

semap

LA ATENCION PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

REFLEXIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO



GRUPO DE SEMAP:

Coordinador:

- José María Santamaría

Integrantes:

- Angel Abad
- Angel Lizcano
- Elena Robledo
- Concha Carreras
- Juan Angel Infantes
- Magdalena Font
- Carmen Arevalo
- Rosa Arnal
- Carmen Ferrer
- Jose Rodríguez Escobar.
- Milagros Rico
- Rosabel Cabra Lluva
- Montserrat Hernandez
- Beatriz Valdivieso
- Carmen Goday

INDICE:**PÁGINA**

PRESENTACIÓN	4
1. INTRODUCCIÓN	4
2. EL MARCO TERRITORIAL Y ESTRUCTURA DIRECTIVA DEL AREA	7
2.1. EL MARCO TERRITORIAL	7
2.2. ESTRUCTURA DIRECTIVA DEL AREA	7
3. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL EAP	10
3.1. ATENCIÓN DIRECTA	10
3.2. RELACIÓN CON LA COMUNIDAD	11
3.3. DOCENCIA	12
3.4. INVESTIGACIÓN	12
3.5. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN	12
4. OFERTA DE SERVICIOS EN AP	14
4.1. ACTIVIDADES PROMOCIÓN Y DE PREVENCIÓN DE LA SALUD	14
4.2. ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD	15
5. ORGANIZACIÓN	17
5.1. LA ESTRUCTURA DIRECTIVA DE LOS EAP	17
5.1.1. REPRESENTANTE CENTRO DE SALUD	17
5.1.2. COORDINADOR DE ENFERMERÍA	17
5.1.3. COORDINADOR DE MEDICINA	18
5.1.4. COORDINADOR ÁREA ADMINISTRATIVA	18
5.2. DECENTRALIZACIÓN DE LOS CENTROS	18
5.3. RECURSOS	19
5.4. MOTIVACION Y SISTEMA RETRIBUTIVO	21
5.5. CONTRATOS DE GESTIÓN	22
6. RELACIONES CON EL RESTO DEL SISTEMA	24
6.1. RELACIONES CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA	24
6.2. RELACIONES CON EL MEDIO SOCIO SANITARIO	25
6.3. RELACIÓN CON EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA	26
7. PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS Y LIBRE ELECCIÓN	27
7.1. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	27
7.2. LIBRE ELECCIÓN DEL PROFESIONAL	27
8. ANEXOS	28

PRESENTACIÓN:

El presente documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo compuesto por miembros de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria y del Centro Universitario de Salud Pública. Estas organizaciones convocamos el año pasado una serie de debates sobre la Atención Primaria. Una vez concluidos estos debates nos ha parecido necesario elaborar un documento en el que reflejemos nuestros puntos de vista comunes sobre la situación de la Atención Primaria en Madrid así como, sobre todo, nuestras reflexiones y propuestas de cara al futuro.

1. INTRODUCCION:

La mejora de la capacitación profesional derivada de la creación de la Diplomatura Universitaria de Enfermería (1978) y, la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (1981) facilitó el proceso de reforma de la Atención Primaria en España que se inició con la publicación del Decreto de Estructuras Básicas de Salud (137/84) y la el establecimiento de la Ley General de Sanidad (14/86). La puesta en marcha y desarrollo de los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) ha supuesto importantes mejoras tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios prestados desde este nivel asistencial.

Como dato orientativo de la situación actual y el volumen de actividad desarrollado ver Anexo I. Es importante remarcar el incremento en la dedicación de los profesionales sanitarios, que ha supuesto aumentar el tiempo medio dedicado a cada paciente pasando de 2 a 6 minutos en el caso de la atención médica y de 1 a 8 minutos para la atención enfermera.

Además, cabría destacar, en relación con la evolución de la Atención Primaria:

- El impluso dado a la promoción de la salud.
- El desarrollo de los programas preventivos de salud.
- El desarrollo de programas y protocolos de atención a las patologías crónicas más prevalentes, con lo que ello ha supuesto de mejora en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.
- La mejora en la atención domiciliaria.
- La mejora introducida en la atención del individuo a la familia y la comunidad a través de la potenciación en sus capacidades para el manejo de sus necesidades de cuidados así como en el cuidado a personas dependientes desde la autoresponsabilidad sobre la salud en todas las etapas de la vida.
- La mejora en la accesibilidad de toda la población a las pruebas diagnósticas que se desarrollan en A.P.
- La mejora en la capacidad resolutoria de los dispositivos de Atención Primaria, con la consiguiente disminución de las derivaciones a Atención Especializada (ambulatorias y hospitalarias).

- La mejora en los programas de formación e investigación, prácticamente inexistentes en la etapa anterior.
- La incorporación, al principio de la década de los 90, de la Cartera de Servicios y del proceso de descentralización de la gestión en los E.A.P. unido al proceso de incentivación, supuso un nuevo impulso a la organización y al papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario (Anexo II).

Todo ello ha redundado, entre otras cosas, en un alto grado de satisfacción entre la población usuaria, claramente por encima del grado medio de satisfacción con el Sistema Sanitario. (Anexo III)

Por lo tanto consideramos que la valoración global de la reforma de la Atención Primaria es altamente positiva ya que el actual modelo organizativo de Equipos de Atención Primaria es capaz de dar respuesta a las necesidades de la población.

Los cambios habidos en la sociedad española y en los sistemas y métodos de abordar las necesidades de servicios sanitarios y los cuidados de salud hace necesario plantearse modificaciones en la organización que nos permitan hacer frente, con garantías de éxito, a los nuevos retos que tenemos planteados:

- Promoción de la salud bajo el principio de que los ciudadanos desarrollen su autonomía, autorresponsabilidad e independencia en el mantenimiento y la mejora de su salud así como en abordaje de sus problemas físicos, psicológicos y sociales.
- Ampliar los programas de prevención primaria, con especial énfasis en la lucha contra el tabaquismo y el alcohol así como la promoción de hábitos saludables, como estrategia clave en la disminución de la morbimortalidad del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares.
- Mantener la actualización de las prestaciones con objeto de adaptarlas a las nuevas necesidades y demandas de la población.
- Revisión del marco organizativo y estructura directiva de los dispositivos de Atención Primaria que permita una descentralización efectiva en los procesos de toma de decisiones.
- Revisión de la política farmacéutica que permita un mejor control del gasto a la vez que afrontar problemas técnicos de primera magnitud como son las reacciones adversas provocadas por medicamentos así como las resistencias bacterianas a los antibióticos. Para hacernos idea de esta situación del presupuesto de 32.664 pts por habitante asignado en el año 2001 a AP, 19.408 pts (59.4%) se dedican a la prestación farmacéutica.
- Incremento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria.
- Revisión de las políticas de motivación/incentivación, incluido el sistema retributivo, que permitan contar con el profesional como motor fundamental de los cambios necesarios.
- Revisión de las relaciones con otros componentes del Sistema Sanitario, con especial referencia a la Atención Especializada y a los dispositivos de Salud Pública.

- Desarrollar la coordinación sociosanitaria y definir el papel de la A.P. en la misma.
- Desarrollar y potenciar la colaboración y participación con los ciudadanos.

En definitiva, nos planteamos abordar e impulsar las modificaciones necesarias en la Atención Primaria de Salud de Madrid para conseguir mantener y mejorar los muy buenos servicios que actualmente se prestan a la población madrileña, adaptándolos a las nuevas demandas y perspectivas que se plantean en el sector. Consideramos que la Atención Primaria debe jugar un papel central en la articulación del sector, actuando como eje y motor del mismo sirviendo igualmente de conexión y “agente” entre el ciudadano y el resto del sistema, y manteniendo sus valores de atención integral e integrada, continuada y permanente, activa, accesible, basada en equipos multidisciplinares, comunitaria y participativa, programada y evaluable y docente e investigadora. De forma que potencie el reforzamiento de los valores centrales del sistema como son la universalidad, la equidad en el acceso, la financiación y el aseguramiento públicos y la integración en el Sistema Nacional de Salud.

