º. INCREMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA	35
6º. MEJORAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	40
<b>IV-CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>V.- BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>49</b>



# PRÓLOGO

La reforma de la atención primaria, iniciada en el Insalud hace más de quince años y próxima a finalizar, ha supuesto un gran cambio en la organización, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria que se oferta a los ciudadanos en su primer contacto con el sistema sanitario público.

Tras el modelo de gestión de atención primaria, emprendido al inicio de la década de los noventa, con la introducción de los contratos de gestión clínico-asistencial (cartera de servicios, imputación de costes, programa de uso racional del medicamento,...), ha llegado el momento de dar respuesta a las nuevas demandas e inquietudes de los profesionales y los ciudadanos, orientadas a continuar mejorando este nivel sanitario de atención.

Me es grato presentar el documento de consenso que se ha elaborado por parte de la Subdirección General de Atención Primaria, con amplia participación de profesionales de los equipos de atención primaria que, representando a importantes Sociedades Científicas en el ámbito de los médicos, enfermeros y administrativos, han venido trabajando estos últimos meses. La base de cualquier avance pasa porque estos grandes colectivos, entre otros, compartan la misión de la atención primaria, que no es otra que prestar servicios sanitarios con los mayores estándares de calidad, aceptabilidad social y al menor coste posible.

En el presente documento se efectúa un recorrido por distintos elementos que configuran la atención primaria: dedicación horaria, sistemas de acceso de los ciudadanos, organización interna, mejoras en la asignación y dotación de recursos y sistemas de información, buscando los puntos fuertes y las oportunidades de mejora existentes.

La multifactoriedad de causas detectadas aconsejan realizar un abordaje integral en todos los campos que están influyendo en el desarrollo de la actual atención primaria.

Creo que el documento que se presenta ofrece una excelente oportunidad más de debate entre profesionales y gestores, para abordar con éxito los retos de la atención primaria del tercer milenio, por lo que agradezco a todos los participantes la colaboración y aportaciones realizadas.

Josep M<sup>a</sup> . Bonet Bertoméu  
Director General del Insalud



# I- INTRODUCCIÓN

El Insalud, en el ámbito de Atención Primaria, puede dar por concluido el proceso de reforma de la misma (el 99,8 % de las zonas básicas cuentan con Equipo de Atención Primaria y el 92 % de la población está siendo atendida por este modelo), que se ha caracterizado, entre otros aspectos, por el trabajo en equipo, una mayor dedicación horaria, el uso sistematizado de la historia clínica, una renovación de las infraestructuras, un importante incremento de recursos humanos y un proceso interno de dirección participativa por objetivos, a través de los contratos programas.

En estos momentos, y tras 15 años de reforma, se están produciendo tensiones sobre el actual modelo de gestión-organización-evaluación del trabajo que se desarrolla en Atención Primaria, que coincide con la madurez de los principales líderes de la reforma: los propios profesionales, el agotamiento de los ideales que impulsaron la reforma, la tecnificación en la gestión, la pérdida de poder adquisitivo y las expectativas de los procesos transferenciales.

La Subdirección General de Atención Primaria en su documento “Líneas de Actuación en Atención Primaria (noviembre 2000)” recogió la necesidad de generar un grupo de trabajo que pudiera facilitar una mayor autonomía a los Equipos de Atención Primaria (EAP) y que estudiara las posibles medidas normativas, organizativas y formativas en este sentido.

Para ello, se constituyó un grupo de trabajo con profesionales de amplia experiencia, que tuviera en cuenta la composición de los EAP, partiendo del núcleo básico de profesionales imprescindibles para el desarrollo de las funciones esenciales del equipo, sin las que sería difícil hablar de verdadero equipo. Este núcleo ha estado formado por las categorías de médicos de familia, profesionales de enfermería y personal administrativo. Además, representaban a Sociedades Científicas o eran miembros destacados de Organizaciones Sindicales y a ello se sumó personal con responsabilidad directiva en las Gerencias de Atención Primaria.

El presente documento de reflexión, fruto del consenso del grupo de trabajo, pasa indefectiblemente por la mejora del conocimiento y la gestión de procesos que se realizan en Atención Primaria, entendiéndolo como *proceso “el conjunto de tareas y actividades realizadas en atención primaria, la forma cómo se realizan y que tienen como objetivo generar valor para satisfacer las necesidades del ciudadano (cliente externo) o del profesional (cliente interno)”*.

Ello supone el conocimiento del qué (tarea); quién lo efectúa (profesional); cómo (normas de actuación); para quién (ciudadano) y resultado (aceptabilidad, calidad, rendimiento, coste).

Este procedimiento puede suponer mejoras organizativas, gestoras, en los criterios de asignación de recursos, en los sistemas de evaluación, y todo ello basado en una ineludible mejora en el sistema de información.

#### Mejoras en la organización.

- Liderazgo de los Equipos Directivos en la revisión interna del funcionamiento de cada Equipo.
- Impulso de la cultura de la gestión de la calidad.
- Desarrollo de las nuevas tecnologías y sus aplicaciones presentes y futuras.
- Definición del nivel de descentralización y la autonomía de los EAP en su propia organización interna.
- Diseños de programas de autoevaluación por parte de los propios EAP.

#### Mejoras en la gestión.

- Establecimiento de protocolos de actuación entre los diferentes componentes de los EAP, especialmente médico-enfermero y enfermero-médico.

- Desburocratización de las consultas, a través de programas informáticos que permitan la renovación de recetas para procesos crónicos y partes de confirmación de I.T.

- Conocimiento de los “procesos clave” en atención primaria, que permita el rediseño de los mismos a través de vías clínicas de atención.

- Diseño y desarrollo de servicios, basándose en las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

#### Mejoras en la percepción de la atención prestada.

- Análisis de los tiempos de espera y los tiempos de dedicación, relacionándose con otras variables (dotación de recursos humanos, envejecimiento poblacional, dispersión geográfica, etc.).

- Estudio y evaluación de las quejas y reclamaciones de los usuarios de los Centros.

- Mejoras en la encuesta anual de satisfacción.

- Información al ciudadano sobre las prestaciones de la atención primaria: folletos divulgativos, gestión de oferta de servicios, etc.

#### Mejoras en la asignación de recursos.

- Mejoras en los procedimientos de asignación de recursos humanos, en base a criterios de incremento y/o envejecimiento poblacional, socio-culturales (zonas desfavorecidas, población inmigrante,...), incorporación de nuevas prestaciones, etc.

- Incremento de las plantillas, preferentemente facultativos, enfermeras y auxiliares administrativos, en base a los criterios señalados.

### Mejoras de los sistemas de información.

- Mejor información de la actividad asistencial de modo que se pueda conocer para cada profesional el número de personas atendidas por edad y género, frente al actual sistema de conocimiento exclusivo de contactos y no personas atendidas.

- Conocimiento de los procesos clínicos atendidos, a través de los programas informáticos (OMI/SIAP-WIN...) y capacidad de relacionarlos con número de visitas.

- Diseño de estudios que permitan conocer las variables que influyen en la utilización de servicios.

- Diseño de indicadores que midan mejor la capacidad resolutoria de la Atención Primaria.

## II.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología empleada ha sido una revisión bibliográfica, contrastándola con la experiencia de los componentes del grupo y partiendo del documento inicial entregado por la Subdirección General, “La Gestión de Procesos en Atención Primaria” señalado con anterioridad.

Después de ocho sesiones conjuntas de trabajo, el grupo reunió la diversidad de temas debatidos, a fin de una presentación más amigable, en seis grandes apartados, aunque todos, en general, se encuentran interrelacionados entre sí.

### **1º. INCREMENTO TIEMPO ASISTENCIAL**

- (a) Tramitación de la Prestación por Incapacidad Temporal.
- (b) Tramitación de la Prestación Farmacéutica.
- (c) Análisis y Manejo del paciente “hiperfrecuentador”.
- (d) Distribución de cargas de trabajo entre los profesionales.

### **2º. FLEXIBILIZACIÓN DE AGENDAS DE CITACIÓN**

- (a) Aumento de la citación concertada.
- (b) Agendas flexibles adaptadas a horarios de consultas.

