

**Foro de Médicos**

**de AP**

## Entidades integrantes del Foro de Médicos de AP

- AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)
- CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos)
- OMC (Organización Médica Colegial)
- SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)
- SEMFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)
- SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia)
- SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria)

# Relación de documentos

# Índice

	Pág.
1. Objetivos del Foro de Médicos de AP	5
2. Documento 1. Formación de pediatras en AP: Implementar medidas para la puesta en marcha y consolidación de la rotación de residentes de pediatría (AEPAP)	6
3. Documento 2. Cambios en el modelo asistencial (SEMERGEN)	9
4. Documento 3. Participación de los facultativos en la toma de decisiones del ámbito sanitario	16
5. Documento 4. Documento de Propuestas	19
6. Documento 5. Catálogo de pruebas diagnósticas en AP. Servicio Madrileño de Salud	24
7. Documento 6. Adecuar los recursos a las necesidades; disminuir la dispersión (AEPAP)	35
8. Documento 7. Regulación de la burocracia de otros niveles asistenciales	38
9. Documento 8. Propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal (SEMFyC)	41

# 1. Objetivos del Foro de Médicos de AP

## Listado de objetivos del foro de Médicos de AP

### I) Objetivos sin coste añadido y/o muy fácil consecución

- Informe de salud único y ajustado a necesidades normativas
- Regular la burocracia de otros niveles
- IT
- Reorganización de centros: Tº docencia e investigación, flexibilidad de agendas, regular y definir roles
- Disminuir dispersión de centros de salud – adecuar los recursos a las necesidades de profesionales
- Libre acceso pruebas diagnósticas (capacidad resolutive)
- Formación de pediatras en AP (implementar medidas)
- Evaluar la inversión en investigación en AP
- Participación de los profesionales en la toma de decisiones del ámbito sanitario

### II) Objetivos de coste moderado y/o alcanzable a corto- medio plazo

- Regular la población asistida
- Medicina de familia y universidad
- Regularización de oposiciones y concursos
- Homogeneizar PPSS (presupuestos sanitarios) en las CCAA
- Receta electrónica
- Desarrollar area de capacitación específica en Pediatría en AP
- Homologación médicos extracomunitarios
- Evaluación continua de AP21

### III) Objetivos de coste elevado y/o difícilmente alcanzable

- Equilibrar y redistribuir el presupuesto en AP para alcanzar un 25%

## 2. Documento 1. Formación de pediatras en AP: Implementar medidas para la puesta en marcha y consolidación de la rotación de residentes de pediatría (AEPAP)

### Situación actual

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias<sup>i</sup> (LOPS) de 2003 regula la formación de especialistas en ciencias de la salud especificando que la formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados

En los diferentes programas de formación de la especialidad de pediatría desde 1979 se contempla la necesidad de que el pediatra se forme en pediatría comunitaria y en el logro de entrenamientos en relación con la Atención Primaria (AP) pero no es hasta el año 2006 en el que el nuevo programa de la especialidad regula la rotación específica de los residentes por AP: Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre que aprueba y publica **el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas<sup>ii</sup>, actualmente en vigor que establece la rotación obligatoria por Atención Primaria. Será de aplicación a los residentes de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas que obtengan plaza en la convocatoria nacional de pruebas selectivas el año 2006. La duración de la rotación será de 3 meses**

La resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 10 de mayo de 2006<sup>iii</sup> establece los requisitos generales para la acreditación de centros de salud para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas. En el plazo de 6 meses (a partir de mayo de 2006) las Comunidades Autónomas (CCAA) deberán remitir al Ministerio de Sanidad y Consumo los expedientes de acreditación.

La Especialidad de pediatría y sus Áreas Específicas es considerada como especialidad hospitalaria a pesar de que más del 50% de los pediatras ejercen su especialidad en AP.

Hasta el año 2005, de manera no reglada <sup>iv</sup> en 14 CCAA se lleva a cabo rotación MIR-P por AP; en el 82% del total de provincias del conjunto de España se forman MIR-P y el 65% rotan por AP. En el 45% de los hospitales, sus residentes pasan por un centro de salud y 92 equipos de AP acogen MIR-P

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas comienza el proceso de acreditación en el año 2007 acreditándose hasta el momento 210 Centros de 12 CCAA

En la actualidad están acreditados tutores para la rotación específica en pediatría de AP en Andalucía, Asturias Toledo y Madrid

### Propuestas de mejora

La rotación de residentes de pediatría por AP es imprescindible para su formación cualquiera que sea su futuro lugar de trabajo y posterior dedicación para lo que será preciso:

1. Completar el proceso de Acreditación de Centros de salud para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas en las CCAA en las que aún no se ha iniciado La acreditación previa del centro de salud como unidad docente de familia no debería ser criterio obligatorio.
2. Las CCAA que no lo hayan hecho, deberán convocar concurso de méritos para la acreditación de tutores de rotación específica en pediatría de AP
3. La Especialidad de Pediatría debería considerarse como una especialidad mixta Hospitalaria –AP y en consecuencia, la pediatría de AP debería formar parte de la Comisión Nacional de la Especialidad
4. Al amparo de la ley, se crearán las estructuras organizativas que permitan la planificación, el control, supervisión y evaluación del proceso. Se constituirán las Comisión de Docencia de Pediatría de AP de CCAA o Gerencia /Distrito cuya composición se adaptará a las peculiaridades de cada CCAA o zona geográfica teniendo en cuenta el número de residentes en formación; en todo caso estará formada por representación de Tutores de rotación

específica pediatría de AP, de Tutores de hospital, residentes y representantes de la Consejería y/o del Servicio de Salud correspondiente.

### 3.Documento 2. Cambios en el modelo asistencial (SEMERGEN)

La Atención Primaria se tiene que caracterizar por una accesibilidad razonada y razonable, y por una organización y gestión de la actividad cotidiana que la hagan posible en un contexto no discriminatorio y de garantía de la calidad y seguridad de las actuaciones de los profesionales.

En los últimos años se han incrementado las causas de utilización de las consultas dependientes de los pacientes. Ha crecido la utilización de las consultas debido al envejecimiento de la población con aumento en la morbilidad crónica, al aumento de las enfermedades mentales, al fácil acceso a los servicios de salud y a la sensación de "coste cero" de éstos. También influye la nueva cultura sanitaria de una población que tiene mayores expectativas en relación a la salud, el aumento de la esperanza de vida y al aislamiento y soledad de la población anciana.

Los ciudadanos cada vez están mejor informados y son más exigentes en temas de salud: tanto en calidad científico-técnica, como en rapidez en la atención, habiéndose generado elevadas expectativas sobre las posibilidades de atención por parte del Sistema Nacional de Salud; esto obliga a cuidar cada vez más el diseño y las dotaciones de nuestros centros para poder dar los servicios de calidad esperados.

Por su parte, los profesionales han aumentado los servicios que ofrecen intentando mantener la calidad de los mismos, optimizando la accesibilidad. Todo ello ha tenido como resultado un incremento en la presión asistencial de los profesionales de Atención Primaria.

A partir de estas premisas, consideramos que la Atención Primaria debe rediseñarse tomando como centro de toda la organización al paciente y a la población, en función del enfoque de las actividades a realizar (asistencia individual o comunitaria)

Se debe desterrar la idea de que la Atención Primaria es “la puerta de entrada” del sistema sanitario. Debe dejar de ser considerada como una distribuidora de flujos asistenciales para pasar a ser considerada como “el hogar del paciente”, nivel asistencial donde el paciente vive, enferma, sana, se rehabilita y de la que, ocasionalmente, sale hacia otros niveles de asistencia. Para alcanzar esta consideración debe asumir aquellas competencias para las que está sobradamente capacitada.