2. EL MARCO TERRITORIAL Y ESTRUCTURA DIRECTIVA DEL AREA

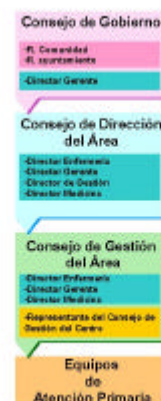
2.1. MARCO TERRITORIAL

La dimensión actual de la Areas de la Comunidad de Madrid, con una media de casi medio millón de habitantes (Anexo IV), hace difícil las tareas de coordinación y conocimiento profesional de los componentes de los equipos de trabajo, que permitiera las lógicas economías de escala por el aprovechamiento del aprendizaje de las experiencias exitosas y su traslado a otras partes de la organización, así como una facilidad para la toma de decisiones con el grado de descentralización requerido en la actualidad.

Debemos ir hacia organizaciones más horizontales, muy descentralizadas y con líneas jerárquicas lo más cortas posibles, pensamos que la solución más adecuada sería la de disminuir el tamaño actual de las Áreas dejándolas en una media de 200 a 300.000 habitantes, manteniendo a este nivel la responsabilidad de la gestión con un marco jurídico-administrativo distinto del actual. Cada Área debería tener su propio Hospital de referencia, situación factible si consideramos tanto los nuevos Hospitales abiertos en Madrid como los actualmente en construcción, así como la incorporación a la red de utilización pública de otros Hospitales actualmente infrutilizados (Hospital Gómez Ulla,....)

2.2. ESTRUCTURA DIRECTIVA DEL AREA

Como apuntamos en el punto anterior, es muy importante plantearse la reforma del marco gestor en el que se han de mover las Áreas de Salud de Atención Primaria, sobre todo si consideramos el siguiente punto sobre descentralización. Hacemos una apuesta decidida por que las Áreas de Salud de Atención Primaria tengan personalidad jurídica propia que permitiría no sólo una gestión y, por lo tanto, un funcionamiento más ágil y eficiente sino, lo que es más importante, una descentralización real de la gestión en los Centros de Salud, un nivel de autogestión muy superior al actual, ya que la Gerencia de Área podría delegar real y formalmente competencias y responsabilidades en los Consejos de Gestión de los Centros de Salud.



El Área de Salud, así concebida, necesita unos órganos de gobierno y de dirección adecuados a sus responsabilidades y en los que participen de manera activa todas las partes involucradas. Estos serían:

- Consejo de Gobierno:

Sus competencias debieran ser las habituales en este tipo de organismos con personalidad jurídica propia (establecer líneas de actuación, estrategias y objetivos, establecer y aprobar los planes económicos y la cuenta de resultados, nombrar y cesar a los directivos, etc.).

En su composición deben figurar: los representantes de la propiedad (Servicio Madrileño de Salud, la administración local (Ayuntamiento/s que formen parte del Área), los destinatarios de los servicios (usuarios) y los profesionales que los prestan (“Representantes de los centros”). Igualmente, podrían estar representadas otras instituciones y organizaciones que, en cada caso, se pudiera considerar de interés (Universidad, etc.)

El Director Gerente como máximo responsable de la gestión en el Área de Salud le corresponde implantar y desarrollar las directrices y líneas de actuación marcadas por el Consejo de Gobierno. Formará parte del Consejo de Gobierno con voz y **con** voto al que rendirá cuentas de todas sus actuaciones. De él dependerá el Consejo de Dirección del Área (Dirección Médica, Dirección de Gestión, Dirección de Enfermería).

- Consejo de Dirección del Área:

Dirección Médica, Dirección de Gestión, Dirección de Enfermería y Director Gerente.

Su misión será la de diseñar y proponer al Consejo de Gestión del Área los criterios y procedimientos de: distribución de recursos entre las diferentes unidades, reparto de incentivos tanto entre las diversas unidades, como entre los distintos profesionales de cada unidad, acceso a los diversos niveles de descentralización y la coordinación con el nivel especializado.

Así mismo, y tras la discusión y aprobación de las distintas posturas de cada E.A.P., será este órgano el encargado de aprobar para todo el área los puntos antes mencionados.

- Consejo de Gestión del Área

Estará compuesto por los Representantes de los Consejos de Gestión de los Centros de Salud del Área más el equipo directivo de la misma.

Entenderá e informará sobre todos aquellos aspectos de interés general para el conjunto de la organización. Específicamente será de su competencia transmitir, para su discusión y aprobación, a los profesionales de sus E.A.P.:

- Los criterios de distribución de recursos entre las diferentes unidades del Área.
- Los criterios de reparto de incentivos tanto entre las diversas unidades, como entre los distintos profesionales de cada unidad.
- Los criterios y procedimientos para acceder a los diversos niveles de descentralización.
- Las pautas y criterios de coordinación con el nivel especializado.

Igualmente:

- Conocerá/informará sobre los acuerdos adoptados por las Comisiones Técnico-Asistenciales del Área.
 - Elevará propuestas al Consejo de Gobierno y al Consejo de Dirección a través del Director Gerente del Área para lo que podrá dotarse de diversas comisiones o grupos de trabajo.
 - Informará la propuesta de objetivos del Área, con especial referencia a los objetivos en materia de organización y gestión.
- Comisiones técnico asistenciales:

Estas comisiones sólo tienen un poder informativo consultivo

Estará compuesto por:

- Miembros de los EAP.
- Los Responsables de Medicina, de Enfermería y la UNAD de todos los EAP
- Miembros de las Direcciones de Medicina y de Enfermería

Podrá funcionar en pleno o en Comisiones como por ejemplo:

- Comisión clínica.
- Comisión de cuidados.

Sus competencias específicas serán:

- Informar o proponer objetivos asistenciales del Área.
- Informar o proponer objetivos en formación e investigación del Área.
- Informar o proponer objetivos en uso racional del medicamento del Área
- Informar o proponer cuantos temas considere de interés para el buen desarrollo de la labor asistencial en el Área.

3. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL EAP

Todas las funciones deben ir dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectivo de la población adscrita al EAP. Los profesionales de Atención Primaria deben convertirse en “garantes” de salud de sus pacientes.

Diferenciamos cinco funciones básicas:

3.1. ATENCIÓN DIRECTA.

El objetivo es dar respuesta a la/s demanda/s y necesidades de mantenimiento y mejora de la salud del ciudadano.

- Personal sanitario

Abordará problemas físicos, psíquicos y sociales, en diferentes edades, se realizan actividades de promoción de la salud, preventivas, curativas y rehabilitadoras. Se utilizarán diversas herramientas con una variada forma de organización gestionando recursos de toda índole que el sistema sanitario y la sociedad ponen a su disposición

Es deseable seguir avanzando en mejorar la capacidad de resolución de los distintos profesionales del Equipo:

- Los médicos de familia y pediatras: a través de la disponibilidad de un catálogo básico de pruebas diagnósticas y establecer una adecuada coordinación con Atención Especializada, de forma que AP se corresponsabilice de la gestión de las demoras para el acceso a las consultas de AE.
- Las enfermeras: a través de la aplicación del método científico ayudando a la población en todos los problemas de autocuidado que se le presenten, de forma que estos profesionales sean los responsables de la gestión de los procesos enfermeros y ejes de la coordinación sociosanitaria de la AP. Para ello es necesaria una delimitación clara de las familias y la comunidad con las que trabaje de forma que pueda implantar las intervenciones, individuales y comunitarias, que dicha población requiera, llevándolas a cabo tanto en el centro de salud, en el domicilio y en la propia comunidad.

