

número 37 / diciembre 2022

usuarios

ATENCIÓN AL

PUBLICACIÓN DE LA SEAUS

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD SIEMPRE CUIDANDO DE LAS PERSONAS



05

Entrevista al Dr. Antoni Sisó, Presidente de la CAMFIC

09

Artículos del Dr. Rodrigo Gutiérrez, de la FADSP y del Dr. Juan José Montero-Alía

33

Opinión: La Atención Primaria, el médico de familia y los usuarios. M^a Pilar González / Humanización, una moda necesaria. Pilar Fluriache

43

Temas de interés: Proyecto APROP / Propuesta ARTRO 360 / Conclusiones de las XIV Jornadas de las AAS

55

XII Simposio de la SEAUS: Resumen y Premios al Mejor Póster y la Mejor Comunicación

NÚMERO 37/ DICIEMBRE 2022

COORDINADORA DE LA REVISTA

MERCÈ TELLA BERNAUS

COMITÉ DE REDACCIÓN

FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA, MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET, RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, RAFA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MERCÈ TELLA BERNAUS, ISABEL ZALDÍVAR LAGUÍA

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

ELISABET SATORRA LLUBES

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET
mpilargonzalezserret@gmail.com

MERCÈ TELLA BERNAUS
vicepresidencia@seaus.net

SECRETARÍA TÉCNICA
ELISABET SATORRA LLUBES
secretaria@seaus.net
Teléfono: 629.839.226

WWW.SEAUS.NET

SUMARIO

05

ENTREVISTA:

Dr. Antoni Sisó - Presidente de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria, CAMFIC.

09

ARTÍCULOS:

- Garantía de los Derechos de los Pacientes en Atención Primaria, Rodrigo Gutiérrez.
- El Derecho a la protección de la salud. La distancia entre la teoría y la práctica. Madalina Crisbasianu y Marciano Sánchez - FADSP
- Burnout profesional en Atención Primaria post-covid: Alerta con el personal administrativo. Juan José Montero-Alía y otros autores.

33

OPINIÓN:

- La atención primaria, el médico de familia y los usuarios. Maria Pilar González.
- Humanización, una moda necesaria. Pilar Fluriache.

43

TEMAS DE INTERÉS:

- Transformando la gestión de los procesos administrativos en la atención primaria: Proyecto APROP. Empar Navasquillo y otros autores.
- ARTRO 360. Propuesta de un nuevo modelo de gestión multidisciplinar en el tratamiento de la artrosis. Josep Vergés Milano y otros autores.
- Conclusiones de las XIV Jornadas de las AAS. Asociación de Administrativos de la Salud

55

XII SIMPOSIO DE LA SEAUS:

- Resumen XII Simposio de la SEAUS
- Premio a la Mejor Comunicación del XII Simposio de la SEAUS- Pilar Fluriache
- Premio al Mejor Póster del XII Simposio de la SEAUS - Bárbara Giménez y otros autores

68

NOSOTROS:

Actividad de la SEAUS



EDITORIAL

Después de la pandemia todos quisimos volver a la normalidad y así ha sido en muchos aspectos. En el ámbito de los servicios de salud, poco a poco, esta normalidad se ha ido haciendo realidad. Pero hay un punto en el que esa normalidad parece que está costando de recuperarse, y no sólo no se recupera como debería, sino que, hasta cierto punto, está empeorando. Nos referimos a la Atención Primaria de Salud, APS, una atención primaria que parece solo es noticia cuando es una “mala noticia” y últimamente esas “malas noticias” están constantemente en los medios de comunicación. El “relato” que de ella se está haciendo, desde dentro y desde fuera, es realmente preocupante.

Sin duda, nuestra APS carece, desde hace tiempo, de liderazgo, padece déficit de inversión y falta de interés político en muchos casos. Todo ello ha provocado, y provoca, insatisfacción no solo en los ciudadanos y usuarios del sistema, sino también, lo que es aún más grave, en los propios profesionales. A veces parece que se cuestiona la existencia misma de la atención primaria o se hacen peligrosas afirmaciones negando algunos de sus atributos más destacados. Queremos pensar que, en ambos casos, son afirmaciones hechas desde el desconocimiento o desde una cierta ignorancia.

Desde la SEAUS, entendemos la APS como una **prioridad** para la salud de las personas y para el buen funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto. Una atención primaria **eje vertebrador y piedra angular** de todo el sistema de salud. Basada en la equidad, el acceso universal y centrada en la persona, ocupada de su cuidado y de sus problemas de salud como un todo, acompañando a las personas a lo largo de su vida y en todos los procesos de salud o enfermedad. Una atención primaria más centrada en la persona que en la enfermedad y principal garantía para los pacientes por los beneficios que genera. La situación de la APS ha sido recogida en una nota de la SEAUS publicada en nuestra página [Web](#)

En el contexto actual es necesario cuidar a los profesionales de la atención primaria, de todos los estamentos, y escucharlos activamente. Se hace necesario entablar un diálogo serio y respetuoso con los profesionales y también con los pacientes, valorando sus necesidades y sus demandas. Escuchamos decir que hay que cambiar de forma radical la APS, es posible, pero los cambios necesarios pensamos que deberían orientarse a aspectos como:

- Incrementar la financiación de la APS hasta el 25% de los presupuestos para el Sistema de Salud, tal y como recomienda la OMS. Un tema pendiente desde hace demasiado tiempo.
- Mejorar la vida de los profesionales en diversos aspectos. Eso supone establecer estrategias concretas a medio y largo plazo, ejecutarlas y evaluarlas.
- Utilizar, de forma racional y razonada, las tecnologías actualmente disponibles, valorando, en todo lo que representa para el paciente y el profesional, la importancia de la atención presencial.
- Dotar de autonomía y autogestión a los Equipos de Atención Primaria, garantizando de forma efectiva la coordinación con el resto de los niveles asistenciales.
- Asegurar el liderazgo de los Equipos de Atención Primaria, en aspectos asistenciales y clínicos; también en valores, profesionalidad, humanismo, ética, integridad, equidad y respeto a los derechos de los pacientes.
- Mejorar la accesibilidad, la orientación a la comunidad, gestionando la demanda con nuevos modelos organizativos teniendo en cuenta lo referido en los puntos anteriores.
- Sin olvidar escuchar las demandas de los usuarios y pacientes, un tema siempre reiterado y nunca bien resuelto, buscando formas cercanas, oportunas y reales de participación.

En el marco de los **Derechos** legalmente establecidos la Atención Primaria de Salud ha de tener un lugar preferente por su cercanía a la población, por su rentabilidad social y por ser, como han demostrado algunos estudios, un elemento de mejora de la salud y la vida de las personas, que reduce la mortalidad y, por tanto, el coste económico a medio y largo plazo. La Atención Primaria de Salud ha de ser una prioridad absoluta para la Administración Sanitaria y una reivindicación permanente de la ciudadanía.

Es por todo lo expuesto que dedicamos una gran parte de esta revista a la Atención Primaria de Salud.

ENTREVISTA

ENTREVISTA AL DR. ANTONI SISÓ

PRESIDENTE DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA, CAMFIC.

EL DR. ANTONI SISÓ ALMIRALL ES PRESIDENTE DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA (CAMFIC) DESDE EL 2017, PROFESOR TITULAR DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA, Y DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN DEL CONSORCIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD BARCELONA ESQUERRE (CAPSBE). ES AUTOR/COAUTOR DE MÁS DE UN CENTENAR DE ARTÍCULOS ORIGINALES INTERNACIONALES INDEXADOS Y HA DIRIGIDO MÁS DE UNA DECENA DE TESIS DOCTORALES. DURANTE LA PANDEMIA HA FORMADO PARTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO ASESOR DE LA COVID-19 DE LA CONSELLERIA DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA Y HA PUBLICADO ARTÍCULOS CIENTÍFICOS SOBRE SU IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO.

→ La Atención Primaria de Salud es por definición “la puerta de entrada al sistema” una puerta que se ha hecho cada vez más amplia con los años, sin haberla dotado, en muchos casos, de los recursos humanos y materiales necesarios. Desde la pandemia de la Covid-19 se ha hablado mucho de la Atención Primaria, de los centros de salud y de sus profesionales por diversos motivos, unos positivos y otros negativos.

Hablamos de todo ello con el **Dr. Antoni Sisó**, presidente de la **Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitària, CAMFIC**.

1. ¿La APS era, hasta la pandemia, una desconocida para una parte de nuestra sociedad?

De ningún modo. El acceso a tu médico de familia, en el seno de un centro de salud, es uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar, que nos iguala a todos como ciudadanos. La capilaridad territorial de la Atención Primaria, y su arraigo social, siempre han permanecido presentes en la realidad de muchísimos ciudadanos a lo largo de su vida, y en las etapas vitales más difíciles. Sin embargo, la Pandemia vino a “estresar” un ámbito (el de los centros de salud) ya muy precario antes de la pandemia, que necesita de forma urgente una reconversión.

2. Durante la pandemia de la Covid-19 ¿Considera que se tomaron siempre las decisiones más adecuadas en APS? Nos referimos a la organización de los centros y la accesibilidad a los mismos (cierre de consultorios, cambios de horarios, dificultad para acceder al propio médico, atención telefónica, etc.)

No siempre. Pero podemos decirlo ahora a “toro pasado”. En aquel momento vivimos una situación de excepcionalidad y todo era posible. Las decisiones tomadas podemos diferenciarlas en dos niveles:

(1) aquellas que se tomaron en la microgestión del día a día dentro de los centros de salud. Mayoritariamente acertadas: atención telemática para evitar contagios en las salas de espera, adaptabilidad por parte de los profesionales en ámbitos de atención distintos a los habituales (residencias, hospitales de campaña, etc.), cambios de turnos horarios, sectorización de los centros en zonas “sucias” y zonas “limpias”, etc. Se ensayaron muchas experiencias que han venido para quedarse.



(2) Aquellas tomadas en la macrogestión, o a nivel político. La incorporación de los gestores COVID a los centros de salud fue una buena decisión, como apoyo a la trazabilidad de los estudios de contacto. Las medidas de aislamiento también lo fueron. Sin embargo, hubo otras medidas cuestionables, como la externalización del seguimiento epidemiológico a empresas ajenas al sistema público. Sea como fuere, el resultado final en términos de gestión

3. ¿Tuvieron los centros de salud, en todos los casos, los recursos necesarios y la suficiente autonomía de gestión para organizarse?

La falta de recursos ya era una “normalidad” previa a la pandemia. Se acentuó con la llegada de la misma. Sin embargo, la desorientación inicial (muy originada por la ausencia de un liderazgo epidemiológico claro y rotundo en la Administración) dio lugar a que muchos directores de centros de salud tuvieran la autonomía suficiente para tomar decisiones para resolver necesidades, con la máxima flexibilidad y autonomía. Aquellos a quienes les tocó asumir responsabilidades directivas en atención primaria, no las eludieron, y los resultados fueron positivos cuando se pudo “disfrutar” de dicha autonomía.

4. Con la vuelta a la “normalidad” oímos hablar de: humanización, atención centrada en la persona, atención domiciliaria, accesibilidad, visita telefónica, aspectos sociales... ¿Hay líneas definidas al respecto? ¿Existe falta de liderazgo?

Tenemos líderes, pero sus discursos y propuestas no se asumen. Existe desorientación, cansancio y falta de visión del modelo deseado. Sin embargo, todos los ítems por los que usted me pregunta son componentes de la esencia de la atención primaria. Y son aspectos que cualquier estudiante de medicina que desee ser médico debiera asumir. La atención primaria es atención humana, por definición. La atención primaria es atención centrada en la persona, y no centrada en la enfermedad. Nuestras camas no son “camas hospitalarias”, si no las camas de cada uno de los pacientes que tenemos bajo nuestra responsabilidad. Y este modelo no pierde de vista el contexto social en el que cada persona transita, que modula o mediatiza no solo la expresión de una enfermedad, si no la ausencia y existencia de enfermedad en sí misma: lo que venimos a denominar -determinantes de la salud-. Recordemos que la salud viene fuertemente determinada por aspectos ajenos al sistema sanitario.

5. Es obvio que la tecnología y la atención telemática han ganado terreno, no siempre con la satisfacción de los usuarios. ¿Cómo deberán adaptarse las tecnologías a los diferentes públicos y a las diferentes demandas?

Las nuevas TIC (tecnologías de información y comunicación) no deben generar barreras: ni de acceso ni de gestión. Justo lo contrario. Las TIC deben resolver la distancia de acceso que todavía tiene nuestra gente anciana. Deberán ser más “amables”, intuitivas, y ayudar a resolver problemas de salud (y no a generar segundos problemas, o nuevas visitas). Es un campo en expansión donde desarrolladores y profesionales de la salud deben estar muy cercanos para conseguir el efecto deseado, y no un efecto de rechazo, que incluso podría condicionar diferencias sociales y de acceso.

6. ¿Cómo se puede generar cercanía y calidez en el encuentro médico-paciente si la presencia física parece que no se considera ya algo primordial? ¿No es esto una contradicción?

La presencialidad sigue y seguirá siendo insustituible. Creo que la inmensa mayoría de los médicos de familia lo tenemos claro. No obstante, hay entrevistas telemáticas que pueden llegar a ser muy cálidas, en función de sus condicionantes y del público a quien se dirige. Pero que nadie tenga dudas: la atención presencial es prioritaria para el médico de familia, porque su valor es enorme.



Además, tenemos evidencias que la atención por parte del mismo médico de familia de referencia durante años, es decir, la atención longitudinal a lo largo de la vida repercute en una disminución de la mortalidad muy significativa. Dejemos que de forma natural se establezca el pacto necesario entre médico y paciente para que ambos elijan la mejor fórmula de comunicación, así como quien debe ser el responsable de gestionar o resolver necesidades en salud: no siempre será el médico...

7. A la vista de lo vivido y de las circunstancias actuales ¿Cree que es necesario “reinventar” la APS y el rol del médico/a de familia como algunas voces manifiestan?

Sin duda hay que cambiar, pero no reinventar. La medicina familiar y comunitaria está “inventada pero desinvertida”. Ante la falta acuciante de profesionales por jubilaciones masivas, ya desde la CAMFiC anunciamos y denunciemos la situación de falta de planificación en recursos humanos en el año 2017. Si nos hubieran escuchado y se hubiera llevado a cabo un incremento de plazas MiR de medicina familiar y comunitaria, hoy en día no tendríamos los problemas que nos van a venir. El riesgo inminente es la importación de médicos formados en países extracomunitarios: una corriente que perpetuará los contratos precarios conducirá a la importación de médicos que proceden de países donde son aún más necesarios que aquí, y que en función de la calidad de la formación, puede suponer un riesgo de seguridad clínica. Prolongar (de forma opcional) algunas jubilaciones proponiendo proyectos que no perjudiquen fiscalmente a quienes elijan continuar su actividad profesional, o bien reconvertir el rol de otros profesionales como es la enfermería, son soluciones que deberán plantearse de forma inmediata.

8. La medicina es cada vez más especializada y hoy vemos grandes avances ¿Cree que la APS está preparada para afrontar estos cambios y poder garantizar la competencia de todos los profesionales? ¿Se ha pensado en un programa de formación continuada que dé respuesta a los problemas actuales de los pacientes y los profesionales?

Si. Vivimos inmersos en una obnubilación tecnológica que nos deshumaniza. Creemos que todo se resuelve con fármacos muy caros o con técnicas complejas. Marginalizamos el factor humano, la empatía, la comunicación, la calidez, las decisiones compartidas... cuando resulta que se tratan de elementos centrales para establecer relaciones efectivas y afectivas entre médico y paciente. Ser médico conlleva una actualización constante y permanente de conocimientos y de adquisición de habilidades: va con el título. Por poner un ejemplo, en los últimos años asistimos a la incorporación de herramientas diagnósticas en la consulta como la ecografía, que nos permite disminuir la incertidumbre inherente al acto médico. Y ese es el papel de las sociedades científicas en general y de la CAMFiC en particular: proveer formación de calidad y experta para mantener actualizados los conocimientos para, sobre todo, “no hacer”.

A pesar de que parece que las novedades y la innovación en todas las especialidades y disciplinas se acelera, son pocos los auténticos cambios que se sustentan en evidencias científicas suficientemente robustas como para transformar la práctica clínica cotidiana.

9. Mirando al futuro desde la CAMFiC: ¿Qué cambios se prevén en la APS a corto y medio plazo y cuáles son los aspectos más prioritarios para tener en cuenta? ¿Qué recursos serán necesarios?

La CAMFiC es más que una sociedad científica, que más allá de la formación a sus profesionales propone una visión de modelo sanitario. Desde la CAMFiC hemos trasladado tanto a la consejería como al propio Ministerio determinadas propuestas de transformación y modernización que cuestan dinero (=inversión); pero también otras propuestas que no representan inversión, sino esfuerzo de consenso, diálogo y voluntad política. La primera propuesta es desarrollar una Ley de Atención Primaria y Salud Comunitaria de rango estatal: una ley que sea garantista para el ciudadano frente al acceso al sistema sanitario a través del centro de salud. Dicha Ley deberá garantizar la accesibilidad, efectividad y eficiencia, coordinación, longitudinalidad, resolución, cartera de servicios y financiación.

Pero proponemos más: la creación de la figura de un gestor de salud (“clinical assistant”) como enlace directo con el paciente y con reconocimiento profesional, fomentar la comunicación y coordinación (presencial o telemática) con colegas hospitalarios, gestionar la propia agenda confiriendo a la visita presencial el máximo valor posible, revisar los modelos arquitectónicos y funcionales de los centros de salud, incorporar nuevos perfiles profesionales, incrementar la presencia de médicos de familia en las facultades de Medicina, promover y financiar la investigación y la innovación, hacer atractiva la carrera profesional, innovar en nuevos modelos de organización que garanticen la conciliación (más cuando la profesión médica ya es femenina) y el descanso, o retener el talento que formamos en nuestro país con acciones de discriminación positiva.

10. ¿Qué papel han de jugar los profesionales y la ciudadanía en los cambios que sea necesario realizar?

Estamos en un momento crítico: hoy más que nunca necesitamos la opinión y el apoyo ciudadano, porque trabajamos para resolver sus necesidades. Son los pacientes quienes pueden y deben decidir bajo que modelo quieren que se aborden y resuelvan sus problemas de salud en el marco de un estado de bienestar equitativo, pero también igualitario para todos. Debemos encontrar espacios de diálogo formal, y de colaboración institucional con las organizaciones legitimadas para ello. Y la ciudadanía debe exigir accesibilidad, longitudinalidad, resolución y eficiencia, para conseguir y mantener un sistema universal, público y gratuito a la vez que sostenible y confiable.



ARTÍCULOS

GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA



RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE PROGRAMAS DE HUMANIZACIÓN.

CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA Y

PRESIDENTE DE LA SEAUS

RESUMEN DE LA PONENCIA PRESENTADA EN EL XXX CONGRESO DERECHO Y SALUD. LOGROÑO 30 SEPTIEMBRE 2022.

Hace unos meses tuve ocasión de asistir, en el Ateneo de Madrid, a una conferencia de Sergio Minué, médico de Atención Primaria (AP), profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y autor de uno de los blogs más recomendables y de referencia en la blogosfera sanitaria ¹, por sus oportunos y siempre certeros comentarios y análisis sobre distintos aspectos relacionados con la gestión sanitaria en general.

El título de la conferencia en cuestión era bastante sugerente: «**Atención Primaria entre pandemias ¿muta o se extingue?**» y la tesis que compartió con el auditorio y otros miembros de la mesa redonda celebrada a continuación fue bastante clara: La Atención Primaria en España sigue anclada en su reforma (llevada a cabo en los años 80's del pasado siglo a partir del Real Decreto 137/84) evitando cambiar lo más mínimo en sus estructuras, en su funcionamiento y en su falta de soluciones para una sociedad que -obviamente- no tiene nada que ver con la de hace 40 años. «La Atención Primaria -decía- debe mutar radicalmente y (...) con la mayor celeridad posible (...) La pandemia simplemente precipitó su agonía. De no hacerlo, desaparecerá, bien completamente o bien convirtiéndose en algo insustancial y decorativo.»

Con una perspectiva y una visión tal vez algo melancólica y romantizada, el Dr. Minué señalaba que desde siempre había habido un permanente intento de la AP por querer parecer lo que no es, (en esencia, el mundo hospitalario), lo que había desnaturalizado su esencia y olvidado su razón de ser. Citando uno de los libros de la Dra. Iona Heath ², uno de los referentes mundiales de la AP, comentaba que los roles esenciales del médico general son dos: ser **intérprete** y **guardián** (salvaguardando al paciente de interpretar como enfermedad lo que no lo es) y ser **testigo** (cuyo valor como tal depende de haber sido testigo de la vida, del sufrimiento y la muerte de muchos otros).

**SE DEBE ENTENDER LA
TELEMEDICINA, COMO
COMPLEMENTARIA Y NUNCA
SUSTITUTA ABSOLUTA DE LA
CONSULTA PRESENCIAL. EL
ELEMENTO HUMANO ES
SUSTANCIAL EN LA RELACIÓN
CLÍNICA.**

¹ 'El gerente mediado'. Disponible en: <https://gerentemediado.blogspot.com/>

² Heath I. The Mystery of General Practice. The John Fry Trust Fellowship. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/the-mystery-of-general-practice-web-final.pdf>

Estas dos funciones esenciales, pero en gran medida intangibles, no medibles ni inventariables ni reemplazables por piezas se habían perdido hace mucho tiempo. Y, como colofón, añadía: «Solo manteniendo su esencia y desprendiéndose de lo accesorio, será posible evitar su extinción.»

En términos generales, el diagnóstico de la situación existente se ha descrito por algunos de los más conspicuos representantes de la AP de nuestro país (como A. Martín Zurro, J. Gérvas, R. Bravo, J. Simó, S. Casado, Raúl Calvo y otros) como el de una progresiva **degradación y desmantelamiento progresivo de la AP**, que ha sido consecuencia de las decisiones políticas adoptadas, fundamentalmente a través de una **financiación insuficiente**, de una **mala gestión de los recursos** y la potenciación de la medicalización. Más recientemente, algunas administraciones y grupos profesionales han aprovechado la forma de afrontar la pandemia para organizar la demanda de una manera bastante arbitraria, lo que se ha traducido en una **menor actividad presencial** y más actividad interpuesta: telefónica, telemedicina, mediante correo electrónico, etc., lo cual ha tenido ya consecuencias nefastas para la población más vulnerable, es decir, más pobre, de mayor edad y más necesitada, porque es la menos “digitalizada” (la denominada brecha digital **3**), así como para la atención de los procesos agudos sobrevenidos (cáncer, por ejemplo), cuya visibilidad entorpece, y que tendrán como consecuencia un **aumento de la inequidad**. Recientes informes **4** del NHS, se refieren también a los problemas que presentan estos procedimientos, con la aparición de una nueva versión digital de la llamada ‘ley de cuidados inversos’ enunciada por Tudor Hart hace más de cincuenta años **5, 6**. Un reciente artículo editorial **7** de Rafael Bravo en la revista FMC advertía del deterioro de la accesibilidad en AP desde antes de la pandemia de COVID-19, señalando que, aunque es necesario incorporar herramientas de comunicación que permitan la atención clínica a distancia, la atención presencial es y seguirá siendo necesaria e imprescindible para resolver ciertos problemas, al igual que la atención domiciliaria.