El protagonismo en el cuidado de la salud de cada uno de los pacientes debe recaer en el médico de Atención Primaria. Para alcanzar este objetivo se debe:

- Potenciar su figura como agente de salud
- Potenciar su capacidad resolutoria facilitándole el uso, sin restricciones, de todas aquellas técnicas diagnósticas y terapéuticas que en cada momento presenten evidencias a favor de su manejo
- Potenciar la formación continua y continuada en las áreas de especial relevancia en la Atención Primaria
- Potenciar el profesionalismo, prestando una atención de calidad, por un profesional con calidad asistencial
- Alcanzar un nivel retributivo acorde con los niveles de responsabilidad que se asuman.

Consideramos que el modelo asistencial debe dirigirse a satisfacer las necesidades y expectativas tanto de los pacientes como de los profesionales. Vincular el cumplimiento de dichas necesidades y expectativas es primordial puesto que el producto de la actuación sanitaria a obtener depende básicamente de su interacción. El paciente y el médico son los aliados necesarios para poder llegar a conseguir los objetivos en salud planteados. Los grados de satisfacción o insatisfacción de cualquiera de ellos influyen en la del otro.

Todas las posibles modificaciones que se propongan, deben estar basadas en la metodología de gestión de la calidad; y llevar asociados indicadores que sean evaluados en un tiempo razonable, para valorar la efectividad de dichas propuestas.

Desde el punto de vista del profesional, el equipo debe aportar un clima laboral que satisfaga las necesidades de dicho profesional:

- Diseñando procesos de actuación que clarifiquen las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo
- Proporcionando espacios que faciliten el Desarrollo Profesional Continuo de todos los miembros
- Desarrollando procesos claros de promoción e incentivación que potencien la motivación de todos y cada uno de los profesionales del equipo.

La **misión** de un EAP consiste en satisfacer las necesidades y las expectativas que tanto la población adscrita como los profesionales que desarrollan en él su actividad esperan sean cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, bajo criterios de calidad, eficiencia, equidad, accesibilidad y satisfacción. Todo ello en colaboración estrecha con los especialistas del ámbito hospitalario o sociosanitario y con el objetivo fundamental de contribuir al mantenimiento y mejora de su salud mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La **visión**: los profesionales de Atención Primaria deben dirigir su esfuerzo a conseguir ser considerados tanto por la población como por el Sistema Sanitario como un “servicio sanitario excelente”

Los **valores** de los profesionales que forman un EAP son:

- El compromiso con el ciudadano
- Profesionalidad en la atención
- Tradición docente asistencial:
- Responsabilidad en lograr un nivel de excelencia en el cuidado de la salud para nuestra comunidad

La asistencia se debe desarrollar por y para satisfacer las necesidades de los pacientes. Estas necesidades, básicamente, se pueden resumir en:

- Recibir una asistencia cálida y respetuosa
- Recibir una asistencia a la mayor brevedad
- Recibir una asistencia al menor costo posible
- Recibir una asistencia de calidad

### AGENDAS

Una agenda de calidad será la que permita dedicar a cada paciente el tiempo que necesita en función de su problema de salud, y además permita al profesional poder realizar las actividades de docencia/formación continuada e investigación, necesarias para mantener su nivel competencial.

Para conseguir este objetivo es necesario:

- Un adecuado ratio médico/paciente; habitualmente se ha marcado como cifras aceptables los 1500 usuarios por médico de familia y 900 por pediatra; esta ratio debe ser modificada en función de las características demográficas y circunstancias socio-sanitarias y de salud de cada población en concreto.
- La propuesta de cambio que avanzamos es la evolución a un modelo en el que el cupo de usuarios este asignado al centro de salud, que el usuario tenga la total libertad de elegir a que médico del centro quiere acudir en cada momento, sin necesidad de actos administrativos de reasignación, sin cupos estancos.
- Cada médico debería tener autonomía para diseñar su propia agenda, en función de las características de su cupo. (siempre con la supervisión del Director/coordinador del CS)
- En nuestro medio, el porcentaje de población susceptible de ser incluido en programas de atención domiciliaria oscila entre el 5% en las personas de 65-75 años hasta el 20% en los mayores de 85 años: estos datos deberán ser

tenidos en cuenta a la hora de diseñar las agendas de los profesionales; reservando semanalmente tiempos suficientes para poder cubrir las necesidades de este tipo de pacientes inmovilizados en su domicilio.

1. Las diferentes agendas ofertaran los siguientes servicios:

- **Consulta Administrativa:** dirigida a solucionar problemas administrativos. Tiempo medio de resolución de unos 5 minutos
- **Consulta Demandada por nuevo motivo:** dirigida a atender motivos de consulta derivados de nuevos procesos o reagudizaciones. Tiempo medio de resolución de unos 15 minutos.
- **Consulta Demandada por seguimiento de proceso:** dirigida a atender la evolución de un proceso ya iniciado. Tiempo medio de resolución de unos 5 minutos.
- **Consulta Programada por el profesional para inicio de un proceso:** dirigida a planificar una actividad inicial de un proceso. Tiempo de resolución a criterio del profesional.
- **Consulta Programada por el profesional para seguimiento de un proceso:** dirigida a planificar una actividad inicial de un proceso. Tiempo medio de resolución de unos 10 minutos.
- **Consulta Demandada por razón no demorable:** dirigida a atender a aquellos pacientes que, por el motivo que sea, no han podido acceder al centro con una cita previa y su consulta no se puede demorar.
- Consultas telefónicas. Hay que favorecer la accesibilidad directa del ciudadano/usuario al médico y profesional de enfermería, a través del teléfono y del correo electrónico, estableciendo, cuando sea necesario franjas horarias preferentes para este acceso.

2. El Equipo se reserva dos periodos horarios (al inicio de la jornada y al finalizar la misma) para la realización de actividades conjuntas como pueden ser:

- Sesiones organizativas de equipo (1 -2 h/15 días)
- Reuniones de grupos de trabajo (2 h mensuales)
- Sesiones formativas (3h semanales)
- Tiempo para proyectos de investigación (1h semanal)

- Consejo de salud, con participación ciudadana (1-2h mensuales)

## FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES

La composición del equipo se adaptará a las necesidades asistenciales de la población y según la planificación del consejo de dirección del Centro de Salud en base a la información obtenida a través del estudio de registros de morbi-mortalidad, encuestas de salud, la realización de un diagnóstico de salud, etc.

Las funciones de los diferentes miembros del equipo se perfilarán en cada caso, adaptándolas a los procesos implantados en el CS. Si se implanta la gestión por procesos según criterios de calidad, cada profesional tendrá definida su responsabilidad en cada uno de ellos.

Los componentes esenciales deben ser:

### ÁREA DE ASISTENCIA:

- **Médicos de Atención Primaria:** en número de uno por cada mil trescientos (1300) usuarios mayores de catorce años asignados al centro de salud, con un máximo, no superable, por médico de mil quinientos (1500). Funciones de asistencia, actividades preventivas, actividades de promoción de la salud, participación comunitaria.

- **Pediatras de Atención Primaria:** en número de uno por cada ochocientos (800) usuarios menores de quince años con un máximo, no superable, por pediatra de novecientos (900). Funciones de asistencia, actividades preventivas, actividades de promoción de la salud, participación comunitaria

- **Enfermería de Atención Primaria:** en número de un efectivo por cada dos médicos o pediatras como mínimo. Funciones de aplicación de cuidados, actividades preventivas, actividades de promoción de la salud, participación comunitaria

- **Auxiliares de clínica de Atención Primaria:** en número variable dependiente de las necesidades. Funciones de realización de técnicas sencillas, cuidado del material sanitario, apoyo asistencial a enfermería

- **Auxiliares administrativos:** en número variable dependiente de las necesidades. Funciones administrativas, gestión de citas, apoyo al profesional sanitario en la realización de tareas burocráticas

- **Matrona de Atención Primaria:**
- **Fisioterapeuta:**
- **Odontólogo:**
- **Psicólogo de Atención Primaria:**
- **Trabajador Social de Atención Primaria:**

**Para llegar a poder conseguir todos estos objetivos es básico el logro de la autogestión de los centros:** No solo económica sino plena, teniendo potestad en plantear políticas de financiación, recursos humanos y, fundamentalmente, la introducción de dinámicas de gestión clínica y aplicación al modelo EFQM de excelencia.