Es conveniente recordar que las actividades administrativas que no impliquen decisiones clínicas y que suponen un tiempo muy importante de la actividad asistencial deberían ser reducidas al máximo, simplificando los circuitos, así como concluir la informatización de los C.S. y dotar del personal administrativo adecuado para que apoyen esta actividad.

- Personal No Sanitario

Su papel fundamental es proporcionar el acceso de los ciudadanos con el sistema sanitario, facilitando el acceso directo a los centros y servicios de la AP y la derivación al resto del sistema, siendo por tanto el agente principal a la hora de ofrecer la información a la población sobre las posibilidades de atención y las prestaciones así como los trámites necesarios para su acceso. Si bien es importante esta función de cara al ciudadano, no es menor la de apoyo a la organización interna que facilita y optimiza el resto del trabajo del centro, por lo tanto podríamos definir las siguientes tareas:

- Area de admisión: se encargaría de la cita de Atención Primaria, registro de avisos, cita de pruebas diagnósticas y citación con especializada.
- Area de Gestoría: tramitaría tarjeta sanitaria, asignación de médico y enfermera, reintegro de gastos, prestaciones ortopédicas, libre elección de especialista, atención a inmigrantes, oxigenoterapia. En los centros de salud informatizados podrían entregar las recetas para los tratamientos crónicos y determinadas IT.
- Area de Secretaría: realizaría facturación a terceros. Tramitación de los partes de suministro almacén , sellos y recetas. Registro y archivo de correspondencia y documentación. Registro de actividad mensual y otros registros (EDO, mortalidad, CRONICOS- morbilidad), TAIR, OMI.

3.2. RELACIONES CON LA COMUNIDAD.

Dentro de las funciones del EAP es fundamental la relación con la comunidad, que se establece a través de la participación comunitaria y las actividades de Educación para la Salud realizadas fuera del centro de salud, por medio de proyectos educativos con los centros educativos y colaboraciones de distinto tipo con asociaciones, centros de día, etc...

La Atención Primaria tendría que avanzar hacia:

- La comunicación recíproca entre los profesionales sociosanitarios y los ciudadanos.
- Intervenciones conjuntas con la comunidad sobre aspectos de salud de la misma (educativas, medioambientales,...)
- Relaciones con los medios de comunicación para la promoción de salud y el acercamiento a la comunidad.
- Participación de la comunidad en la organización de los centros.

3.3. DOCENCIA

La formación continuada de los profesionales es un activo imprescindible para mantener la competencia profesional, la excelencia clínica y la capacidad de resolución de los profesionales; por lo que debe facilitarse el acceso y la participación a las actividades docentes y sobre todo hacer más hincapié en las áreas funcionales específicas de cada profesión que tienen mayor impacto en sus competencias funcionales (patologías prevalentes, gestión clínica, uso racional del medicamento, cuidados de enfermería, gestión de casos, habilidades de comunicación, trabajos en grupos, EPS, etc) para los profesionales sanitarios y las áreas de informática y atención al usuario como temas preferentes en la formación continuada para administrativos y celadores.

También es fundamental contar con la importante capacidad docente de los centros de salud en los aspectos de la propia formación continuada, y en la formación de otros profesionales del campo de la salud y tanto en el periodo de pregrado (médicos, enfermeras, fisioterapeutas...) como de postgrado (Medicina de Familia, Pediatras, Enfermeras, Fisioterapeutas, Trabajo Social, etc.). La adquisición de los conocimientos y habilidades propias de la AP, puede enriquecer la visión de sus actividades profesionales futuras.

3.4. INVESTIGACIÓN

La investigación es un derecho y un deber en Atención Primaria sobre los diferentes aspectos de su ámbito de trabajo que van desde profundizar en el conocimiento clínico epidemiológico a la investigación de los sistemas de citación y accesibilidad a los servicios, la gestión de usuarios, organización del trabajo, calidad de vida, gestión de procesos, niveles de dependencia de cuidados, etc. Para ello es preciso investigar teniendo en cuenta la perspectiva tanto de los profesionales como la de los usuarios.

Es importante potenciar y facilitar esta función facilitando la formación en metodología de investigación, y aportando recursos y apoyo técnico suficientes para su desarrollo.

3.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN.

La organización interna de EAP ha de orientarse hacia el usuario en función e la competencia profesional de cada una de las disciplinas que componen los miembros de del EAP para que la oferta de servicios se adapte a las necesidades que la población, le demanda y a los cambios que se van produciendo. Es posible mejorar esta situación mediante la creación de foros de participación de los ciudadanos, la formación continuada, adecuación de plantillas y organización de las agendas; así como facilitar a los profesionales las herramientas de gestión y el tiempo necesario para esta actividad. También es imprescindible que las Unidades Administrativas participen activamente en la organización interna del C.S., siendo aconsejable que el responsable esta Unidad trabaje coordinadamente con el resto del equipo directivo del EAP

Una estrategia para conseguir que la organización aprenda y mejore, adaptándose a las necesidades de sus clientes, es la incorporación de la metodología de la gestión de la calidad total. Entre los principios de esta metodología queremos destacar los siguientes:

- La orientación al cliente.
- El enfoque centrado en los procesos. Dentro de éste es necesario realizar la identificación y control de todos los procesos clave de los distintos profesionales del equipo, como método imprescindible para su mejora
- La mejora continua: La utilización de ciclos autoevaluativos respecto a un modelo de excelencia.

También como elemento para el análisis se podría estudiar la posibilidad de dejar centralizada la línea de atención al cliente, con el objetivo de conseguir un común en todo Madrid, con independencia del nivel de autogestión de cada EAP. En este supuesto, el personal administrativo de los centros dependería de un órgano común de gestión, de tal forma que todos los procesos de “gestión de usuarios” estuvieran unificados en toda la Comunidad de Madrid. La integración funcional de este personal sería al correspondiente E.A.P, y su dependencia orgánica a una oficina central de gestión de usuarios.

4. OFERTA DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La necesaria y correcta atención a las personas pasa por un enfoque bio-psico-social inherente a la atención primaria de salud, que requiere la participación de todos los profesionales de atención primaria (médico de familia, pediatra, enfermera, y unidades de apoyo) y la coordinación tanto con el segundo nivel de atención sanitaria como con los recursos sociales dependientes de otras instituciones para que estos ciudadanos alcancen un grado adecuado de autonomía en el cuidado de su salud.

La oferta de servicios en los centros de atención primaria asegurará las prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud y que quedan recogidos en el Anexo 1 del Real Decreto Ley 63/95.

En lo referente a Atención Primaria contempla actividades de prevención y promoción de la salud, asistencia y rehabilitación que van dirigidas tanto a población sana como a población enferma y que se realizan tanto en el centro de salud como en el domicilio y la comunidad:

4.1. ACTIVIDADES PROMOCIÓN Y DE PREVENCIÓN DE LA SALUD

La educación para la salud, tanto a población sana como enferma, debe potenciarse en los EAP, bien sea de forma individual o grupal. Los cambios en la morbilidad, los estilos de vida y la situación social irán definiendo la población diana de estas intervenciones, así como el lugar más idóneo para su realización: centros de salud, centros educativos y comunidad. Hay que tener en cuenta que a los colectivos con una larga tradición en la intervención de EPS como son las personas con problemas de salud crónicos (diabetes, HTA, asma, epoc,...), se le han ido sumando otros relacionados con: riesgos y estilos de vida saludables (fumadores, personas con ansiedad, sedentarias, con problemática psicosocial,...), y otros relacionados con transiciones y etapas de vida vulnerables (madres/padres, adolescentes, ancianos, cuidadores, mujeres en etapa perimenopausica, inmigrantes,...).