### **3º. ORGANIZACIÓN INTERNA**

- (a) Identificación de procesos más frecuentes.
- (b) Guías de práctica clínica.
- (c) Atención a las urgencias.
- (d) Atención domiciliaria.

#### **4º. DOTACIÓN DE RECURSOS**

- (a) Asignación de nuevos recursos en base a edad, dispersión y nivel socio-cultural.
- (b) Otros criterios de posible uso en la asignación de recursos.
- (e) Redistribución de los recursos actuales.
- (f) Criterios funcionales para las sustituciones.

#### **5º. INCREMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA**

- (a) Catálogo de pruebas diagnósticas.
- (b) Continuidad asistencial interniveles.

#### **6º. MEJORAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

- (a) Informatización de los Centros de Salud.
- (b) Información al paciente.
- (c) Gestión clínica.

### III.- ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

#### 1º.- INCREMENTO DEL TIEMPO ASISTENCIAL

Bajo la premisa de que el principal recurso con el que cuentan los EAP es el “tiempo”, y éste es limitado, se abordan una serie de propuestas que permitan obtener el máximo rendimiento del mismo. Con objeto de mejorar la atención sanitaria, el grupo de trabajo identificó y analizó algunos aspectos de la forma de trabajo actual que necesitan un replanteamiento que permita “liberar tiempo médico” consumido de manera poco eficiente, para dedicarlo a la tarea asistencial propiamente dicha, efectuando propuestas que abarcan desde la simplificación administrativa hasta el manejo de los denominados “hiperfrecuentadores”:

##### (a) Tramitación de la Prestación de Incapacidad Temporal

Los médicos de familia consumen parte de su tiempo en efectuar la renovación de partes de incapacidad temporal, con una periodicidad semanal, para que las entidades gestoras y/o las mutuas puedan efectuar sus controles administrativos; pero esta cumplimentación de partes no se rige, en muchos casos, por criterios clínicos. A modo de ejemplo, una fractura que precise una baja laboral de 45 días va a consumir 7 visitas por el procedimiento administrativo descrito, cuando, clínicamente y en caso de no existir complicaciones, solo precisaría una sola consulta de control y posible alta.

A ello hay que añadir que algunas situaciones de baja laboral se prolongan en el tiempo, por las demoras de pruebas diagnósticas-terapéuticas del nivel especializado, de dos a tres meses, y generan, por la cumplimentación del parte, de 8 a 12 visitas.

En general, estos procedimientos no añaden valor al acto médico y por ello se proponen las siguientes medidas de actuación:

1ª.- Adecuar la renovación de los partes de confirmación de la incapacidad temporal (I.T.) en base a criterios clínicos de consenso, pasando de un criterio administrativo en la renovación de dichos partes a un criterio clínico. Dado que la propuesta pudiera requerir cambios normativos que precisan de la aprobación ministerial y pudieran dilatarse en el tiempo, se propone la informatización, a corto plazo, de los partes de I.T., como una herramienta de mejora.

2ª. - Transitoriamente, tanto en los Centros informatizados como en los pendientes de informatización, una medida organizativa que el grupo aconseja es la preparación de partes de incapacidad temporal por parte del personal administrativo de las unidades administrativas, (UNAD) bajo la supervisión del facultativo correspondiente y la entrega en el mostrador del parte de confirmación que no precise revisión clínica, mediante las debidas garantías de confidencialidad e intimidad.

3ª. - De cara a una adecuada gestión de la I.T., en el grupo se sugiere la existencia de un médico “referente” dentro del EAP para que actúe también de enlace con un referente designado en la Inspección Médica.

4ª. - En tanto no sea posible que los partes de confirmación se rijan por criterios clínicos y no administrativos, la responsabilidad de renovar los partes de incapacidad temporal debería ser efectuada, preferentemente, por el facultativo que inició la baja laboral.

#### **(b) Tramitación de la Prestación Farmacéutica**

Los facultativos de atención primaria y especialmente los médicos de familia, cuando toman decisiones terapéuticas, efectúan la prescripción de medicamentos en el modelo oficial de receta médica, que permite, en general, la prescripción de un solo envase por receta. Especialmente en las enfermedades crónicas, que precisan seguimiento terapéutico, supone tener que efectuar nuevas visitas, sin añadir valor al acto médico cuando estas no coinciden con controles clínicos.



El control de estas enfermedades crónicas, que de manera habitual es efectuado también por el personal de enfermería, conlleva, en muchas circunstancias, que la actuación de estos profesionales no sea aprovechada para facilitar la renovación de recetas, lo que inevitablemente generará una nueva visita médica.

El cumplimiento irregular de la Circular 8/96, de la extinta Presidencia Ejecutiva del Insalud, por la que se regula la prescripción a través de receta médica oficial en la atención especializada por parte de algunos facultativos del nivel especializado, supone que, especialmente en la atención de urgencias hospitalarias y/o en las altas hospitalarias, el ciudadano deba acudir al facultativo de atención primaria para obtener su oportuna receta como nuevo procedimiento administrativo.

Las recetas de largo tratamiento (TLD), surgidas en su día para paliar la situación descrita, no han demostrado con el paso del tiempo la utilidad para la que se concibieron.

Se estima que el número de recetas que anualmente efectúan los médicos de familia en el Insalud es de unos 158 millones, lo que supone una media de 15.800 al año (60 médico y día), de las cuales se calcula, según datos estimados, que el 30% - 40% son utilizadas para renovar medicación crónica.

Por ello, se proponen las siguientes medidas:

1ª. Cambio de Modelo de Receta, que permita que Prescripción y Prestación sean superponibles. Serían similares a las TLD pero más adaptables, que posibiliten varios envases en la receta y faciliten que el tiempo de prescripción sea igual al de prestación.

2ª. Informatización de las recetas de enfermedades crónicas, programación por parte del facultativo y entrega en la UNAD, en las debidas condiciones de intimidad y confidencialidad.

3ª. Uso preferente en las consultas de las tarjetas de larga duración.

4ª. Facilitar, mediante la adecuada coordinación enfermero-médico que el paciente que acuda a las consultas de enfermería, por motivo de revisión de un proceso, pueda retirar al mismo tiempo sus recetas conforme a los protocolos establecidos en cada proceso sin tener que duplicar visitas.

5ª. Posible desarrollo de tarjetas Inteligentes en las que se graba la indicación que consta en un informe clínico escrito que se facilita al paciente. Se haría uso de las tarjetas en la misma forma que se opera con las tarjetas bancarias en cajeros automáticos o para pagar en los comercios.

Especial mención merece el visado de recetas, por las razones que se mencionan a continuación:

- El modelo aumenta la burocracia y dificulta la accesibilidad del usuario.

- Para el control de los efectos secundarios frecuentes o graves de estos medicamentos, el médico de atención primaria, como responsable del paciente y en continuo contacto con él, está mejor situado para detectar precozmente estas posibles reacciones adversas

- No está justificado incrementar la lista de espera de determinadas especialidades médicas para obtener una determinada prescripción, por un mero control burocrático-administrativo.

El grupo plantea como posibles abordajes de mejora las siguientes:

1ª. Al objeto de mantener únicamente aquellos medicamentos que precisen un control médico especial (indicaciones, efectos adversos, interacciones), se propone la revisión de los productos que precisen visado y evitar la cumplimentación de formularios específicos por parte del médico de familia, para la autorización de determinadas prescripciones (por ejemplo, absorbentes de incontinencia urinaria).

2ª . Renovación automática por parte de la inspección de farmacia de la autorización de dichas prescripciones hasta notificación contraria del facultativo.

3ª . Instaurar un sistema más cercano al facultativo y quizás más racional del control de la prescripción de medicamentos de especiales características, delegando esta función en los propios equipos y los Servicios de Farmacia de las Áreas.

4ª . Protocolizar el seguimiento de determinados fármacos que por sus efectos adversos requieran un control clínico o analítico periódico.

5ª . En el caso de recetas de especialidades de uso hospitalario o de medicamentos de especial control médico, su dispensación debería realizarse a nivel de los servicios de farmacia hospitalarios.