## 4. Documento 3. Participación de los facultativos en la toma de decisiones del ámbito sanitario

### **Participación de los Facultativos en la toma de decisiones del ámbito sanitario**

El principal activo de cualquier empresa son sus profesionales. En el caso de la Sanidad los facultativos son profesionales altamente cualificados y que, en la realización de sus funciones, adoptan decisiones de gran trascendencia, personal, económica y social. Atendiendo a criterios de conocimientos, cualificación técnica y profesional suponen un importantísimo bagaje que acumula experiencia, y conocimiento, que precisa, ser puesto a disposición de la sociedad. Para ello resulta urgente la regulación de sistemas de participación de los facultativos en la toma de decisiones en el ámbito sanitario.

En épocas difíciles, la optimización de todos los recursos resulta fundamental para el mantenimiento del sistema sanitario.

Por otro lado, el escaso atractivo que la Atención Primaria tiene para los nuevos profesionales, como se ha puesto de manifiesto un año más en la elección de plazas del MIR, se muestra como un síntoma que nos debe inducir a introducir elementos innovadores que resulten motivadores para el desarrollo profesional.

### **Participación profesional**

Participación de los profesionales.

1. Se entiende como participación profesional, la intervención de los profesionales en la organización de la actividad asistencial, formación continuada, investigación y gestión de recursos.
2. En las Áreas o Distritos de Atención Primaria, se constituirá una Junta Facultativa de AP como órgano colegiado de participación dependiente de la Dirección Médica o de Salud, cuya composición podrá variar según las necesidades y características de los servicios y unidades integradas en la mencionada Área o Distrito .

### *Composición y Estructura de las Juntas Facultativas.*

- a. La Junta Facultativa se compondrá de un número de vocales a determinar, que incluirán como mínimo 1 representante por cada ZBS o departamento similar.
- b. Los representantes serán elegidos por votación directa y secreta de todos los facultativos que compongan dichas Áreas.
- c. Se incluirá, como mínimo 1 representante de los facultativos residentes en período de formación postgraduada, si los hubiere, elegido entre ellos por votación directa y secreta.
- d. Un facultativo de cada uno de los Hospitales con los que se relacionan asistencialmente, elegido por votación directa y secreta entre los facultativos de los mismos.

### *Funciones de las Juntas Facultativas.*

1. La Junta Facultativa, como órgano colegiado de participación de los facultativos del Área o Distrito de A. P, tiene como función principal velar por la calidad de la asistencia médica prestada por los centros o UGC que integran el Área o Distrito, así como asesorar a la Dirección Médica o de Salud en lo que se refiere a la planificación, organización y gestión de la asistencia clínica, promoviendo el desarrollo de las funciones docente e investigadora.
2. Conocer el Contrato-Programa (Acuerdo de gestión) del Área o distrito de A.P. con carácter previo a su formalización por la Dirección Gerencia.
3. Conocer el presupuesto asignado anualmente al Área o Distrito de AP
4. Conocer, informar y, en su caso, proponer, modificaciones en la composición cualitativa y cuantitativa de las plantillas del personal facultativo del Área o Distrito de AP, dentro de los márgenes que establece el presupuesto anual asignado y el Contrato-Programa.

5. Conocer, informar, y, en su caso, proponer con carácter vinculante modificaciones a la distribución y ordenación interna de los recursos asistenciales del Área o Distrito de AP, dentro de los márgenes que establece el presupuesto anual asignado.
6. Conocer, informar, y en su caso proponer, modificaciones que afecten a la infraestructura física de los centros asistenciales, así como a la disponibilidad de material médico.
7. Participar conocer y proponer cuando proceda, la adquisición de medicamentos y todo tipo de material sanitario, tanto fungible como inventariable.
8. Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de objetivos por las unidades asistenciales y los facultativos, así como proponer con carácter vinculante la distribución de los incentivos a los facultativos del Área o Distrito de AP , previa propuesta de los Directores de centros o de unidades asistenciales, en el marco de los criterios generales establecidos a tal fin.
9. Elaborar el programa de formación para el personal facultativo del Área o Distrito de AP, así como proponer con carácter vinculante la distribución de los fondos destinados a tal efecto para la ejecución de actividades en el ámbito de la Comunidad Autónoma.
10. Designar representantes en los órganos cualificados para evaluar la acreditación profesional del personal facultativo, dentro del marco de lo dispuesto en la legislación reguladora de la carrera profesional.
11. Realizar cuantas funciones le sean reglamentariamente atribuidas y aquellas que específicamente se le encomienden.
12. Elaborar sus normas internas de funcionamiento.

## 5. Documento 4. Documento de Propuestas

### 1. Distribución de tiempos: asistencia / docencia/ investigación

- Optimizar la gestión de agendas y la ordenación de los flujos de usuarios, potenciando el uso de “agendas inteligentes”, adaptándolas a las necesidades de la población (dejando al profesional poner su agenda según lo decidan el equipo medico).

- Potenciar el uso de las tecnologías, como el teléfono (potenciando y enseñando, etc....) a personas(administrativos, celadores, correo electrónico para los procesos de consulta, así como la citación electrónica.

### 2. Agendas: agendas de calidad / agendas flexibles

- Gestionar la organización de las consultas y el tamaño de los cupos de forma que permita a los profesionales disponer del tiempo necesario para cada paciente, todo ello sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención. (reforma y revisión de un medico por enfermera)

- Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos mediante la redistribución de las cargas de trabajo.

### 3. Definición y regulación de roles de los miembros del equipo

Una vez establecido un catálogo de pruebas diagnósticas y de equipamiento básico, garantizando el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, que permita incorporar de manera progresiva el acceso a las nuevas tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en atención primaria, serán los médicos los que delimiten su cartera.

- Elaborar protocolos y guías que definan los criterios de uso racional de pruebas diagnósticas.

- Evaluar periódicamente el uso racional de pruebas diagnósticas en ambos niveles del sistema sanitario.

#### 4. A nivel informático

- Completar la informatización de todos los centros de salud y consultorios periféricos incluyendo la conexión telemática con el nivel hospitalario.

- Impulsar la historia clínica electrónica con información compartida entre los diferentes niveles asistenciales, asegurando la confidencialidad de la información y el secreto profesional.

- Favorecer el acceso por vía informatizada desde los centros de salud, a las pruebas diagnósticas y exámenes clínicos relevantes, que se hayan realizado en cualquier ámbito del sistema sanitario (informes de alta hospitalaria, informes de consultas externas, exploraciones radiológicas, resultados analíticos, informes de enfermería al alta, tratamientos, etc.).

- Mejorar los sistemas informáticos para reducir la burocracia y facilitar las actividades de mejora de calidad asistencial, docencia e investigación.

- Potenciar la utilización por los profesionales de recursos tecnológicos que les permita acceder a la agenda y a la historia clínica en el domicilio del paciente.

- Rediseñar los documentos de receta con visión asistencial, de forma que se puedan prescribir todos los fármacos indicados al paciente durante el periodo de tiempo que se considere oportuno (receta multiprescripción).