En todo caso, para verificar si se cumple con esa garantía de los derechos de los pacientes a los que refiere el título de la ponencia, tal vez no estaría de más revisar si se cumplen las características y atributos que se predicen de la Atención Primaria **8**, es decir, **Accesibilidad** (a partir de la necesaria universalidad), **Continuidad** (mediante una relación estable y cotidiana, de confianza), **Longitudinalidad** (manteniendo la relación de forma continuada), **Integralidad** (con una visión global de las personas), **Coordinación** (de todos los episodios asistenciales), y **Participación** (a través de la corresponsabilización y la educación para la salud).

Obviamente la ciudadanía no es ajena a esta situación y percibe el deterioro y el daño ocurrido en este nivel asistencial: conviene por ello revisar también una palabra que se viene repitiendo desde hace unos años en la jerga gerencial: **sostenibilidad**. Es sabido que este es un término que procede del ámbito de las ciencias medioambientales **9**, y se refiere a la posibilidad de trasladar los recursos naturales en las mejores condiciones a las nuevas generaciones. En cuanto a la sanidad, se refiere obviamente al mantenimiento y viabilidad de unos servicios sanitarios universales y de calidad para la población. En este sentido, hace unos años, el Dr. J.R. Repullo hablando de la viabilidad de las políticas orientadas a la sostenibilidad **10** que buscarían mejorar la «eficiencia asignativa» de los recursos sanitarios, se refería a una sostenibilidad externa (donde los agentes ajenos determinan el gasto) y a una sostenibilidad interna (profesionales, trabajadores y organización), distinguiendo pues, entre la **sostenibilidad económico-financiera** y la **sostenibilidad social**, es decir, el apoyo y respaldo de la ciudadanía a determinadas políticas públicas, que garantizan de este modo su legitimidad y supervivencia política y presupuestaria.

3 La brecha digital se refiere a cualquier distribución desigual en el acceso, en el uso, o en el impacto de las tecnologías de la información y la comunicación entre grupos sociales. Estos grupos pueden definirse con base en criterios de género, geográficos o geopolíticos, culturales, o de otro tipo.

4 Paddison Ch, McGill I. Digital primary care: Improving access for all? Rapid evidence review February 2022. Nuffield Trust. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2022-02/digital-access-to-general-practice-evidence-review.pdf>

5 Tudor Hart J. The Inverse Care Law. The Lancet. February 27, 1971. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext)

6 Paddison Ch. Digital and remote primary care: the inverse care law with a 21st century twist? Nuffield Trust, 04/02/2022. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/digital-and-remote-primary-care-the-inverse-care-law-with-a-21st-century-twist>

7 Bravo R. Repercusiones de la telemedicina en la práctica asistencial: empezando la casa por el teléfono. FMC. Vol. 29. Núm. 8. (octubre 2022). Disponible en: <https://www.fmc.es/es-repercusiones-telemedicina-practica-asistencial-empezando-articulo-S1134207222001426>

8 Maiz G. (2019) ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://oseki.eus/wp-content/uploads/2019/06/3.-Por-que-es-importante-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>

9 Sostenibilidad, <https://es.wikipedia.org/wiki/Sostenibilidad>

10 Repullo Labrador JR, Segura Benedicto A. Salud Pública y Sostenibilidad de los Sistemas Públicos de Salud. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 475-482. Disponible en: <file:///C:/Users/HP%20650%20G2/Downloads/Dialnet-SaludPublicaYSostenibilidadDeLosSistemasPublicosDe-2108830.pdf>

PERO HABLEMOS DE CIUDADANOS

Como es sabido, entre los trabajos que realiza periódicamente el Centro de investigaciones Sociológicas (CIS), se encuentra la elaboración del barómetro sanitario, una encuesta que desde 2004 explora la valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario por parte de la población. Solo dejó de hacerlo durante el parón de los dos años de la pandemia, en 2020 y 2021, recuperando la serie en este mismo año.

Pues bien, los datos de la segunda oleada del **Barómetro Sanitario**, (junio de 2022) ¹¹, muestran que la situación de la AP sigue siendo muy precaria y se ha deteriorado en relación con la situación previa a la pandemia de COVID (el anterior barómetro sanitario se había realizado en 2019). El 65.7% de las personas (casi dos de cada tres) que piden cita para medicina de familia la consiguen después de 48 h. El tiempo medio de demora de quienes no son atendidos en 24 h. es de 8.8 días (eran 5.8 días en 2019); de ellos el 62.5% tienen una demora superior a 6 días (el 34,7% en 2019).

Siguiendo con la encuesta, a la pregunta sobre el **grado de satisfacción o insatisfacción global con el funcionamiento del sistema sanitario público** en España, también en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho) la media es de 6,29. En el barómetro de 2019 era 6.74, lo que supone un descenso de casi medio punto menos (variaciones de una sola décima ya se consideran muy importantes en este tipo de estudios).

Con respecto a la opinión sobre el **funcionamiento del sistema sanitario público** en conjunto, en 2019 un 72.1% consideraba que funcionaba bastante bien o bien, aunque necesitado de algunos cambios. Este porcentaje ha descendido hasta un 58.5% en junio de 2022, es decir, un 14% menos.

En 2019 el 23.3% de las personas encuestadas opinaba que el sistema sanitario necesitaba cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionasen; este porcentaje se ha incrementado hasta el 25.5% en junio de este año. Y desde un 4.1% que en 2019 consideraba que el sistema sanitario funcionaba mal y necesitaba de cambios profundos, este porcentaje ha aumentado hasta el 15,2% en junio de 2022, con un incremento de 11 puntos porcentuales.

En relación con la **valoración de las consultas en Atención Primaria** (de 1 a 10, siendo 1 totalmente insatisfactorio y 10 totalmente satisfactorio) ha pasado de un 7,29 en 2019 al 6.29 en junio de 2022.

Cuando se pregunta a los ciudadanos si prefieren acudir a una **consulta de Atención Primaria en un centro público o privado**, el porcentaje de personas que optan por los centros públicos era del 69.9% en 2019 y ha descendido hasta un 68.8% en junio de 2022. De manera proporcional, ha aumentado hasta 5 puntos el porcentaje de las personas que optan por las consultas de AP en centros privados desde un 23.8% en 2019 hasta el 28.3% en junio de 2022 (cinco puntos más). Tal vez puede encontrarse aquí alguna de las razones que expliquen el crecimiento de la contratación de pólizas de seguros de salud privados: Según datos de la patronal UNESPA, publicados en este mes de septiembre ¹², desde 2011 el número de españoles con una póliza de seguro de salud privado ha aumentado cerca de un 6%, pasando de **8,6 millones a 11,6 millones**. Hasta 2019, el crecimiento había sido progresivo, con una media de incremento del 2,5%. Sin embargo, de 2019 a 2020 se experimentó un aumento de cerca de cinco puntos, medio millón de personas. La **pandemia** y, lo que en algunos medios se presentó casi como un **colapso en la sanidad pública** ha causado que en 2020 y 2021 se produjeran los mayores aumentos de usuarios de la sanidad privada. En concreto, un 4,8% y un 4,5%, respectivamente.

¹¹ Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2022/Segun daOleada/es3369mar_A.pdf

¹² Los usuarios de seguros médicos aumentaron un 10% tras la pandemia en España. Diario El Mundo, 24/09/2022. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/09/24/632ae51ce4d4d8e4188b45d3.html>

Las dos últimas oleadas del barómetro sanitario (marzo y junio de 2022) han preguntado especialmente por el tipo y forma de la asistencia recibida y prestada en AP durante y a partir de la pandemia: en junio de 2022 el 67.1% de los encuestados manifiestan haber sido atendidos en consulta; el 30.9% han sido atendidos telefónicamente. En domicilio fueron atendidos el 0.7% en junio de 2022; un 0.6% fueron atendidos mediante correo electrónico y el 0.3% a través de videoconsulta.

La valoración general de la atención recibida en las consultas de Medicina de Familia ha descendido en los últimos barómetros sanitarios, cuando siempre había obtenido mejor valoración que la atención hospitalaria. Así, en 2019 el 87.2% consideraban que la atención era buena o muy buena, cayendo hasta el 78.8% en junio de 2022. El porcentaje de quienes consideraron que la atención fue regular, mala o muy mala suponía el 12.6% en 2019, habiendo empeorado hasta el 20.9% en junio de 2022.

Por tanto, un aspecto destacable es el de la atención no presencial en la era post-COVID y en qué medida esta fórmula resulta satisfactoria o garantiza adecuadamente el derecho de los pacientes a una asistencia sanitaria de calidad. Un 71.6% de las personas encuestadas manifestaron haber tenido una consulta telefónica en los últimos meses. Preguntadas acerca de la comodidad para el paciente de este tipo de consulta, el 42.8% declararon estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con ello. En cambio, sí consideraron estar de acuerdo o muy de acuerdo en que sí era más cómodo para el médico el 71.9% de las personas encuestadas en junio de 2022.

Finalmente, es importante destacar la respuesta a la pregunta acerca de si el paciente puede explicarse igual que en una consulta presencial. Más del 60% (64.2% en marzo y 61.4% en junio de 2022) declararon estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta aseveración. A la hora de valorar y enjuiciar la situación existente, cabe preguntarse pues, sobre la percepción del alcance de la crisis de la AP, el inveterado y tradicional victimismo profesional de los sanitarios de este nivel primario y la responsabilidad de cada uno de los agentes del Sistema (administración sanitaria, profesionales y pacientes).



A LA HORA DE VALORAR Y ENJUICIAR LA SITUACIÓN EXISTENTE, CABE PREGUNTARSE PUES, SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL ALCANCE DE LA CRISIS DE LA AP, EL INVETERADO Y TRADICIONAL VICTIMISMO PROFESIONAL DE LOS SANITARIOS DE ESTE NIVEL PRIMARIO Y LA RESPONSABILIDAD DE CADA UNO DE LOS AGENTES DEL SISTEMA (ADMINISTRACIÓN SANITARIA, PROFESIONALES Y PACIENTES).

La cosa viene de lejos, casi podría hablarse de una especie de “Crónica de una muerte anunciada” por citar la conocida novela de García Márquez: un informe de Amnistía Internacional publicado ya en febrero de 2021 tenía el significativo título de “La otra pandemia” y un llamativo subtítulo: “Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la Atención Primaria en España” que parece anticipar y augurar una especie de profecía autocumplida con respecto a la situación de la AP ¹³.

Es claro que el panorama no invita precisamente a ser optimista. A finales de septiembre de 2022, la plataforma denominada “Salvemos la Atención Primaria”, constituida por 115 organizaciones sociales, profesionales y sindicales remitían una carta al Ministerio de Sanidad ¹⁴ reclamando una reunión para abordar la problemática de la AP, reclamando una serie de medidas urgentes para poder solucionar la situación crítica en la que se encuentra. Las seis medidas principales, que ya vienen reivindicándose desde hace tiempo, son las siguientes:

1. Publicar periódicamente las demoras para la atención sanitaria en Atención Primaria, en medicina de familia, pediatría y enfermería, especificándose para consultas presenciales y telefónicas, así como porcentaje de población que espera más de una semana, y que se haga para cada una de las CCAA, incorporándose a los datos del Sistema de Información de Listas de Espera del Ministerio de Sanidad.
2. Garantizar el cumplimiento de la Acción c.13. del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria ¹⁵ (MEAPyC) aprobado el 10 de abril de 2019 que establece: ‘Garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas’, actuación a corto plazo (BOE 26/4/2019).
3. Asegurar la atención presencial en aquellos casos en que así sea solicitada por las personas a la hora de pedir cita.
4. Garantizar que en los próximos presupuestos del Ministerio para 2023 se dedique, al menos, un 25% a la Atención Primaria y Comunitaria para reforzar las plantillas de manera que se permita una atención sanitaria de calidad.
5. Mejorar las condiciones laborales de los profesionales de AP, dimensionando las plantillas a la realidad asistencial (médicos, enfermeras, personal administrativo etc.), incentivar la función tutorial (MIR, EIR), definir los roles de cada perfil profesional, visibilizar la labor de las Unidades administrativas, la desburocratización y digitalización de las consultas, así como la incentivación real de los denominados “puestos de difícil cobertura”. Sin olvidar el empoderamiento de la Atención Primaria y medidas eficaces frente a las agresiones crecientes.
6. Aumentar las plazas en las convocatorias de Formación Sanitaria Especializada en aquellas plazas MIR y EIR relacionadas con la Atención Primaria, eliminando las restricciones de acceso a las mismas (plazas sin cubrir, etc.).

¹³ Amnistía Internacional. La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la atención primaria en España. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/recordmedia/1@000032859/object/43966/raw>

¹⁴ ‘Salvemos la Atención Primaria’ exige a la ministra de Sanidad medidas urgentes para solucionar la situación crítica que sufre este pilar del SNS. Disponible en: <https://sanidad.ccoo.es/noticia:636378-->

%E2%80%98Salvemos_la_Atención Primaria%E2%80%99. exige_a_la_ministra_de_Sanidad_medidas_urgentes_para_solucionar_la_situacion_critica_que_sufre_est e_pilar_deL_SNS&opc_id=bdff0ed04889b68e7307e5fc17e4f25

¹⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

Probablemente vamos tarde y no se están garantizando los derechos de los pacientes. Desde la aprobación del citado MEAPyC y de su actualización a través del Plan de Acción de AP y C 16 2022-2023 el 15 de diciembre de 2021, con reformas a desarrollar entre 2021 y 2023, apenas si se ha avanzado mucho.

Supuestamente nos encontramos en la segunda fase de implementación del MEAPyC y los proyectos autonómicos del Plan de Acción de AP y C, que están sin elaborar en la mayoría de las CCAA. Se han llevado a cabo en Aragón, Baleares, Madrid, Navarra y Valencia y están sin confeccionar en Andalucía, Asturias, Cataluña, Castilla y León, Euskadi, Galicia y Murcia entre otras.

En este mismo orden de cosas, el Gobierno ha autorizado en el Consejo de Ministros (20-9-2022) la distribución de 172.4 millones de euros entre las CCAA para el desarrollo del Plan de AP y C 2022-2023, una cantidad que ha sido tachada de "irrisoria" por la Plataforma "Salvemos la Atención Primaria" 17 . En este sentido, se ha recordado que de los 1.089 millones de euros presupuestados para MEAPyC en 2021, y no ejecutados, se ha pasado a 176 millones en 2022, una cuantía claramente insuficiente y muy lejos de ese 25% del total destinado a sanidad que se viene reclamando como imprescindible para abordar las mejoras necesarias en este nivel asistencial básico que siempre había sido considerado como pilar fundamental vertebrador del SNS.

¿Podrán seguir garantizándose así los derechos de los pacientes en Atención Primaria? Son muchos los interrogantes en estos oscuros tiempos de incertidumbre.

En todo caso, y en relación con ello, parece razonable tener en cuenta las oportunas recomendaciones del Informe del **Comité de Bioética de España 18** sobre "**Aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica**", adoptado en junio de 2022:

1. La telemedicina debe regirse, cuando menos, por los mismos principios bioéticos que la Medicina tradicional.
2. Se debe entender la telemedicina, y en especial la teleconsulta, como complementaria y nunca sustituta absoluta de la consulta presencial. El elemento humano es sustancial en la relación clínica.
3. El uso de la telemedicina se debe promocionar en aquellas situaciones que supongan una oportunidad para mejorar la asistencia y el cuidado de la salud de las personas, facilitándoles el acceso, disminuyendo la desigualdad, mejorando los trámites burocráticos, facilitando la continuidad, el seguimiento, las respuestas a dudas o comunicación de resultados y la televigilancia domiciliaria en pacientes con patologías crónicas.
4. La telemedicina debe contar con un plan de evaluación que permita la realización de ajustes en función de los resultados y las consecuencias de las diferentes modalidades. Es importante establecer alertas ante desviaciones que puedan generar desigualdades en la atención a la salud.
5. Hay que realizar estudios de calidad acerca de las repercusiones de la telemedicina en las distintas patologías y en las diferentes poblaciones.
6. Hay que promover la formación de los profesionales en el uso de la telemedicina, y establecer estrategias de prevención del "acostumbramiento" a la consulta no presencial que pueda limitar el compromiso profesional.

16 Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf

17 Ver noticia en: <https://isanidad.com/226287/plataforma-salvemos-atencion-primaria-ve-cantidad-irrisoria/>

18 Comité de Bioética de España. Informe sobre Aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica. 13 de junio de 2022. Disponible en: file:///C:/Users/rgutierrez/Desktop/BIO%C3%89TICA/CBE/CBE_Informe%20sobre%20aspectos%20bioeticos%20de%20la%20telemedicina%20en%20el%20contexto%20de%20la%20relacion%20clinica.pdf

7. La modalidad de consulta no presencial nunca puede ser una herramienta con la finalidad de rentabilizar la jornada laboral y disminuir la contratación de profesionales.

8. Hay que potenciar la formación de los ciudadanos en habilidades de manejo y hacerla accesible a las poblaciones más vulnerables o desasistidas.

9. Se debe dotar a la telemedicina del soporte normativo y legal que garantice su buen uso y de los mecanismos para preservar la seguridad, la confidencialidad y la protección de datos.

10. Es obligado promover un análisis social, ético y jurídico riguroso sobre la repercusión de la telemedicina en la atención sociosanitaria, en el que participarán todos los actores de la red social incluyendo a la ciudadanía, los profesionales y las instituciones. Este análisis debe tratar, entre otros aspectos, la seguridad clínica, la protección de datos, la prevención de ataques cibernéticos en el sector de la salud, la brecha digital y las preferencias del paciente.



ARTÍCULOS



EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. LA DISTANCIA ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

**MADALINA CRISBASIANU, MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE.
FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA**

La Ley General de Sanidad (SNS, 1986) en sus artículos 1.2, 3.2 y 46a establecen la cobertura por el Sistema Nacional de Salud (SNS) de toda la población española, y aunque esta cobertura se vio limitada por el RDL 16/2012, que excluyó de la misma a parte de la población, posteriormente el RDL 7/2018 volvió a recuperar esta cobertura universal, aunque todavía presenta problemas para la población que no tiene su situación regularizada en el país.

Asimismo, en su artículo 18 señala que: "Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones":

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.
2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
4. La prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.
5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
8. La promoción y mejora de la salud mental.

9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo.

10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.

11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.

12. Promoción y mejora de las actividades de Veterinaria de Salud Pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.

13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.

14. La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género.

15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.

16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

17. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo.

18. La promoción, extensión y mejora de los sistemas de detección precoz de discapacidades y de los servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades o la intensificación de las preexistentes”.

De ello se deduce que la protección de la LGS es bastante amplia, y en lo que respecta a la atención sanitaria se completó con la aprobación de la cartera de servicios comunes del SNS (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización; BOE n° 222, de 16 de septiembre de 2006), que concretaba la cartera de servicios comunes del SNS y los mecanismos para su actualización.

Así las cosas, podría afirmarse que la protección de la Sanidad Pública española es bastante amplia y cubre todas o la gran mayoría de las necesidades de salud con la excepción bien conocida de la odontología que es nuestra principal carencia respecto a otros países de la UE y una de las fuentes de inequidad y del elevado gasto de bolsillo que tiene España en el contexto internacional.

No obstante, estos derechos teóricos experimentan grandes dificultades a la hora de su ejercicio práctico, dificultades que se han hecho mucho más importantes con la pandemia. Y ello se debe a una serie de hechos que comentamos a continuación.



UNA FINANCIACIÓN INSUFICIENTE Y CON GRAN VARIABILIDAD INTERAUTONÓMICA

Financiación insuficiente.

Comparando el gasto total en sanidad con otros países europeos (EUROSTAT: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207/default/bar?lang=en>) se puede observar que en 2020 España fue el cuarto país que más invierte en sanidad, con una inversión de 120.202,75 millones de euros. Esto puede parecer muy positivo para España, ya que parece, a simple vista, que es un país donde se invierte mucho presupuesto en Sanidad. Por desgracia, si nos fijamos en los países que preceden a España en esta lista observamos lo siguiente:

- Alemania invierte en 2020 431.805 millones de euros.
- Francia invierte en 2020 281.065,18 millones de euros.
- Italia invierte en 2020 159.628 millones de euros.

En relación con Alemania, España en el año 2020 tuvo una inversión de 311.602,25 millones de euros menos, es decir, una inversión de casi 4 veces menos. En relación con Francia, España invirtió 160.862,43 millones de euros, es decir, casi más del doble que nuestro país.

La inversión total en sanidad en España se aleja mucho de las cifras de estos dos países.

Si tomamos la inversión en Sanidad con respecto al porcentaje del PIB del país en el año 2020, vemos que España se encuentra en el octavo puesto con un 10,71%. El primer país es Alemania con un 12,82%, seguido por Francia con 12,16%, Suiza con 11,8%, Austria con 11,47%, Suecia con 11,38%, Países Bajos con 11,14% y Bélgica con 10,79%.

Después de ver estos datos más generales, el dato que realmente nos puede resultar interesante y esclarecedor es el gasto en euros por año y habitante.

En la siguiente tabla se puede observar los países de los que tenemos datos en el año 2020 con respecto al gasto en sanidad por año y habitante.

Se observa que España es el decimotercer país en inversión sanitaria per cápita, y que está muy por debajo de la media de estos países: 2.537,76€ frente a 3.448,31€, es decir, más de 900€ menos.

Hasta ahora hemos abordado el gasto sanitario total, pero en lo que respecta al gasto sanitario público la situación de España es mucho peor. Un 70,61% del gasto sanitario es público en nuestro país frente a un promedio de de la UE de 79,54% según los datos de Eurostat

De todos estos datos aportados podemos deducir que la inversión pública en la sanidad española está muy por debajo de la media de países europeos, y claramente, se necesita un incremento en la inversión sanitaria pública per cápita.