(c) **Análisis y Manejo del “paciente hiperfrecuentador”**

Se podría denominar hiperfrecuentador al paciente que acude un número “excesivo” de veces a los Equipos de Atención Primaria, de forma que supera con creces el número de visitas necesario para su proceso. Es conocido que un 30 % de pacientes consumen el 80 % de las consultas.

El grupo de trabajo ha señalado una posible tipología de las características de estos ciudadanos/as, señalando dos modalidades:

Tipo I Sería el ciudadano que por sí mismo decide un número excesivo de visitas y que se podría describir, a su vez, en 3 tipos de perfiles:

- a) Somatizador
- b) Dependiente (valores, creencias)
- c) Falta de relación social

En todos los casos requiere un abordaje clínico, inicial o continuado, debiendo desarrollar a continuación un

importante papel el profesional de enfermería en los aspectos posibles de autoestima, vehiculización social del problema, y otras alteraciones de la respuesta humana.

La empatía con el paciente y la correcta entrevista clínica se consideran claves, junto con acciones como son el que nunca debe salir de la consulta sin una próxima cita concertada, etc.

Para este tipo de paciente hiperfrecuentador, el principio básico sería “darle siempre la siguiente cita”, demostrando con ello el especial interés por su salud, e incidiendo progresivamente en el espaciado/control de las visitas. Se aconseja tratar en el conjunto del EAP el abordaje clínico-terapéutico de cada paciente en estas circunstancias.

Tipo II: Sería el ciudadano que no decide tanto por sí mismo el número de visitas, sino que en parte es atribuible al procedimiento del propio EAP. Entre las causas destacaríamos:

a) Relacionadas con la práctica profesional: existencia o seguimiento de un protocolo de atención no ajustado a la evidencia científica y/o no actualizado. Todos los protocolos, especialmente los que sustentan la cartera, debieran revisarse cada 2-3 años para verificar su utilidad como herramienta clínica.

b) Relacionados con la organización propiamente dicha: cuando no se ajustan en el tiempo las diversas citas de los diferentes profesionales y/o realización de exploraciones, etc., ocasionando múltiples visitas para un mismo proceso.

c) Relacionadas con la escasa dedicación a la educación sanitaria, que permita un mayor grado de autonomía a los pacientes.

Con respecto al paciente tipo II (inducido), el principio básico pasaría por los rediseños organizativos necesarios para conocer cada proceso, el tipo de intervención necesaria en cada caso y el profesional encargado de efectuarlas. Se aconseja impulsar todas las técnicas que favorezcan “el autocuidado de la salud”; en tal sentido el grupo propuso impulsar los grupos de

Educación para la Salud donde el papel de la atención primaria, en general, es fundamental y el del personal de enfermería, básico.

Dada la relación de los valores de las normas técnicas de los servicios con la incentivación profesional, el grupo sugiere que se revisen el valor dado a alguna de ellas y su sistema de evaluación.

Se sugiere también revisar la accesibilidad a las pruebas del Catálogo de pruebas diagnósticas de cada Área de Salud, ya que, cuando esta accesibilidad está limitada se repiten las visitas de los ciudadanos.

En general, se recomienda la incorporación de “Guías de Práctica Clínica” de los problemas de salud que mayor número de veces son atendidos en atención primaria.

(d) **Distribución de las cargas de trabajo entre los diferentes profesionales**

El grupo de trabajo considera que es necesario que los diferentes componentes de los EAP inviertan parte de su jornada laboral en efectuar sesiones de trabajo que permitan analizar y visualizar las cargas de trabajo de los diversos profesionales y efectúen propuestas de mejora en ese sentido.

Para ello, deben partir de las diferentes competencias profesionales de los mismos, de forma tal que el “trabajo en equipo” sea una misión compartida por toda la organización, en la que predomine la flexibilidad y la comunicación interprofesional.

La metodología de la gestión de procesos, tal como se señala en la introducción del presente documento, puede ser un procedimiento adecuado para aclarar la distribución de tareas, sus responsables y facilitar su extensión posterior.

Debe tenerse siempre en cuenta a la hora de planificar las diferentes tareas a llevar a cabo por los distintos

profesionales que cada tarea sea efectuada por la especialidad o profesión más idónea y que ofrezca mayor eficiencia.

## **2º.- FLEXIBILIZACIÓN DE LAS AGENDAS DE CITACIÓN**

### **(a) Impulsar el aumento de la citación concertada**

Dado el elevado número de contactos que se producen a petición de los propios ciudadanos, las denominadas consultas a demanda y administrativas (cerca del 90 %), dificultan que el facultativo de Atención Primaria pueda desarrollar su trabajo diario de atención sanitaria con cierto grado de programación y antelación.

Sería necesario, a juicio del grupo, abandonar la separación artificial entre visita programada “versus calidad” y la visita de cita previa “versus batalla”. Esta organización de las consultas que pudo tener su sentido al inicio de la reforma, es probable que esté estableciendo un “secuestro de pacientes”, una falta de equidad en el trato de unos a otros y una pérdida de accesibilidad horaria para los mismos.

El sistema de organización del trabajo que deja la articulación de las prioridades y tiempos de dedicación de los cometidos profesionales en manos de los propios ciudadanos (regulación de visitas de control, recepción de pruebas complementarias, etc.) favorecen el incremento de la propia demanda. Por ello, el grupo de trabajo propone que cuando se prevea la necesidad de nueva atención a un paciente, se le facilite que al salir de la consulta ya disponga de la hora y día de la próxima visita.

El hábito de concertación de las próximas consultas se considera que es una herramienta poco desarrollada en general, y su potencialidad de mejora puede ser un buen acicate para poder elevar la calidad asistencial y la organización interna del equipo.

(b) **Agendas flexibles adaptadas a horarios de consultas.**

En algunos EAP, siendo esto atribuido a características de los programas informáticos, se facilitan las citas para las consultas durante un número de horas inferior a las que el propio facultativo históricamente ya viene efectuando (se citan en 2 horas y media pero las consultas duran 4 horas o más), por lo que se deberían revisar los tiempos de asignación de citas.

A la hora de confeccionar la agenda de citación de cada profesional, han de tenerse en cuenta las circunstancias siguientes:

- Es habitual que en ciertos días y/o en ciertos eventos (puentes, fiestas patronales, etc.) el número de citas sea superior que en condiciones normales, por lo que deben planificarse las agendas conforme a esos condicionantes.
- Las ausencias de compañeros no previstas y/o los criterios de sustituciones pueden ocasionar el tener que efectuar la atención de pacientes de otros cupos.
- Es frecuente la existencia de pacientes desplazados en algunas zonas básicas de salud, que no tienen asignado un médico en el EAP.

Estas circunstancias, habituales en los EAP, aconsejan para cada profesional el reservar los correspondientes "huecos" de citación., pudiendo facilitar al ciudadano la concertación de su consulta (salvo demandas asistenciales urgentes) en aquellos días que se prevea una menor demanda.

Dado que algunas consultas vienen ocasionadas por la revisión de pruebas analíticas, radiológicas e interconsultas de especialistas, es fundamental el conocimiento previo de los tiempos habituales de la recepción de estas pruebas por parte de la UNAD y el profesional sanitario, para facilitarles las siguientes citas a los pacientes.

La planificación de las actividades debe ser previa a la organización de las agendas de los facultativos y enfermeros y es un elemento clave para evaluar la calidad organizativa de un EAP.

La agenda debe reunir unos criterios de calidad, flexibilidad y versatilidad. Debe estar diseñada conforme a las características de la población. Debe huirse, en general, de establecer “modelos unificados y cerrados” de confección de las agendas, sino que éstas deben ser fruto de la “cultura” e idiosincrasia de cada EAP.

Las agendas de facultativos y enfermeros que atienden a la misma población han de ser lo más simultáneas posible.

Así mismo, se deberían efectuar talleres de intercambio de experiencias de control de agendas y demanda.