- Poner en funcionamiento la receta electrónica que lleve consigo multiprescripción, prescripción temporal, comunicación telemática con la oficina de farmacia e incorpore el visado en el procedimiento electrónico en aquellos sitios donde aun no estén

- Mejorar la gestión de los procesos de la incapacidad temporal, mediante la simplificación de los trámites administrativos y la mejora en la calidad de la prescripción de la IT.

- Garantizar que cada nivel asistencial gestione los procedimientos administrativos generados por su actividad (incapacidad laboral, revisiones programadas, transporte sanitario, pruebas, etc.).

- Incorporar sistemas de información en consulta que permitan el acceso en línea a la información científica más relevante.

- Promover la formación continuada basada en guías clínicas.

- Desarrollar estrategias dirigidas a la implantación de las guías clínicas, así como a la evaluación del impacto de la implantación de las mismas.

- Establecer actividades para el intercambio de la información y de conocimientos entre los profesionales, que permitan el aprendizaje de las mejores prácticas.

## 5. Docencia e investigación

- Favorecer la creación y mantenimiento de las estructuras de apoyo a la docencia en las áreas de salud; y establecer un plan de coordinación con otras estructuras docentes como las del hospital y la universidad.

- Promover las rotaciones de especialistas en formación y estudiantes de pregrado por atención primaria.

- Potenciar los contenidos propios de atención primaria en el diseño curricular de medicina y enfermería y la creación de departamentos de atención primaria en la universidad.

- Orientar la formación y capacitación de los profesionales de las unidades administrativas hacia las habilidades en comunicación y tecnología informática.

- Fomentar el desarrollo de actividades de formación “on line” para mejorar la formación en centros aislados.

## 6. Las actividades de investigación en los equipos de atención primaria

- Impulsar la creación de estructuras, grupos y redes de investigación estables en atención primaria que se interrelacionen y comuniquen con el resto de grupos del ámbito hospitalario, universitario u otros.

- Facilitar la formación en metodología de la investigación, tanto en la formación pregrado y postgrado, como en la formación continuada.

- Primar los proyectos que planteen la resolución de incertidumbres en la práctica habitual y que faciliten la aplicación de los resultados a las condiciones reales de trabajo.

Impulsar proyectos de investigación sobre la gestión de atención primaria.

- Facilitar el reconocimiento de tiempos propios de investigación, incluyéndose entre los objetivos de los contratos de gestión.

- Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora en la carrera profesional.

- Establecer líneas de financiación específicas para la investigación de problemas de salud prioritarios en atención primaria, con fondos procedentes de los servicios de salud autonómicos, de las consejerías, de las agencias de investigación y de los colegios profesionales y sociedades científicas.

- Liberar parcialmente recursos humanos para la investigación y promover fórmulas de contratación y relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación así como desarrollar planes de formación de becarios.

- Elaborar conjuntamente guías clínicas para la atención de los problemas de salud con la descripción de la implicación y procesos de actuación de cada grupo profesional.

- Definir las responsabilidades entre los profesionales y establecer indicadores que las evalúen.

- Potenciar la accesibilidad de la población a las consultas de enfermería, así como la resolución y la efectividad del trabajo de enfermería.

## 7. Rol de los profesionales

MEDICO. Lider del sistema, ya que es el máximo responsable de la actuación con el paciente

## 6. Documento 5. Catálogo de pruebas diagnósticas en AP. Servicio Madrileño de Salud

### Pruebas diagnósticas en AP

- Ácido fólico
- Ácido úrico
- Ácido valproico, niveles de
- Ácido úrico en orina de 24 horas
- Aclaramiento de creatinina
- Actividad de protrombina
- Alaninoaminotransferasa
- Albúmina
- Amilasa
- Anormales y sedimento
- Anticuerpos anti-VIH
- Aspartatoaminotransferasa
- Bilirrubina directa
- Bilirrubina total
- Calcio
- Calcio en orina de 24 horas
- Cálculo urinario
- Carbamacepina, niveles de
- Citología vaginal
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol total

- Coprocultivo
- Creatinínfosfoquinasa
- Creatinina
- Creatinina en orina de 24 horas
- Cultivo de exudado de la cavidad oral
- Cultivo de exudado conjuntival
- Cultivo de exudado endocervical
- Cultivo de exudado faringoamigadalar
- Cultivo de exudado ótico
- Cultivo de exudado purulento de heridas, abscesos, úlceras,...
- Cultivo de exudado perianal
- Cultivo de exudado uretral
- Cultivo de exudado vaginal
- Cultivo de hongos de exudados/Muestras de piel y anejos
- Cultivo faríngeo de *Neisseria gonorrhoeae*
- Cultivo de micobacterias en orina y en esputo
- Digoxina, niveles de
- Drogas de abuso
- Examen Anatomopatológico
- Factor reumatoide
- Fenitoína, niveles de
- Fenobarbital, niveles de
- Ferritina
- Fibrinógeno
- Fosfatasa alcalina
- Fósforo

- Gamma-glutamyltransferasa
- Gasometría
- Glucosa
- Hemoglobina glicada
- Hemograma
- Hierro
- Índice albúmina/creatinina
- Índice calcio/creatinina en orina de 24 horas o en 1ª micción
- Iones en orina de 24 horas
- Iones en sangre
- Lactato deshidrogenasa
- Litio, niveles de
- Microalbuminuria
- Osmolalidad calculada
- O'Sullivan, test de
- Oxiuros en heces
- Parásitos en heces
- Proteína C reactiva total
- Proteínas totales
- Proteínas totales en orina de 24 horas
- Proteinograma
- Radiología de tórax
- Radiología ósea
- Radiología simple de abdomen
- Reticulocitos
- Saturación de transferrina

- Serología de Brucella
- Serología de Citomegalovirus
- Serología de Hepatitis A
- Serología de Hepatitis B
- Serología de Hepatitis C
- Serología de hidatidosis
- Serología de mononucleosis
- Serología de rubeola
- Serología de sífilis
- Serología de toxoplasmosis
- Sobrecarga oral de glucosa
- Teofilina, niveles de
- Tiempo de tromboplastina parcial activada
- Toxina de *Clostridium difficile*
- Transferrina
- Triglicéridos
- Urea
- Urea en orina
- Urocultivo
- Vitamina B12
- Velocidad de sedimentación Globular
- 17-Hidroxiprogesterona
- Ácido 5-hidroxiindolacético
- Aldosterona
- Alfetoproteína
- Androstendiona

- Anticuerpos antimitocondria
- Anticuerpos antinucleares
- Anticuerpos antitiroideos
- Antígeno carcinoembrionario
- Antígeno prostático específico
- Audiometría
- Catecolaminas en orina
- Cistografía isotópica
- Cistografía miccional seriada
- Colonoscopia
- Cortisol en orina de 24 horas
- Cultivo de esputo
- Cultivo de exudado nasal
- Cultivo de semen
- Dehidroepiandrosterona
- Detección de *Streptococcus agalactiae*
- Detección de virus en heces
- Ecografía abdominal
- Ecografía de cadera
- Ecografía craneal
- Ecografía musculoesquelética
- Ecografía prostática
- Ecografía testicular
- Ecografía tiroidea
- Ecografía urológica
- Endoscopia digestiva alta

- Enema opaco
- Espermiograma
- Estradiol
- Estudio de infecciones de transmisión sexual
- Estudio de parásitos hemáticos
- Estudio de digestión de grasas en heces
- Estudio de inmunidad celular C4/C8
- Estudio esófagogastroduodenal
- Estudio microbiológico de prostatitis
- Fondo de ojo
- Gammagrafía cortical
- Gonadotropina coriónica humana, subunidad Beta
- Grupo sanguíneo y Rh
- Hormona estimulante del tiroides
- Hormona folículo estimulante
- Hormona luteinizante
- Inmunoglobulina E
- Inmunoglobulina E específica frente a *Anisakis*
- Inmunoglobulina E específica frente a neumoalergenos
- Inmunoglobulinas totales e IgG, IgM e IgA
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial
- Ortopantomografía
- Parathormona intacta
- Perfil tiroideo
- pHmetría
- Piridinolinas en orina