País	2020
Suiza	9.009,34
Liechtenstein	8.891,65
Dinamarca	5.642,26
Irlanda	5.311,33
Suecia	5.282,01
Alemania	5.192,41
Países Bajos	5.108,39
Islandia	4.940,76
Austria	4.881,11
Bélgica	4.272,02
Francia	4.159,55
Italia	2.685,58
España	2.537,76
Portugal	2.049,89
Chipre	1.961,47
Chequia	1.859,16
Estonia	1.564,65
Grecia	1.469,31
Lituania	1.335,32
Letonia	1.154,22
Hungría	1.022,03
Croacia	962,91
Bulgaria	753,65
Rumanía	712,57
Media	3.448,31

Tabla 1. Gasto sanidad por año y habitante 2020
Fuente: EUROSTAD

Esta baja financiación pública tiene como resultado una mayor inequidad y desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias porque es bien conocido que la financiación privada es inequitativa y penaliza a las personas más pobres y con más necesidades de asistencia sanitaria (más enfermas). Un buen ejemplo es la atención odontológica que en nuestro país no está mayoritariamente cubierta por el SNS con lo que el porcentaje de personas sin acceso a la misma por problemas económicos es del 5% en España frente a un promedio del 2,5% en la UE. En España el 12% de las personas con bajos recursos no tienen acceso frente a un 5,5% de promedio en la UE (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Spain: Country Health Profile 2021).

En todo caso resulta cuanto menos sorprendente que los datos del Ministerio de Sanidad para el año 2020 sean diferentes a los que proporciona el organismo internacional Eurostat que se supone confecciona sus datos con los proporcionados por los distintos países.

Excesiva variabilidad interautonomica.

Por otro lado, si desglosamos el gasto sanitario público en España en los presupuestos per cápita de 2022 se observa que hay una gran variabilidad entre las distintas Comunidades Autónomas; encontrándose el máximo en el País Vasco con 1.991,21€ y el mínimo en Madrid con 1.300,55€; mientras que la media del país es de 1.679,26€. Es obvio que tanta diferencia presupuestaria acarrea inevitablemente una diferencia en las prestaciones y/o en la accesibilidad del sistema sanitario.

En el gráfico inferior vemos el gasto sanitario público según clasificación económica del año 2020 (Ministerio de Sanidad 2021). Se observa cómo un 10% de la financiación se dedica a conciertos con el sector privado.

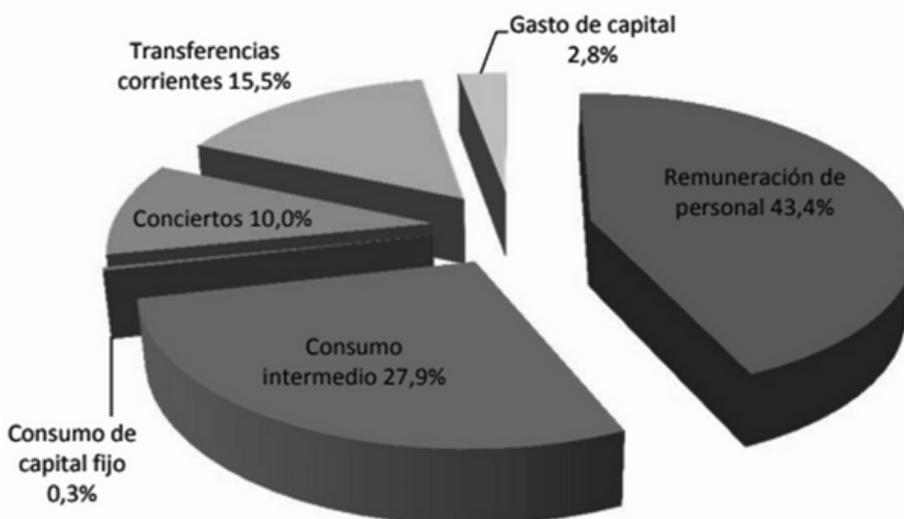


Figura 1. Porcentaje del gasto sanitario público según clasificación funcional en 2020
Fuente: Estadística del Gasto sanitario Público 2020 (Ministerio de Sanidad).

Un aspecto importante en cuanto a la financiación y el gasto en sanidad es el gasto en farmacia. En el año 2020 el gasto farmacéutico en recetas fue de 12.121 millones de euros, pero si incluimos el gasto hospitalario este asciende a 20.056 millones de euros.

Asimismo, el gasto farmacéutico ha aumentado un 40,28% desde el año 2014, y si incluimos el gasto de los hospitales esto aumenta a un 52,96%. Se trata de un incremento del gasto muy superior al gasto hospitalario. De ello se deduce que una parte creciente del gasto sanitario público va directamente a manos de la industria farmacéutica y que el porcentaje destinado a la asistencia disminuye con los efectos que ello tiene sobre los recursos humanos del sistema sanitario.

LAS LISTAS DE ESPERA

Las listas de espera son el resultado del funcionamiento del sistema sanitario y repercuten de forma importante en la accesibilidad real de la ciudadanía a los servicios sanitarios.

En España cada vez son mayores, y es un hecho que la pandemia por COVID-19 ha hecho que estas aumenten a un ritmo mucho mayor y de forma generalizada, pues han aumentado tanto las listas de espera en Atención Primaria, en Atención Especializada y en intervenciones quirúrgicas.

Cabe decir que el hecho de que las listas de espera no dejen de aumentar y que por parte de las instituciones competentes no se haga nada o casi nada en revertir la situación es, sin lugar a dudas, suprimir a la ciudadanía su derecho a una atención sanitaria digna. Pues, es evidente que, si las personas tienen una dolencia o problema, y que el personal médico no les pueda asistir en un tiempo razonable, es una privación y merma de su derecho a ser atendido en la sanidad pública.

1. En Atención Primaria

En el caso de la Atención Primaria es bien sabido que ha habido un gran deterioro en los últimos años: se han cerrado centros de salud en todas las Comunidades Autónomas bajo el pretexto de la pandemia; se está abusando de las consultas telefónicas (España es el país con un mayor porcentaje de consultas telefónicas durante la pandemia: 72% frente a un 39% de promedio de la UE), que tienen una utilidad limitada y son rechazadas por muchas personas; hay grandes colas para acceder a los centros de salud para asistir a consulta o pedir cita; y ha habido una gran desatención a los problemas de salud que no han sido COVID-19.

Este deterioro se ha traducido en una gran problemática para los ciudadanos y ha desencadenado una demora intolerable para el acceso a la Atención Primaria.

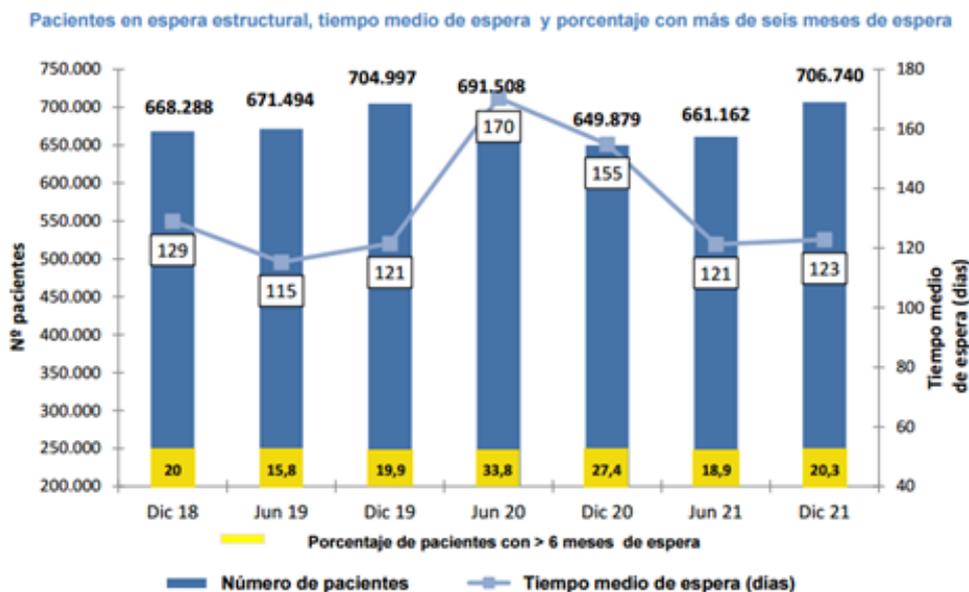
Según el Barómetro Sanitario de junio de 2022, el 65,7% de los pacientes esperaron más de 48 horas, con un promedio de espera de 8,8 días; y el 62,5% dice haber obtenido cita con una demora de 7 o más días. Estas largas demoras contradicen el objetivo del Plan Estratégico de Atención Primaria de 2019, en el cual se especifica que la atención ha de producirse en 48 horas como máximo.

2. En Atención Especializada

Las listas de espera en Atención Especializada deben diferenciarse en dos: lista de espera quirúrgica (LEQ) y lista de espera de consultas externas (LECE).

En el año 2021 ambas listas de espera sufrieron un gran aumento, el cual, en parte se debe a la pandemia, pues se suspendieron muchas intervenciones quirúrgicas y consultas externas en prácticamente todas las Comunidades Autónomas, aunque con intensidades variables. Pero no podemos achacar toda la lista de espera a la pandemia, pues en años anteriores a esta las listas de espera ya eran muy extensas, lo cual se debe principalmente a la mala gestión por parte de las administraciones y a la progresiva privatización de los Hospitales públicos, hecho que, como ya ha quedado patente, empeora la administración y gestión de estos centros.

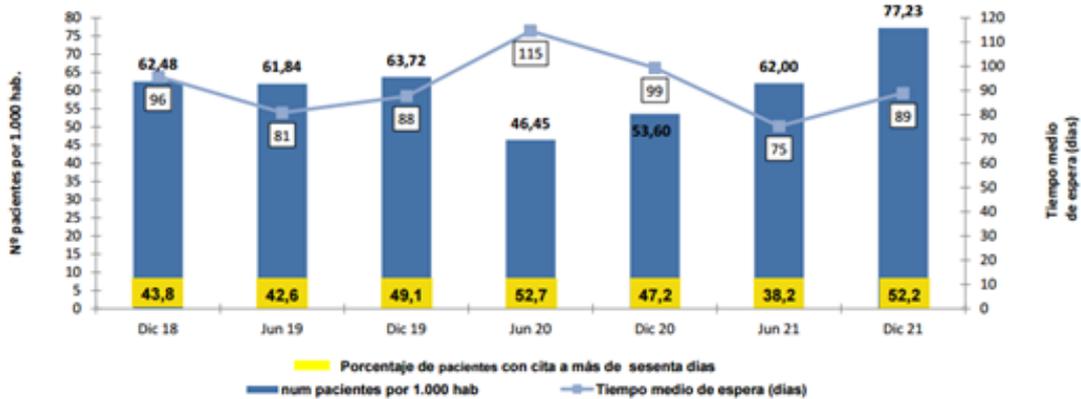
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS Evolución Dic 2018 - Dic 2021



Fuente: Ministerio de Sanidad

LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EN EL SNS Evolución Diciembre 2018- Diciembre 2021

Lista de espera estructural por 1.000 habitantes, tiempo medio de espera y porcentaje de citas a más de 60 días.



Fuente: Ministerio de Sanidad

Esta situación sigue sin recuperarse a pesar de las promesas de inversión por parte de los Gobiernos en la Sanidad Pública.

Además, hay que tener en cuenta que las listas de espera son sumatorias, es decir, primero se espera un número de días para la primera consulta en Atención Primaria, posteriormente se espera otro número de días (que habitualmente es mayor a la primera espera para Atención Primaria) para la primera consulta de Atención Especializada; después hay que esperar por las pruebas diagnósticas y nuevamente para que nos citen para ver los resultados de las pruebas realizadas en Atención Especializada; y finalmente entraríamos en la lista de espera para que nos realicen una intervención quirúrgica. Ello hace que, en muchos casos, todo este proceso acabe demorándose hasta un año o más.

No se han hecho estudios sobre las consecuencias de estas demoras, pero conviene recordar que en septiembre de 2022 España ha estado a la cabeza de Europa en cuanto a exceso de mortalidad, lo cual no es justificable por las muertes diagnosticadas de covid19 y podría ser un claro síntoma de la desatención de los enfermos no covid19 que han visto negada o postergada su atención con el resultado del empeoramiento y/o infradiagnóstico de sus problemas de salud y de la falta de una respuesta adecuada de las distintas administraciones sanitarias.

Como hemos visto hay una gran distancia entre la teoría y la práctica del derecho a la atención sanitaria y de la accesibilidad de la población a la misma, y ello produce tanto un gran crecimiento del aseguramiento privado y puede acabar generando la desafección de la población con nuestro sistema sanitario público. Por ello es urgente adoptar medidas para abordar la situación que obviamente deben de pasar por una mejora de la financiación y un reparto más equitativo de la misma para lo que una financiación finalista sería deseable, así como la aprobación del Plan Integrado de Salud contemplado en la LGS y nunca desarrollado ¡36 años después!, para establecer objetivos comunes de salud del sistema sanitario, pero especialmente hay que resolver la accesibilidad de la Atención Primaria (ver las propuestas de Salvemos la Atención Primaria), y eso precisa recursos y voluntad política.

Una última cuestión que deberíamos de tener en cuenta es que probablemente la ausencia de participación comunitaria es uno de los motivos de la falta de sensibilidad de los responsables políticos sobre el funcionamiento del sistema sanitario público y de la ausencia de compromiso social, más allá de las movilizaciones reivindicativas, con la mejora del sistema sanitario público. Sería necesario que se estructuren mecanismos efectivos de participación social/ comunitaria en materia de salud, tanto en el propio Sistema Nacional de Salud, como en las zonas básicas de salud, como en los propios centros.

No será una tarea fácil conseguirlo, pero es necesario que seamos conscientes de que tenemos que salir de la situación actual y defender y mejorar nuestra Sanidad Pública que es uno de los mayores activos de nuestro país y clave para asegurar la solidaridad y el bienestar de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

EUROSTAT. (s.f.). Health Care Expenditure. European Commission. Recuperado 31 octubre 2022, de https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_fs/default/table?lang=en

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2021). Análisis y propuestas para intentar superar la situación crítica de la Atención Primaria tras la pandemia COVID. Recuperado, 19 octubre 2022, de <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2021/09/ManifiestoAPdef.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29/04/1986 Ministerio de Sanidad (s.f.). Portal Estadístico. Área de Inteligencia de gestión. Recuperado 19 octubre 2022, de <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S>

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, Boletín Oficial del Estado, núm. 183, de 30/07/2018, pp. 76258 – 76264.

Sánchez Bayle, M. y Fernández Ruiz, S. (2015). Sanidad Pública. Entre el éxito y el desastre. Madrid.

Sánchez Bayle, M. y Sánchez Fernández, C. (2019). "La participación comunitaria. Una perspectiva sanitaria de su necesidad y limitaciones." en Desarrollo comunitario, salud y calidad de vida. Bilbao: DeustoDigital, pp. 55 – 85.

Ministerio de Sanidad (2020). Estadística del Gasto sanitario Público 2020. Recuperado 22 octubre 2022, de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

ARTÍCULOS



BURNOUT PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA POST COVID: ALERTA CON EL PERSONAL ADMINISTRATIVO.

JUAN JOSÉ MONTERO-ALÍA

CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ROCAFONDA-PALAU (MATARÓ 3), INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, MATARÓ, BARCELONA; GRUPO DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN SALUD Y SOCIEDAD (GREMSAS), (2017 SGR 917), 08007 BARCELONA, ESPAÑA.

Antonio Casanova-Uclés ³ Angélica Alba Carrillo ⁴ Sara Sancho Muñoz ⁵ Maite Sastre Martin ⁶ M^a Josep Font Alonso ⁷ Martín Cebollada del Misterio ⁸ Esther Fabrè Folch ⁹ Neus Sanz Riguillo ¹⁰ Esther Hernández Muñoz ¹¹ Anna Costa-Garrido ¹² Pere Torán-Monserrat ^{2,10,13,14}

Objetivo

Conocer el nivel de burnout de los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria en mayo de 2021.

Material y Método:

Estudio descriptivo multicéntrico con muestreo de conveniencia. A principios de mayo de 2021, los médicos centinelas del grupo de estudio del Observatorio de Medicina de Familia (OMFaM) repartieron el cuestionario de burnout MBI-HSS a todos los profesionales de sus respectivos centros de salud. Se recogieron variables sociodemográficas y el grado de burnout. El criterio fue tener las tres subescalas simultáneamente afectadas de gravedad, o sea tener un Agotamiento Emocional (AE) ≥ 27 puntos + Despersonalización (DE) ≥ 10 puntos + Realización Personal (RP) ≤ 33 puntos.

Resultados:

406 encuestas. 79% mujeres, edad media de 44.4 años y 14,8 años en la empresa. Por colectivos 157 médicas, 109 enfermeras, 107 administrativas, 21 auxiliares de enfermería, 6 odontólogas y 6 trabajadoras sociales. Sufren burnout el 25,12%. Las mujeres lo sufren en un 22,5% y los hombres en un 26,9% ($p=0,41$). Las médicas padecen un 28,66%, las administrativas un 27,10% y enfermería un 21,10%. El colectivo con más agotamiento emocional es el médico, con un 56,69%. El que padece más despersonalización es el administrativo con un 67,29%. En realización personal, medicina y enfermería oscilan entre 38 y 40%.

2 Grupo de Investigación Multidisciplinar en Salud y Sociedad (GREMSAS), (2017 SGR 917), 08007 Barcelona, España.

3 Centre d'Urgències d'Atenció Primària del Maresme. Institut Català de la Salut, Barcelona.

4 Centre d'Atenció Primària La Riera (Mataró 1), Institut Català de la Salut, Mataró, Barcelona.

5 Centre d'Atenció Primària d'Arenys de Mar, Institut Català de la Salut, Mataró, Barcelona.

6 Centre d'Atenció Primària de Berga, Institut Català de la Salut, Mataró, Barcelona.

7 Centre d'Atenció Primària Llavarenes, Institut Català de la Salut, Llavarenes, Barcelona.

8 Centre d'Atenció Primària Sant Pol de Mar, Institut Català de la Salut, Llavarenes, Barcelona.

9 Centre d'Atenció Primària Centre (Mataró 2), Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Spain.

10 Centre d'Atenció Primària Sant Quirze de Besora, Institut Català de la Salut, Sant Quirze de Besora, Barcelona.

11 Centre d'Atenció Primària Tiana-Montgat. Badalona Serveis Assistencials. Montgat, Barcelona.

12 Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Mataró, Spain.

13 Department of Medicine, Faculty of Medicine, Universitat de Girona, 17003 Girona Spain.

14 Primary Care Research Group. Germans Trias i Pujol Research Institute (IGTP), Campus Can Ruti, Badalona, Spain

Conclusiones:

Tras un año de pandemia, casi la cuarta parte de los profesionales que trabajan en los centros de atención primaria de la provincia de Barcelona sufren burnout en grado severo. El personal administrativo, la puerta de entrada al sistema, sufre la mayor despersonalización de todos los colectivos estudiados.

Palabras clave: Burnout, Primary Health Care, Personnel Management, General Practitioners, COVID-19.

Introducción

Las profesiones sanitarias son especialmente sensibles a padecer burnout. La prevalencia respecto a la población general es muy superior y se mantiene alta en las últimas décadas (1)(2). Las actividades laborales en entornos muy complejos como son los centros de salud tras una crisis sanitaria sin precedente, lo favorecen.

El burnout se asocia a alteraciones físicas, conductuales y emocionales, que no acostumbra a incapacitar al profesional, pero genera baja calidad asistencial y un deterioro en las relaciones profesionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha introducido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desde enero de 2022 y en varios países europeos es considerado enfermedad laboral desde hace ya varios años (3).

El burnout se manifiesta fundamentalmente por presentar tres rasgos característicos: agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal. El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) valora estos tres rasgos característicos y se utiliza desde hace más de 40 años (4). Es el test más utilizado y validado (5)(6), y permite comparar diferentes poblaciones y territorios. Por otro lado se dispone de una versión específica para personal que trabaja en entornos sanitarios o con seres humanos, el Human Services Survey (MBI-HSS) (7).

A pesar de su amplia utilización, este test no presenta una validez y fiabilidad consolidadas puesto que existen discrepancias sobre el punto de corte diagnóstico (8)(9). Un profesional padece burnout cuando presenta como mínimo afectada la esfera de agotamiento emocional. Nuestro grupo de trabajo, sin embargo, para definir el burnout ha utilizado el criterio más estricto posible, que consiste en la afectación de las tres escalas emocionales en su grado más alto. El Observatorio de la Medicina de Familia del Maresme (OMFaM) lleva años analizando el burnout de los médicos de familia (10).

Con el presente estudio se desea conocer el nivel de burnout de todos los profesionales sanitarios que trabajan en los centros de atención primaria una vez finalizado el estado de alarma y al año del inicio de la pandemia por SARS-CoV-2.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo multicéntrico donde los profesionales que participan son seleccionados mediante un muestreo de conveniencia. En el grupo de trabajo OMFaM, participan 88 médicos centinelas de 27 equipos de asistencia primaria de 30 núcleos urbanos de la provincia de Barcelona y no tienen remuneración económica.

Pertencen a 4 entidades proveedoras de servicios sanitarios, el Institut Català de la Salut (21 centros), el Consorci Sanitari del Maresme (3 centros), la Corporació de Salut del Maresme i la Selva (2 centros) y Badalona Serveis Assistencials (1 centro). En estos centros trabajan alrededor de 1.400 profesionales dando asistencia a una población que supera las 400.000 personas.



A principios de mayo de 2021, los médicos centinelas repartieron el cuestionario de burnout MBI-HSS a todos los profesionales de sus respectivos centros de salud. Los encuestados contestaron de forma voluntaria y las respuestas se recogieron al finalizar el mes. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género, hijos) así como el tiempo en el puesto de trabajo (pueden haber cambiado de centro en la misma empresa), el tiempo en la empresa y el tiempo de desplazamiento desde el domicilio.

El criterio para considerar a un profesional quemado (o que padece burnout) fue tener las tres subescalas afectadas de gravedad y de forma simultánea, o sea tener un Agotamiento Emocional (AE) ≥ 27 puntos + Despersonalización (DE) ≥ 10 puntos + Realización Personal (RP) ≤ 33 puntos.