### **3º.- ORGANIZACIÓN INTERNA**

Para mejorar la organización interna de cada equipo, el grupo sugiere que, además de lo ya señalado, se efectúen las siguientes actuaciones:

(a) **Identificación de “procesos más frecuentes”**

Habitualmente en la atención que se brinda por parte de los EAP existen una serie de procesos, preferentemente de enfermedades crónicas y actividades preventivas, que suelen ser los más frecuentemente efectuados y es en ellos donde deberían inicialmente concentrarse los esfuerzos de mejora.

Por ello, el grupo de trabajo sugiere que cada EAP, en las reuniones internas de equipo, efectúe un listado de los 10-15 procesos más frecuentes, y para cada uno de ellos establezca un “flujograma” de las diferentes intervenciones que efectúa el personal



facultativo, de enfermería y administrativo, a partir de sus competencias profesionales y generen hipótesis de mejora.

Revisar aquellos protocolos que, de forma rígida, establezcan más de tres visitas médicas y tres de enfermería al año para la mayor parte de los pacientes crónicos, tal como sugieren algunos autores, El número de visitas de actividades preventivas infantiles, puede ser un buen inicio de este ejercicio de reflexión y de liberación de “espacios y huecos” para atender otro tipo de demandas asistenciales.

(b) **Guías de práctica clínica**

Revisión periódica y actualización de los protocolos en uso, en base a la evidencia científica, avanzando hacia el diseño de guías clínicas de actuación.

En el mismo sentido, se debería instar a actuar con todos y cada uno de los protocolos que se están utilizando en Atención primaria, para que sirva de revisión y actualización o crítica si procede.

(c) **Atención de urgencias**

Las demandas urgentes, entendiéndolo como tal “la que es sentida por el paciente o los que le rodean como necesidad de atención inmediata”, no distingue horarios ni organizaciones, y es una de las causas habituales de interrupción de las consultas que efectúan los profesionales sanitarios, en los Centros de Salud, siendo su repercusión mayor cuando se ha de efectuar la atención en domicilio.

La actual accesibilidad generada con la implantación y extensión de los Centros Coordinadores de urgencias (CCU), de acceso a través del teléfono 061, está modificando la respuesta ante la demanda y expectativas de los ciudadanos al utilizar este tipo de servicio, ya que se espera una atención inmediata y en algunas situaciones al transferir el médico regulador del 061 la atención al EAP, se generan tensiones sobre la forma y tiempo para prestar dicha atención.

El grupo de trabajo sugiere que se conozcan mejor las situaciones etiquetadas como “urgentes” para poder dar la adecuada respuesta clínica en cada circunstancia, que se efectúen guías clínicas de atención conjuntas con los dispositivos del 061 y los servicios de atención especializada y que incluso, en aquellos equipos con cinco o más componentes, exista cada día, mediante turno rotatorio, un responsable de ordenar y coordinar este tipo de demandas.

(d) **Atención domiciliaria**

La atención domiciliaria es otra de las modalidades de la asistencia , que está siendo ofertada por los EAP y precisa de su correcta integración dentro del conjunto de servicios que oferta un EAP.

La tendencia y la orientación de la atención primaria en los próximos años, pasa por un gran desarrollo de esta modalidad asistencial, debida en gran parte a las necesidades relacionadas con el envejecimiento poblacional.

El EAP ha de dar respuesta eficaz a la solicitud de demanda por parte de los ciudadanos por un problema agudo de salud, cuando no puede desplazarse al Centro de Salud , pero también ha de mantener una actitud activa de atención, reservando el tiempo necesario dentro de su jornada laboral, para la atención y cuidados domiciliarios debidamente planificados de personas mayores, especialmente inmovilizados y terminales, así como para la integración precoz en la comunidad de las altas hospitalarias.

La atención domiciliaria ha de considerarse cada vez más como la atención integral en el domicilio del paciente frente a otras alternativas de institucionalización , siempre que no suponga una merma de cuidados frente a estas alternativas.

Para ello, el grupo sugiere que se revisen los actuales planes de actuación de la atención domiciliaria y que promuevan canales activos y fluidos de coordinación con los servicios sociales y de fomento y apoyo al cuidador domiciliario.

## 4º.- DOTACIÓN DE RECURSOS

(a) Asignación de nuevos recursos conforme a características demográficas, sociales y de dispersión geográfica.

Es conocido que en la utilización de servicios en atención primaria no todas las poblaciones tienen el mismo grado de uso de los mismos, y entre las características que habitualmente modulan dicha utilización se encontrarían, al menos:

- La edad
- La ruralidad-dispersión
- La existencia de zonas desfavorecidas
- La presencia de población inmigrante
- Residencias geriátricas en la zona básica.
- Ciudadanos desplazados

- La edad

Las poblaciones envejecidas, en parte por su mayor morbilidad y en parte por encontrarse incluidas en programas de control (hipertensión, diabetes, EPOC...) utilizan al año más los servicios de atención primaria que el resto de la población adulta. Según los datos de la última Encuesta de Satisfacción del INSALUD, los mayores de 65 años acuden de media unas 9 veces a la consulta médica.

Los mayores de 75 años, por la prevalencia de patologías invalidantes, es también un grupo etario que requiere de mayor atención y cuidados, especialmente en atención domiciliaria.

Existe otro tramo de edad, el de menores de 2 años, que por los requerimientos de los programas preventivos, frecuentan más los servicios sanitarios.

Según algunos estudios y las bases de datos de los centros informatizados, las mujeres de 40-64 años utilizan algo más

los servicios sanitarios que los hombres de los mismos tramos de edad.

La asignación de nuevos recursos humanos debería tener en cuenta tales circunstancias a la hora de fijar las nuevas plantillas, cuando además se dispone de una implantación generalizada de la tarjeta sanitaria individual (TSI).

- La ruralidad-dispersión

Es conocido que en los medios rurales y dispersos, suele existir población de mayor edad, lo cual ya estaría recogido como criterio de planificación de recursos en el párrafo anterior. A esto se añade que la disponibilidad horaria para la atención se minora por la cantidad de tiempo que se emplea en los desplazamientos para garantizar ésta.

De este criterio también se dispone de bases de datos fiables, pero su aplicación debería realizarse no por zona básica de salud, sino cupo a cupo.

- La existencia de zonas desfavorecidas

En algunas zonas básicas de salud con mayores porcentajes de población de nivel socio-económico bajo, menor índice de alfabetización, mayor tasa de paro y menor nivel de educación sanitaria, los ciudadanos pueden tener mayores requerimientos en materia de salud que exijan una mayor dedicación y, por consiguiente, podría ser otro criterio a tener en cuenta al fijar plantillas de los Equipos de Atención Primaria.

- La presencia de población inmigrante

En los últimos años la incorporación de poblaciones procedentes de otros países con diferentes culturas y tradiciones, está modulando el patrón de consumo de servicios sanitarios y cada vez es más frecuente el diseño de programas de salud activos para afrontar estas situaciones.

El incremento de esta población, al margen de los ciudadanos que se han integrado en el régimen de la seguridad

social, suponen en el INSALUD, según la base de datos de TSI, 140.000 ciudadanos, por la aplicación de la Ley 4/2000, a los que habría que añadir otros 20.000 ciudadanos por la Ley 1/1996.

Este incremento poblacional supone un 1 % del total de la población distribuida, principalmente, en las Comunidades Autónomas de Madrid y Murcia.

El origen preferente de esta población es sudamericano y magrebí.

Si bien la base de datos de tarjeta sanitaria individual permite identificar a estas poblaciones, se carece de estudios y análisis que ponderen cómo puede verse incrementada la utilización de servicios sanitarios por estas causas.

- Residencias geriátricas en la zona básica

El progresivo incremento de centros socio-sanitarios con pacientes asistidos, tanto válidos como no válidos, en algunas zonas básicas de salud supone una concentración importante de personas discapacitadas, inmovilizadas y con minusvalías que requieren una mayor cantidad de cuidados, de forma muy especial cuando los mencionados centros carecen de recursos propios.

- Ciudadanos desplazados

Algunas zonas básicas de salud, por su atracción turística a lo largo de todo el año, sufren un importante incremento de población que genera un aumento de actividad. Ello se agrava cuando se trata atención de personas mayores con pluripatología y polimedicaados.