- Prick test para proteínas vacunas, leche y huevo
- Progesterona
- Prolactina
- Proteína S
- Rectosigmoidoscopia
- Renina
- Sangre oculta en heces
- Serología fiebre Q
- Serología *Mycoplasma pneumoniae*
- Serología de Rickettsia
- Serología de sarampión
- Serología de varicela
- Telerradiografía de columna
- Telerradiografía de miembros inferiores
- Test de Coombs indirecto
- Test del aliento H<sub>2</sub>
- Test de aliento de *Helicobacter pylori*
- Test del sudor
- Testosterona
- Tiroxina libre• 17-Hidroxiprogesterona
- Ácido 5-hidroxiindolacético
- Aldosterona
- Alfetoproteína
- Androstendiona
- Anticuerpos antimitocondria
- Anticuerpos antinucleares

- Anticuerpos antitiroideos
- Antígeno carcinoembrionario
- Antígeno prostático específico
- Audiometría
- Catecolaminas en orina
- Cistografía isotópica
- Cistografía miccional seriada
- Colonoscopia
- Cortisol en orina de 24 horas
- Cultivo de esputo
- Cultivo de exudado nasal
- Cultivo de semen
- Dehidroepiandrosterona
- Detección de *Streptococcus agalactiae*
- Detección de virus en heces
- Ecografía abdominal
- Ecografía de cadera
- Ecografía craneal
- Ecografía musculoesquelética
- Ecografía prostática
- Ecografía testicular
- Ecografía tiroidea
- Ecografía urológica
- Endoscopia digestiva alta
- Enema opaco
- Espermiograma

- Estradiol
- Estudio de infecciones de transmisión sexual
- Estudio de parásitos hemáticos
- Estudio de digestión de grasas en heces
- Estudio de inmunidad celular C4/C8
- Estudio esófagogastroduodenal
- Estudio microbiológico de prostatitis
- Fondo de ojo
- Gammagrafía cortical
- Gonadotropina coriónica humana, subunidad Beta
- Grupo sanguíneo y Rh
- Hormona estimulante del tiroides
- Hormona folículo estimulante
- Hormona luteinizante
- Inmunoglobulina E
- Inmunoglobulina E específica frente a *Anisakis*
- Inmunoglobulina E específica frente a neumoalergenos
- Inmunoglobulinas totales e IgG, IgM e IgA
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial
- Ortopantomografía
- Parathormona intacta
- Perfil tiroideo
- pHmetría
- Piridinolinas en orina
- Prick test para proteínas vacunas, leche y huevo
- Progesterona

- Prolactina
- Proteína S
- Rectosigmoidoscopia
- Renina
- Sangre oculta en heces
- Serología fiebre Q
- Serología *Mycoplasma pneumoniae*
- Serología de Rickettsia
- Serología de sarampión
- Serología de varicela
- Telerradiografía de columna
- Telerradiografía de miembros inferiores
- Test de Coombs indirecto
- Test del aliento H2
- Test de aliento de *Helicobacter pylori*
- Test del sudor
- Testosterona
- Tiroxina libre
- Anticuerpos IgA anti-transglutaminasa humana tisular humana
- Control del Tratamiento de Anticoagulación Oral
- Ecografía de mama
- Mamografía
- Densitometría
- Ergometría
- Holter
- Tomografía digital



## 7. Documento 6. Adecuar los recursos a las necesidades; disminuir la dispersión (AEPAP)

Adecuar los recursos a las necesidades: disminuir la dispersión

### **Situación actual**

En el escenario actual de escasez de médicos de Atención Primaria (sobre todo pediatras pero también médicos de familia) y de crisis económica consideramos que la utilización adecuada de los recursos disponibles es imprescindible.

Una de las medidas que favorecen esta utilización adecuada y que estabiliza los costes es la agrupación de recursos.

La situación es diferente según la comunidad autonómica pero la tendencia en los últimos años ha ido dirigida a mejorar la accesibilidad tanto por mayor cercanía del centro de salud como por aumento de la oferta horaria; en ocasiones no tanto por una necesidad real de la población sino fruto de decisiones políticas. Esta mejora de la accesibilidad también ha ido acompañada de una mayor frecuentación y por consiguiente ha hecho que los recursos crezcan siempre menos que la demanda de asistencia médica.

El número de pacientes asignados a cada médico es un factor determinante de la calidad de la asistencia. La dispersión hace que haya una elevada heterogeneidad de los cupos medios por comunidad autónoma. Además las cifras medias de pacientes asignados en una determinada comunidad pueden parecer aceptables cuando, si se utilizan otras medidas estadísticas, se puede ver que hay muchos médicos cuyo cupo supera la media recomendable.

La mayor oferta horaria, además de dificultar la conciliación de la vida laboral y profesional, aumenta la dificultad de cobertura de suplentes. Hay alternativas que facilitan una accesibilidad razonable haciendo a la vez más atractiva la atención primaria para los médicos de familia y pediatras. Creemos que los pacientes

pueden entender que renunciando a cierto grado de accesibilidad pueden tener profesionales mas cualificados.

La figura de Pediatra de Área en Atención Primaria ha sido teóricamente una forma de acercar la figura del profesional Pediatra a la población rural que no tenía este servicio más que de forma ocasional. No obstante muchas de las plazas de Pediatría de Área tienen asignadas zonas con suficiente población pediátrica como para necesitar un pediatra de Equipo y las condiciones de trabajo de los pediatras de área de absoluta precariedad laboral (desplazamientos, falta de personal de apoyo...) deben ser reconsideradas. Por otro lado, resulta cada día más frecuente la utilización de esta figura como la “un comodín” que en manos de las gerencias (rurales o urbanas) es utilizado para resolver las excesivas demandas asistenciales.

Resulta evidente la necesidad de realizar una adecuada asignación de recursos humanos y materiales que responda a las necesidades reales de salud de la población para lo que habrá de revisarse el actual mapa sanitario y crear un observatorio de necesidades y análisis de recursos contemplando también la participación ciudadana. En tanto esto no tiene lugar proponemos.

### **Propuestas.**

1.- Reagrupar centros y consultorios rurales dispersos con escasa población facilitando el acceso de los pacientes a los nuevos centros

Si no es posible la reagrupación física se favorecerá la agrupación funcional para mejorar las posibilidades de sustitución y de formación continuada e investigación

2.- Reorganización de los horarios, primando la atención de 8 a 15 facilitando de esta manera las sustituciones sin recurrir a recursos externos y la conciliación laboral y familiar

Premiar la voluntariedad y evitar la obligatoriedad. Ofrecer prolongaciones de jornada voluntarias y adecuadamente remuneradas, igual que se realiza en los hospitales, para el exceso de demanda, listas de espera y atención urgente.

3.- Revisión del número de pacientes asignados por médico de forma que el 90 % de los facultativos tengan un número adecuado de pacientes asignados.

La experiencia actual aconseja que este número se establezca entre 800 y 1000 para los pediatras y entre 1300 -1500 para los médicos de familia.

Sin embargo es necesario considerar otros factores, además de la edad, para establecer el cupo óptimo individualizando las diferentes zonas sanitarias según su dispersión geográfica y otros factores que influye en la frecuentación como el nivel socioeconómico y la patología atendida.

4.- Las plazas de Pediatría de Área deben reconvertirse a plazas de EAP a las que en caso necesario (zonas rurales con escasa población infantil) puede sumarse la de pediatra de área mejorando las actuales condiciones de trabajo, limitando la población atendida y el número de zonas básicas asignadas teniendo en cuenta la dispersión geográfica de las zonas de salud que atiende y proporcionando el apoyo de profesionales de enfermería y administrativos.