Debe asegurarse como mínimo:

- Las vacunaciones infantiles según el calendario vacunal y *las vacunaciones recomendadas para adultos* según edad, sexo y situación de riesgo.
- Actividades de salud bucodental y aplicación de medidas preventivas como flúor tópico, obturación del molar y sellado de fisuras .
- Detección precoz de problemas de salud según edad y sexo (Anexo VII):
- Los *exámenes de salud periódicos en niños, adolescentes, adultos y ancianos* que según la evidencia científica disponible sirvan para detectar y

posteriormente tratar patologías relevantes por su prevalencia, gravedad y repercusión.

- La *detección precoz del cáncer* de endometrio, cérvix y mama incluidos en los programas de Atención a la Mujer, deben realizarse a instancias de Atención Primaria requiriendo una estrecha coordinación y colaboración con Atención Especializada.
- En cuanto al embarazo, la captación de la mujer en el primer trimestre de gestación, el seguimiento del embarazo normal con los consiguientes exámenes periódicos coordinados con el tocólogo y la psicoprofilaxis obstétrica deben considerarse actividades propias de la atención primaria de salud.
- En salud bucodental exámenes de cavidad oral a niños y mujeres embarazadas.

4.2. ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD

En Atención Primaria de salud se detectan y tratan una gran diversidad de problemas de salud. La identidad de procesos, su gravedad, su repercusión en el ámbito familiar, etc., es muy diversa, si bien, por su prevalencia y repercusiones en la calidad de vida cabría destacar la atención a:

- Patología crónica: HTA, diabetes, hiperlipemia, cardiopatía isquémica, EPOC, patología musculoesquelética, enfermedades neurológicas (Parkinson, demencia, cerebrovasculares),..., y sus secuelas.
- Problemas mentales: ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento alimentario, ...
- Situaciones de maltrato.
- Personas dependientes y ancianos de riesgo (incontinencia urinaria, caídas, deterioro cognitivo, inmovilización).
- Personas en fase terminal derivada de distintas situaciones: neoplasias, demencias, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, SIDA,...
- Procesos en los que concurren problemas físicos, psíquicos y sociales y que precisan de intervenciones de tipo psicoterapéutico y social de forma coordinada.

Además, la demanda urgente debe ser atendida desde y con los recursos de Atención Primaria, tanto en el centro como en el domicilio, adaptando la organización de los centros de salud y los recursos para garantizar su correcto abordaje y, si fuera necesario, la derivación urgente al medio hospitalario.

Respecto a la atención a las emergencias, esta debe estar basada en un dispositivo diferenciado y dependiente de un centro coordinador que garantizara este servicio con medios asistenciales y de transporte propios, y que fuera único en toda la Comunidad de Madrid.

Esta variedad de problemas requiere de distintas actuaciones y procedimientos, concretados para cada usuario y situación, y que pueden agruparse en:

- Realización de pruebas diagnósticas: desde Atención Primaria debe de tenerse acceso a la indicación y prescripción de las pruebas complementarias necesarias y suficientes para la correcta atención a los procesos patológicos. A nivel del centro de salud se realizarán las exploraciones y pruebas del Anexo VIII. Se podrán solicitar a atención especializada las exploraciones del Anexo IX.
- Aplicación de tratamientos: En los centros de salud y si procede en el domicilio del paciente se aplicarán tratamientos bien por los profesionales del EAP o por el personal de apoyo a los mismos, tales como fisioterapeutas y matronas. (Anexo X)

Dentro de la atención a las personas con problemas de salud, debe tenerse en cuenta que frecuentemente se encuentran procesos que son origen o consecuencia de alteraciones y cambios en la situación familiar. Esto repercute en la estructura, organización y dinámica de la familia, produciendo situaciones de riesgo que se manifestarán en cada uno de sus miembros.

Los diferentes miembros del EAP deben ser capaces de:

- Realizar un diagnóstico básico de la situación familiar. (genograma familiar).
- Informar a la familia de la patología y/o situación de riesgo que se ha producido.
- Formar a los cuidadores en el cuidado del familiar enfermo y en el propio cuidado para el mantenimiento de su calidad de vida.
- Apoyar y orientar en las decisiones que impliquen a la familia
- Informar a cerca de los recursos sociales de apoyo disponibles en su Area.

Por otro lado los problemas de salud afectan al mantenimiento y desarrollo de la situación biológica psicológica y social de los individuos, su familia y entorno, por lo en algunos casos es necesario plantear una intervención sociosanitaria. Con el fin de facilitar el acceso y correcta utilización de los recursos sociosanitarios existentes es necesario que, desde los EAP, se realice:

- Una valoración sociosanitaria de personas de riesgo como, por ejemplo: enfermos con incapacidad funcional física o mental, niños nacidos en familias desestructuradas o con problemas de convivencia, personas maltratadas, familias individuos con problemas de drogodependencia, ancianos que viven solos, personas aisladas socialmente, etc.
- Una gestión de casos de este tipo de problemática de forma que se asegure la adecuada movilización de recursos sociales y sanitarios disponibles.

5. ORGANIZACIÓN:

5.1. LA ESTRUCTURA DIRECTIVA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La asunción de competencias gestoras formales, y por lo tanto de responsabilidades específicas, lleva aparejada la necesidad de que exista en los E.A.Ps. una estructura directiva sólida que sea capaz de garantizar el desarrollo y cumplimiento de los objetivos de la organización a la vez que concitar los apoyos de la gran mayoría de los profesionales garantizando la especificidad de cada disciplina pero asegurando el cumplimiento de objetivos comunes.

La estructura directiva en los E.A.Ps. (Consejo de Gestión del Centro) debe tener un ámbito de Centro (anexo V), de tal manera que, bajo su dirección deberán estar la totalidad de los servicios que se presten desde ese Centro y estén considerados dentro del ámbito de la Atención Primaria, así como todo el personal adscrito a los mismos. La tendencia debiera ser a que en un mismo Centro de Salud sólo exista un Equipo de Atención Primaria con, en su caso, las Unidades de Apoyo correspondientes.

La estructura directiva deberá ser flexible para adaptarse a situaciones bien distintas. Podrá haber varios “responsables de distintos aspectos asistenciales u organizativos” (educación para la salud, vacunas, calidad, docencia,...) como sea necesario en función del tamaño del EAP, la población, la dispersión geográfica y existencia de Unidades de Apoyo en el CS.

Los elementos del Consejo de Gestión del Centro, serán:

5.1.2. REPRESENTANTE DEL CENTRO DE SALUD:

Es en quién recae la competencia de representar, las decisiones colegiadas de los Coordinadores del E.A.P., en los distintos órganos de gobierno del Área, además de representar a las unidades de apoyo que pudieran existir en el centro .

- Asumirá las funciones de Coordinador Médico, de Enfermería o de UNAD propias.
- Será un profesional sanitario (grupos A ó B) o no sanitario.
- Será elegido por los Coordinadores del E.A.P.
- Este puesto no supondrá un incremento en las retribuciones salariales salvo aquellas derivadas de desplazamientos y gastos de representación.
- Es altamente conveniente que el Representante del Centro siga manteniendo actividad asistencial.

5.1.3. COORDINADOR DE ENFERMERÍA:

- Responsable de coordinar el conjunto de procesos enfermeros del Centro de Salud.