También es frecuente la existencia en otras zonas de población mayor, que alternan sus estancias en los domicilios de los hijos ("abuelos golondrina") y genera una importante utilización de servicios.

Éstos deberían ser elementos a tener en cuenta en los criterios de asignación de recursos, pero presenta la dificultad de carecer de bases de datos fiables.

## **(b) Otros criterios de posible uso en la asignación de recursos.**

Además de los criterios señalados en el apartado anterior, existen otros elementos que deberían contemplarse en la asignación de recursos, y merecen especial atención:

- Altas hospitalarias
- Oferta asistencial del EAP.
- Morbilidad atendida.
- Disponibilidad horaria.
- Unidad Docente.
- Turnos de tarde.

### - Altas hospitalarias

La derivación a los EAP de pacientes desde los hospitales, en fases más precoces de recuperación, incrementa la complejidad de la atención de los mismos y conlleva una mayor actividad domiciliaria.

### - Oferta asistencial del EAP

No todos los EAP están ofertando, por sí mismos, iguales procedimientos diagnóstico-terapéuticos, y así existen EAP que efectúan atenciones que se venían realizando en otros niveles asistenciales, por ejemplo la cirugía menor, el control de anticoagulantes, la realización de pruebas diagnósticas diversas (fondo de ojo, espirometría, etc.).

La atención a pacientes terminales e inmovilizados, es otro ejemplo del nivel de oferta propia o con equipos de apoyo (ESAD, unidad de cuidados pediátricos hospitalarios, etc...) que también deben modular la asignación de recursos.

### - Morbilidad atendida

En función de la magnitud y complejidad del proceso atendido, el consumo de tiempo de profesional es mayor, y por ello podría ser otro elemento modulador en la asignación de recursos.

- Disponibilidad horaria

A la hora de asignar recursos a las diferentes zonas básicas de salud, deben tenerse en cuenta las diferentes normativas que sobre jornada laboral están desarrollando las diferentes administraciones en su ámbito competencial.

Así mismo, éste debería ser un elemento clave para el millón de personas que todavía son atendidas por personal de cupo y zona y que cuentan con una menor oferta horaria para la prestación de servicios.

- Unidad Docente.

Los EAP que se encuentran acreditados para la docencia, presentan una tipología de trabajo en que la formación de pregrado y postgrado modifica el porcentaje de las actividades dedicadas a consulta y a formación, pero cuenta con unos profesionales que también colaboran en la atención directa.

- Turnos de Tarde.

Durante el desarrollo de las actividades de los EAP que trabajan en turno de tarde, en general, no suelen existir paralelamente un funcionamiento habitual del personal de la Gerencia, ni de los Servicios de Atención Especializada, ni de las Unidades de Apoyo, lo que genera dificultades de resolución de problemas específicos, cuando no urgentes.

Así mismo, al encontrarse el Centro de Salud abierto, en algunas situaciones se producen demandas de atención por parte de la población no asignada, que si bien no reunirían los criterios para catalogarlos como urgentes, requieren actuaciones no programadas por parte de los profesionales de dichos EAP.

Estas circunstancias, entre otras, pueden hacer aconsejable el profundizar en el conocimiento de esta variable como elemento modulador en la utilización de servicios.

### **(c) Redistribución de los recursos actuales.**

En la actualidad, en el Sistema Nacional de Salud, no es fácil disponer de información desagregada para cada Servicio de Salud de los actuales recursos humanos con los que se cuenta en el ámbito de la atención primaria, y el grado de implantación del nuevo modelo o modelo reformado es diverso (desde el 100 % de Navarra, 91 % del Insalud al 67 % del País Vasco) – ver tabla I-.

En el ámbito del Insalud, la media de TSI por facultativo es de 1.235 TSI, si bien su distribución no es homogénea, ya que, por ejemplo, 1.317 médicos de familia cuentan con menos de 500 TSI, lo que supone el 13 % y 107 (1 %) superan las 2.400 – ver tabla II-. El porcentaje de pediatras con menos de 500 tarjetas, es el 7 % y con más de 1.800, el 1 %.

El actual modelo de TSI permite obtener datos que relacionan al ciudadano con su médico de familia o pediatra, por lo que sí se pueden establecer pirámides de población en cada uno de los cupos médicos. En el caso de enfermería, se conoce la población agregada a nivel de EAP, pero no la asignación individual de cada enfermero.

A juicio del grupo de trabajo, y conforme a los criterios de ordenación de recursos señalados con anterioridad, es aconsejable redistribuir las TSI entre los profesionales, con las adecuadas garantías laborales, conocimiento de los representantes de los trabajadores y en aplicación de las normativas estatales y autonómicas. Cualquier modificación deberá garantizar la adecuada accesibilidad y equidad a los servicios de atención primaria por parte de la población

El grupo considera también que por criterios de competencia profesional y habilidades clínicas, es aconsejable establecer un cupo mínimos de ciudadanos asignados por profesional.

### **(d) Criterios funcionales de sustituciones.**

En la actualidad, los días de sustitución dentro del ámbito del Insalud son muy dispares entre Gerencias, Provincias y



Comunidades Autónomas. Dado que la no sustitución incrementa la carga de trabajo del resto de compañeros del EAP, sería aconsejable revisar los criterios funcionales de dichas sustituciones, pudiendo emplear los mismos criterios que en la asignación de recursos y, en su caso, aumentar el número de días sustituidos, de forma que sea compatible con el desarrollo de los servicios.

La función directiva que paralelamente desarrollan el Coordinador, la Responsable de Enfermería y el Jefe de la Unidad Administrativa, aconsejan efectuar las oportunas reservas de días para sus sustituciones, a fin de poder efectuar esta tarea con eficacia.

El grupo considera que la orientación en los próximos años debería concentrar esfuerzos presupuestarios que mejoren las sustituciones en los Equipos de Atención Primaria. Ello permitiría que el trabajo diario no se resienta de manera importante.

Debería fijarse un número de días aconsejables de sustitución por categoría profesional, para vacaciones, permisos reglamentarios y licencias para formación continuada. Este número de días debería ser modulado por criterios similares a los utilizados para la asignación de recursos.

## **5º.- INCREMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA**

El indicador habitual en el INSALUD y para el año 2000, nos señala que el porcentaje de derivaciones a laboratorio, diagnóstico por imagen e interconsultas fue, para cada 100 consultas, de 6,27, 1,45 y 4,96, respectivamente.

El uso de tasas de derivaciones en base a indicadores poblacionales no ajustados, al menos, a las características poblacionales no es el mejor elemento de comparabilidad entre profesionales, EAPs y Gerencias.

De igual forma, el porcentaje de derivaciones en función del número de consultas, está generando situaciones

paradójicas, ya que facultativos con una buena organización de la demanda a igualdad de derivaciones al nivel especializado, presenta un cociente superior.

Estos ejemplos son una muestra de la dificultad de medir, cuantificar y evaluar la capacidad resolutoria de la atención primaria, por lo que deberían diseñarse nuevos procedimientos que ajusten dicha capacidad de resolución a la patología atendida.

(a) **Catálogo de pruebas diagnósticas**

El grupo considera que para poder realizar una atención de calidad a los ciudadanos, es necesario poder contar, en su caso, con un acceso ágil y eficaz a las pruebas diagnóstico-terapéuticas y por ello sugiere:

Cualquier técnica básica debe ser accesible y estar disponible para el médico de atención primaria, sin necesidad de transferir la responsabilidad clínica con respecto al paciente. Por el contrario la remisión de un paciente al segundo nivel para la realización de pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico debe evitarse si no existe posibilidad terapéutica por parte del médico de atención primaria.

Es necesario facilitar un número de pruebas diagnósticas-terapéuticas a todos los médicos de atención primaria, y para ello en el Insalud ya se dispone de un Catálogo de Pruebas.