5.- Todo esto debe hacerse con la participación de los profesionales implicados.

## 8. Documento 7. Regulación de la burocracia de otros niveles asistenciales

### Regulación de la burocracia de otros niveles asistenciales

En los últimos años, pese al ajuste en los tamaños de los cupos de los profesionales, se viene constatando un continuado aumento de la demanda de consulta en Atención Primaria.

Varias son las causas a las que se pueden atribuir este dato: el excesivo número de pacientes asignados a un profesional en muchos casos, la hiperfrecuentación o la no sustitución durante períodos de formación, vacaciones o incapacidad son algunas de ellas.

No obstante, hay que añadir otra que, por sí misma, es capaz de general una importante sobrecarga al médico de Atención Primaria: las actividades burocráticas, que consumen casi un tercio de tiempo dedicado a la consulta y que, año tras año, van en aumento.

Algunas son casi exclusivas del primer nivel asistencial y se han puesto de manifiesto de forma reiterada. A modo de ejemplo, el Consejo Médico Extremeño de AP, compuesto por la 3 sociedades, junto a Pediatría, el Colegio de Médicos y el Sindicato Médico, elaboraron, en Septiembre de 2008, un documento de 14 medidas concretas para desburocratizar las consultas médicas en los centros de salud.

El foro de Atención Primaria considera que cada nivel asistencial debe asumir la burocracia que le es propia, independientemente, del objetivo general que es limitar lo máximo posible el tiempo que los profesionales sanitarios deban dedicar a tareas burocráticas, como pueden ser justificantes de asistencia, informes de salud, etc.

Se proponen, al efecto, las siguientes medidas:

### 1 – DERIVACIÓN AP – AH

El médico de AP derivará al paciente cuando lo necesite, indicando en la derivación un breve resumen de la historia clínica y el motivo de la interconsulta.

Las sucesivas visitas de seguimiento que se lleven a cabo en AH (atención hospitalaria) deber ser programadas y citadas desde este nivel sin necesidad de nueva derivación desde AP, hasta la finalización del seguimiento.

Las pruebas complementarias que se realicen deber ser solicitadas y gestionadas, en cada caso, desde el nivel correspondiente.

Durante este proceso, y dada la demora que se puede producir en algunos casos, debe habilitarse un servicio de información al paciente, que evite reiteradas visitas al centro de salud en busca de información, habitualmente no disponible en este nivel.

Cuando un especialista considere necesario que el paciente sea valorado por otro profesional, debe gestionarse la cita directamente desde la administración de AH, sin necesidad de acudir al médico de AP.

Este último supuesto debe mantenerse también para derivaciones hacia AH (atención hospitalaria) desde el servicio de urgencias hospitalario. Tras alta en urgencias, el paciente debe ser citado directamente desde el hospital y no desde AP.

El transporte sanitario que necesite un paciente para la atención hospitalaria debe ser tramitado por el médico de AP en la primera consulta, y por el nivel de AE en las consultas sucesivas o para la realización de pruebas complementarias.

## 2 – RECETAS

Todo médico del Sistema Nacional de Salud puede prescribir la medicación adecuada para sus pacientes.

En cada consulta de AH o Urgencias Hospitalarias, el médico debe emitir la primera receta junto con un informe del paciente que indique, entre otros aspectos, el diagnóstico y el tratamiento (dosis, intervalo, duración, etc.). La continuidad del tratamiento se realizará por receta electrónica hasta la próxima revisión en AE.

Los fármacos de uso hospitalario y los que necesitan visado de Inspección, dado que no pueden ser pautados por el médico de Atención Primaria, deben ser dispensados o emitidos por el nivel correspondiente.

Debe ser revisada la legislación sobre prescripción de estupefacientes con el fin de evitar la necesidad de emitir dos recetas en cada prescripción.

## 3- INCAPACIDAD TEMPORAL

Los procesos de incapacidad temporal derivados de ingreso hospitalario deben ser tramitados desde AH, hasta alta domiciliaria, en que el seguimiento de la contingencia pase al médico de AP.

En ambos casos, la emisión de partes de confirmación debería ser adaptada ajustándola a la duración de los procesos medios de duración de la incapacidad.

## 4- OTROS

Tanto en AP como en AH debe regularse la burocracia derivada de la emisión de informes médicos y justificantes de todo tipo, siendo un objetivo a corto plazo el desarrollar un INFORME DE SALUD único para todas las administraciones, y la exención, para el médico de AP, de emitir justificantes de asistencia al centro de salud (especialmente para menores de 18 años, dado que, según la legislación vigente, hasta esta edad la “patria potestad” corresponde a los padres).

## 9. Documento 8. Propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal (SEMFyC)

### Introducción

La incapacidad temporal (IT) es una prestación de la Seguridad Social orientada, en esencia, a paliar el quebranto económico que supone para un trabajador enfermo tener que abandonar su puesto de trabajo hasta recuperar la salud. Vista desde esta perspectiva, la IT es uno de los mayores logros sociales en la historia de las relaciones laborales, prácticamente al mismo nivel que el derecho a la huelga, a la sindicación, a la prestación por jubilación, por invalidez, por viudedad, a la asistencia sanitaria gratuita o a las vacaciones anuales pagadas.

Se trata de un proceso complejo con una vertiente sanitaria y otra económica, en el que gran parte de su gestión está encomendada al sistema sanitario asistencial, pero en el que también participan otros «actores » directa o indirectamente, como inspecciones médicas, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) o servicios médicos de empresa. Desde que en el año 1900 se promulgaron las primeras medidas de protección de los trabajadores ante los accidentes de trabajo, se han emitido varias leyes y numerosos decretos hasta llegar a la situación actual, diferenciando dos grandes tipos de prestación: contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) y contingencias profesionales (enfermedad profesional y accidente de trabajo), con regulaciones y proveedores diferenciados.

El acto inicial que genera el derecho a la prestación es el *parte de baja*, emitido

casi siempre por el médico de familia del Sistema Público de Salud que atiende al trabajador enfermo. Esta certificación médica de enfermedad es un acto asistencial y administrativo que pone en marcha un complejo sistema protector para

permitir al trabajador por cuenta ajena suspender la prestación laboral (faltar al trabajo) y recibir un subsidio económico alternativo al sueldo que deja de percibir (prestación). En el caso del trabajador autónomo (por cuenta propia) existe un mecanismo análogo que le compensa de las pérdidas por la interrupción de su actividad económica a causa de la enfermedad. En todos los casos se garantiza la confidencialidad del proceso al excluir a la empresa de los datos relativos a la enfermedad que origina la IT.

En las contingencias comunes, salvo algunas excepciones (como en el régimen de empleadas de hogar), el derecho a la prestación comienza el cuarto día de la IT, cubre el 60 % de la base reguladora hasta el día 21 y el 75 % desde ese día. El pago corresponde a la empresa hasta el día 15 y a la entidad gestora (INSS, MATEPSS o empresa colaboradora) a partir del día 16. No obstante, es frecuente que los convenios de las empresas compensen la prestación desde el primer día y hasta el 100 % de la base reguladora. Los partes de baja deben ser emitidos por el médico del sistema público que ha valorado al paciente, incluidos los partes de confirmación, que son de carácter semanal desde el cuarto día de la baja.

Además, cada 4 semanas se ha de rellenar un informe médico que recoja las dolencias, el tratamiento, la evolución de la incapacidad funcional y la probable duración del proceso.

En las contingencias profesionales, el derecho a la prestación comienza desde el primer día, abarca el 75 % de la base reguladora y el pago corresponde a la entidad gestora de las contingencias profesionales. Los partes de baja son emitidos por la mutua o por el médico del sistema público, en función de la entidad que la empresa haya elegido para la cobertura, lo que el trabajador ha de certificar mediante el parte de asistencia de accidente de trabajo emitido por la empresa.