- Será nombrado por el Gerente a propuesta del Director de Enfermería del Área.
- Es conveniente que el Coordinador de Enfermería siga manteniendo actividad asistencial. Para ello, la fórmula sería una limitación en el tamaño de sus cupos o bien que se oferte una “prolongación de jornada” retribuida.
- Es necesario que sus retribuciones se correspondan con el nivel de responsabilidad que desempeñe.
- Será su responsabilidad la coordinación de la atención a los usuarios del E.A.P.

5.1.4 COORDINADOR DE MEDICINA:

- Responsable de coordinar el conjunto de procesos médicos del Centro de Salud.
- Será nombrado por el Gerente a propuesta del Director de Medicina del Área.
- Es conveniente que el Coordinador de Medicina siga manteniendo actividad asistencial. Para ello, la fórmula sería una limitación en el tamaño de sus cupos o bien que se oferte una “prolongación de jornada” retribuida.
- Es necesario que sus retribuciones se correspondan con el nivel de responsabilidad que desempeñe.

5.1.5. COORDINADOR DEL ÁREA):

- Responsable de coordinar el conjunto de actividades, programas, etc, que se realizan en la unidad administrativa ~~y de atención al usuario.~~
- Serán nombrados por el Gerente a propuesta de los Coordinadores de Enfermería y Medicina.
- Es conveniente que el Coordinador del Área Administrativa siga manteniendo su actividad. Para ello, la fórmula sería una limitación en de participación en las tareas de esta unidad o bien que se oferte una “prolongación de jornada” retribuida.
- En necesario que sus retribuciones se correspondan con el nivel de responsabilidad que desempeñe.

5.2. LA DESCENTRALIZACIÓN EN LOS CENTROS

La descentralización de la toma de decisiones, constituye la base de la autogestión. Se podrían estudiar, a la hora de plantear este tema, distintas alternativas respecto a la capacidad de toma de decisiones por parte de los E.A.Ps.

Para resumir estas cuestiones, se ha optado por contemplar distintos niveles de acceso a decisiones, según el consenso de los profesionales previo a la oportuna acreditación para ello, de tal forma que los grupos de profesionales que constituyen el E.A.P. pudiesen asumir distintos grados de autogestión de modo progresivo y de manera voluntaria.

- **Primer nivel de autogestión:** sería equivalente a la que existe actualmente con competencias “cedidas” (no delegadas formalmente) .
- **Segundo nivel de autogestión:** en el cual existiría una delegación formal mediante el cálculo y transferencia de un presupuesto por capítulos al E.A.P. y de competencias. Ambos aspectos estarían recogidos en el correspondiente contrato y afectarían a materias como:
 - Infraestructuras.
 - Gestión económica y de almacenes.
 - Gestión de personal, organización y funcionamiento de las unidades asistenciales.
 - Farmacia.
 - Cartera de servicios y programas de salud.
 - Formación e investigación.
 - Atención al usuario
 - Relaciones con Atención Especializada.

Este sería el nivel general de la organización, reservándose el anterior para aquellos casos que, por características especiales, no pudiesen o no quisieran acceder a este segundo nivel. La transferencia de riesgo de la que se habla aquí estaría sustentada en la vuelta al primer nivel de descentralización del E.A.P. en caso de incumplimiento de los contratos.

5.3. RECURSOS:

Para establecer los recursos necesarios para la Atención Primaria se parte de las premisas:

- La Atención Primaria tiene que dar respuesta a la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, así como realizar la promoción y prevención, etc., por lo que sus profesionales deben desarrollar un amplio perfil y ser la base del sistema sanitario.
- Los recursos deben estar en concordancia con las funciones y actividades a realizar el E.A.P. Éstas, estarán delimitadas por las necesidades de la población, la políticas sanitarias (de Área, de la Comunidad y Ministeriales) de acuerdo con el marco competencial de cada disciplina.

El objetivo de la Atención Primaria es mejorar la salud de la población unida a la satisfacción de los ciudadanos. Precisa por tanto una estrategia de Calidad Total que afecte a todos y cada uno los componentes del sistema de A.P.:

- Estructurales:
 - Equipamiento físico: centro de salud.

- Recursos materiales.
- Recursos humanos.
- Organización del E.A.P.
- De los profesionales:
 - Competencia científico-técnica de los profesionales:
 - Especialidad de enfermería en Salud Comunitaria.
 - Especialidad de MFyC y Pediatría.
 - Personal administrativo con formación previa.
 - Un número amplio y diverso de actividades a realizar por los mismos.

La atención de calidad se basa también en unas condiciones de trabajo en las que debe estar definido y garantizado un tiempo mínimo para cada una de las funciones y actividades del E.A.P. En el caso de los profesionales sanitarios, las tareas de asistencia directa a los usuarios (consulta a demanda y concertada, avisos y visitas domiciliarias, educación para la salud grupal, actividades comunitarias,...) deben ocupar un tiempo que permita, dentro de la jornada laboral, dedicar espacios para otras tareas que aseguran la calidad de los servicios prestados:

- Organización/gestión del propio E.A.P. y del Área.
- Docencia, formación
- Investigación.
- Relación con A.E.
- Relaciones con la comunidad

Uno de los recursos más importantes de los que dispone el profesional de Atención Primaria es el tiempo, por lo que es necesario definir los rendimientos de cada actividad y la necesidad de horas/profesional que de ello se deriva para garantizar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente y del profesional.

Se está evidenciando la necesidad de establecer un tiempo medio adecuado para visita que facilite la mejora del proceso de atención. Para ello se tendría que tener cupos adecuados por médico/a y enfermero/a, que deberán variar en relación a una serie de variables conocidas: estructura de población, dispersión geográfica y características de la población que influyen en su frecuentación (edad, nivel de dependencia y de necesidad de cuidados, temporalidad, inmigración, grupos poblacionales específicos, ...).

Donde también merece la pena actuar para rentabilizar el recurso "Tiempo" es sobre la organización. Se debe disponer de los medios adecuados: informatización del centro, incluyendo las consultas, y personal administrativo, que permita disminuir las actividades administrativas y deje más tiempo para todas las actividades de la Atención Primaria.

El núcleo básico del equipo de Atención Primaria es el formado por las enfermeras y auxiliares de enfermería, los médicos de familia y pediatras, y el personal administrativo.

Se requieren unas unidades de apoyo básicas que permitan desarrollar todas las funciones y actividades del E.A.P.:

- Atención a la mujer.
- Fisioterapia.
- Salud bucodental.

En cuanto al personal no sanitario del E.A.P., es conveniente crear una nueva figura que aglutine a los auxiliares administrativos y a los celadores, de forma que se logre más eficiencia en la organización.

5. 4. MOTIVACION y SISTEMA RETRIBUTIVO:

Es importante modificar paulatinamente el sistema retributivo en varias líneas:

- Incrementar la parte capitativa, ponderada por edad, hasta alcanzar entre un 30 y un 40%. Con ello no se compensaría adecuadamente a los profesionales que más población atienden. Esta parte capitativa hay que hacerla extensiva a la enfermera en función de la población que realmente tiene adscrita.

Obviamente los cupos profesionales tienen que tener límites para evitar el fenómeno de captación económica de población.

- Incrementar la parte variable de las retribuciones hasta alcanzar un 25-30%, con dos componentes: uno unido al nivel de prestaciones ofertado y realizado con la población, y otro unido a la consecución de objetivos marcados, tanto asistenciales como de utilización de recursos.
- Los profesionales no sanitarios también tendrían una parte del sueldo variable, una en lo que se refiere a características del equipo y otra unida a la consecución de objetivos.