Tras garantizar ese mínimo común se debe posibilitar que cada Gerencia de Atención Primaria, previo acuerdo con sus servicios hospitalarios de referencia, pueda ampliar el catálogo en base a las guías y protocolos de actuación entre facultativos de ambos niveles

El personal de enfermería debe poder solicitar pruebas diagnósticas bajo protocolo consensuado, para agilizar procesos y evitar consultas médicas para el solo acto de la firma de la petición.

## (b) Continuidad interniveles asistenciales

La atención sanitaria que se ha de brindar a los ciudadanos no debe presentar rupturas en la continuidad asistencial de cuidados. Se debe fomentar la secuencia lógica de actuaciones por parte de ambos niveles asistenciales que minimicen esta división organizativa de la asistencia.

La no solución a esta fragmentación asistencial empieza a ser uno de los grandes desafíos del sistema sanitario y puede estar contribuyendo a deteriorar la imagen de las instituciones sanitarias y dificultando la accesibilidad del ciudadano al sistema.

Garantizar la continuidad de la asistencia, es a juicio del grupo, uno de los grandes retos actuales del sistema sanitario. Entendiendo como continuidad que todas las actuaciones diagnósticas, terapéuticas, etc., se realicen de la forma más integrada, con mayor satisfacción de los ciudadanos y sean lo más económicas posible y tengan grandes niveles de eficacia.

Están definidos los distintos procesos que pueden dar lugar a la entrada del paciente en el segundo nivel y que básicamente son la consulta y la derivación.

El médico de atención primaria responsable del paciente solicita a un colega su opinión sobre el caso y aunque la opinión del consultor tendrá un gran valor, no es vinculante.

La derivación implica transferencia de la responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente, aunque ésta nunca es total, puesto que el médico de atención primaria siempre conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente.

En la mayoría de las ocasiones el médico de atención primaria consulta problemas con el facultativo especialista para mejorar la atención clínica del paciente.

En la actualidad existen, fundamentalmente, problemas de comunicación (defectos de información) entre los dos

niveles de asistencia, con una escasez de canales fluidos de relación entre ambos.

Esta falta de comunicación genera tensiones, entre las que merece destacar las relacionadas con la prescripción delegada (algunos estudios la cuantifican hasta en más de un 40%), así como la pérdida de seguimiento del paciente por parte del médico de atención primaria.

Por ello, el grupo efectúa las siguientes propuestas de mejora en dos grandes apartados:

### Mejoras en la comunicación clínica

1ª Facilitar y promover la comunicación clínica entre atención primaria y atención especializada:

a) Comunicación verbal: reuniones de trabajo periódicas, sesiones clínicas, accesibilidad telefónica, etc.

b) La generalización de un soporte material de interconsultas, parte de interconsulta clínica (PIC) consensuado por ambos niveles, de fácil cumplimentación. Establecer circuitos ágiles y eficaces de transmisión de la información a través de estos documentos (correo interno, fax, correo electrónico). Estos circuitos han de ser escrupulosamente rígidos en los procedimientos que utilizan, garantizando las debidas condiciones de intimidad y confidencialidad.

c) Remisión por vía urgente de los informes clínicos de pacientes hospitalizados a los que se les da el alta, y que puedan requerir, de manera inmediata, bien seguimiento médico bien cuidados de enfermería.

d) Facilitar que el médico de atención primaria pueda visitar, de manera reglada, a sus pacientes hospitalizados.

e) Favorecer la práctica de interconsulta docente – asistencial con el facultativo especialista en el Centro de Salud, debiendo reflejarse en los respectivos Contratos de Gestión.

2ª. Elaboración de protocolos y guías clínicas conjuntas, tanto de derivación como de diagnóstico y tratamiento en AP, ajustados a la evidencia y revisados con la periodicidad aconsejable.

3ª. La prescripción “inducida” de medicamentos del especialista tiene que dar paso a la propuesta/consejo al médico de atención primaria, conforme a la Circular 8/96, por la que se regula la prescripción a través de receta médica oficial en atención especializada.

4ª. Los servicios de urgencias hospitalarias, facilitarán la medicación suficiente a los pacientes para mantener el tratamiento prescrito durante un mínimo de 72 horas.

#### Citaciones al nivel especializado desde atención primaria.

El grupo de trabajo considera que la guía recientemente publicada por el Insalud sobre Gestión de consultas externas con Atención Especializada, es una herramienta muy adecuada para mejorar los procedimientos de citación y gestión de las interconsultas entre atención primaria y atención especializada.

Para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, se les viene facilitando desde las UNAD de atención primaria las citas con el nivel especializado, pero ante las debilidades encontradas, el grupo propone:

1ª. Establecer sistemas de citación que permitan el acceso directo desde la UNAD de AP a las agendas de especializada. Si la demora en facilitar una citación por parte de especializada a la AP es mayor de dos meses, el contacto con el paciente se realizará de forma directa desde la unidad administrativa de atención especializada.

2ª. Las anulaciones de citas por parte de A.E. deberían ser gestionadas por sus propias unidades administrativas y no recaer sobre la UNAD de Atención Primaria.

3ª . La gestión de las citas a atención especializada derivadas desde otro especialista deben gestionarse desde este nivel asistencial. Esta derivación se comunicará al médico de atención primaria en el informe clínico que le remita atención especializada.

4ª . Las revisiones inducidas por atención especializada no deben suponer una carga burocrática para la AP. El proceso de citación debe realizarse a nivel de atención especializada sin que en ningún momento sea precisa la intervención de ningún profesional sanitario de atención primaria.

## **6º.- MEJORAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

El grupo de trabajo considera imprescindible proceder a la revisión y mejora de todos y cada uno de los sistemas de información que se vienen utilizando en la atención primaria, tanto desde el punto de vista clínico como desde el de gestión. Y destaca las actuaciones relacionadas con la informatización, información al paciente y gestión clínica que a continuación se mencionan:

### **(a) Informatización de los centros de salud**

El grupo de trabajo considera que el actual proceso de informatización emprendido hace 4 años en el Insalud, es una herramienta estratégica para mejorar la organización, gestión y calidad de la atención primaria.

Se considera imprescindible acelerar en la medida de lo posible la implantación de estos sistemas, de manera que se pueda finalizar la misma en un tiempo razonable, y evitando, además, la concepción de “equipo privilegiado” versus “equipo relegado”.

Como se ha comentado en los apartados precedentes, la informatización colabora de manera sustancial en la simplificación administrativa y sirve de base para mejorar la transmisión de información clínica.

**(b) Información al paciente**

Con objeto de incrementar y facilitar el ejercicio del derecho de los ciudadanos a tomar decisiones sobre su propia salud, se aconseja que desde los Centros de Salud se les facilite la información suficiente, para que puedan llevar a cabo estas decisiones de la manera más eficaz.

**(c) Gestión clínica**

En el ámbito de la atención primaria, la extensión progresiva de este concepto significa planificar, dirigir, evaluar y reordenar el trabajo que se desarrolla en las distintas unidades, requiriendo la coordinación de clínicos y gestores, en base a elementos de:

(a) Autonomía y descentralización.

(b) Información que integre los aspectos clínico-preventivos con los de utilización racional de los recursos, en base a la evidencia científica.

(c) Representatividad, recogiendo aquellas actividades que sean significativas del quehacer clínico diario.

(d) La práctica clínica como elemento nuclear de la gestión.

(e) Responsabilidad del Coordinador de cada Unidad, facilitándole las adecuadas herramientas para el desarrollo de esta actividad.