Se analizaron los datos mediante un análisis descriptivo simple, con frecuencias, medidas de la estimación central y dispersión para variables cuantitativas. Para variables categóricas se realizaron frecuencias. En las comparaciones bivariantes de las 4 variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher en función de las condiciones aplicación, y por las variables continuas se utilizó la prueba t de Student. Se ha utilizado el paquete estadístico R versión 4.0.3 (R development Core Team, GNU, GPL) y Rstudio versión 1.3.1093 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

RESULTADOS

Se recibieron un total de 419 encuestas (tasa de respuesta aproximada del 30%), pero se rechazaron 13 por estar incompletas. El análisis final se realizó sobre 406 individuos. De las 406 encuestas, el 79,63% son mujeres. 157 (38,67%) eran profesionales de medicina de familia -que incluye a dos pediatras-, seguidos de enfermería con 109 (26,85%) y del personal administrativo o también llamado de gestión y servicios (GIS) con 107 encuestas (26,35%). Con menos presencia en el estudio, los auxiliares de enfermería (también llamados TCAI) rellenaron 21 encuestas, 6 las odontólogas y 6 las trabajadoras sociales.

La edad media de los profesionales es de 44,33 años, con 15 años en la empresa y casi 9 años en el mismo puesto de trabajo. El 66,06% tienen hijos. El promedio de tiempo invertido para ir al trabajo desde el domicilio es de 19,32 minutos. Si analizamos por categorías profesionales, los médicos son los que más tiempo llevan en su lugar de trabajo y en la empresa, así como los que tienen más proporción de hijos. Los detalles pormenorizados de los diferentes estamentos se pueden visualizar en la tabla 1.

Respecto a estar quemados, el 25,12% de los encuestados (n=102) sufre burnout en grado severo. Las mujeres lo sufren en un 23,28% y los hombres en un 27,27%, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,459). Por edad, el burnout se presenta en un 25% en los menores de 35 años, un 25,57% entre 35 y 50 años y de un 20,66% en mayores de 50 años (p=0,598) tabla 2.

Los profesionales con hijos están menos quemados que los que tienen hijos, pero las diferencias en global no son significativas. Sin embargo, si analizamos por estamentos profesionales en medicina y enfermería esta diferencia es mayor y es estadísticamente significativa (Tabla 3).

Analizando el burnout por categoría profesional (tabla 4), destaca medicina con un 28,6% seguidos del personal administrativo con un 27,1%. Ningún trabajador social presentó burnout. Si analizamos las tres esferas que evalúa el test de Maslach, podemos ver como los médicos son los que presentan un mayor agotamiento emocional con un 56,7% (p=0,026) y el personal administrativo la mayor despersonalización, con 67,9% (p=0,007). A nivel de realización personal, los colectivos médicos, administrativo y de enfermería, están muy igualados, oscilan entre el 28 y 40% (p=0,544).

Respecto al burnout y el tiempo en el puesto de trabajo, se aprecia que los que llevan menos de un año y los que llevan más de 16, son los que menos burnout tienen (15,56%) y los que llevan entre 6 y 15 años son los que estén peor (40%). Esta diferencia no llega a la significación estadística p=0,071 (ver tabla 5).

Tras un año de pandemia, prácticamente la cuarta parte de los profesionales que trabajan en los centros de atención primaria de la provincia de Barcelona sufren burnout severo. El personal administrativo, la puerta de entrada al sistema, sufre la mayor despersonalización de todos los colectivos estudiados, con un 66,07%. En agotamiento emocional destaca el colectivo médico en más de la mitad de los encuestados, y el sentimiento de baja realización personal es similar en los tres colectivos mayoritarios.

Este es el primer estudio que analiza el burnout de todos los colectivos que trabajan en atención primaria en época pandémica, pero este dato podría estar subestimado. Sabemos que bastantes profesionales se encontraban de baja laboral y otros tantos no quisieron participar al referir que estaban tan sobrepasados que no querían ni rellenar la encuesta.

El personal administrativo, que presenta los niveles más altos de burnout después de los médicos, supera a todos los demás profesionales en endurecimiento afectivo (despersonalización). Este hecho lo hemos encontrado también reflejado en un estudio comparativo entre sanitarios y administrativos de un centro de atención primaria mejicano (11). Podría deberse a que ha sido un colectivo muy expuesto a la pandemia, una verdadera primera línea intensa y permanente en los centros de asistencia primaria, no sólo por la exposición de padecer la enfermedad por contagio con enfermos que acudían al centro a solicitar atención, sino también por gestionar presencial o telefónicamente la reducción drástica de la oferta asistencial (tanto del centro como del hospital), recibiendo el impacto de las quejas de los pacientes de forma continuada.

La prevalencia observada de burnout es menor en los trabajadores que llevan menos de un año en su puesto de trabajo (independientemente de la categoría profesional) y de las más altas en los que llevan entre 6 y 15 años. Aunque en nuestro estudio no resulta significativa la diferencia, esta tendencia se ha observado también en otro estudio similar realizado en atención primaria en Estados Unidos durante el verano de 2020. Con un total de 151 trabajadores entrevistados, trabajar entre 11 y 20 años generaba más posibilidades de estar quemado, en cambio sí se llevaba menos de un año de trabajo en la empresa las posibilidades eran mucho menores (12).

Este dato podría guardar relación con la posible infraestimación del burnout estructural en personal administrativo y auxiliar de enfermería, ya que una de las acciones para hacer frente a la pandemia por parte de las autoridades gubernamentales fue aumentar la contratación especialmente en esos dos colectivos. Esos contratos más recientes podrían ejercer cierto contrapeso en el conjunto de sus colectivos.

Faltan estudios comparativos en personal administrativo de atención primaria respecto al burnout profesional, por lo que tenemos que recurrir a los llevados a cabo en personal sanitario. En un estudio a nivel europeo sobre más de 9.000 profesionales de atención primaria (médicos, enfermería y técnicos) llevado a cabo de enero a abril de 2018, resultó que el 46,8% de los médicos tenían burnout, disminuyendo al 37,2 % en las enfermeras y en el 36,4% de los técnicos. Existían diferencias significativas por regiones o zonas de trabajo (nivel socioeconómico) y según los modelos organizativos sanitarios. (13)

6 Profesionales de primera línea que atendían pacientes ingresados con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) presentaban menos burnout (13%) que el resto (39%) y lo justificaban por tener mayor sensación de control y organización en el lugar de trabajo (14). El control del entorno laboral se sabe que es un factor protector. Sentirse valorado y tratado justamente en tu lugar de trabajo es un tema de vital importancia que disminuye el malestar psicológico (15). La falta de límite entre lo personal y lo profesional en la vida diaria de los médicos de familia ingleses y las expectativas no realistas sobre lo que la práctica médica puede y debe ofrecer, fueron motivos de peso para el abandono de la práctica clínica según mostraba un estudio publicado en 2018 (16).

Respecto a los factores protectores de burnout, encontramos que en Asturias, se analizó el burnout y la inteligencia emocional del colectivo médico en 2018. De 374 encuestas recibidas, la prevalencia de burnout fue del 64,5% (con criterios menos restrictivos que nosotros). Demostraron que los médicos con más habilidades sociales tenían menos riesgo de presentar burnout, así como el hecho de tener hijos y ser tutor de medicina familiar y comunitaria, que también ejercían como factores protectores.

Lo empeoraba la edad, el tipo de contrato, el ámbito urbano y la media de pacientes visitados por día. Los profesionales más jóvenes experimentaban mayores niveles de estrés y fatiga que los veteranos. No se detectó relación significativa con el género (17).

Nuestro estudio muestra el efecto protector que ejerce el tener hijos para prevenir el burnout en el colectivo médico y de enfermería. Este hecho también se describe en algunos trabajos publicados. En un estudio turco de 2021 realizado en 897 médicos, el 40,9 % de los que no tenían hijos presentaban desesperanza severa vs el 31,3% de los que tenían (18). Este mismo artículo refiere datos de enfermeras y médicos cuya satisfacción laboral era menor en los que no tenían hijos. Sin embargo en nuestros administrativos, este hecho no parece influir en su burnout. Podría deberse a que la muestra de individuos con hijos es menor que en los otros dos colectivos (casi el 80% en medicina tienen hijos vs el 55,4% del personal GIS), que la edad media es menor y que el porcentaje de tiempo en la empresa también (tabla 6).

Desde el inicio del Observatorio de Medicina en 2016, hemos analizado el burnout médico con los criterios de gravedad descritos. Los resultados reflejan una horquilla estable entre un 6% y un 10% durante algunos años, hasta llegar al 57% en plena pandemia (19)(20). Los datos de mayo de 2021 bajando al 28% son esperanzadores pero la bibliografía analizada, no permite demasiadas alegrías. En un estudio con médicos de familia llevado a cabo también en la provincia de Barcelona entre el año 2000 y 2005 sobre la evolución del burnout, se encontró que los que estaban poco quemados empeoraban y los que lo estaban mucho se mantenían (21). En 2005 y 2007 otro estudio con 160 médicos (el 47% del área de salud de la provincia de Burgos) no encontró relación con las variables sociodemográficas pero sí con las cargas de trabajo, aumentando ligeramente el burnout global en esos dos años (22).

Si consideramos que vivimos una época más compleja, con el impacto de una pandemia en una nueva realidad asistencial con una población más afectada psicológicamente, una crisis económica con una inflación no vista en 34 años, una guerra en Europa que se puede generalizar y recortes presupuestarios en el horizonte, es fácil imaginar que los niveles de burnout de nuestro estudio tiendan a mantenerse.

La limitación más importante de este estudio es que la participación de los encuestados es voluntaria. La representatividad no está garantizada, al no haberse repartido de forma aleatoria y proporcional al número de trabajadores de cada equipo.

Tampoco ha estado dirigida por un único investigador con un único entrenamiento para explicar la finalidad del estudio, si no que cada centinela lo ha explicado en su centro de trabajo, generando potencialmente una cierta variabilidad en la exposición.

Por último, la muestra de estudio es suficientemente amplia para los tres colectivos mayoritarios pero no para el resto. Aunque publiquemos los datos de esas minorías, deben analizarse con suma cautela. Además existen algunas categorías no estudiadas como la pediatría, los cargos directivos de los equipos o los nuevos perfiles profesionales como psicología o nutrición y que también forman parte del conjunto de los equipos de atención primaria.

Creemos que unos niveles de burnout tan elevados no son asumibles por la población, ni por las organizaciones, ni por los propios profesionales del entorno sanitario para prestar una asistencia de calidad. Como se ha demostrado desde hace muchos años, produce consecuencias perjudiciales para todo el sistema, y debe ser abordado de forma institucional. En varios países occidentales el burnout se considera una enfermedad laboral y existen protocolos de actuación para mejorar los entornos del trabajo de los afectados. En estos momentos un ciudadano podría ser atendido en un mismo centro de salud por sus tres referentes habituales quemados (administrativa, enfermera y médica). Si al infrafinanciamiento crónico histórico de la atención primaria le sumamos el estado emocional del personal, la desafección de la población hacia la atención primaria pública puede acelerar más el proceso lento pero imparable hacia una mayor mutualización de la sociedad con la consecuente pérdida de valor de la atención primaria tal y como la entendemos a día de hoy. Independientemente del modelo sanitario que decidan los representantes políticos de la sociedad del futuro, mantener una situación profesional con semejante nivel de burnout es muy peligroso. Existe suficiente información publicada que indica cuales son los factores que lo provocan. Existen países que lo abordan como una enfermedad laboral y actúan en el entorno de trabajo. Tenemos unos niveles nunca vistos de burnout profesional ¿A qué esperamos para actuar?

Conclusiones:

La pandemia ha dejado muy tocados a los profesionales de los equipos de atención primaria, multiplicando por cuatro los niveles de burnout de hace 6 años. Los tres estamentos mayoritarios (enfermería, auxiliares administrativos y medicina) presentan burnout en grado severo que oscila del 21 al 28% . Los trabajadores que reciben en primera instancia a los pacientes, el personal administrativo, son los que presentan los niveles más altos de despersonalización de todos los colectivos. El colectivo médico es el que más agotamiento emocional presenta. Tener hijos y llevar poco tiempo en el puesto de trabajo son factores protectores de burnout.



Tablas:

Categoría profesional	Cuestionarios recibidos	Edad media	Mujeres	Años en la empresa	Años en el puesto de trabajo	Tiempo desplazamiento al Trabajo (min)	Tener Hijos
Medicina de Familia *	157 (38.67%)	47.7 (9.7)	72.6%	17.1 (9.8)	10.4 (8.5)	18.9 (11.6)	79.3%
Enfermería	109 (26.85%)	42.2 (11.7)	95.9%	14.7 (11.0)	8.0 (8.5)	19.2 (13.4)	64.3%
Personal administrativo	107 (26.35%)	41.5 (13.2)	74.0%	12.2 (10.8)	8.1 (7.7)	19.2 (13.2)	55.4%
Auxiliar de enfermería	21 (5.17%)	43.1 (13.0)	95.0%	12.2 (12.8)	6.6 (8.2)	20.4 (12.7)	47.6%
Trabajadora social	6 (1.48%)	41.6 (14.5)	80.0%	13.6 (14.6)	6.4 (5.3)	30.0 (14.1)	40.0%
Odontología	6 (1.48%)	46.0 (9.7)	40.0%	13.4 (8.08)	9.2 (9.6)	18.2 (10.5)	20.0%
TOTAL	406 (100%)	44.4 (11.7)	79.9%	14.8 (10.8)	8.9 (8.3)	19.3 (12.6)	66.2%

Tabla 1. Descripción de la muestra.
*Incluye 2 pediatras.

	NO BURNOUT	SI BURNOUT	p-valor
Género			0.459
Mujeres	234 (76,72%)	71 (23,28%)	
Hombres	56 (72,73%)	21 (27,27%)	
Edad			0.598
Menores de < 35 años	69 (75,00%)	23 (25,00%)	
Entre 35 y 50 años	131 (74,43%)	45 (25,57%)	
Más de >50 años	96 (79,34%)	25 (20,66%)	

Tabla 2. Relación entre burnout, género y edad.

	NO BURNOUT	SI BURNOUT	p-valor
Medicina SIN hijos	18 (58,06%)	13 (41,94%)	0.031
Medicina CON hijos	92 (77,31%)	27 (22,69%)	
Enfermería SIN hijos	24 (66,67%)	12 (33,33%)	0.011
Enfermería CON hijos	57 (87,69%)	8 (12,31%)	
Administrativos SIN hijos	34 (75,56%)	11 (24,44%)	0.641
Administrativos CON hijos	40 (71,43%)	16 (28,57%)	
TCAI SIN hijos	9 (81,82%)	2 (18,18%)	1.000
TCAI CON hijos	8 (80,00%)	2 (20,00%)	

Tabla 3. Relación entre tener hijos y padecer burnout.

	TODOS	MF	Enfermería	GIS	TCAI	TS	ODN	p-valor
Burnout global	102 (25.1)	45 (28.66%)	23 (21.10%)	29 (27.10%)	4 (19.05%)	0 (0.0%)	1 (16.6%)	0.470
Agotamiento Emocional	196 (48.2)	89 (56.69%)	46 (42.20%)	51 (47.66%)	6 (28.57%)	2 (33.33%)	2 (33.33%)	0.026
Despersonalización	235 (57.8)	94 (59.87%)	59 (54.13%)	72 (67.29%)	6 (28.57%)	1 (16.67%)	3 (50.00%)	0.007
Realización personal	153 (37.6)	62 (39.49%)	44 (40.37%)	41 (38.32%)	5 (23.81%)	0 (0.00%)	1 (16.67%)	0.544

Tabla 4. Burnout por profesiones según las tres escalas que evalúa el test MBI.

MF: medicina de familia, GIS: personal administrativo, TCAI: auxiliar de clínica, TS: trabajador social, ODN: odontología.

Antigüedad	Burnout	Edad media (años)	DE
< 1 año	15.56%	35.72	±11.62
2-5 años	28.89%	40.63	±11.05
6-15 años	40.00%	48.44	±8.34
>16 años	15.56%	53.31	±7.01

Tabla 5. Burnout y antigüedad en el puesto de trabajo.
P valor = 0.071

	Medicina	Enfermería	Administrativo	TCAI	Trabajo Social	Odontología
Edad media	47.77 (9.81)	42.21 (11.76)	41.54 (13.29)	43.14 (13.05)	41.60 (14.54)	46.00 (9.77)
Años en la empresa						
<= 1 año	5 (3.27%)	14 (13.86%)	28 (27.72%)	6 (28.57%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)
2 - 5 años	21 (13.73%)	20 (19.80%)	16 (15.84%)	6 (28.57%)	1 (20.00%)	2 (40.00%)
6 - 15 años	42 (27.45%)	16 (15.84%)	18 (17.82%)	2 (9.52%)	1 (20.00%)	0 (0.00%)
15 - 30 años	69 (45.10%)	43 (42.57%)	35 (34.65%)	4 (19.05%)	2 (40.00%)	3 (60.00%)
> 30 años	16 (10.46%)	8 (7.92%)	4 (3.96%)	3 (14.29%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)

Tabla 6. Edad media y antigüedad en la empresa.

Bibliografía:

1. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Vol. 34, Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology. 2020. p. 553–60.
2. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele D V., et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(9):1681–94.
3. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjoberg L, Groene GJ de, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health.* 2018 Apr;56(2):160–5.
4. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. *J Occup Behav.* 1981;2:99–113.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422.
6. Håkansson C, Lexén A. The combination of psychosocial working conditions, occupational balance and sociodemographic characteristics and their associations with no or negligible stress symptoms among Swedish occupational therapists - a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2021 May;21(1):471.
7. C M, SE J. Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). Maslach Burnout Inventory Manual. 1996.
8. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. Vol. 320, *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2018. p. 1131–50.
9. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. 2002.
10. Casanova Uclés A, Montero Alía JJ, Gros Garcia T, Zurilla Leonarte E, Bartolomé Regué M, Berrocal Alonso G, et al. Observatori de la medicina de família al Maresme: Una anàlisi de la complexitat assistencial. *Butlletí de l'Atenció Primària de Catalunya.* 2019;37(4/2):1–9.
11. Flores Tesillo SY, Ruíz Martínez AO. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicol y Salud.* 2018;28(1):63–72.
12. Apaydin EA, Rose DE, Yano EM, Shekelle PG, McGowan MG, Antonini TL, et al. Burnout Among Primary Care Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *J Occup Environ Med.* 2021;63(8):642–5.
13. Ferreira PL, Raposo V, Tavares AI, Pinto A. Burnout and health status differences among primary healthcare professionals in Portugal. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1).
14. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e60–5.
15. Sutinen R, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M. Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scand J Public Health.* 2002;30(3):209–15.
16. Sansom A, Terry R, Fletcher E, Salisbury C, Long L, Richards SH, et al. Why do GPs leave direct patient care and what might help to retain them? A qualitative study of GPs in South West England. *BMJ Open.* 2018;8(1).
17. Yebra Delgado S, García Faza V, Sánchez Calvo A, Suárez Gil P, González Gómez L. Relación entre la inteligencia emocional y el burnout en los médicos de Atención Primaria. *Med Fam Semer.* 2020;46(7):472–8.
18. Gumustakim RS, Aksoy H, Cevik M, Bilgili P, Ayhan Baser D, Karahan Saper SH, et al. The primary care physicians' despair levels: Original research article. *Int J Clin Pract.* 2021 Jul;75(7):e14255.
19. Seda-Gombau G, Montero-Alía JJ, Moreno-Gabriel E, Torán-Monserrat P. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout in Primary Care Physicians in Catalonia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug;18(17).
20. Montero Alía JJ, Casanova Uclés A, Seda Gombau G, Gros Garcia T, Zurilla Leonarte E, Bartolomé Regué M, et al. Observatori de la Medicina Familiar i Comunitària al Maresme (OMFAM): Impacte de la pandèmia COVID-19 sobre el burnout professional. *Butlletí de l'Atenció Primària de Catalunya [Internet].* 2021;39(3/3):1–8. Available from: <http://www.butlleti.cat/ca/Vol39/iss3/3>
21. Cebrià J, Palma C, Sobrequés J, Ger S, Ferrer M, Segura J. Evolución del síndrome de desgaste profesional en médicos de familia: Estudio longitudinal a los 5 años. *Semergen.* 2008;34(3):107–12.
22. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians [Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria]. *Aten Primaria [Internet].* 2012;44(9):532–9.

OPINIÓN

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET

VOCAL DE IMAGEN
CORPORATIVA, WEB Y
PUBLICACIONES DE LA SEAUS

E-MAIL:
MPILARGONZALEZSERRET@GMAIL.COM

→ LA ATENCIÓN PRIMARIA, EL MÉDICO DE FAMILIA Y LOS USUARIOS

Resumen de la ponencia presentada, en representación de la SEAUS, en la "IV Jornada de l'Observatori de Medicina de Família al Maresme", que tuvo lugar en Cabriels, Barcelona, el 5 de mayo 2022.

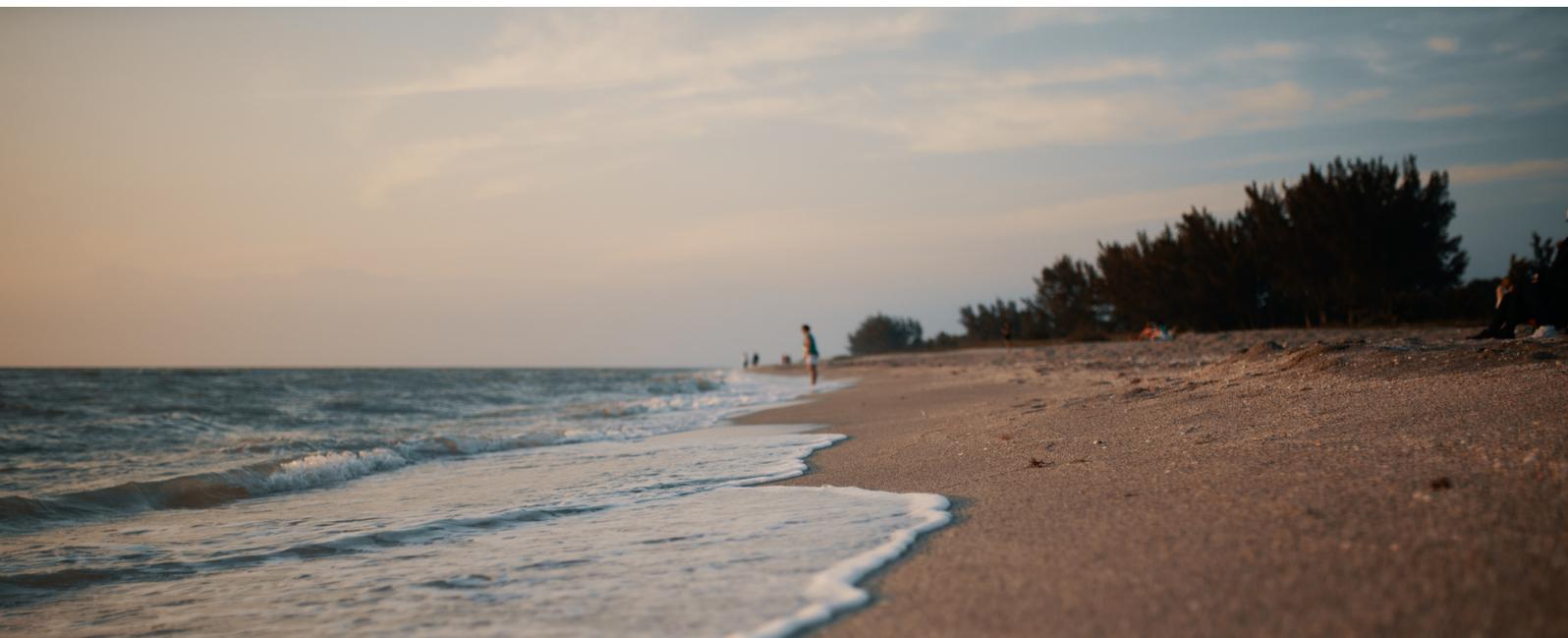
Para la SEAUS la atención primaria de salud, a pesar de algunas opiniones discrepantes al respecto, es la puerta de entrada al sistema, tiene que serlo, todo y que, en algún momento, los pacientes decidan tomar otros caminos. Y lo es, especialmente, por dos atributos que le son propios: **la longitudinalitat y la proximidad**.