Entendemos que es importante, para favorecer la motivación e implicación de los profesionales con los objetivos de los centros, avanzar en otros aspectos de desarrollo profesional y compensación del trabajo que no estén basados exclusivamente en las retribuciones económicas; a este respecto se debería intentar trasladar la carrera profesional y la promoción horizontal a los profesionales de A.P. aprovechando los resultados y experiencias desarrolladas en otras partes del sistema sanitario de nuestra región y país .

5.5. CONTRATOS DE GESTIÓN:

Desde hace algunos años se viene desarrollando una fórmula que permite la separación funcional de competencias con la introducción de los Contratos de Gestión (CG) en las organizaciones sanitarias tanto de AP como de AE.

Conceptualmente el CG se puede definir como un instrumento de relación entre la entidad financiadora con los centros sanitarios públicos que vincula la actividad con el presupuesto asignado a cada centro. Los objetivos principales del CG son transmitir con claridad las objetivos definidos para cada centro, promover la autonomía y descentralización en la gestión y estimular la eficiencia, pudiendo posibilitar la competencia interna gestionada entre los centros de AP.

Probablemente, las fortalezas de los CG descansan en tres puntos clave:

- Facilitar la sustitución del uso de la autoridad, como mecanismo de gobierno, por la de descentralización de las decisiones en los centros asistenciales que mejoren el nivel de autonomía manteniendo los objetivos institucionales.
Los objetivos son fijados en una negociación entre las partes implicadas, aspecto que facilita que los centros de salud se constituyan en centros de beneficio para la organización y fomentar la descentralización de las decisiones y la propia organización de los centros.
De este modo, el CG de las Gerencias del Insalud recoge la suma de los acuerdos pactados con los centros de salud, definidos por la Cartera de Servicios con sus criterios de calidad, así como por los recursos necesarios para conseguirlos.
- Permite clarificar las responsabilidades de cada uno de los centros y sentar un procedimiento de dirección participativa por objetivos que facilita producir actividades sanitarias asociadas a las necesidades y problemas de salud de la población.
Para mejorar las posibilidades de los CG es muy interesante que el procedimiento de contratación (definición del contrato, contenido, evaluación del cumplimiento...) esté integrado dentro del ciclo de planificación (determinación de problemas, disposición de medios, ordenación de las actuaciones, evaluación...) y que exista una concordancia entre las responsabilidades de la autoridad sanitaria y las actuaciones de los centros asistenciales.
- Introduce un cambio en el sistema de incentivos organizativos e individuales basado en la mejora del rendimiento y huir de la linealidad y homogeneidad retributiva aislada de la consecución de resultados.

A pesar de las posibilidades que ofrece el CG, posee algunas limitaciones que le restan efectividad y que podrían mejorar con algunos cambios como la fijación de un mayor horizonte temporal de fijación de los objetivos y la evaluación, orientar

las actividades asistenciales a planes y objetivos de salud y de potenciar de una forma real la asignación del presupuesto con la población cubierta y la actividad.

6.RELACIONES CON EL RESTO DEL SISTEMA:

6.1. RELACIONES CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

Uno de los principales problemas de los profesionales sanitarios para la actividad cotidiana, es la falta de una coordinación eficaz entre los distintos niveles asistenciales, principalmente entre Atención Primaria (AP) y Asistencia Especializada(AE), aunque cabrían otros puntos de mejora en la coordinación con otros servicios (AP y servicios sociosanitarios o AE intra y extrahospitalaria).

Podríamos diferenciar tres funciones básicas de la A.E. en relación con la A.P.:

- La función de internamiento.
- La función de consultoría ambulatoria: donde la enfermera o el médico de AP realiza una interconsulta con el especialista para que le aporte información adicional sobre el diagnóstico o tratamiento de la persona que le permita mantener a la misma bajo los cuidados de los profesionales asistenciales del E.A.P., o bien se deriva al usuario para que la A.E. se haga cargo de todas las decisiones y control del proceso asistencial de forma continuada.
- La función de apoyo diagnóstico.

Las que aportan más posibilidades de modelos de organización mixtos son sobre todo las dos últimas, siendo también las más frecuentemente utilizadas por AP. Si bien, en el caso de las de las enfermeras deben definirse los canales necesarios de consulta y/o derivación.

Así en la función de consultoría cabe la posibilidad de introducir instrumentos de gestión contractual, por medio de la compra de interconsultas o horas de actividad a los especialistas de referencia. Dejando en manos de los profesionales de AP la posibilidad de elegir especialista e incluir determinados aspectos de organización del acceso (horarios, partes de interconsultas, ...)

Esta posibilidad tendría que contemplar la garantía de que el especialista elegido se mantenga estable en cuanto a su horario o dedicación, ya que uno de los efectos que se buscan es mantener una buena relación profesional con el especialista, no con la especialidad, que permita llegar a compartir criterios asistenciales y una estrecha relación interpersonal.

Lógicamente esta elección debe tener repercusiones económicas para el elegido, bien por pago por la actividad o la dedicación horaria adicional realizada o por competición sobre bolsas económicas en torneo con otros profesionales/centros. Situación que puede incrementar el coste adicional del servicio, aunque cabrían fórmulas que permitieran sustituir las plantillas de guardia de los hospitales para aumentar la actividad de consulta en horarios adicionales de tarde, de forma que no se genere un incremento de costes excesivo y se dan salidas adecuadas a los profesionales que por distintos motivos desean dejar las guardias.

En la función de apoyo diagnóstico podría mantenerse el mismo procedimiento de compra de determinados servicios o la posibilidad de que los servicios de diagnóstico extrahospitalario, ubicados en los Centros de Especialidades Periféricas, fueran gestionados desde la Atención Primaria.

Además de estas medidas de gestión es importante continuar con otros aspectos que mejoren la necesidad de centrar el sistema sanitario en la A.P. como elemento integrador y facilitador del intercambio de información sobre usuarios y sobre las competencias de cada nivel:

- Abordaje de temas de salud y de formación entre las enfermeras, los M.F. y los especialistas de referencia por medio de interconsulta de casos, elaboración de protocolos, sesiones clínicas, etc.
- Mejorar la organización asistencial: agendas de especialistas, asignación de especialistas a los Centros, intercambio de información clínica, temas asistenciales relacionados con los programas y protocolos del Área, problemas de listas de espera, temas de Docencia e investigación, etc.
- Circuitos de acceso a los servicios de Admisión: programa de citaciones en las consultas y servicios diagnósticos de Atención Especializada, programa de notificación de las altas hospitalarias a los Centros de Salud, etc.

6.2. RELACIONES CON EL MEDIO SOCIOSANITARIO:

El envejecimiento de la población, los cambios sociales de estructura familiar y la aparición de colectivos con nuevas demandas sociales, hacen que cada vez sea mas necesario plantear una adecuada red de asistencia social con una estructura de recursos y servicios propios, proporcional a la red desarrollada en los servicios sanitarios en los últimos años.

La Atención Primaria debe jugar un papel fundamental en la coordinación de los servicios sanitarios con esta red de servicios sociales para facilitar unos cuidados continuados de estos grupos de población.

Creemos necesario avanzar en:

- Definir el modelo concreto de coordinación en la atención a personas con dependencias de cuidados entre servicios Sociales y los Sanitarios.
- Establecer órganos reconocidos de coordinación con unos objetivos y competencias bien definida, con una clara delimitación territorial y que permita la coordinación efectiva de los esfuerzos y recursos de las administraciones implicadas.
- La creación de la figura del “Gestor de Casos” como fórmula para gestionar y coordinar mejor cada uno de los casos sociosanitarios, a través de una sistemática de trabajo previamente planificada y coordinada. Esta figura

debe garantizar la adecuada utilización de todos los recursos sanitarios y sociales disponibles, así como de la red informal de cuidados y voluntariado, posibilitando una buena atención de las necesidades identificadas y contribuyendo a prevenir y mejorar la situación sociosanitaria del paciente y cuidador. Los enfermeros que trabajan en los Equipos de Atención Primaria, son los profesionales que, tanto por su formación como por su perfil profesional, están relacionados fundamentalmente con el cuidado de la población, por lo que deberían asumir dicha figura. Esto requerirá que se determinen unos criterios de adscripción de población, que permitan hacer compatible sus actuales funciones con las de gestor de casos, y revisar las necesidades de formación específicas de las enfermeras que trabajan en Atención Primaria para desarrollar esta nueva responsabilidad. Así mismo, es necesario el respaldo normativo que defina el perfil, atribuciones y responsabilidades del Gestor de Casos, para su implantación.