## IV.- CONCLUSIONES

*Reconociendo las mejoras producidas en los últimos años con la reforma de la atención primaria (accesibilidad, equidad, satisfacción de los usuarios...), las crecientes expectativas de los ciudadanos y las actuales demandas de los profesionales muestran ciertas debilidades en el sistema que abarcan desde los criterios de asignación de recursos, tanto en la dotación de plantillas como en los criterios de sustituciones, hasta los sistemas de evaluación de los Equipos de Atención Primaria y sus procedimientos clínicos, pasando por la propia organización de los mismos. Las oportunidades de mejora han de ser integrales, respondiendo a esa multifactoriedad de causas y no se deberían concentrar en un sólo tipo de actuación, sea ésta de organización interna o incremento dotacional de recursos.*

*Por ello, las principales conclusiones que el grupo de trabajo destaca son:*

**1º.** *Los circuitos internos de los equipos deben ser modificados, adaptándolos a un principio básico: la atención centrada en las necesidades del usuario.*

**2º.** *Los Equipos de Atención Primaria (EAP), deben clarificar las tareas y responsabilidades de todos sus miembros, teniendo como principales objetivos la coordinación en la asistencia, la flexibilidad, la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo. Debe tenerse en cuenta, a la hora de las diferentes intervenciones que pudieran ser susceptibles de ser llevadas a cabo por diferentes profesionales, el que éstas sean efectuadas por la especialidad o profesión más idónea y que ofrezca mayor eficiencia.*

*Para ello, se sugiere que cada EAP aborde internamente los procesos claves, los subprocesos más frecuentes y adapte los protocolos y guías clínicas a la necesidad de mejorar la atención a la población asignada.*

**3º.** *Es necesario disponer del mayor tiempo posible para atender con una mayor calidad a los ciudadanos, disminuyendo la burocracia en la actividad asistencial de los profesionales de los equipos.*

*Entre las medidas que necesariamente deben tomarse para facilitarlos cabría destacar:*

- *Informatización de los procesos asistenciales con mayor carga administrativa (IT, prescripciones, interconsultas, pruebas complementarias).*

- *Revisión y simplificación de las cargas burocráticas administrativas del equipo (registros de actividad, de morbilidad, de visados de inspección, etc.).*

- *Minimizar y, en la medida de lo posible, eliminar las cargas burocráticas procedentes de otros niveles asistenciales.*

- *Incremento en la dotación de los recursos humanos e infraestructuras de la UNAD, para que participe más activamente en estos procesos.*

*Ello se puede efectuar por intervención directa de los propios EAP y de los Equipos Directivos de las Gerencias y, paralelamente, promoviendo cambios normativos en la reglamentación de la prestación farmacéutica y de incapacidad temporal, que estén más centrados en parámetros clínicos que burocráticos y administrativos.*

**4º.** *Las agendas de citación para los profesionales de los EAP han de caracterizarse por su versatilidad, flexibilidad y adaptabilidad a las características específicas de cada EAP y de su población. Es imprescindible crear el hábito de la concertación de las citas como proceso de mejora de la calidad asistencial.*

**5º.** *El establecimiento de protocolos y guías de actuación clínica, tanto propias de los EAP como conjuntas con el nivel especializado, han de ajustarse a la evidencia científica, revisarse periódicamente y evitar los controles clínicos no justificados.*

**6º.** *La capacidad resolutoria de los EAP ha de ser uno de los principales instrumentos de mejora e implica que facilite un uso racional y eficiente de los recursos. La dificultad de su medición es conocida y debería efectuarse ajustándola a la patología atendida.*

**7º.** *Es necesario trabajar, de forma efectiva y real, en la coordinación con la atención especializada, estableciendo criterios consensuados entre ambos niveles asistenciales en el ámbito de gerencias, en lo referente a:*

- *interconsultas,*
- *accesibilidad a exploraciones diagnósticas y terapéuticas, garantizando como mínimo el acceso al actual Catálogo de Pruebas existentes en el INSALUD.*
- *coordinación con los servicios hospitalarios (urgencias/ hospitalización),*
- *gestión de citas y agendas,*
- *formación e investigación .*

**8º.** *Los profesionales de los EAP deben implicarse en las actividades relacionadas con la Educación para la Salud y fomentar el autocuidado y la autonomía de los ciudadanos en el proceso de salud-enfermedad, mejorando el actual patrón de utilización de los servicios por parte de los pacientes.*

**9º.** *Con el fin de adecuar la información disponible sobre poblaciones asignadas, garantizando la suficiente agilidad para que ésta sea operativa para los Centros de Salud, se debe aprovechar la potencialidad de la base de datos TSI, consiguiendo que todas las operaciones que se realizan en las Unidades Administrativas de los EAP y afectan a la situación de los usuarios (cambios de médico, modificación en situación, cambios de domicilio, etc.), tengan efectividad en tiempo real..*

**10º.** *El incremento de la actividad asistencial está condicionada en parte por los diferentes factores que configuran la realidad sanitaria actual: envejecimiento poblacional, modificación de las necesidades de salud de la población, incremento progresivo de la oferta de servicios sanitarios, mejora en la accesibilidad, incremento de las demandas asistenciales de tipo socio-sanitarias.*

*Por ello se hace imprescindible establecer nuevos criterios sobre el cupo medio de pacientes asignados a los facultativos, garantizando unos niveles máximo y mínimo de asignación poblacional, en función de las variables descritas, que influyen en la utilización de servicios por parte de los ciudadanos. Esta propuesta culminaría con la modificación de los artículos 6º, 7º y 9º del R.D. 1575/93 que hacen referencia a estos aspectos*

**11º.** *Para el personal de enfermería de los equipos, es preciso completar los actuales sistemas de información, permitiendo conocer mejor la oferta de servicios que, junto con las características poblacionales, permitan una mejor adecuación de los recursos.*

*Ello debería conducir a la asignación individualizada de enfermero por ciudadano, favoreciendo su libre elección y pudiendo quedar reflejado en la tarjeta sanitaria individual.*

**12º.** *Para la definición de las ratios de población asignada a los profesionales administrativos de los equipos, se precisa que los sistemas de información permitan conocer, más en profundidad, la actividad realizada dentro de esta área. La relación óptima debe hallarse entre el número de pacientes, la oferta de servicios y el número de profesionales que presten sus servicios en el centro (EAP, Unidades de Apoyo, etc.).*

*Se deben adoptar las medidas necesarias que permitan la integración de los celadores dentro de la UNAD.*

**13º.** *Las necesidades presupuestarias de los equipos deben ser cubiertas adecuadamente, siendo imprescindible incluir en las previsiones de gastos los derivados de la necesidad de dotar a los centros con herramientas que permitan la realización efectiva de*

la actividad, entre los que se encontraría garantizar la adecuada financiación de las sustituciones de los profesionales, tanto por vacaciones, permisos reglamentarios y licencias como para la formación continuada.

**14º.** *La informatización total de los centros de salud es una herramienta imprescindible para lograr una organización eficiente de los equipos. Es necesario aprovechar este proceso para realizar los cambios precisos del modelo de organización sanitaria y sistemas de información, con las debidas garantías de confidencialidad e intimidad, que permitan superar los problemas de organización interna que puedan existir, y se deberán redefinir los sistemas de información que ayuden a la toma de decisiones clínicas y de gestión. Debe priorizarse en los próximos años la aceleración del actual proceso de informatización implantándose en toda la red de Atención Primaria del INSALUD.*

**15º.** *Los EAP deben efectuar las actividades que permitan a la población tener un mayor conocimiento sobre las actividades que se realizan, evitando la desinformación producida en algunas circunstancias, y favoreciendo un uso adecuado de los servicios.*

**16º.** *Para el conjunto de medidas que se han ido enunciando en el presente documento, se han de potenciar el diseño de programas permanentes de formación continuada que, permitiendo un mantenimiento y mejora de la competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes), compatibilicen tanto los objetivos institucionales como las demandas formativas de los propios profesionales.*

*Uno de los posibles procedimientos de mejora en el diseño, evaluación e impacto de los programas de formación continuada en atención primaria, podría ser la estructuración, a nivel central, de una Comisión Asesora de Formación, con amplia participación de las Sociedades Científicas de las diferentes categorías profesionales de la Atención Primaria*

**17º.** *El grupo considera imprescindible la implicación de los Equipos Directivos de las Gerencias de Atención Primaria en*

*el liderazgo de los procesos que permitan el desarrollo de estas conclusiones y faciliten las tareas de los EAP para poderlas llevar a cabo. Un procedimiento adecuado pueden ser los contratos de gestión clínico-asistencial que anualmente se celebran con los Equipos de Atención Primaria, que han de establecer, de forma sistemática, la mejora continua de la calidad.*