- Longitudinalitat, porque pueden dirigirse a ella las personas a lo largo de toda su vida y en diferentes momentos de ésta, manteniendo una relación continuada.
- Proximidad, porque toda persona tiene un Centro de Salud, no lejos de su domicilio, al que acudir si lo necesita. Otra cuestión es si el usuario siente la atención primaria como próxima a él o no.

Disponer de un médico de referencia, que sea responsable del proceso del paciente es un derecho reconocido, ya en la LGS, y en la Reforma de la APS.

En cuanto a la actividad asistencial, ésta ha de garantizar la mejor actuación por parte del profesional que, a su vez, ha de resultar satisfactoria para el paciente.

La SEAUS, en el libro "Claves para la atención al usuario en los Servicios de salud" definió unos elementos que consideramos añaden valor a la asistencia y a la organización y mejoran la satisfacción del paciente. Estos elementos son:



- El respeto a los derechos de los pacientes y los aspectos éticos.
- La accesibilidad.
- La información y la comunicación.
- La atención a las personas.
- La calidad, empezando por la calidad personal.
- Conocer, escuchar y valorar la opinión del usuario.
- La formación, la investigación y la docencia como complemento de todas ellas.

Me centraré en dos aspectos que, desde la SEAUS, consideramos de gran importancia en la relación médico-paciente, sobre todo en el momento actual en atención primaria:

- La Accesibilidad
- La Atención a las personas.

ACCESIBILIDAD

La accesibilidad va ligada al lugar y al tiempo de respuesta, también al acceso a los profesionales.

La accesibilidad ha sido un foco de controversia durante la pandemia de la Covid-19 y lo continúa siendo en el momento actual. La situación durante los dos años de Covid fue muy difícil y dura para todos, tanto para los profesionales de la salud como para la población en general. La pandemia lo trastocó todo, se tomaron decisiones, no siempre bien entendidas y aceptadas, se cambiaron formas de trabajar y de atender. Se cerraron consultorios locales o se modificó su utilización. El usuario se encontró con muchas barreras y la atención a los pacientes no Covid se vio muy afectada.

No podemos generalizar, ya que la forma de atender a los pacientes durante la pandemia varió mucho de una organización a otra. No fue la misma, por ejemplo, en una EBA en Barcelona, en un Consorcio en la comarca del Vallés o en el conjunto del Institut Català de la Salut, siendo en este último caso diferente, incluso, en las diferentes áreas y equipos. Hubo centros en los que siempre fue posible contactar y ser atendido por el médico de familia propio, y otros en los que fue imposible durante meses. En este tiempo también los usuarios recibieron mensajes como: “no venga, llame primero por teléfono o llame al 061, etc.” Todo ello creó una cierta confusión, aun entendiendo las razones. Fundamentalmente se perdió la **presencialidad** en la APS y el **acompañamiento** al paciente en el ámbito hospitalario. Una vez acabada la parte más dura de la pandemia, y en el punto en que nos encontramos ahora, los usuarios quieren recuperar la “normalidad” y la “presencialidad”

Dos aspectos referidos a l'accessibilidad:

- **La consulta telefónica:** Es este un tema que se ha debatido ya ampliamente en diferentes foros. La consulta telefónica ha resultado y es útil en muchos casos, pero no en todos. La consulta telefónica, la consulta no presencial, ha de estar siempre justificada y ha de tener unas líneas rojas que no se deben traspasar. Es necesario valorar siempre la persona y sus circunstancias.
- **El uso de las tecnologías:** Actualmente disponemos de herramientas muy útiles para los pacientes, como son LA MEVA SALUT en Cataluña, la programación a través de Internet, la E-Consulta, las App, o los mensajes a través de la telefonía móvil. Es necesario continuar avanzando en esta línea. Eso sí, se debe hacer un uso razonable y responsable de las tecnologías, no olvidando que han de estar al **servicio de las personas**, valorando la oportunidad de su utilización. Teniendo en cuenta también la llamada brecha digital, no siempre necesariamente relacionada con la edad (Una encuesta del IDESCAT, Institut de Estadística de Cataluña, lo relaciona más con el entorno socioeconómico que con la edad) No todas las personas están en las mismas condiciones para acceder y utilizar la tecnología. Las desigualdades sociales de nuestra sociedad acentúan aún más la brecha digital.

En referencia a la accesibilidad, el CatSalut ha puesto en marcha la llamada “Programación por motivos” Des de la SEAUS lo vemos como una idea que puede ser acertada, siempre que se haga un buen uso y no se convierta en una nueva barrera para acceder al médico de familia. Con respecto a esta programación dos consideraciones:

- En general, respetar el hecho de que, no siempre, una persona estará dispuesta a manifestar el “motivo” por el cual consulta en un mostrador, al teléfono o en una página Web, y no por confidencialidad, que damos por descontado, sino por preservar su intimidad. Hay situaciones que sólo se quieren explicar al propio médico. Cuando se pregunta sobre el motivo de la consulta, sea en el mostrador, por teléfono o mediante un mensaje lo que se plantea el usuario es quién le está atendiendo o quién atenderá su mensaje, ¿será su médico, otro profesional, un administrativo...? Son preguntas que necesitan respuesta.
- Si la programación se hace a través de Internet, con este nuevo modelo se ha dilatado el proceso de pedir la visita; lo que antes se hacía en tres clics, ahora resulta más largo. Además, siempre sería necesario que se desplegara el calendario completo de días y horas disponibles del profesional, añadiendo la posibilidad de exponer y justificar el motivo, si el día y hora de la cita ofertada no se ajusta a las necesidades del paciente.

Todo esto se está trabajando y estaría bien incorporar la opinión del usuario y tener en cuenta como lo valora él desde su perspectiva personal.

Con respecto a la accesibilidad, y según han publicado los medios de comunicación, durante la pandemia se han hecho miles de pólizas con las Mutuas privadas y, según estos medios, la causa ha sido la falta de accesibilidad en la APS. Si esto es cierto, y por lo que parece lo es, es algo que nos ha de preocupar y mucho, y ha de preocupar mucho a nuestras autoridades sanitarias. No facilitar la accesibilidad es un error y siempre acaba generando más demanda y, lo que es peor, la utilización no adecuada de los servicios.

ATENCIÓN A LAS PERSONAS

Los usuarios, la ciudadanía, han cambiado porque la sociedad también ha cambiado. Los usuarios, hoy en día, son más exigentes, quieren conocer la razón de todo, quieren una respuesta rápida, son más digitales, han cambiado sus expectativas. El usuario no se fija tanto en la forma como nos organizamos, sino que para él lo importante es el resultado de esta organización y de cómo ésta incide en la relación con su médico de familia o enfermera y en los resultados en su salud. La relación médico-paciente se ha visto alterada durante la pandemia y es de lógica que quiera recuperar la relación, la presencialidad y la accesibilidad a su médico de familia.

Hemos oído con frecuencia: “mi médico solo mira el ordenador” o en positivo “me gusta este médico porque te escucha” o “al menos éste te escucha”. Los usuarios, los pacientes, las **personas** son el objetivo de la asistencia, no debemos olvidarlo nunca. La persona, es preciso recordarlo también, es ella, su entorno y sus circunstancias. La relación profesional-paciente ha de generar confianza, ha de ser capaz de establecer un **vínculo** entre las dos partes. Para el paciente no sólo es necesario “llegar a la consulta” sino sentirse acogido y atendido, lo que podríamos llamar la **calidez** del encuentro.

De aquí la importancia de que el médico de familia sea, no solo accesible, sino sobre todo **cercano**, que sepa **comunicar** y básicamente sepa **ESCUCHAR**. Imprescindible la empatía, la capacidad de comprender las emociones y los sentimientos de la persona.





Que escuche las necesidades de las personas y respete **sus derechos y valores**. Es aquello de: **Observar, escuchar, preguntar y ponerse en el lugar de la persona atendida**. La falta de tiempo, algunas veces, nos hace alterar esa secuencia tan necesaria para una buena atención. La relación profesional-paciente ha de basarse también en la **ética** y en los **valores** y fomentar las decisiones compartidas. Si se establece una relación de confianza, casi todo está ganado. En palabras de Marc Broggi, “a menudo el médico se centra más en la enfermedad que en el enfermo” Por esto remarcar la importancia del contacto personal.

Un estudio reciente nos indica, además, que como más larga es la relación que mantiene el usuario con su médico de familia, más alta es la influencia en la salud del paciente y se aumenta la esperanza de vida.

En un twit reciente, el Dr. Amando Martín Zurro decía “El trabajo del médico es un 30% competencia y un 70% sentido común y ética” Se puede estar más o menos de acuerdo, pero sus palabras nos hacen reflexionar.

En muchos ámbitos se escucha decir que es necesario poner al usuario, al ciudadano, en el **centro del sistema** y constatamos que no siempre es así. Hay distancia entre el discurso y la realidad, y en algunos casos una gran distancia. Nos gustaría que, en los documentos y planes que se redactan, se hiciese más referencia al “usuario y paciente”.

También actualmente se habla mucho de humanización, cuando el primer **Plan de Humanización** fue en el año 1984. ¿Qué ha pasado en todo este tiempo para continuar hablando de humanizar la asistencia? ¿No forma parte el trato humano del ADN de los profesionales de la salud, del médico de familia?

Y, hablando de personas, os recomiendo, a título personal, el blog: “Diaris de Trinxera” <https://diarisdetrinxera.wordpress.com/> Su lectura, nos pone en contacto con el día a día del médico de familia, nos reconcilia con la profesión, incluso con el mundo, cosa que hoy es bastante difícil.

REPLANTEAR LA APS / FORTALECER LA APS

En el contexto actual es frecuente escuchar que se hace necesario replantear la APS y el rol del médico de familia. En todo caso tengamos en cuenta a los usuarios, los pacientes. Se está trabajando en Cataluña un Pla d'Enfortiment i Transformació de l'Atenció Primària i Comunitària, (Un plan de refuerzo y transformación de la atención primaria y comunitaria) bienvenido sea si el resultado es bueno. Desde la SEAUS hemos visto, hemos participado y hemos firmado planes, protocolos y documentos a lo largo de nuestra trayectoria de más de treinta años. No obstante, ningún documento, plan, ni protocolo son útiles si no llegan a los profesionales y a los pacientes, a la consulta del médico de familia, a su relación con el paciente, si no facilitan que el profesional pueda trabajar con calidad y el paciente se sienta bien atendido.

Para la SEAUS, en el momento actual, serían necesarias cuatro cosas, que para nosotros son imprescindibles pensando en la APS:

1. **ESCUCHAR A LOS PROFESIONALES.** SON ELLOS LOS QUE CONOCEN LA REALIDAD DE LO QUE PASA, LOS QUE CONOCEN A FONDO LA ORGANIZACIÓN. ES NECESARIO OÍR SU VOZ. LAS ASOCIACIONES DE MÉDICOS DE FAMILIA, LA CAMFIC O LA SEMFYC, SON GRUPOS POTENTE EN ESTE SENTIDO.
2. **ESCUCHAR A LOS PACIENTES.** ES IMPORTANTE ESCUCHAR SU VOZ, INCORPORAR SUS NECESIDADES Y ESCUCHAR SUS DEMANDAS, PONERLAS EN AGENDA, ES DECIR NO OLVIDARLAS.
3. **LA REFLEXIÓN ÉTICA.** REFLEXIONAR DESDE LA ÉTICA, AQUELLA QUE RELACIONA LOS VALORES CON EL COMPORTAMIENTO. ¿CUÁLES SON MIS VALORES COMO PROFESIONAL? ¿CUÁLES SON LOS VALORES DEL EQUIPO, LOS COMPARTIMOS? ¿LOS DAMOS A CONOCER A NUESTROS USUARIOS? ¿LO HACEMOS TODO BIEN? ¿LO HACEMOS PENSANDO EN NUESTROS PACIENTES? TENEMOS QUE REFLEXIONAR. LOS GRUPOS DE ÉTICA, FORMADOS POR BUENOS PROFESIONALES Y MOTIVADOS, PUEDEN SER UNA EXCELENTE HERRAMIENTA.
4. **POTENCIAR LAS DIRECCIONES Y LA AUTONOMÍA DE LOS EQUIPOS,** ESO SÍ EN UN MARCO CLARAMENTE DEFINIDO. LA DIRECCIÓN DEL EQUIPO TIENE UN PAPEL PRIMORDIAL, DIFÍCIL SÍ, PERO SU LIDERAZGO SE HACE IMPRESCINDIBLE. UN LIDERAZGO EN ASPECTOS ASISTENCIALES Y CLÍNICOS, TAMBIÉN UN LIDERAZGO EN VALORES, PROFESIONALIDAD, HUMANISMO, ÉTICA, INTEGRIDAD, EQUIDAD, RESPETO A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES...

PARA FINALIZAR

Desde la SEAUS, algunas afirmaciones y una reflexión:

- La APS y el médico de familia son una parte primordial e imprescindible de nuestro sistema de salud. Es un modelo que nos distingue.
- El coste-beneficio del médico de familia está demostrado en los resultados de salud. Y en la satisfacción de los usuarios.
- Hemos de prestigiar la APS y a sus profesionales. El prestigio se ha de ganar.

Tres déficits, también a nuestro entender:

- Falta de soporte adecuado (digamos recursos, apoyo de la administración, modelo...)
- Falta de liderazgo en muchos niveles.
- Poca orientación a la comunidad.

Vivimos circunstancias muy complejas, y la complejidad no tiene fáciles soluciones. No obstante, es necesario mirar hacia delante y avanzar con los recursos disponibles, ser proactivos, trabajar en red, promover alianzas, **COMUNICAR**... Importante también que la atención primaria cruce el umbral de su puerta y se abra a la comunidad, que se haga presente en su propio entorno, barrio o municipio, y, a su vez, que los municipios consideren a los EAP una entidad tan importante como otras y les den voz y presencia.

Como ejemplo, El Consorci Sanitari de Terrassa, CST, llevó a cabo unas charlas de los médicos de familia en los barrios con el título "Después de la pandemia, ¿qué hacemos?" Nos parece una muy buena idea para comunicar con la gente.

Finalmente, hoy se da mucha importancia al Relato, entendido como aquello que, a fuerza de repetir un determinado mensaje, todo y que no sea verdad, acabamos por hacerlo nuestro o darle la importancia que no tiene. Desde la SEAUS pensamos que el relato sobre la APS y el médico de familia, por parte de los medios de comunicación, no ha sido ni es, excesivamente positivo últimamente, el hospital ha dado una imagen mejor y más potente. Con frecuencia hemos escuchado de los usuarios frases como estas: "Las colas, el teléfono no responde, no puedo acceder a mi médico" O también de los profesionales "No tenemos recursos suficientes, faltan médicos" ... Todo esto es cierto, pero, de alguna forma, aleja a los usuarios de nosotros, les aleja de la atención primaria y del sistema público de salud, crea desconfianza y recelo, y esto nos ha de preocupar.

Hemos de cambiar el relato, los usuarios, los pacientes, las personas necesitan un mensaje positivo. Pensemos cómo podemos hacerlo. Es importante.

IV JORNADA OBSERVATORI DE MEDICINA DE FAMÍLIA
AL MARESME NOUS ROLS I NOVES TECNOLOGIES PER
A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DEL FUTUR: COM ENCAIXA LA
MEDICINA DE FAMÍLIA?

CABRILS 5 MAIG 2022

Atenció Primària, metge/essa de família i usuari
Accessibilitat i Atenció a les persones
La visió des de la SEAUS

 **SEAUS**
Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad



<https://www.seaus.net/>

OPINIÓN

PILAR FLURIACHE GARCÍA-CARO

COORDINADORA DE PROYECTOS DE HUMANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN CORPORATIVA. GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA. SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. PERIODISTA.

E-mail: pfluriache@sescam.jccm.es



→ Humanización, una moda necesaria

Comienzo este artículo con un clásico. Según la Real Academia de la Lengua, Humanizar significa: **“Hacer humano, familiar y afable a alguien o a algo”**. Y comienzo así porque es fundamental encontrarles sentido a las palabras.

La mejora en la humanización de la atención (socio) sanitaria ha ido ganando un lugar importante en los servicios de salud de todo el mundo materializándose en una serie de estrategias generales y de acciones específicas. No hay más que darse una “vuelta” por los diferentes congresos, jornadas, másteres, cursos de formación o talleres a lo largo y ancho de la geografía internacional para darse cuenta de que el tema estrella es “la humanización”.

Y es que existe una potente relación de ayuda entre los profesionales y los usuarios (pacientes y familiares) que confirma que no hay nada más “humano” que la atención a personas en un proceso de falta de salud. Por otro lado, parece obvio que disponemos de forma innata de unas cualidades que nos dotan de esta humanidad. Y otras, las aprendemos con la experiencia y el paso del tiempo. Sin embargo, diferentes factores han hecho que las dejemos de lado.

El gran desarrollo científico y tecnológico ocurrido a lo largo del pasado siglo permite responder antes y mejor a más variados problemas, y por un mayor número de profesionales. A pesar de ello es uno de los principales motivos que deshumanizan la atención a las personas. Además de la tecnología, otro factor que deshumaniza nuestros centros es la complejidad del mundo sanitario. De ella deriva la masificación, la despersonalización, la excesiva burocracia, las demoras y otros efectos nada satisfactorios. En ocasiones, los procedimientos pueden llegar a ser considerados en sí mismos más importantes que la propia decisión o el resultado final.

También son elementos deshumanizadores los problemas personales de los profesionales, la superespecialización, la negación del sufrimiento y los criterios mercantilistas. Por eso, no hay que olvidar que los procesos que se manejan tienen una única razón de ser: la atención a las personas, a seres humanos (usuarios del sistema y profesionales) con una problemática determinada, con unas necesidades físicas, emocionales y sociales diferentes.

Es cierto que cuando comenzaron a diseñarse los planes de “humanización” en las diferentes comunidades autónomas españolas, esta palabra no sonaba del todo bien (por decirlo de una forma suave). Pasados unos años, con una pandemia internacional de por medio, queda más que demostrado que este término, con todo lo que conlleva, ha venido para quedarse. Se trata de buscar fórmulas para diseñar un cambio del modelo paternalista, de la asistencia sanitaria hacia el empoderamiento del usuario. Una filosofía que no esté basada en una estrategia de marketing político, en una exaltación del buenismo, o incluso en una moda pasajera.

Quién nos iba a decir que íbamos a vivir una pandemia de tal calibre que azotaría al mundo entero obligando a reconfigurar en tiempo récord las estructuras y protocolos de atención hasta ese momento tan sólidos. Y aunque parecía que nunca nos despertaríamos de esa tremenda pesadilla parece que sí, que volvemos a “vivir”. Y ahora estamos como los GPS del coche cuando nos equivocamos (a quién no le ha pasado alguna vez...) “recalculando ruta” y retomando los planes y estrategias de humanización que se vieron interrumpidos y que ahora cobran mucho más sentido gracias a todo lo que se ha aprendido.

EL PLAN HUMANIZACIÓN DE CASTILLA-LA MANCHA

En mi comunidad, Castilla-La Mancha, (como en otras muchas) se viene trabajando desde hace varios años sobre este cambio de modelo enfocado tradicionalmente hacia la enfermedad, para situar a la persona y su contexto en el centro del sistema. Así, desde el año 2015 la humanización se aborda como una cuestión prioritaria en la atención sanitaria. En 2017, se pone en marcha el primer Plan de Humanización Regional que incorpora el denominado “Plan Dignifica”, que da continuidad a iniciativas anteriores como el llamado Plan de los Pequeños Detalles de 2003 y la Estrategia de Confortabilidad de 2008 e incluye además a las Redes de Expertos y Profesionales de Castilla-La Mancha y a la Escuela de Salud y Cuidados. En junio de 2021 se aprueba el Decreto 72/2021 que sienta las bases legales de la humanización en la región. Con él se crean estructuras organizativas desde las que generar cultura, dotar de contenido y recursos de apoyo implicados en la elaboración y desarrollo del Plan.

Se crea así en cada gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha la figura del Responsable de Humanización encargado de dinamizar la Comisión de Humanización de la misma. Se da especial importancia a las actuaciones de humanización en urgencias, hospitalización, atención a menores, cuidados intensivos, salud mental, paciente oncológico, enfermedades raras o colectivos vulnerables. En todo caso las iniciativas giran en torno a la mejora de aspectos relacionados con la información y comunicación, atención integral, profesionales como agentes activos en la humanización, confort y participación ciudadana.

PASAR A LA ACCIÓN

Aunque las palabras son importantes, da igual el nombre que le pongamos lo importante es “pasar a la acción”. Estamos acostumbrados a diseñar (o trabajar) en planes (protocolos, guías, procedimientos...) perfectamente estructurados con sus:

- Objetivos (generales y específicos)
- Población diana (bien definida)
- Flujogramas y esquemas (bien diseñados)
- Cronogramas (con plazos más o menos difíciles de cumplir)
- Indicadores de calidad (perfectamente estudiados y planteados)

Y, a veces (más de lo deseado) nos perdemos en la metodología y en el diseño. Es muy frecuente que cuando llega el momento de implementarlo nos encontremos con que se han producido cambios (en la dirección, en la estrategia, en el equipo...) que nos obliga a guardar el proyecto en el cajón del escritorio (o en una carpeta del ordenador) y tengamos la sensación de que hemos perdido el tiempo con la consiguiente frustración añadida.