La prestación económica procede de las aportaciones de trabajadores y empresarios a través de los Presupuestos Generales. La factura que el Estado soporta por esta prestación fue, en el año 2009, de 8.143 millones de euros, este año se han presupuestado 7.373 millones de euros, lo que supone una reducción prevista del 9,5 % (datos disponibles en [www.segsocial.es](http://www.segsocial.es)). Respecto a los motivos

de IT, existen 14 procesos que generan el 33 % del total de días de baja y desde el INSS se están favoreciendo acuerdos con las comunidades autónomas para disminuir su impacto. Otro aspecto importante es que el 67 % de los procesos de IT tienen una duración inferior a 15 días, el 40 % inferior a 4 días y en un 8 % de los casos se entregan baja y alta en el mismo día. Esta realidad hace aconsejable un enfoque diferente en la gestión de las bajas de previsible corta y larga duración.

El enorme coste que supone esta prestación ha llevado a cambios legislativos y a implementar medios para evitar el fraude y favorecer un uso eficiente de este recurso. Para ello se han desarrollado sistemas de control a diferentes niveles, que han hecho necesaria la intervención de todos los organismos citados. Los cambios normativos de los últimos 15 años han permitido implicar a las mutuas y al INSS en las propuestas de alta a través de las inspecciones médicas, han transferido al INSS la responsabilidad completa al cumplirse el año de baja, han propiciado medidas de facilitación de procesos diagnósticos y tratamientos a través de las mutuas y han acentuado el papel de la inspección como controlador de todo el proceso.

Uno de los inconvenientes del proceso actual es que se genera un gran número de trámites administrativos derivados de la prestación y su revisión, con unos flujos de información ineficientes para los profesionales y para el paciente.

## El médico de familia y la incapacidad temporal

La IT es parte del seguimiento y tratamiento de una enfermedad pero, al estar condicionada a una prestación económica, a menudo pone a prueba la relación de confianza médico-paciente por las consecuencias derivadas de su buen o mal uso por ambas partes. Como acto médico exige las adecuadas condiciones de tiempo y atención, unos conocimientos adecuados que garanticen la calidad del proceso y una atención especial a los componentes éticos que se presentan en su desarrollo. Cabe recordar que los cuatro principios básicos de la ética (no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía) entran en conflicto entre sí y sitúan al médico ante dilemas complejos entre el bien común, el bien del paciente y la utilización correcta de esta prestación.

Sin embargo, la normativa actual favorece que la percepción que muchos médicos de familia tienen de las bajas es que sólo se trata de una carga burocrática más a añadir a sus ya saturadas consultas:

**Visitas sucesivas.** La actividad burocrática global (recetas, informes, bajas) puede constituir el 30-40 % de las consultas de Medicina de Familia, lo que dificulta la realización de la actividad asistencial. El exceso de burocracia banaliza el acto médico y lo convierte en rutinario perdiendo todo su valor. La aplicación estricta de la normativa obligaría al médico a realizar una reevaluación completa en cada visita y un informe cada cuatro visitas, a pesar de que se recoge en el propio parte la duración probable de la enfermedad. El exceso de visitas sin contenido real lleva a los médicos a tener una actitud pasiva en todo el proceso y a una falta de implicación en el uso eficaz de la IT.

**Partes de confirmación.** Los pacientes y/o sus familiares deben desplazarse cada semana a los centros de salud, incluso cuando, por diagnóstico, la patología que se padece es de previsible larga duración o el paciente esté ingresado en el hospital. De este modo, se suma a la preocupación o a las incomodidades de la enfermedad, la necesidad de establecer citas, esperas para la atención y reevaluaciones por diferentes organismos. El proceso también se banaliza para el paciente que entiende el parte de confirmación como un trámite destinado únicamente a justificar el cobro de la nómina.

**Patologías leves.** En Atención Primaria muchas patologías son de previsible buena evolución en pocos días. El requerimiento del alta con fecha concreta y previa a la reincorporación al trabajo, revierte en la necesidad de establecer una consulta con carácter inmediato, no programable y a menudo de forma urgente, a personas sanas para acreditar su salud recuperada y su disposición para incorporarse al trabajo. En caso contrario, el paciente retrasa en uno o más días la incorporación al trabajo hasta resolver el alta.

**Patologías breves.** Asimismo, la exigencia del formulario IT por parte de las empresas, incluso para ausencias muy cortas (1-3 días), genera que los pacientes que podrían beneficiarse del autocuidado contribuyan a la saturación de las

urgencias y los centros de salud con la única finalidad de la obtención de la acreditación de asistencia desde el primer día. A menudo, por la propia evolución de la enfermedad, todavía no ha transcurrido el tiempo imprescindible para que aparezcan los primeros signos diagnósticos y pronósticos.

**Responsabilidad legal.** El responsable de justificar y emitir los partes de baja, confirmación y alta que conlleva la IT es «el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado» según el Real Decreto 575/1997, ya sea el médico de familia en Atención Primaria o el médico de segundo o tercer nivel en ambulatorios u hospitales. La emisión de los partes ha de realizarse en el mismo acto de la visita al igual que la prescripción de fármacos, la petición de pruebas o las órdenes de ingreso.

**Corresponsabilidad.** A pesar de que la IT puede ser realizada por un médico de cualquier especialidad, en la práctica totalidad de los casos, y de forma progresiva desde hace años, la emisión de los partes se ha trasladado a Atención Primaria atendiendo a los criterios de cercanía, conocimiento y, sobre todo, buena voluntad de los médicos de familia. Sin embargo, a menudo, los procesos clínicos son totalmente ajenos al médico de familia y carece incluso de la información clínica inicial o de los informes periódicos mínimos necesarios que ha de emitir el médico responsable del proceso, ya sea por desidia o falta de diligencia.

**Listas de espera.** Es muy frecuente que los procesos de IT se demoren durante semanas o meses mientras el paciente está a la espera de procesos diagnósticos o terapéuticos por completo ajenos al médico de familia, pero durante los cuales ha de seguir emitiendo los partes de confirmación semanales. El aumento de capacidad de resolución por el médico de familia, determinado en parte por el acceso directo a pruebas complementarias, ha mejorado y podría mejorar aún más la gestión del proceso.

**Circuitos.** Aunque la informatización de las historias clínicas libera al médico de la penosa tarea de rellenar los partes sucesivos, es imprescindible la impresión, firma duplicada o cuadruplicada según los casos, y entrega al paciente. En muchos lugares se han establecido circuitos de emisión y entrega de los partes en las áreas

administrativas aunque la situación es desigual en función del apoyo e implicación de las administraciones locales. En otros se ha establecido la firma electrónica validada que permite que el documento se imprima ya firmado.

Este mismo año se presentará en el 30.º Congreso de la semFYC un estudio nacional en el que se observa que el 56 % de los centros de salud ya no entregan los partes de confirmación en la consulta.

**Los otros médicos.** La falta de comunicación efectiva entre médicos de familia, inspectores, médicos de mutuas o médicos de empresa, da lugar a una absoluta desconfianza sobre el papel que puede desempeñar cada uno y dificulta un marco de colaboración imprescindible para el beneficio del paciente y el propio sistema. El médico de familia realiza una valoración de aptitud para el desempeño del puesto laboral sin tener más información que la que el propio paciente le aporta y que debería ser complementada por los servicios de salud laboral.

Tampoco existe comunicación fluida con las mutuas y se pierde la posibilidad de adelantar pruebas o tratamientos contemplados en la normativa. En lo que respecta a los médicos de inspección o del INSS no se aprecia una capacidad resolutoria ni un apoyo suficiente a los pacientes rentistas.