## V.- BIBLIOGRAFÍA

1. Bellón Saameño JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento (y 2): Estrategias relacionadas con el profesional y la organización. c@p [en línea] 1998 Febrero 13 [2001, Junio 11]. URL disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/Sesclin/Sc0003/Frapublicidad.htm>
2. Bellón Saameño JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento (1): estrategias relacionadas con el usuario. c@p [en línea] 1998 Febrero 2 [2001, Junio 11]. URL disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/Sesclin/Sc0002/Frapublicidad.htm>
3. Bellón Saameño JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. Cuadernos de Gestión 1997; 3:108-29.
4. Ruiz Téllez A, Iruzubieta JK. La demanda y la agenda de calidad. . Instituto APCOM [en línea] [2001, Junio 11]. URL disponible en:<http://www.institutoapcom.org/documentos/agenda/agenda97.htm>.
5. Martín Araujo J. Trabajo con demanda excesiva . FMC 1998; 5 (9): 572-581
6. Robinson J. Distribución global de médicos y enfermeras. Revista de enfermería avanzada 1999; 30 (1):109-120.
7. Subdirección general de Atención Primaria. Documento sobre enfermería. Madrid: 2000. Documento interno
8. Gerencia de Atención Primaria Área 9. Organización de la enfermería, criterios de calidad. Madrid: 1998. Documento interno
9. Domingo C, Sainz A, Jiménez E, Ramírez MI, Martín ML, Martín V. Evaluación de coste de las derivaciones desde Primaria y de las inducidas desde especializada. La Unidad Administrativa en la gestión del EAP. Centro de Salud 2000; 8 (10): 646-51
10. Iglesias E, Molina MJ, Odriozola G, Vallejo A, Sánchez PA, Gil JA. Acceso al especialista: libre o mediante médico de cabecera. Centro de Salud 2000; 8 (10): 653-6.

11. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Montón C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I). Expectativas del paciente. *Med Clin (Barc)* 1999; 112:102-105.
12. Sanz-Carrillo C., García Campayo J., Martín Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (y II). Reacciones del profesional y cifras de relación. *Med Clin (Bar)* 1999; 112: 147-150.
13. Rodríguez B, Martín MJ. Variabilidad en la utilización de los recursos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23 (3):110-115.
14. semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Primaria* 1998, 21(7): 489-498.
15. Alonso M, Ayala S, Buitrago F, Estremera V, García L, Molina MA, et al.. Relación entre niveles asistenciales. Barcelona: Sociedad española de medicina de familia y comunitaria (semFYC); 1995 Mayo. Documento nº 5.
16. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria (semFYC). Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora. Barcelona. 2001
17. Borrell i Carrió F, director. Mejoras en la gestión de la incapacidad laboral. Barcelona: Sociedad española de medicina de familia y comunitaria; 1998. Documento semFYC nº 12.
18. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995; 9: 343-353
19. Deniel Rosanas J, Prat Quinzaños JL, Ramón Martínez MA, Romeu Gascó M. Racionalización de la utilización y costes del laboratorio en atención primaria: protocolización de solicitudes analíticas. *Aten Primaria* 1999; 24 (2): 83-91
20. Casanovas J, Guerrero A. Prescripción inducida. *FMC* 2000; 7 (5): 329-335.
21. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskizaga A, et al. Informatización en la atención primaria. Barcelona: Sociedad española de medicina de familia y comunitaria; 1999 Nov. Documento semFYC nº 13.



22. Costas L, Regidor E, Calle ML, Navarro P, Domínguez Vicente. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Revista Española de Salud Pública*. 2001; 75: 115-129.
23. Morera Montes, J. Mucho más que diez minutos. *Medifam* 2001; 4: 181-187.
24. Atención primaria 2001. *Jano* 2001; Vol LX (1386 Extra):1-64
25. Borrell i Carrió F., Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria* 2001; 5:343-345.
26. Subdirección General de Atención Primaria. Líneas de Actuación. Noviembre 2000. Madrid. Documento interno.
27. Mendoza G, Martínez Ros MJ, González MJ, de Maya MC y Gómez Calcerrada. El conocimiento de la actividad asistencial ¿otro factor profesional relacionado con a utilización?. *Atención Primaria* 2000; 25 (7): 107-117.
28. Martín Zurro A. El equipo de atención primaria. OM: Martín Zurro A, Carro Pérez JF. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4ª edición. Barcelona; Hardcourt Brace; 1999: 57-68.
29. Andréu Segura. Diez minutos y Confucio. *El País*. 2001. 12 de junio.
30. Ruíz Téllez A. La flexibilización de la consulta en los picos de demanda. *Atención Primaria*. 2001; 28: 21-23.
31. Ortiz F, Quiles J, Menéndez D, Peris F. Análisis de la evolución de la presión asistencial en medicina general (1989-1993). *Aten. Primaria* 1996; 18:29-42.
32. Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador de un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1996;17:100-6.
33. Sala, Riba MD, Manresa F. Estudio comparando la actividad asistencial ambulatoria: la visita y el episodio de atención. *Aten Primaria* 1996;17:114-24.
34. Rodríguez B, Escartell E, Sánchez J. Validez del indicador presión asistencial en un área de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;19:84-9.
35. Loayssa JR, Indurain S, Extremera V, Agreda J, Extramiana E, Vilches C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. *Aten Primaria* 1997;20:34-41..

36. Martínez C, Juncosa S, Roset M. ¿Está relacionada la gravedad en la utilización de recursos?. Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI). *Aten Primaria* 1998;22:285-93.
37. García LJ, Alonso M, Salvadores J, Alonso PS, Muñoz P, Blanco AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;18:484-9.
38. Circular 896 de la Presidencia Ejecutiva del Insalud , por la que se regula la prescripción, a través de receta médica oficial, en la Atención Especializada.
39. Insalud. Guía de Gestión de consultas externas en Atención Especializada. Madrid. 2000.
40. Insalud. Catálogo de pruebas diagnósticas disponibles desde atención primaria. (Documento interno no publicado). Madrid. 1998.







## TABLA I : LOS RECURSOS EN LA ATENCION PRIMARIA

	POB .PROTEGIDA (1)	EAP PREVISTOS	EAP.FUN.CION ANTES	% POB.EN EAP	M.FAMILIA	PEDIATRAS	RATIO FACULTATIVOS (*)
ANDALUCIA	6.774.675	351	254	71	3.982	883	1.393
CANARIAS	1.524.792	105	99	78	791	219	1.510
CATALUNA	5.904.464	343	289	83	2.795	824	1.632
VALENCIA	3.833.506	240	222	80	2.113	600	1.413
GALICIA	2.591.469	193	nd	nd	1.572	286	1.395
NAVARRA	503.945	53	53	100	310	75	1.309
PAIS VASCO	2.041.507	126	nd	67	981	269	1.633
INSALUD	14.315.225	1.207	1.190	91	9.833	1.760	1.235
S.N.S.	37.489.583	2.618	2.107	569	22.377	4.916	1.374

(1) Población recogida en el Sistema de Financiación 1997-2001

FUENTE : JANO Vol LX Abril 2001

(\*) incluye pediatras.



**TABLA II: AGRUPACION DE FACULTATIVOS EN BASE AL NUMERO DE TSI**

MEDICOS DE FAMILIA			PEDIATRA		
TRAMO	NUMERO	PORCENTAJE	TRAMO	NUMERO	PORCENTAJE
-500	1.317	13%	-500	114	7%
501-1000	1.302	13%	501-1000	755	45%
1001-1500	1.819	19%	1001-1250	473	28%
1501-2000	4.027	41%	1251-1500	247	15%
2001-2400	1.200	12%	1501-1800	85	5%
>2400	107	1%	1800	15	1%
<b>TOTAL FACULTATIVOS</b>	<b>9.772</b>	<b>100%</b>	<b>TOTAL FACULTATIVOS</b>	<b>1.689</b>	<b>100%</b>

Fuente Inventario RRHumanos y Base de TSI a Mayo 2001

Elaboración : Area de Recursos Asistenciales y Formación

Con las Nuevas Acciones año 2001 se crean 103 plazas nuevas de facultativos para EAP con lo que descenderá el número de facultativos con TSI elevadas.