Por ello hay que pasar a la acción, pero, claro está, con un método. Una de las propuestas más sugerente y que más eco ha alcanzado dentro del diseño organizativo, ha sido la de **Nonaka y Takeuchi** y su **organización hipertexto**. Se trata de adaptar la metodología a la realidad de la organización, con dedicación a las personas y una gestión eficiente basada en la creación y el conocimiento en el marco del trabajo en red. Se trataría de combinar: la eficacia y estabilidad de la organización burocrática, con la capacidad creativa y la creación de conocimiento del profesional, servicio, unidad, departamento de hospital o centro de salud. Y ello potenciando al máximo:

- La innovación
- Los aspectos positivos
- El equipo
- El trabajo por proyecto



PARA RECORDAR

Las personas quieren (queremos) ser tratadas de forma diferente a los demás. Frente a la estandarización universal de los productos y servicios, se pide la personalización y la exclusividad del trato individualizado. El usuario de los servicios sanitarios está más informado, quiere saber más sobre el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad, las alternativas terapéuticas, sus indicaciones y contraindicaciones. Debemos trabajar para que el acceso a los servicios sea cómodo y sencillo. Y siempre bajo el paraguas de la “humanización de la atención”.

Es preciso cuidar al profesional, como principal agente de humanización, favoreciendo una comunicación adecuada, fomentando su participación, reconociendo esfuerzos y logros y promocionando la formación y capacitación. En definitiva, valorando la profesionalización y la vocación.

Trabajemos para que la humanización en nuestros centros no sea una moda pasajera. Para que pacientes y familiares, profesionales y la ciudadanía en general tengan una experiencia cercana, personalizada, que dé respuesta a sus necesidades, viviendo así la salud y la sanidad de una forma más integradora y positiva:

- GARANTIZANDO QUE LAS PERSONAS ESTÉN CORRECTAMENTE INFORMADAS, ADECUANDO LA INFORMACIÓN A LA PERSONA, GENERANDO UN CLIMA DE CONFIANZA Y PRESERVANDO LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD.
- TRABAJANDO EN EL DESARROLLO DE LAS MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS SOCIOSANITARIOS, LA MEJORA DE LAS INSTALACIONES, CONDICIONES DE CONFORT Y ACCESIBILIDAD.
- PROMOVRIENDO LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN HABILIDADES Y TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN, BIOÉTICA O TODOS AQUELLOS CONTENIDOS ORIENTADOS A MEJORAR EL NIVEL DE HUMANIZACIÓN.
- POTENCIANDO LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA A TRAVÉS DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y RESTO DE AGENTES FACILITADORES.

TEMAS DE INTERÉS

TRANSFORMANDO LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: PROYECTO APROP.

AUTORAS:

**EMPAR NAVASQUILLO CALDERON,
SALEH LLOPIS GADEA, MARIA FERRÉ
FERRATÉ, ESTER GAVALDÀ
ESPELTA, ROSA AMOR GONZALEZ,
JOSEP MARIA SERRES MONTANÉ.**

**DIRECCIÓN DEL CENTRO:
UNIDAD TERRITORIAL DE GESTIÓN DE
PACIENTES Y CIUDADANÍA
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSTITUT
CATALÀ DE LA SALUT A LES TERRES DE L'EBRE
AV. DE COLOM, 16-20 43500. TORTOSA
E-MAIL: SLLOPISG.EBRE.ICS@GENCAT.CAT
TELEFONO 658097972**

RESUMEN/ABSTRACT:

La irrupción de los nuevos medios tecnológicos, unido a la crisis pandémica originada por el coronavirus, han precipitado una profunda transformación en el ámbito de la atención primaria (AP). Esta transformación ha supuesto un gran cambio para las unidades administrativas, dotándolas de un papel determinante en el actual sistema sanitario y de un mayor protagonismo e intervención en los procesos asistenciales. En este contexto, la AP se sigue enfrentando a tres grandes retos: la eficacia, la sostenibilidad y la humanización en la atención. En este punto, la metodología Lean Healthcare se está destapando como un modelo de gestión eficiente que puede incidir en la gestión y mejora en el abordaje de estos retos, consiguiendo equilibrar la calidad asistencial y el coste de la misma.



En este contexto y ante la necesidad de cambios estructurales en la gestión administrativa sanitaria, nace el proyecto APROP, que implica una transformación estructural en la figura, metodología y dinámicas de trabajo diario de los profesionales administrativos. La implementación de esta metodología y proyecto se marca como objetivo primordial la excelencia profesional de la figura del administrativo. Y de forma progresiva, aportar eficacia y rapidez al trabajo, descargar de tareas tediosas al personal y permitir destinar el tiempo necesario a las actividades que necesitan de la atención personalizada como forma de asegurar a nuestros usuarios que, cada uno de ellos, es único para el Sistema Sanitario.

Palabras clave: unidades administrativas, usuario, sostenibilidad, metodología Lean.

INTRODUCCIÓN

La gestión administrativa, en Atención Primaria (AP) de Cataluña, ha experimentado y sigue experimentando una transformación claramente apreciable en las últimas décadas. A principios de los años 80 la tecnología administrativa consistía en un taco de números y unas hojas de recuento que informaban de la demanda. Los centros sanitarios disponían de un apoyo administrativo mínimo; el acceso a consulta se realizaba con un "número" que se sellaba en el centro, se hacía una estadística superflua de los pacientes que acudían a consulta y no existía ningún programa informático¹.

Actualmente, la irrupción de los nuevos medios tecnológicos, unido a la crisis pandémica originada por el COVID-19 (SARS-CoV-2), han precipitado una profunda transformación que ha representado la sustitución de los procedimientos manuales o semiautomáticos por programas avanzados de gestión. Esta transformación ha supuesto un gran cambio para las unidades administrativas, dotándolas de un papel determinante en el actual sistema sanitario y de un mayor protagonismo e intervención en los procesos asistenciales.

En este marco de transformación y evolución de la AP, uno de los cambios más importantes en el papel y funciones del personal administrativo ha sido la necesaria y progresiva integración, de estos profesionales, hacia la figura del administrativo sanitario de referencia. De esta manera se pretende sustituir las actuales funciones, haciéndolas más horizontales y multidisciplinarias, con un enfoque basado en la proactividad y humanización en el trato. En este contexto, los administrativos sanitarios actúan como conductores y facilitadores del acceso a los servicios sanitarios mediante: la información, orientación, derivación y resolución de las peticiones realizadas por los usuarios, y si procede, de las sugerencias, reclamaciones y/o disconformidades recibidas. Su labor es, por lo tanto, fundamental para canalizar la correcta participación de los ciudadanos en el sistema sanitario, contribuir a reducir la incertidumbre y ayudar al usuario frente a la creciente complejidad de las modernas organizaciones sanitarias.

A pesar de esta transformación tecnológica y cambio en los roles de los profesionales, la AP se sigue enfrentando a tres grandes retos: la eficacia, la sostenibilidad y la humanización en la atención². Una de las posibles medidas a tomar para implementar una gestión más eficaz y sostenible, a la par que garantista en la humanización en el trato, sin recortar calidad es instaurar formas más eficientes de organización del trabajo en los centros sanitarios.

En este punto, la metodología Lean Healthcare se está destapando como un modelo de gestión eficiente en el ámbito sanitario, que se focaliza en optimizar el flujo de valor del paciente, consiguiendo equilibrar la calidad asistencial y el coste de la misma. El objetivo de este sistema es mejorar los procesos en el ámbito de la salud eliminando todo aquello que no aporta valor, mejorando la calidad de los servicios y facilitando el trabajo diario del profesional para conseguir una organización flexible, ágil y fiable.

Esta metodología ya ha sido implantada en diversos centros hospitalarios, con resultados muy prometedores, por ejemplo, el de la Fundación Hospital Calahorra en la ciudad de Calahorra³. También el Consorci Sanitari Integral en Hospitalet de Llobregat y el Hospital de L'Aliança en Barcelona. Existen también tres experiencias de éxito de aplicación Lean en el Hospital Vall D' Hebron en Barcelona, Irmás Hospitalarias - Centro Pai Menni en Betanzos, y Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla (Metodología Lean en Sanidad: Casos de éxito 2018)⁴

En su aplicación al sector sanitario, la metodología Lean⁵ Healthcare se fundamenta en un proceso de cinco pasos, representados en la figura 1.:

- (1) definir el valor del paciente (definido como el grado de satisfacción del servicio recibido);
- (2) definir el flujo de valor (actividades desde el inicio al final de la interacción);
- (3) hacerlo fluir (pull) sin interrupciones innecesarias;
- (4) adaptar la asistencia al ritmo de la demanda consiguiendo una reducción del tiempo desde la demanda a la oferta del servicio asistencial manteniendo los tiempos asistenciales, y (5) resolver los problemas y aplicaciones de las mejoras potenciales como mejora continua de persecución de la excelencia⁶.



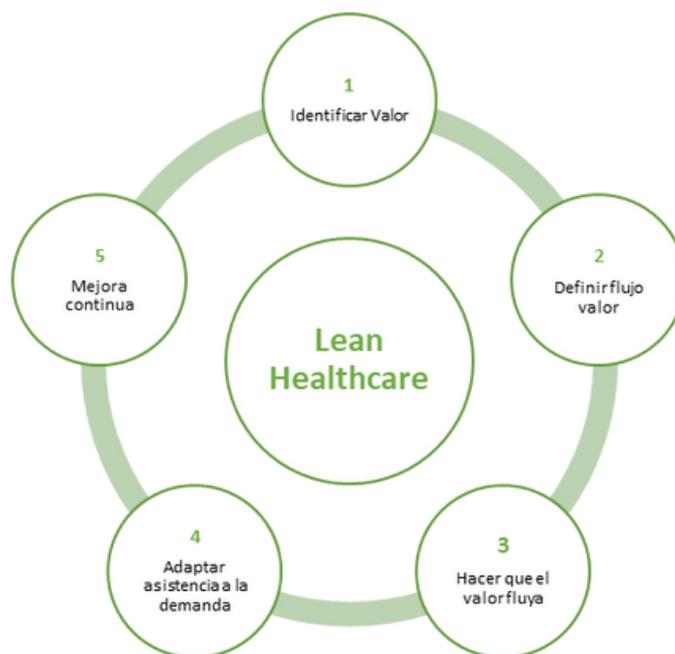


Figura 1: Proceso de 5 pasos de la metodología Lean Healthcare
Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, su implementación no es fácil y acarrea numerosas dificultades, entre las cuales podemos citar como ejemplo: la necesaria formación de los profesionales, el consenso necesario dentro del equipo, la implicación de todos los integrantes y la acción de liderazgo por parte de los responsables de todas las áreas implicadas, quienes serán los encargados de fomentar esta forma de trabajar.

En el año 2019, desde el área de Atención a la Ciudadanía del Instituto Catalán de la Salud (ICS), de las Terres de l'Ebre, siendo conscientes de estos retos y de la evolución del perfil del administrativo sanitario, se comenzó a trabajar en la desburocratización de las unidades de atención administrativa, a fin de identificar los circuitos y procesos que se podían mejorar con el objetivo de reducir los tiempos de espera. Este proyecto se paralizó temporalmente a consecuencia de la irrupción de la pandemia del COVID-19.

A principios del año 2022, se decidió reactivar el proyecto, impulsado, por un lado, por la necesidad de reemprender estrategias y acciones frente a los nuevos retos que afronta la AP y, por otro lado, para reorganizar y reestructurar las funciones del personal administrativo, a efectos de adaptarlas a las nuevas necesidades del sistema sanitario y crear la figura del administrativo de referencia. Esta reactivación, se vio reforzada por los resultados arrojados por la encuesta OMNIBUS7, de la Generalitat de Catalunya del año 2021, donde el 78% de los encuestados consideraba útil disponer de un profesional de soporte administrativo de referencia para el acceso y gestiones en su centro de AP.

En este contexto y ante la necesidad de cambios estructurales en la gestión administrativa sanitaria, nace el proyecto **APROP** (Administratius Proactius amb Participació) (Administrativos Proactivos con Participación)

OBJETIVOS

Los objetivos fueron, en primer lugar, establecer un diagnóstico que permita conocer con exactitud la situación real de los servicios de gestión administrativa y detectar las necesidades y demandas de los grupos de interés (profesionales y usuarios de cada centro).

Y en base a ello, identificar las tareas de no valor, fomentar la atención proactiva frente a la atención reactiva, buscar homogenizar los procesos para garantizar la equidad en la accesibilidad del usuario, definir las funciones del administrativo de referencia y mejorar la percepción del paciente. Y concluir estos objetivos en un conjunto de estrategias y acciones factibles que aporten valor al profesional, al usuario y a la institución.

MATERIAL Y MÉTODO

Para abordar todos estos objetivos, inicialmente, se creó un grupo de 14 profesionales administrativos, preseleccionados en base a su trayectoria profesional en el ICS, y que previamente habían recibido una formación específica sobre metodología Lean y de observación.

La obtención de datos se realizó mediante el uso de un documento marco para recoger las observaciones que se realizaron en los centros, a efectos de trazar exactamente lo que sucedía en cada paso y proceso a lo largo de la interacción del usuario con el centro, de forma neutra y objetiva. En el meritado documento marco se recogía los datos del centro observado, la fecha de la observación, el observador que la realizaba, la hora de la observación, el tipo de demanda que realizaba el usuario (atención telefónica, atención presencial, atención no presencial), la observación objetiva de la demanda o hecho, si la demanda realizada por el usuario fue resuelta o no y si se requería o no al usuario para que volviera de nuevo al centro, en un momento posterior, para resolver su demanda.

La identificación de los procesos se llevó a cabo mediante una de las herramientas Lean, el diagrama de Espagueti, representado en el figura 2.

Este diagrama consiste en trazar de manera continua, lo más objetivamente posible, todos los movimientos que se producen en la atención, el servicio y en la interacción entre profesional administrativo y paciente, incluyendo demandas internas del centro, movimientos de personas, máquinas y materiales.

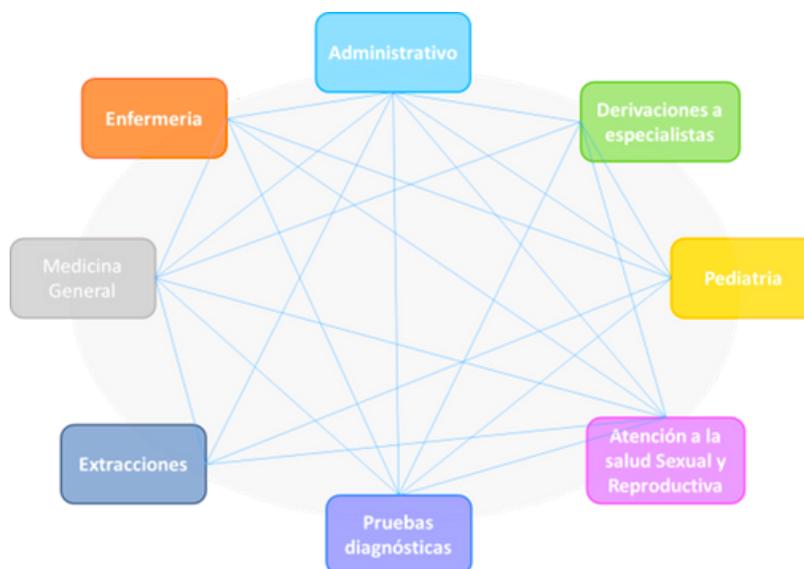


Figura 2: Diagrama de Espagueti
Fuente: elaboración propia.

Una vez constituido el grupo de observadores, formado y con los documentos marco, se inició la observación en 20 centros de AP del territorio, en horario de 8:00 h a 18:00 h, desde el 28 de febrero hasta el 1 de abril de 2022, fase post-aguda de la pandemia. Una vez finalizado todo el proceso, se obtuvieron 1.360 observaciones y se procedió a la digitalización de la información, a partir de la cual, se extrajo tanto la información individual de cada centro, como la global del territorio. Una vez identificados los procesos que intervienen en los flujos de valor, el siguiente paso fue trazar el mapa de cada acción que lleva un flujo particular tanto necesario como innecesario, para que el paciente avance a través del proceso de una etapa a otra. De esta manera, se descubre qué tareas consumen recursos sin añadir valor y cuáles hay que rediseñar para centrar éstos recursos en lo que sí aporta. Como resultado de este análisis, se identificó aquellos flujos que no se adaptaban a los ritmos de la demanda y que provocaban una frecuentación no voluntaria impuesta al paciente.

RESULTADOS

Como resultado de este diagnóstico, se detectaron 5 áreas potenciales de mejora:

- a) la necesidad de implementar 36 procedimientos de trabajo para alcanzar el objetivo de homogenizar los procesos y eliminar, de esta manera, las tareas de no valor;
- b) la necesidad de cambiar la atención reactiva por la atención proactiva, en aquellos centros con indicadores de trabajo reactivo de mayor valor;
- c) la necesidad de redistribuir la asignación de profesionales según la demanda del centro, en base al mayor indicador de demanda de presencial, telefónica o no presencial;
- d) la necesidad de crear estrategias y canales alternativos para reducir la presión de la demanda presencial de los centros y la frecuentación no voluntaria de los usuarios, individualizada por los motivos de mayor demanda;
- e) la necesidad de implementar un programa integral de formación continuada por webinar, semanal o quincenal, para actualizar los conocimientos de los profesionales.

Y con ello, de manera paralela, se ha comenzado a delimitar las funciones del administrativo de referencia, para su posterior implementación.

Actualmente, se está trabajando en las tres últimas fases del proyecto:

- a) participación de profesionales, mediante: 1. el lanzamiento de una encuesta para que aporten su visión sobre las tareas que realizan y que consideran que no aportaban valor; 2. Participación en grupos focales para profundizar en propuestas de mejora y reflexiones sobre debilidades y necesidades de mejora en los centros;
- b) participación ciudadana, en grupos focales para que también aporten su visión sobre debilidades y necesidades en los centros;
- c) análisis e implementación; con los datos obtenidos e incorporados los resultados de la participación, se realizará la implementación definitiva del proyecto, su posterior evaluación y comparativa de datos de mejora respecto a los obtenidos.

DISCUSIÓN

Con la implementación de la metodología Lean y la posterior obtención de las áreas potenciales de mejora, indicadores, nuevos procedimientos y formaciones se debe comenzar a trazar una estrategia para rediseñar la forma en que se realiza una tarea particular o una parte del proceso, optimizando los tiempos de respuesta y mejorando el proceso globalmente, desde el ingreso a la salida del centro, manteniendo siempre un enfoque proactivo.

Y a través de estas estrategias, se deben implementar acciones de mejora en:

- a) la calidad de la atención a los usuarios;
- b) la capacitación de los profesionales;
- c) los tiempos y costes;
- d) potencial humano con el que se añade valor a la atención al usuario y mejora la calidad en la atención.

Para el éxito final de estas estrategias es importante recalcar que nos enfrentamos a un gran reto, ya que implica una transformación estructural en la metodología de trabajo diaria de los profesionales y en las dinámicas de trabajo ya preestablecida. Y para ello, se ha de tener presente, que este proceso no funcionará por sí solo. Necesita liderazgo, el apoyo de la dirección de los centros, de la dirección de AP y el compromiso de los profesionales para alcanzar un cambio real. Es importante recalcar que con ello no se está cuestionando ni a los profesionales, ni a su método de trabajo actual, ni a los protocolos vigentes; lo que se cuestiona es la forma en la que funcionan los procesos, dado que si no aportan valor lo mejor es cambiarlos desde la reflexión conjunta de todo el equipo profesional para dar la mejor experiencia posible al paciente en su paso por el centro sanitario.

La implementación de esta metodología y proyecto debe marcar como objetivo la excelencia profesional de la figura del administrativo, siempre teniendo presente que la excelencia no es una meta o un fin en sí misma, sino un camino que exige una sólida armadura estructural, técnica y conceptual, inteligente y flexible a la vez. Debemos poner de relieve, que estos profesionales, son la primera cara visible y la primera impresión que recibe una persona cuando entra en un centro sanitario. Su papel de intermediario entre pacientes y profesionales hace que sean un elemento clave para hacer posible la correcta interacción de la demanda del usuario con la respuesta asistencial que puede dar el equipo. Este papel, implica gestionar las necesidades y las expectativas de los usuarios con humanidad, respeto, empatía y objetividad, propiciando las relaciones positivas y sirviendo de cauce de comunicación.

Y, por ende, no es una actividad mecánica, sino que requiere una relación interpersonal que contiene la acogida, la escucha, la adecuada lectura de las necesidades que se expresan y su posterior canalización al profesional sanitario adecuado. Para alcanzar esta meta, cualquier innovación que se adopte debe aportar eficacia y rapidez al trabajo, descargar de tareas tediosas al personal y permitir destinar el tiempo necesario a las actividades que necesitan de la atención personalizada como forma de asegurar a nuestros usuarios que, cada uno de ellos, es único para el Sistema Sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Latorre M. El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. Medifam [Internet]. 2002 Sep [citado 2022 Nov 09]; 12(8): 11-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682002000800001&lng=es
- Innovació en l'Atenció Primària de la Salut. Barcelona, octubre de 2021. Disponible en: <https://scgs.cat/wp-content/uploads/2022/04/INFORME-INNOVACIO-EN-SALUT.pdf>
- Fundación Hospital Calahorra. Aplicaciones Lean-Seis Sigma en FHC. Disponible en: <https://www.fundacionsigno.com/bazar/7/AplicacionesLeanSixSigmaenFHC.pdf>
- Vives Robert, C. (2021). Grado de adopción de la metodología Lean en hospitales españoles MEMORIA. Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Industrial de Barcelona. TFM. Máster Universitario en Ingeniería de Organización (MUEO). Disponible en: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/349737/tfm-cristinavives-memoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- . J. P WOMACK, D. T JONES and D ROOS. La máquina que cambió el mundo. New York: McGraw-Hill, 1992. Disponible en: <http://www.revecap.com/revista/numeros/03/pdf/fernandez.pdf>
- Fernández Aranda MI. Aplicación del método Lean Healthcare en un servicio de Ginecología y Obstetricia. Metas Enferm feb 2016; 19(1): 21-26.
- Estudis d'Opinió del CEO – Omnibus 2021 – Disponible en: <https://ceo.gencat.cat/ca/estudis/registre-estudis-dopinio/estudis-dopinio-ceo/omnibus/detall/index.html?id=8248>

TEMAS DE INTERÉS

ARTRO 360. PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS.