6.3. RELACIÓN CON EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA:

La Salud Pública aún siendo una parcela claramente diferenciada de la Atención Primaria de Salud, está íntimamente relacionada con ella. El papel de puerta de entrada que desempeña la Atención Primaria unido al de agente del ciudadano ante el resto del Sistema Sanitario, hace que sea imprescindible un alto grado de interconexión funcional entre ambos dispositivos.

Los Servicios de Salud Pública necesitan ineludiblemente de los dispositivos y profesionales de la Atención Primaria tanto para la detección como para el abordaje de numerosos problemas que los afectan. A la inversa, es imprescindible el concurso de Servicios de Salud Pública altamente cualificados para abordar de manera reglada y técnicamente competente los múltiples y cada vez más complejos problemas que, en esta materia tiene planteados una sociedad desarrollada como la nuestra.

Por lo tanto, planteamos una situación en la que se posibilite un alto nivel de coordinación funcional. Ello se facilitaría con la participación o integración estructurada de los Servicios de Salud Pública en los órganos de gobierno y técnicos del Área de Salud. Igualmente, podría ser aconsejable la creación de un "Consejo de Salud Pública del Área" en la que estuvieran representados no sólo la Salud Pública y la Atención Primaria, sino también la Atención Especializada, Ayuntamientos y otros organismos o instituciones con competencias o funciones en dicha materia.

7. PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS Y LIBRE ELECCIÓN.

7.1. PARTICIPACION COMUNITARIA

Es necesario impulsar la participación activa de los ciudadanos en los temas relacionados con la salud y la organización de los servicios sanitarios. De esta manera habría que desarrollar dos líneas de actuación:

- Participación de la comunidad en los órganos de decisión del Area.
- Impulso de Consejos de Salud con ámbito de barrio, zona, distrito o localidad, según los casos que busquen la implicación de la población en la resolución de los problemas sanitarios de la comunidad.

7.2. LIBRE ELECCION DE PROFESIONAL

Es muy importante conseguir los mayores grados posibles de libre elección individualizada de profesional sanitario: de enfermera y médico por parte de los usuarios. Para ello es necesario modificar el Real Decreto 1575/93, redefiniendo los cupos profesionales y su ámbito territorial de aplicación, dándole la mayor elasticidad posible, sin poner en peligro el funcionamiento global de la A.P.

Anexo I:

Indicadores de actividad asistencial año 2000

	Insalud	Madrid
Presión Asistencial Medicina de Familia	36.4	37.2
Frecuentación Medicina de Familia	6.8	5.5
Tiempo consulta Medicina de Familia	5.9	6.1
Presión Asistencial Enfermería	25.3	22.3
Frecuentación Enfermería	4.2	3.3
Tiempo consulta Enfermería	7.1	8.1
Presión Asistencial Pediatría	25.7	25.4
Frecuentación Pediatría	6.5	6.6
Tiempo consulta Pediatría	8.4	8.5

Fuente: Memoria de Actividad AP. Año 2000

Anexo II:

Evolución de los numeradores de cobertura de Cartera de Servicios de A.P. 1995/2000

TOTAL MADRID		1995	1996	1997	1998	1999	2000
Código	Nombre del Servicio	Numerad.	Numerad.	Numerad.	Numerad.	Numerad.	Numerad.
100	Consulta Niños	336.386	383.170	412.606	441.636	452.588	483.591
101	Vacunaciones	468.665	520.534	560.365	578.335	593.002	629.000
102	Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	73.011	79.435	92.954	98.030	103.825	111.532
103	Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	110.141	122.723	131.609	120.227	130.508	138.025
104	Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	191.312	223.702	260.956	269.024	271.417	295.100
105	Educación para la Salud en Centros Educativos	142	177	274	297	328	344
106	Prevención de la caries infantil	109.565	128.913	177.869	224.801	254.800	269.625
200	Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	16.539	17.098	22.820	22.071	26.190	25.210
201	Seguimiento de la Mujer Embarazada	2.767	4.034	7.480	8.134	8.241	9.625
202	Preparación al Parto	26.611	23.227	27.572	24.719	26.073	28.232
203	Visita en el primer mes de postparto	17.056	16.895	20.646	20.289	23.847	25.824
204	Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos.	131.446	198.558	289.254	387.207	454.284	506.889
205	Vacunación de la Rubeola	57.015	93.235	141.255	174.040	222.278	252.933
206	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	84.795	126.598	171.502	225.404	270.742	330.857
207	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	169.535	222.245	291.113	349.040	423.276	469.290
208	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	25.728	45.722	81.259	70.783	130.381	174.361
209	Atención a la Mujer en el Climaterio	0	0	0	58.861	90.611	114.250
300	Consulta Adultos	1.279.142	1.448.878	1.573.220	1.676.966	1.837.295	2.006.803
301	Vacunación de la Gripe						
	- Mayores o igual a 65 años	315.281	337.485	361.516	367.888	391.446	410.979
	- Menores de 65 años	135.523	157.917	152.165	148.511	153.490	160.704
302	Vacunación del Tétanos	359.326	458.610	637.400	772.397	888.030	1.074.080
303	Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	32.442	42.850	57.988	78.304	92.117	99.328
304	Prevención de enfermedades cardiovasculares	1.614.967	1.965.630	2.183.249	2.099.981	2.276.564	2.403.683
305	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	220.192	258.634	312.765	350.238	383.707	431.624
306	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	69.758	85.967	98.740	100.910	125.720	140.641
307	Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	29.041	41.472	44.608	47.178	48.876	28.702
308	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	55.594	101.353	119.544	145.304	183.354	189.219
309	Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	128.187	157.590	188.703	211.049	224.612	271.645
310	Atención a Pacientes con VIH - SIDA	4.637	5.711	6.757	7.422	8.094	8.137
311	Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	1.952	3.253	4.673	8.990	13.665	17.387
312	Educación para la salud a otros Grupos	2.664	7.591	12.652	27.862	42.053	58.755
313	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	22.170	26.514	30.886	35.910	34.598	34.833
314	Atención a Pacientes Terminales	3.100	4.056	5.105	5.109	5.497	3.925
315	Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	17.130	29.514	20.166	21.989	26.522	28.416
316	Prevención y Detección de Problemas en el Anciano	0	104.691	195.817	129.114	148.935	166.164
317	Cirugía Menor	0	0	0	4.252	13.569	20.137
400	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	18.862	24.409	35.729	42.488	54.237	56.259

Fuente: Subdirección General A.P. INSALUD

Anexo III:

Porcentajes de respuestas satisfactorias “Encuesta Satisfacción de la Población 2000”

Facilidad conseguir cita	85,0%
Cita adaptada a preferencias	80,3%
Tiempo de espera para entrar breve	62,5%
Buena capacidad Aux. Adm.	90,9%
Su medico le dedica el Tiempo Suficiente	95,5%
Valora la capacidad del Med.	96,5%
Valora la capacidad de Enf.	98,4%

Fuente:Subdirección General A.P. INSALUD

Anexo IV:

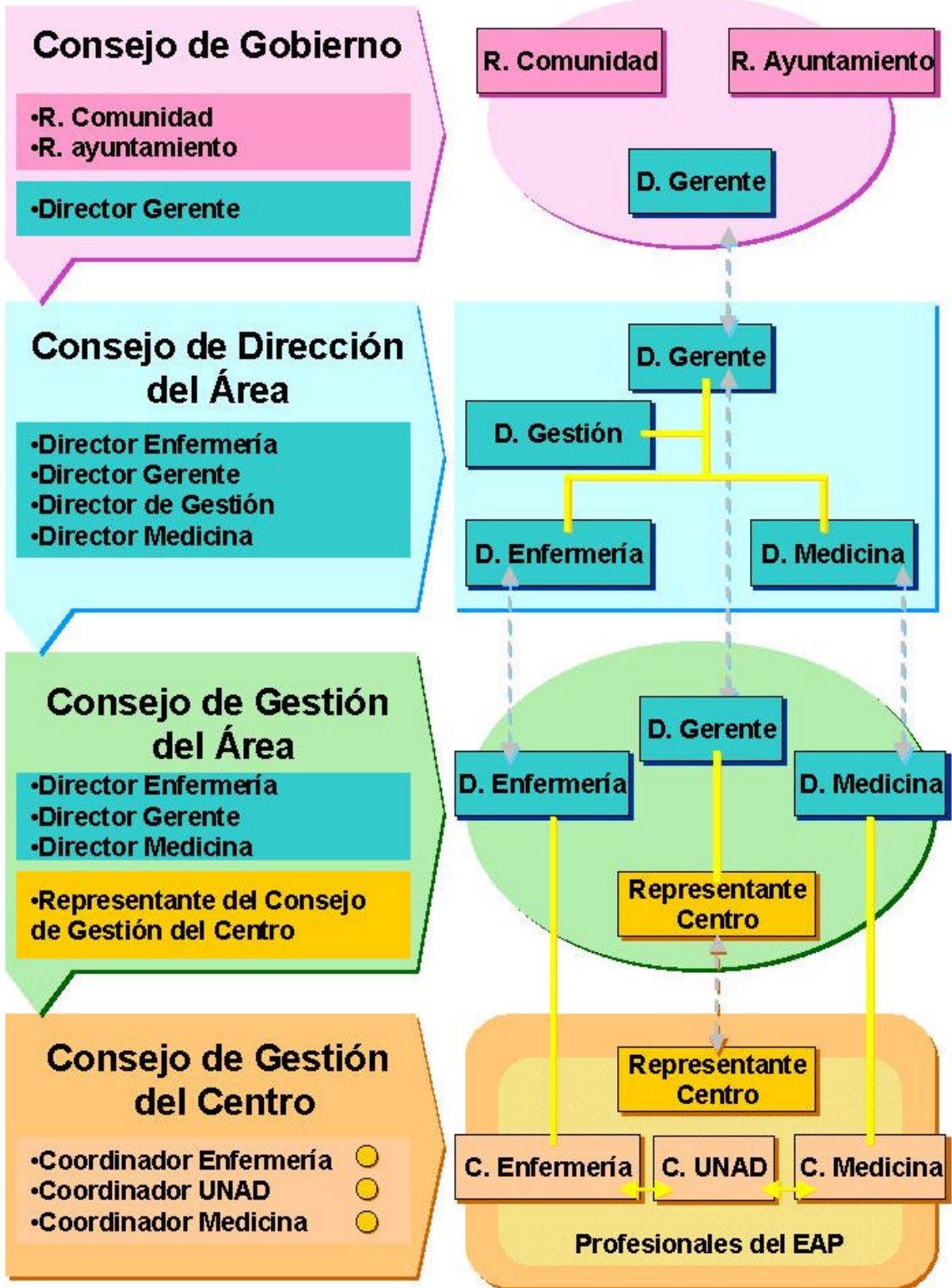
Atención Primaria INSALUD de Madrid

- Población 5.145.325. (*)
 - 5.037.764 Tarjetas Sanitarias (98%)
- 11 Areas Sanitarias
 - 247 Zonas Básicas
- 233 Centros de Salud
- 10.444 Profesionales
- Presupuesto 164.458 Millones

(*) Renovación padronal 99 y tarjetas de Diciembre de 2000.

Anexo V:

ÓRGANOS DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN



Anexo VI:

Algunos contenidos de la educación para la salud en A.P.

- Alimentación adecuada a la edad
- Medidas higiénicas incluido salud bucodental
- Actividad física, ejercicio e higiene postural
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras drogas)
- Actividades de ocio y tiempo libre
- Descanso y sueño
- Fomento de autoestima, aceptación de imagen corporal
- Responsabilidad relacionada con el rol
- Sexualidad
- Prevención del estrés.
- Prevención de accidentes domésticos, laborales y de tráfico.
- Prevención de violencia doméstica

Anexo VII:

Algunos factores de riesgo que deben detectarse en atención primaria.

- Situaciones de riesgo para la adquisición de enfermedades infecciosas como las enfermedades de transmisión sexual, parenteral, materno-fetal.
- Factores de riesgo cardiovascular
- Factores de riesgo para osteoporosis, cáncer, síndromes geriátricos.
- Situaciones sociosanitarias de riesgo para enfermedades mentales (ansiedad y depresión).
- Factores de riesgo para accidentes

Anexo VIII:

Algunas pruebas diagnósticas que se realizarán en el centro de salud.

- Extracción de sangre y recogida de muestras biológicas
- Test bioquímicos rápidos en sangre y orina: Glucemia con tiras reactivas
Glucosuria, cetonuria, proteinuria, hematuria
- Electrocardiograma
- Espirometría.
- Oscilometría
- Mantoux
- Test de gestación
- Citología vaginal
- Optotipos
- Pulsioximetría
- Monitorización ambulatoria de presión arterial: MAPA.
- Detección de latido fetal

Anexo IX:

Algunas pruebas complementarias que podrán solicitarse a Atención Especializada

De este catálogo habría que diferenciar el bloque de pruebas de acceso directo desde AP, de aquellas otras que precisan de protocolo y criterio conjunto con AE.

- Determinación de parámetros bioquímicos
- Microbiología
- Hematología
- Serología
- Radiografía simple.
- Estudio esófago gastro duodenal, tránsito intestinal y enema opaco.
- Urografía intravenosa
- Ecografía tiroidea, cardíaca, abdominal , ginecológica y musculoesquelética
- TAC craneal
- Doppler.
- Endoscopias digestivas.
- Ergometría
- Punción aspiración con aguja fina
- Anatomía Patológica
- Densitometría

Anexo IX:

Algunos procedimientos y tratamientos que se aplican en Atención Primaria

- Generales:
 - Educación para la salud
 - Aplicación de tratamientos por vía parenteral (IM/IV)
 - Colocación de sondas nasogástricas, vesicales y rectales
 - Extracción de tapones óticos de cerumen
 - Curas.
 - Cuidados de ostomías
 - Aerosolterapia
 - Oxigenoterapia

- Técnicas de traumatología y cirugía menor:
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Taponamientos
 - Infiltraciones
 - Drenaje de abscesos.
 - Suturas
 - Extirpación de lesiones dermatológicas
 - Crioterapia
 - Termocoagulación

- Tratamientos fisioterapéuticos y rehabilitadores básicos:
 - Cinesiterapia.
 - Escuela de espalda.
 - Fisioterapia respiratoria
 - Termoterapia.
 - Electroterapia

- Tratamientos bucodentales:
 - Sellado de fisuras
 - Obturación del molar
 - Extracción de piezas dentales.