**Otros países.** En algunos lugares, como Reino Unido, el trabajador autojustifica la ausencia en los procesos de corta duración sin necesidad de recurrir a una visita médica en procesos generalmente autolimitados.

En general, el proceso es menos burocrático que en España y más ajustado a la realidad clínica y laboral.

**Pilotajes.** En los últimos meses se han iniciado experiencias por parte del INSS y las comunidades autónomas para mejorar el proceso de IT. Algunas iniciativas ligadas a la incentivación no han dado los resultados esperados y han causado rechazo en los profesionales.

Otras propuestas como el pilotaje que se está realizando en Navarra en colaboración con el INSS, con el diseño de una aplicación informatizada ligada a la

práctica clínica frente al formato burocratizado que venimos utilizando tradicionalmente, parecen tener muy buenas perspectivas. Mientras, normativas de rango menor como la agregación y entrega de varios partes de confirmación en Andalucía aminoran parcialmente el problema.

## Propuestas semFYC para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal. La burocracia prescindible

Para disminuir el exceso de tareas administrativas innecesarias impuestas al médico de familia sin añadir valor clínico, tanto las sociedades de medicina de familia como algunos grupos de profesionales organizados de forma espontánea en distintas comunidades autónomas han instado a las administraciones autonómicas a racionalizarlas.

Recogiendo la demanda de los socios y del conjunto de los médicos de familia, se organizó un grupo de trabajo sobre incapacidad temporal en las Jornadas de Primavera, celebradas en Segovia en marzo de 2010.

Además de representantes de la Junta Directiva de la semFYC y las sociedades federadas, se invitó a todos los agentes implicados: miembros del movimiento antiburocracia, INSS, mutuas, consejerías, inspectores y médicos del trabajo. Aunque las propuestas aquí recogidas son exclusivamente de semFYC, la activa participación de todos los invitados en la discusión ha permitido confrontar opiniones y adecuar las propuestas al panorama real de la IT. También se puso de manifiesto en estas Jornadas la necesidad de trabajar más en común y de implicarnos todos para conseguir una gestión más ágil, menos burocrática, más eficiente y sostenible para el sistema.

### **Medida 1: Adecuar la indicación terapéutica de incapacidad temporal a los criterios clínicos**

Asegurar la emisión y entrega al paciente del *parte de baja*, así como los sucesivos de confirmación y alta, en el momento de la evaluación por parte del

médico que realiza la valoración clínica del paciente, ya sea en Atención Primaria o en el segundo o tercer nivel.

Adecuar la renovación de los partes de confirmación de IT a criterios clínicos basados en la duración estimada de cada proceso y la evaluación realizada por el médico. Para ello se requiere la supresión de los partes de confirmación semanales, o con cualquier periodicidad preestablecida, y la sustitución por un parte de confirmación que incluya la fecha de revisión.

En cada revisión, el médico procederá a emitir el alta si procede o a emitir una nueva estimación de duración del proceso con su parte de confirmación correspondiente. La revisión y el alta se podrán anticipar siempre que la buena evolución del proceso lo aconseje o permita.

Cuando el médico considere que la duración probable del proceso y por tanto, la primera revisión se establece en un plazo inferior a 10 días se emitirá exclusivamente el *parte de baja* y el paciente se podrá incorporar a la actividad laboral sin necesidad de una segunda visita para el trámite de alta.

## **Medida 2: Potenciar la participación de todas las entidades implicadas en el proceso de incapacidad temporal**

Integrar en las aplicaciones informáticas de gestión de la IT herramientas para el cálculo de la «duración estimada» de los procesos para facilitar la adecuación temporal de éstos.

Integrar herramientas de evaluación con indicadores adecuados a la gestión de la IT válidos que permitan a los profesionales conocer su perfil con respecto a su entorno, y a los gestores implementar medidas que favorezcan un mejor uso de la IT.

Favorecer las actividades de formación en el manejo de la IT a todos los médicos como parte de su desarrollo profesional, comenzando en el grado y en los programas de formación especializada.

Adecuar la actividad de la Inspección Médica en el control de las bajas, sobre todo cuando exista conflicto médico-paciente, actuando como soporte y ayuda a los profesionales, con mecanismos ágiles y eficaces en su ejecución. Habilitar el acceso a la historia clínica a fin de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes y la realización de reiterados informes de situación.

Facilitar la comunicación de los médicos del Sistema Público de Salud con las MATEPSS para un mejor uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos que favorezcan la resolución del proceso. Integrar de forma automática en la historia clínica los datos de la empresa y de la mutua.

Facilitar la comunicación de los médicos de los servicios de prevención de riesgos laborales con el fin de complementar la información sobre el desempeño laboral, características del puesto y riesgos en la reincorporación al puesto.

El Ministerio de Trabajo y las correspondientes Consejerías autonómicas deben abordar, en la mayor brevedad posible, la adecuación de la legislación y la normativa correspondiente para que estos cambios contribuyan a la mejora global del proceso de IT con beneficio para los trabajadores, los profesionales y la administración.

### **Medida 3: Medidas temporales de apoyo a la gestión de la incapacidad temporal hasta aplicar las medidas propuestas**

Implementación de circuitos en el Área de Admisión para la emisión y entrega de los documentos de IT que no precisen revisión clínica con las debidas garantías de confidencialidad e intimidad.

Mejora de los programas de gestión de IT actuales donde se precise para eliminar la información redundante, facilitar el envío en red a la Inspección disminuyendo el papel, integrar la información sobre duración estimada y adecuación en los sistemas de codificación (CIE/CIAP).

### **Medida 4: Otras propuestas para el debate**

Autojustificación de las ausencias de muy corta duración (de 1 a 3 días), en la misma línea que otros países de nuestro entorno. Se ha de tener en cuenta que hasta el cuarto día no existe cobertura económica obligatoria por parte de la empresa y se trata de un acuerdo entre ambas partes que no debe obligar a terceros.

Establecer el *parte de baja* en el cuarto día del proceso en todos los casos, lo que no implica renuncia a los convenios entre empresas y trabajadores respecto a la cobertura económica de los primeros 3 días.

Campañas de información a los trabajadores para sensibilizar sobre la necesidad de un uso responsable de la IT.

Incentivar a los profesionales que realicen un uso adecuado de la IT en cuanto a indicación y duración del proceso.

Implicar al paciente con su firma en la validación de su incapacidad para el desempeño del puesto laboral.

## Conclusión

Instamos al Ministerio de Trabajo, las correspondientes consejerías autonómicas y demás instituciones implicadas, y teniendo en cuenta las aportaciones de mutuas, sociedades científicas, profesionales y sindicatos, a impulsar en el menor tiempo posible la adecuación de la legislación y la normativa correspondiente para que estos cambios sean una realidad y contribuyan a la mejora global del proceso de IT con beneficio para los trabajadores, los profesionales y la administración.

## Normativa

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido

de la Ley General de la Seguridad Social.

Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de

la Gestión y Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad

Temporal.

Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de

abril, que modifica determinados aspectos de la Gestión y del Control de la Prestación

Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

## Bibliografía

González-Barcala FJ, Cadarso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-

González R, Vilariño-Pombo C, et al. Factors determining the duration of temporary

disability and return to work in a health district of Galicia [Spanish]. Aten Primaria.

2006 May 15;37(8):431-6.

Pedreira Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G,

Moya García I. Characteristics of health care demand in family medicine clinics in a health

area of the community of Valencia [Spanish]. *Aten Primaria*. 2005 Feb 15;35(2):82-8.

### Lectura recomendada

Incapacidad temporal. Manual para el manejo en Atención Primaria. Grupo Lex Artis de

la SoMaMFyC. Barcelona: SoMaMFyC; 2008.

---