AUTORES:

VERGÉS MILANO, JOSEP*; SANTIÑÀ VILA, MANEL; VERGÉS MILANO, MARIA TERESA; SANCHEZ CHICHARRO, CARMEN; MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, NINA; Y BAQUERO ÚBEDA, JOSE LUIS.

CENTRO DE TRABAJO:

OSTEOARTHRITIS FOUNDATION INTERNATIONAL (OAFI)
C/ Tuset, 19 · 3º 2ª. 08006 BARCELONA
TELÉFONO: 931 594 015
INFO@OAFIFOUNDATION.COM

CONTACTO:

DR. JOSE LUIS BAQUERO ÚBEDA.
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA OAFI
TELÉFONO: 911401991 - 600911201
RSC@OAFIFOUNDATION.COM

RESUMEN/ABSTRACT:

La artrosis es una enfermedad degenerativa del cartílago articular, poco reconocida a pesar de afectar a más de 500 millones de personas en todo el mundo y haber cerca de 10 millones de pacientes diagnosticados en España.

Entre los factores de riesgo de la artrosis, destacan la edad, la sobrecarga de las articulaciones por obesidad, excesiva actividad física, defectos en la escritura o posturales, etc.; enfermedades que alteran a las articulaciones como la osteoporosis, ciertas infecciones, la artritis, etc.; y la predisposición genética.

Las expectativas son que el número de afectados aumente y que el coste anual que ya supera los 5.000 millones de euros, también lo haga, haciéndose necesario optimizar todos los recursos disponibles.



DR. JOSEP VERGÉS MILANO

PRESIDENTE Y CEO DE LA OSTEOARTHRITIS FOUNDATION INTERNATIONAL (OAFI)

DOCTOR "CUM LAUDE" EN MEDICINA POR LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

MAESTRÍA EN CIENCIAS GRADO A EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA. UNIVERSIDAD DE MONTREAL, CANADÁ

ESPECIALISTA EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA. MINISTERIO DE CIENCIA Y EDUCACIÓN, ESPAÑA.

Por esta razón, promovido desde OAFI con la colaboración de AECOSAR, se ha hecho esta propuesta, que ha sido revisado y ratificado hasta el momento por 13 organizaciones científicas y profesionales de médicos, farmacéuticos, enfermería y otros profesionales de la sanidad, entre las que esta SEAUS, junto a SECA, SECOT, SETRADE, SER, SEMERGEN, SEMG, semFYC, SEFAC, SEIOM, SEMDOR, etc. estando abiertos a nuevas incorporaciones.

Presentado ARTRO 360, como nuevo modelo de gestión multidisciplinar en el tratamiento de la artrosis en el Senado, en este momento, se está difundiendo a las consejerías de sanidad de las distintas CCAA, siendo clave el que deba atenderse desde las Administraciones y gestores del Sistema Sanitario, a los profesionales y pacientes, empoderando y propiciando su participación en la toma de decisiones, lo que resulta imprescindible para poder exigir compromisos.

PALABRAS CLAVE

Artrosis, pacientes, profesionales, gestión

ARTÍCULO

La osteoartritis o artrosis (OA) es una enfermedad degenerativa del cartílago articular, poco reconocida a pesar de afectar a más de 500 millones de personas en todo el mundo y haber cerca de 10 millones de personas diagnosticadas en España.

Además, al ser de evolución lenta, progresiva y silente en las primeras etapas de la enfermedad, aunque aún no se observe clínica, presentamos lesiones más de una tercera parte de la población. De hecho, más del 50% de las personas mayores de 65 años tiene artrosis y según la última Encuesta Nacional de Salud realizada en población femenina, el 23,5% de las mujeres españolas mayores de 15 años sufren artrosis.

Se inicia con dolor de baja intensidad tras la práctica de una actividad física intensa o sobrecarga, siendo este dolor cada vez más frecuente, llegando a mermar la calidad de vida, pues lleva a la persona afectada a adoptar posturas defensivas que perjudican su movilidad e incluso autonomía, pasando progresivamente a un dolor crónico invalidante, que se acompaña de deformidades, rigidez, etc. siendo cada vez mayor la incapacidad funcional.

A diferencia de la artritis que también afecta a las articulaciones, su origen no es solo inflamatorio; si bien de persistir estos procesos, a largo plazo se acompañan de lesiones en el cartílago, produciéndose la dualidad artritis-artrosis, como es en el caso avanzado de artritis reumatoide.

Entre los factores de riesgo de la artrosis, destacan la propia edad, la sobrecarga de las articulaciones debida a la obesidad, excesiva actividad física, defectos en la escritura o posturales, etc.; enfermedades que alteran a las articulaciones como la osteoporosis, ciertas infecciones, la artritis, etc.; y la predisposición genética.

Obviamente la artrosis puede afectar a cualquier articulación del cuerpo, pero es más frecuente en manos y muñecas, rodillas, caderas, columna cervical o lumbar, y pies.



Para su diagnóstico, muchas veces es suficiente con la anamnesis, observación de los síntomas y la palpación, pudiéndose confirmar por radiografía simple, al hacerse visible un espacio articular disminuido, desalineación o deformidad ósea, etc. Es paradójico que, siendo tan sencillo y simple, se retrase el diagnóstico de la artrosis más de 3 años de media, tal como quedó patente en el estudio CAVIPA promovido por OAFI.

Hoy en día existen terapias regenerativas, como el Plasma Rico en Factores de Crecimiento (Plasma Rico en Plaquetas - PRP) producto obtenido del propio paciente que favorece el restablecimiento de los tejidos afectados; aunque este tipo de tratamiento no es eficaz en todos los pacientes pudiendo ser con los medios actuales una enfermedad incurable. En todo caso, es mucho lo que se puede hacer por el paciente, desde una perspectiva holística de la persona afectada, siendo preciso prevenir y ralentizar su evolución, aplicando la condroprotección, cambiando algunos hábitos de vida (reducir el peso, adoptar una alimentación adecuada e incluso suplementación, adaptar el ejercicio a la persona, etc.), mitigar la sintomatología (como el dolor) y combatir las comorbilidades (fatiga, afectación emocional, patología cardiovascular, etc.), debiendo poderse acceder a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos suficientemente avalados. En cuenta también debe tenerse, los efectos adversos de ciertos medicamentos como el uso prolongado de AINES por su riesgo cardiovascular, gastrointestinal y renal.

En cuanto a la terapia, cabe en todo caso insistir en la necesaria investigación, desarrollo e innovación apoyando a los profesionales científicos, a pesar de ser esta, una “enfermedad con poco glamour”.

Las enfermedades reumáticas son la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral transitoria, correspondiendo el 50% de las bajas a pacientes con artrosis. En 2012, se pusieron en España más de 93.000 prótesis de cadera y rodilla. Además, las expectativas son que el número de afectados aumente y que el coste anual, que ya supera los 5.000 millones de euros, también crezca exponencialmente. Por ello, la artrosis es un problema creciente y prioritario de salud pública, donde se deben optimizar todos los recursos disponibles.

El retraso en su diagnóstico y abordaje efectivo, previniendo la progresión de las lesiones y comorbilidades asociadas, hace que el consumo de recursos sea muy elevado. Por esta razón, desde una organización de pacientes como OAFI, hemos promovido un modelo de gestión para mejorar el abordaje de la artrosis y optimizar los recursos.

Desde OAFI, con la colaboración de AECOSAR, se ha hecho una propuesta inicial con un comité experto multidisciplinar, a tres niveles (población, pacientes y servicios de salud), que ha sido revisada y ratificada hasta el momento por 13 organizaciones científicas y profesionales de médicos, farmacéuticos, enfermería y otros profesionales de la sanidad, entre las que esta SEAUS, junto a SECA, SECOT, SETRADE, SER, SEMERGEN, SEMG, semFYC, SEFAC, SEIOM, SEMDOR, etc. estando abiertos a nuevas incorporaciones.

Con este programa, se podrá reducir el coste de la enfermedad artrósica alrededor de unos 100 millones de euros, mejorando además la calidad asistencial de nuestros pacientes. Pero es imprescindible una actuación coordinada de las autoridades sanitarias, sociedades científicas y profesionales, organizaciones de pacientes; así como los demás agentes involucrados. La asistencia sanitaria debe de tener en cuenta al conjunto asistencial del Sistema de Salud, asegurando la buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Debido a la pandemia de la COVID-19, este proceso iniciado en octubre de 2018 ha sufrido un parón, si bien pudo ser presentado en el Senado el pasado 28 de septiembre de 2021, y en este momento, está difundándose por OAFI a las consejerías de sanidad de las distintas CCAA, proponiéndose este nuevo modelo de gestión multidisciplinar para avanzar en el tratamiento de la artrosis optimizando recursos. El modelo pretende:

1. Promover la participación de los pacientes y profesionales en las políticas de Salud, investigación y modelo de gestión.
2. Formar y hacer participar al paciente de las decisiones que le afectan, haciéndolo responsable de su salud.
3. Prevenir y acelerar el diagnóstico.
4. Facilitar el acceso al tratamiento óptimo y avalado, farmacológico y no farmacológico.
5. Tener presente la visión holística de la persona afectada y sus comorbilidades.
6. Concienciar a las administraciones y opinión pública, del relevante papel de las organizaciones de pacientes, como recurso activo, que complementa la cartera de servicios, refuerza a los profesionales y produce un importante ahorro económico.

las indicadores claves seleccionados para monitorizar el modelo (KPI según acrónimo de Key Performance Indicator), son:

- Nivel de Dolor
- Nivel de Movilidad
- Índice de Calidad de Vida
- Índice de depresión/ansiedad/estrés
- Comorbilidades
- Nivel de Satisfacción del/a Paciente
- Índice de artrosis
- Índice de intervenciones de prótesis articular
- Efectos secundarios de medicamentos
- Actividad física
- Rendimiento físico
- Índice Masa Corporal (IMC)
- Días por enfermedad
- Adherencia al tratamiento

PODRÍAMOS CONCLUIR QUE:

- La artrosis es un creciente problema de Salud Pública que requiere optimizar los recursos disponibles.
- Debe atenderse desde las Administraciones y gestores del Sistema Sanitario, a profesionales y pacientes, empoderando y propiciando su participación en la toma de decisiones, lo que resulta imprescindible para poder exigir compromisos.

TEMAS DE INTERÉS

CONCLUSIONES EXTRAÍDAS DE LAS XIV JORNADAS DE LA AAS

ASOCIACIÓN DE ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD

C. CÉSAR GONZÁLEZ RUANO, 4, 5° E, 16004
CUENCA

E-MAIL:
INFO@ADMINISTRATIVOSDELASALUD.COM

Resumimos aquí aquello más destacable de lo que se dijo y presentó y que hemos recogido en cuatro puntos:

1) La Atención al Usuarios y Pacientes en el marco del Equipo.

La Atención al Usuario/Paciente la hacen todos los profesionales. El administrativo de la salud en aquello que le corresponde en el equipo del que forma parte. Los administrativos sanitarios destacan por ser:

- La primera línea de contacto con el usuario.
- Facilitadores de la accesibilidad, presencial, telefónica o de trámites administrativos.
- Colaboradores necesarios en los Planes de Humanización, en los Servicios de Atención al Usuario/Paciente o en ámbitos de coordinación administrativa.

El administrativo debe conocer y trabajar las Líneas Estratégicas Básicas en atención al usuario*, que añaden valor a su labor propia como profesional y deben estar presentes y guiar su actividad. Estas líneas son:

- Las Cartas de Derechos y Deberes, que deberá conocer y respetar, y los aspectos éticos de la atención.
- La Información y la Comunicación, como forma de interactuar siempre.
- La Accesibilidad y la cercanía.
- La Atención a las Personas, teniendo en cuenta la pluralidad y la diferencia.
- La Calidad de la atención, empezando por la calidad personal.
- La Opinión y satisfacción del usuario/paciente.
- El Trabajo en Equipo, aportando lo mejor de sí mismo.

Todo ello completado con la Formación, la Investigación (un aspecto en el que hay mucho por avanzar) y la Docencia.

Las XIV Jornadas de la AAS en Talavera de la Reina, celebradas los días 10 y 11 de junio 2022, contaron con una asistencia de 150 profesionales procedentes de las diferentes CCAA y se presentaron un total de 59 comunicaciones orales y posters. Unas presentaciones que son una muestra de la actividad de los administrativos de la salud en diferentes ámbitos de los servicios de salud, como son la atención primaria, la especializada, un servicio de atención al usuario, un área de gestión administrativa, una gerencia, un centro de atención telefónica o una unidad de cuidados paliativos.

Una jornada que permitió a los asistentes y ponentes **COMPARTIR, APRENDER, PONER EN VALOR Y MIRAR AL FUTURO.**

2) Nuevo perfil y nuevos roles: **VISIBLES, VALIOSOS Y NECESARIOS.**

Durante la pandemia de la Covid-19 ha quedado claro que los administrativos son valiosos y necesarios y se han hecho visibles de forma clara y rotunda porque:

- Han estado presentes en la primera línea.
- Han sido imprescindibles en el equipo y en la gestión compartida.
- Han estado implicados a la hora de planificar y actuar en los planes de vacunación o en su papel como Gestores Covid.
- Han trabajado activamente en el ámbito de las tecnologías, abriéndose a nuevos campos y a nuevas perspectivas.
- Han sido resilientes y se han crecido ante la adversidad.

Por todo ello, hoy estamos ante un antes y un después, que condicionan un nuevo perfil y nuevos roles del administrativo, en un sistema de salud que tiene que reinventarse, y en el que el administrativo de la salud deviene imprescindible como miembro del equipo y como colaborador necesario.

3) Funciones, actividades y reconocimiento.

- Las funciones y actividades del administrativo sanitario han de ser plenamente reconocidas en todo su valor. Ello implica:
- Su pleno reconocimiento como Profesionales de la Salud.
- Una titulación que se adapte a su verdadero rol, competencias y habilidades y a su encaje en el sistema de salud.
- Un Programa de Formación Continuada, presencial y on-line, que favorezca, no solo sus aptitudes sino también sus actitudes y su conocimiento de las nuevas tecnologías.

4) Comunicación + Emoción, clave para la mejora de la relación administrativo-paciente.

Recogemos en este último punto una serie de conceptos aportados por Joan Carles March, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en la conferencia inaugural de las jornadas y que consideramos de gran interés.

- En su interacción con el usuario-paciente el administrativo sanitario debe:
- Actuar con apertura de mente.
- Conversar, conocer y, sobre todo, preguntar, nunca suponer.
- Su mensaje ha de ser breve, específico, sencillo, adecuado y sugerente.
- Transmitir credibilidad y competencia y hablar en positivo.
- Escuchar siempre y hablar con los ojos y con todo el cuerpo.
- Evitar "virus" como acusaciones amenazas y exigencias. Evitar "bacterias" como juicios, menosprecios, ironía, generalizar o etiquetar.
- Actuar con generosidad, activar el "PGP" perdón, gracias, por favor.

El administrativo:

- Deberá trabajar las emociones, teniendo en cuenta que tanto las emociones positivas como negativas se contagian.
- Debe llevar una mochila cargada de cosas positivas, generosidad, madurez emocional, un corazón alegre, felicidad, ausencia de miedo y sentido del humor, entre otros.
- Ha de ayudar a los demás y cuidarse a sí mismo.
- Amar su trabajo, socializar y generar afectos.
- Pensar en positivo, ser una persona que suma, siempre activa y positiva.

Muy importante tener presente:

LA TÉCNICA SIN ALMA NO SIRVE.

LA MEJOR TECNOLOGÍA ES LA COMUNICACIÓN.

***Las líneas estratégicas básicas en atención al usuario, definidas por la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, SEAUS, fueron la base de trabajo del libro El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional. Una publicación conjunta de la AAS y la SEAUS cuya segunda edición se ha publicado en mayo del 2022.**

XII SIMPOSIO DE LA SEAUS

**AUDITORIO DEL
HOSPITAL MOISÉS
BROGGI DE SANT JOAN
DESPÍ EN BARCELONA.**

Los días 20 y 21 de octubre tuvo lugar el XII SIMPOSIO DE LA SEAUS. El Dr. Manuel Álvarez del Castillo, Director General del Consorci Sanitari Integral, CSI, y el Dr. Rodrigo Gutiérrez, Presidente de la SEAUS, inauguraron el Simposio. Cerraron el Simposio la Dra. Xesca Moyá, Directora Asistencial del CSI, y el Dr. Rodrigo Gutiérrez, Presidente de la SEAUS.

Después de tres años, por causa de la pandemia de la Covid, volvíamos a reunirnos, a compartir proyectos y a debatir.

La conferencia de Emma Giner, Experta en Organizaciones, sobre **Crear para prosperar: El poder de la innovación cotidiana** abrió las sesiones. Le siguieron cuatro mesas de debate: "Modelos de Accesibilidad" "Salud Digital" "Sorteando las olas de la Covid" y "Recuperación de los derechos perdidos o vulnerados durante la pandemia" Todas ellas generaron un vivo debate entre ponentes y asistentes.

Cinco comunicaciones fueron seleccionadas para ser presentadas oralmente, entre ellas el **Premio a la Mejor Comunicación** fue para "Accede: Pictogramas que saltan barreras" presentada por Pilar Fluriache de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina.

Entre los posters expuestos el **Premio al Mejor Poster** fue para "Unidad de soporte a la Atención Primaria: Escuchar, gestionar y resolver. Innovando para mejorar la accesibilidad" presentado por Atención Primaria Metropolitana Sur del Institut Ctalà de la Salut, ICS.

Desde la SEAUS, nuestro reconocimiento a todos los asistentes, ponentes y patrocinadores, sin todos ellos el Simposio no habría sido posible. Agradecer al CSI su colaboración y disponibilidad para la celebración del XII Simposio. ¡¡A todos, muchas gracias!! Emplazándonos a un nuevo encuentro, en 2023, en la ciudad de Pamplona.

Más información sobre el XII Simposio en <https://www.seaus.net/actualidad/431-xii-simposio-de-la-seaus>



XII SIMPOSIO DE LA SE AUS

ALGUNAS IMÁGENES





XII SIMPOSIO DE LA SEAS

ALGUNAS IMÁGENES

XII SIMPOSIO DE LA SEAUS

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

AUTORA:
PILAR FLURIACHE GRACÍA-CARO.

GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA
DE TALAVERA DE LA REINA. SESCAM

E-MAIL: PFLURIACHE@SESCAM.JCCM.ES

→ **Accede.**
**Pictogramas que
"saltan barreras"**

INTRODUCCIÓN

Este proyecto va de tender puentes, crear alianzas y sinergias..... y de imágenes...

En una sociedad democrática moderna la diversidad se reconoce como un valor importante, teniendo sentido desde el reconocimiento de los derechos humanos que protegen y respetan a todas las personas, independientemente de su condición personal, social y cultural. De este modo, los diferentes contextos sociales, sanitarios y educativos encuentran necesario el desarrollo de un marco de actuación conjunta para el establecimiento de un nuevo espacio de supervisión y seguimiento que facilite una mejor atención al ciudadano.

En este contexto, surge la necesidad de mejorar el cuidado de las personas con diversidad en las diferentes etapas de desarrollo, desde la infancia hasta la vejez, con especial atención a la persona con discapacidad intelectual y del desarrollo, físico o sensorial. Ésta se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. El objetivo pues es reducir las dificultades para adaptarse a las habilidades de la vida diaria y comprender los procesos de cambio relacionados con la salud mental y física.

COMO SURGE EL PROBLEMA

El punto de partida surge desde el movimiento asociativo Down-Talavera, del Equipo de Orientación del Colegio Público de Educación Especial "Bios" de Talavera y del Servicio de Ginecología y Trabajadores Sociales del Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado del Área Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). Estos profesionales se reúnen a principios del año 2017, para exponer las actuaciones que desde cada entidad y de forma aislada se estaban llevando a cabo. A raíz de esta puesta en común se detecta la necesidad de iniciar pautas de actuación conjunta que den respuesta a situaciones reales que se vienen produciendo. Así se crea un grupo de trabajo compuesto por unas 15 personas con representación del ámbito sanitario, social y educativo basado en la participación, trabajo colaborativo e interdisciplinar.

Fruto de este trabajo surge el PLAN DE ACCESIBILIDAD AL ÁMBITO SANITARIO EN EL MARCO DE LA DIVERSIDAD EN TALAVERA DE LA REINA. Entre todos se eligió un nombre para facilitar su denominación. Y por unanimidad el elegido fue "Plan Accede". Se trata de un plan de carácter general, integrador y vivo, y está formado por todos aquellos proyectos que se desarrollen de cada especialidad sanitaria.



El Plan de Humanización: Este proyecto se engloba en el marco de la Estrategia de Humanización en la que el Área Integrada de Talavera de la Reina (compuesta por el Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado y 16 centros de salud distribuidos en toda la comarca) que está trabajando a través de una serie de líneas generales y de acciones específicas.

Su principal objetivo es la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria a los pacientes y su entorno, lo que se traduce, entre otros aspectos, en orientar la atención sanitaria hacia el respeto, la dignidad y la intimidad de las personas. Pretende que los usuarios no se sientan desprotegidos e inseguros en el medio sanitario, que suele ser un medio hostil para ellos y en el caso de personas con discapacidad intelectual, física, psíquica y sensorial se intensifica especialmente. Por tanto, es necesario entender la asistencia sanitaria de forma integral, contemplando no solo el aspecto científico técnico de la misma, sino también otros elementos como la comunicación, el trato personal, la empatía, la accesibilidad, la confianza y la intimidad, es decir se trata de **CENTRAR LA ATENCION EN LA PERSONA**, como un todo.

OBJETIVOS DEL PLAN ACCEDE

Objetivo general: Mejorar el acceso de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo a los servicios sanitarios del Área Integrada de Talavera de la Reina.

Objetivos específicos:

- o Promoción de la educación para salud
- o Flexibilizar los tiempos de atención
- o Mejorar la información y la accesibilidad

PICTOGRAMAS QUE SALTAN BARRERAS

Una de las líneas de trabajo de Plan Accede se centra en facilitar la comunicación y la accesibilidad cognitiva a todas las personas que, por distintos factores (autismo, discapacidad intelectual, desconocimiento del idioma, personas mayores, etc.), presentan graves dificultades en estas áreas, que dificultan su inclusión en cualquier ámbito de la vida cotidiana.

METOLOGÍA Y RESULTADOS: Fases y acciones

DOWN TALAVERA. Alumnos y usuarios de la Asociación Down Talavera a petición de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, de la Universidad de Castilla-La Mancha en la asignatura “Ayudas técnicas ortoprotésicas, accesibilidad y diseño universal” realizan un estudio evaluativo de la accesibilidad del Hospital General Universitario Ntra. Sra. Del Prado de Talavera de la Reina.

Los resultados obtenidos y las necesidades encontradas fueron presentados a la Gerencia del Área Integrada de Talavera de la Reina, quien vio la necesidad de diseñar una estrategia con acciones para la mejora de la accesibilidad de personas con discapacidad en el marco de la atención a la diversidad integral.



Las personas con discapacidad, en concreto intelectual, requieren de una adaptación de información tanto a nivel escrito como oral, además de un mayor tiempo de atención, explicaciones concretas y sencillas, acompañamiento a citas, etc. Por otro lado, queda demostrado que la implantación de un protocolo de accesibilidad cognitiva era una necesidad real, ya no solo para el ámbito de la discapacidad, sino que el resto de la población podría beneficiarse de ello.

TEA TALAVERA. Una médico del Área de Talavera, madre de un niño con Síndrome del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y socia fundadora de la Asociación TEA, elabora material para la mejora de la accesibilidad a través del diseño de fichas explicativas en los que utiliza el sistema de pictogramas ARASAAC propiedad del Gobierno de Aragón adaptando los ya creados por Sergio Palao para ARASAAC (<http://www.arasaac.org>). Éstos son un referente universal, homologados y estandarizados.

Los **Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC)** son formas de expresión diferentes del lenguaje hablado que tienen como objetivo aumentar el nivel de expresión (aumentativo) y/o compensar (alternativo) las dificultades de comunicación que presentan algunas personas en esta área



ARASAAC

Entre las causas que pueden hacer necesario el uso de un SAAC están la parálisis cerebral (PC), la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro autista (TEA), las enfermedades neurológicas tales como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la esclerosis múltiple (EM) o el párkinson, las distrofias musculares, los traumatismos craneoencefálicos, las afasias o las pluridiscapacidades de tipologías diversas, entre muchas otras.



Caminos mágicos que recorrer.

Bienvenido a TEA Talavera

TEA Talavera es una organización de naturaleza asociativa y sin ánimo de lucro, cuyo fin principal es conseguir que las personas con Trastorno del espectro del autismo dispongan de los medios necesarios para su desarrollo integral y su inclusión social.

Estos tableros informativos forman parte del Plan de actuación sanitaria para personas con TEA, elaborado por el Área Integrada de Talavera de la Reina en colaboración con la Asociación TEA de Talavera de la Reina (actualmente en revisión) para anticipar y explicar de forma accesible todos los temas relacionados con la visita al hospital:

- **Protocolos médicos.**
- **Profesionales sanitarios.**
- **Pruebas de exploración y diagnósticas.**
- **Enfermedades y síntomas.**
- **Tratamientos.**
- **Materiales sanitarios.**
- **Lugares del hospital.**
- **Tareas administrativas.**



Señala qué te pasa

Desde cuándo

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

HORAS
DÍAS
SERMANAS
MESES
AÑOS

QUÉ TE PASA

GANSANCIO	PERDIDA DE PESO	INSOMNIO	NERVIOSO	VÓMITOS	DIARREA	ESTREÑIMIENTO	FLATOS	VENTOSIDADES
GASTRITIS	HIPO	MOLESTIAS PIS	TOS	ESCALOFRÍOS	MOCOS	CONGESTIÓN NASAL	FIEBRE	GRIPE
HEMATOMA	PICADURA	PICOR	ERUPCIÓN	SARPULLIDO	MAREO	DESMAYO	PALPITACIONES	DIABETES
ANGINAS	FARINGITIS	OTTIS	DOLOR MUELAS	TORTÍCOLIS	CONJUNTIVITIS	LAGRIMEO	ALERGIA	ASMA
BRONQUITIS	CHECHÓN	HERIDA	FRACTURA	QUEMADURA	ACCIDENTE	ATROPELLO	INHALACIÓN HUMO	AGRESIÓN

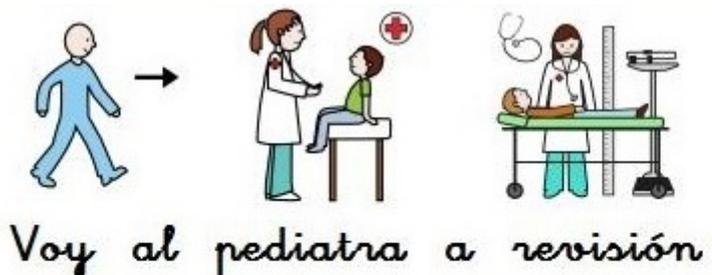
Tablero de PictoSelector realizado con pictos de ARASAAC Autora: Dra. Julia González Rodríguez



IMAGEN CORPORATIVA

De forma paralela se adapta la información de la imagen corporativa, señalética paneles informativos y directorios del Hospital, favoreciendo así la comprensión y acceso a los diferentes servicios.

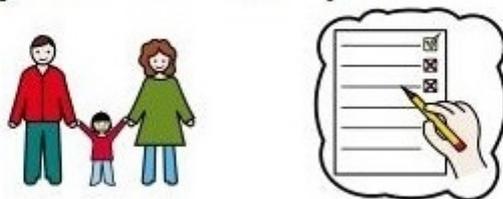
Se crean y/ o adaptan documentos y guías en lectura fácil y accesible para facilitar el acceso a consultas y servicios en el Hospital y Centros de Salud.



Voy al pediatra a revisión



La enfermera me pone vacunas



Mis padres rellenan un cuestionario

CONCLUSIONES

EL éxito de ACCEDE se debe a la participación de colectivos sanitarios, sociales y educativos. Las herramientas de Comunicación Aumentativa y Alternativa permiten a las personas orientarse con facilidad, entender la información de los entornos, comunicarse y relacionarse. Esta iniciativa beneficia a personas con discapacidad intelectual, y también a personas mayores, personas que no saben leer o personas que no dominan los idiomas por ser de otros países. Estamos ante un plan vivo en continua revisión y que se adapta a los cambios que se producen en el devenir de los acontecimientos como el producido por la pandemia causada por la COVID-19.

Ahora se inicia un proceso revisión y puesta al día de todo lo trabajado.

Gracias por su implicación y colaboración a los profesionales:

DeI ÁREA INTEGRADA TALAVERA DE LA REINA

Alberto Plaza Montoro, Alberto Peinado Hernández, Ana Granado San Miguel, Beatriz Lara de Lucas, Carmen Cristina Rodríguez Arriero, Consolación Lozano González, Julia González Rodríguez, M^a Teresa Aceituno Muñoz Pilar Fluriache García-Caro, Silvia Quemada Hernández, Sonia Plasencia Ordúñez, Susana Fernández Crespo, Victoria Méndez-Cabeza Fuentes y Vanesa Muñoz Rodríguez.

DeI ÁMBITO EDUCATIVO

Belén García Becedas, Yolanda García Rodríguez y Guadalupe López Muñoz, Centro de Educación Especial Bios. Marisa Arroyo Sánchez y María José del Olmo Flores, Centro Educación Especial Asociación de Ayuda a la Parálisis Cerebral (APACE).

De ASOCIACIONES DE PACIENTES

Carolina Monterrubio, Fundación Madre de la Esperanza. M^º del Prado Pérez Domínguez, Natalia Molina Arjona y Vanesa López Gismero, Down Talavera. Vanesa Villalba. TEA Talavera.

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo Marco, de 12 de febrero de 2007, de colaboración entre la Consejería de Bienestar social, la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha en materia de actuación con menores de edad que presentan trastornos de salud, situaciones de riesgo social y necesidades educativas especiales.

Convención Internacional los Derechos de las personas con discapacidad. ONU (2011).

La Ley Orgánica 8/2013 para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).

Plan Dignifica. Área Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

ARASAAC <http://www.arasaac.org>

**Qué gran oficio el de ser
puentes, entre las gentes, entre
las cosas, entre las ideas, entre
las generaciones.**

**El mundo dejaría de ser
habitabile el día en que hubiera
en él más constructores de
zanjas que de puentes.**

XII SIMPOSIO DE LA SEAUS

PREMIO AL MEJOR PÓSTER

AUTOES:

GIMÉNEZ SERRANO, BÁRBARA;
ALSINA ALBERT, EVA; CALVENTE
MARTÍN, CARMEN; CAÑETE JIMÉNEZ,
MARTA; MARTÍNEZ JULIÀ

ATENCIÓN PRIMARIA
METROPOLITANA SUD. INSTITUT
CATALÀ DE LA SALUT

DATOS DE CONTACTO:

BÁRBARA GIMÉNEZ SERRANO
ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA SUD
(ICS)
AVINGUDA MARE DE DÉU DE BELLVITGE, 3,
08907 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT
BGIMENEZ.APMS.ICS@GENCAT.CAT

El Área Metropolitana Sud de l' Institut Català de la Salut, ICS, es un territorio único. Tiene un hospital de alta complejidad, un hospital comarcal de proximidad, una atención primaria extensa y diversa, urbana y rural. Está vinculada a dos centros de investigación -IDIBELL y IDIAP Jordi Gol-, y a la Universidad de Barcelona. Este extraordinario contexto genera oportunidades para desarrollar estrategias y proyectos transversales entre los tres dispositivos asistenciales, con un impacto directo en la ciudadanía en términos de equidad, coherencia y resolución.

La Metropolitana Sud tiene como ejes estratégicos la experiencia del paciente, el desarrollo profesional, el trabajo en red y la sostenibilidad de recursos y ambiental. Para desarrollar estos ejes comunes, cuenta con una apuesta decidida por la innovación, la investigación i la evaluación, así como una estrategia firme de liderazgo, comunicación y transparencia.

En este actual contexto de cambio y evolución de la atención primaria, con un enfoque de la atención centrada en la persona, se pone de manifiesto la necesidad de transformar el modelo organizativo de los equipos de atención primaria (EAP) hacia un modelo asistencial más próximo y proactivo, maximizando la eficiencia y ofreciendo una atención más personalizada.

En este proceso de transformación, un elemento clave es la capacitación máxima de los roles actuales de los profesionales que integran el EAP, y especialmente el rol del profesional de atención a la ciudadanía (AC), que puede ofrecer una atención más cercana, personalizada y proactiva hacia el ciudadano.

El concepto de equipo de cabecera, también conocido como UBA3, es la evolución del actual modelo UBA (médico / enfermera) en el que el profesional de AC se incorpora a la unidad básica asistencial como profesional de referencia del paciente.

→ **Confianza,
proximidad y
proactividad: gestión
de la demanda a
través del
administrativo del
Equipo de Cabecera**

Es una evolución hacia un modelo de trabajo en equipo, colaborativo y transversal entre todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención al paciente.

Actualmente estamos experimentando un crecimiento del rol del profesional de atención a la ciudadanía, que paralelamente, al desarrollo de las herramientas de trabajo (ECAP administrativo) está permitiendo que asuma nuevas funciones como la proactividad en el seguimiento de la cronicidad (Proyecto Planifica't), la e-consulta administrativa, entre otros.

El proyecto Planifica't, impulsado por el Institut Català de la Salut, identifica pacientes con enfermedades crónicas que requieren visitas y pruebas diagnósticas previsibles, y planifica todas las visitas de control necesarias en el período de un año. El proyecto Planifica't hace un abordaje proactivo de pacientes con enfermedades crónicas, y requiere de un trabajo en equipo entre sanitarios y el profesional de atención a la ciudadanía, donde asume un rol relevante en la gestión del proceso.

Asimismo, la reciente activación de la e-Consulta administrativa, permite que el ciudadano contacte con su administrativo de referencia, a través del espacio La Meva Salut, de la misma forma que lo puede hacer con su médico o enfermera. Para que estos proyectos se puedan activar, es necesario previamente, preparar el sistema para que la ciudadanía tenga un administrativo de referencia, y este administrativo, junto con el médico y enfermera, forman el equipo de cabecera. Por tanto, el administrativo tiene su propia población de referencia asignada.

Los objetivos de la activación de los equipos de cabecera son:

1. Ofrecer a la persona una atención más cercana y de continuidad.
2. Mejorar la accesibilidad, orientando la demanda de la ciudadanía al profesional más indicado para su resolución.
3. Potenciar el trabajo en equipo, fomentar la cohesión y mejorar la comunicación entre los diferentes grupos profesionales.
4. Potenciar la figura del administrativo como parte integral de una asistencia de proximidad a la persona.
5. Maximizar el proceso de desburocratización de la consulta.

La activación de los equipos de cabecera implica la necesidad de un trabajo previo en los equipos de atención primaria, donde se consensuan las funciones, la metodología de trabajo, los roles de cada profesional, aplicando el principio de subsidiariedad, según el cual en el trabajo en equipo se han de maximizar las competencias de todos los profesionales que forman el equipo para conseguir el máximo rendimiento.

Como ejemplo, explicamos la experiencia de un equipo de atención primaria de Martorell, que, como inicio del proyecto, llevó previamente a cabo, un análisis DAFO, para detectar oportunidades de mejora en el equipo. Los resultados del DAFO son los siguientes:

Debilidades:

- Falta de referencia de los pacientes de sus profesionales sanitarios de referencia.
- Dificultad en la programación de citas en su unidad básica asistencial debido al trabajo en agendas genéricas.

Amenazas:

- Incapacidad de resolver al momento la demanda del paciente.
- El paciente se siente desvinculado de su EAP.

Aumento del malestar de la población.

Fortalezas:

- Número de profesionales suficiente.
- Voluntad de cambio para mejorar la gestión de la demanda.
- Actitud proactiva de los profesionales administrativos.

Oportunidades:

- Referenciar a los pacientes con un nuevo profesional del equipo (administrativo).
- Cohesión de los grupos profesionales del EAP.
- Fortalecer y potenciar la figura del administrativo.

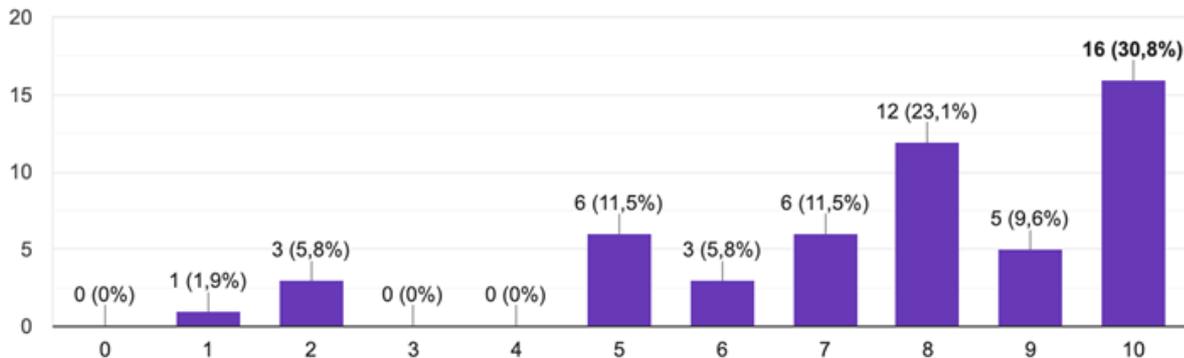
Posteriormente, al análisis DAFO, se definen los procesos y las funciones que asumirá el administrativo sanitario de referencia:

- ENTREGA Y GESTIÓN DE INCIDENCIAS DE LOS PLANES DE MEDICACIÓN.
- ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO (CONTACTO TELEFÓNICO PARA DETECTAR NECESIDADES ASISTENCIALES Y PROGRAMACIÓN)
- GESTIÓN PROACTIVA DE LAS PRUEBAS PENDIENTES DE PROGRAMACIÓN DE SUS PACIENTES (ANALÍTICA, ECG, FONDO OJO ETC.)
- PROGRAMACIÓN DE LAS PRUEBAS Y VISITAS DEL PACIENTE EN UN MISMO DÍA.
- INFORMAR DE RESULTADOS PREVIO CONSENSO CON EL MÉDICO Y PACIENTE.
- CANALIZACIÓN DE LAS DEMANDAS NO ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES.
- NEXO DE COMUNICACIÓN ENTRE EL CIUDADANO Y SU MÉDICO/ENFERMERA.
- BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS PACIENTES EN PROCESOS PLANIFICADOS.

Los resultados de una encuesta de valoración posterior a la implantación del nuevo modelo, dirigida a los profesionales involucrados, se obtienen los siguientes resultados.

- Los motivos más frecuentes de la agenda del profesional administrativo son: programar cita con MG, actualización datos usuarios, programar cita enfermería, programar pruebas complementarias, planes de medicación, entrega de material sanitario, gestiones de los accesos a La Meva Salut y al eConsentiment.
- Ante la pregunta “Valoración de la experiencia en equipos de cabecera”, el 63,5% valoran entre un 8 y un 10, el 28,8% lo valoran entre 5 y 7, y el 7,7% de los profesionales, no aprueban el proyecto.
- Ante la pregunta, ¿“Crees que los equipos de cabecera han potenciado la coordinación y comunicación entre grupos profesionales? El 59,61% lo valoran entre un 8 y un 10. El 15,38% por debajo de 5.

¿Cómo valorarías la experiencia en equipo de cabecera?



A nivel global, actualmente, más del 90% del territorio de Metropolitana Sud tiene asignado un administrativo de referencia.



Conclusiones de los equipos que han iniciado el proyecto:

- Refuerzan el cambio en el modelo de atención al paciente, y del papel que hasta ahora han ejercido los profesionales de atención a la ciudadanía.
- Los profesionales de atención a la ciudadanía están empoderados para desarrollar este nuevo modelo organizativo con la visión de promover un trabajo coordinado de equipo, y ofrecer al paciente una atención más cercana y personalizada, que genera confianza en el sistema.
- Los profesionales de atención a la ciudadanía adquieren nuevas competencias y desarrollan un rol que les permite maximizarlas.
- Se fortalece la comunicación y compromiso entre los profesionales del equipo, en el modelo asistencial centrado en el paciente.



NOSOTROS

ACTIVIDAD DE LA SEAUS

COMUNICADO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La SEAUS ha publicado, en noviembre 2022, un comunicado sobre la situación de la atención primaria de salud, ante la creciente preocupación e insatisfacción de profesionales y usuarios. Texto completo [AQUÍ](#).

CONVENIOS

La SEAUS firmó en el mes de mayo 2022 dos nuevos convenios:

- Con la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, CAMFIC, con la finalidad de desarrollar actividades de formación continuada y desarrollo profesional en el marco de la atención primaria de salud. Firmaron el convenio el Dr. Antoni Sisó Almirall, por parte de la CAMFIC, y Mercè Tella por parte de la SEAUS.
- Con la Asociación Española de la Osteoporosis y la Artrosis, AECOSAR y la Osteoarthritis Foundation International, OAFI, para establecer un marco de colaboración en el desarrollo de acciones de interés mutuo. Firmaron el convenio el Dr. Josep Vergés Milano, por parte de AECOSAR y OAFI, y Mercè Tella por parte de la SEAUS.



Firma con OAFI-AECOSAR



Firma con CAMFIC

ACTIVIDAD DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DE LA SEAUS

Destacamos la actividad de Rodrigo Gutiérrez, presidente de la SEAUS, en diferentes foros:

- Jornada Ética y Cuidados al final de la vida, organizada por el Colegio de Enfermería de Ciudad Real, el día 11 de marzo. Con la ponencia “La ley orgánica de regulación de la eutanasia. Consideraciones sobre su desarrollo y aplicación”
- I Jornada-Encuentro de Servicios de Información y Atención a Pacientes, en el Hospital General Universitario de Ciudad Real el 19 de mayo del 2022. Con la ponencia “Una perspectiva de los Servicios de los Servicios de Atención al Usuario. Actualidad y Futuro”
- XXX Congreso Derecho y Salud, el 30 de septiembre. Con la ponencia “Garantía de los Derechos de los Pacientes en Atención Primaria”
- I Congreso de humanización en los servicios de salud con enfoque territorial, en el mes de octubre en Popayán, Capital del Departamento del Cauca, en Colombia, en representación de España. Con la ponencia “Consideraciones en torno a la humanización”
- III Jornada sobre la Humanización de la asistencia. Talavera de la Reina el 23 de noviembre. Con la ponencia “Entre el discurso y la realidad”

Maria Pilar González, Vocal de Imagen Corporativa, Web y Publicaciones participó:

- IV Jornada de l'Observatori de Medicina de Família del Maresme. El día 5 de mayo en Cabriels, Barcelona. Con la ponencia “La atención primaria, el médico de familia y el usuario”
- XIV Jornadas de la Asociación de Administrativos de la Salud, AAS. Los días 10 y 11 de junio en Talavera de la Reina, Toledo. En la Charla-Coloquio sobre “La atención al Usuario: Entre el discurso y la realidad”

Nuria Pagès, Vocal de la SEAUS para Cataluña y Baleares, participó:

- 6º Congreso de Pacientes con Artrosis, Barcelona del 26 al 28 octubre. Participó como moderadora de la mesa de debate “ARTRO 360, un modelo más humanizado”
- III Jornadas. El administrativo de la salud en el SNS” Cuenca 10 y 11 de noviembre. Con la ponencia “La incorporación del CFGS Documentación y Administración Sanitarias en el Consorci Sanitari de Terrassa”

Rafa Rodríguez, Tesorero y miembro de la Junta de la SEAUS, participó:

- Aulas Senior adscritas a la Universidad Pompeu Fabra. Mataró, Barcelona, el 16 de noviembre. Con la ponencia “Los Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema de Salud”

PUBLICACIONES Y FONDO DOCUMENTAL

El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional. Libro de la SEAUS y la AAS. Se publicó la segunda edición en mayo 2022.

Fondo Documental, en formato papel. Se han incorporado a este fondo 10 nuevos Documentos y 17 Actas (correspondientes a los años 1990 y 1992) del “Grupo de Trabajo de Atención al Usuario de Cataluña, GTAUC” Esta documentación ha sido una donación de Rosa Carulla Raich, socia de la SEAUS. Este fondo reúne un total de 106 documentos.

Cabe recordar que la SEAUS dispone también de un **Fondo Documental Digital**, exclusivo para los socios, que tiene, actualmente, 1645 documentos.

PRÓXIMO CONGRESO

La SEAUS prepara ya el XIX Congreso, en colaboración con la Consejería de Salud de la Comunidad Foral de Navarra. Tendrá lugar en la ciudad de Pamplona-Iruña en la primavera 2023.





SE AUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad