



ESTRATEGIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL SIGLO XXI



MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA
2007 – 2012

INFORME DE SEGUIMIENTO

Índice

Introducción	3
I) Indicadores	5
A) Estrategias de mejora de la calidad de los servicios, orientadas al ciudadano	5
B) Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución	21
C) Estrategias de mejora de la continuidad asistencial	36
D) Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional	38
E) Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización	38
II) Cuestionarios	41
Tramitaciones por vía electrónica	41
Herramientas de ayuda en consulta	43
Coordinación entre profesionales sanitarios y corresponsabilidad	47
Potenciación de las actividades del área administrativa	50
Potenciación del papel de las Unidades administrativas	54
III) Oferta de servicios	57
1. Oferta de Cartera de Servicios en AP (CSAP)	57
2. Oferta de procedimientos diagnósticos y terapéutico en AP	57
3. Acceso por AP a solicitud de pruebas diagnósticas al nivel hospitalario	59
IV) Docencia postgraduada	64
Participantes	68

Introducción

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en su reunión del 11 de diciembre de 2006, reafirmó el papel fundamental que desempeña la Atención Primaria de salud como eje del sistema sanitario y agente del ciudadano ante el mismo, y reconoció el esfuerzo realizado por las Comunidades Autónomas en la mejora de la Atención Primaria, si bien consideró que hay que seguir avanzando hacia una Atención Primaria de calidad, capaz de potenciar la gestión clínica basada en la evidencia científica y la continuidad asistencial.

Según el CISNS, la Atención Primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, eficiente y participada tanto por los ciudadanos como por los profesionales.

Por ello, el Pleno del CISNS valoró muy positivamente los trabajos desarrollados por los grupos de expertos en relación al Proyecto AP-21 y consideró que en los documentos* se incorpora un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada Servicio de Salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la Atención Primaria de salud en España en el período 2007-2012.

Asimismo, el Pleno del CISNS decidió encargar a la entonces Agencia de Calidad del SNS – estructura actualmente integrada en la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación-, “de acuerdo con las comunidades autónomas y contando con la opinión de los profesionales, la elaboración de indicadores que permitan realizar una evaluación de progreso”.

Cumplido el plazo establecido para este primer periodo, se ha elaborado el presente informe teniendo en cuenta la experiencia previa (fue elaborado un primer informe en 2009, y presentado al CISNS en febrero de 2010), y mediante el siguiente procedimiento:

- Año 2011: proceso de aportaciones, debate y consensos, de los posibles contenidos del informe. Dicho debate se efectuó con:
 - Representantes de aquellas sociedades científicas de Atención Primaria y entidades profesionales participantes en el primer proceso evaluativo.
 - Un Comité formado por representantes institucionales designados por las comunidades autónomas y el INGESA.

Para ello, se partió de la revisión de cada una de las estrategias formuladas en el Marco estratégico, valorando sus posibilidades de medición o de aproximación mediante otras vías, teniendo en cuenta -como se ha comentado-, los aciertos y desaciertos del primer informe.

- Año 2012: Consenso final con las comunidades autónomas y fase de priorización, concreción de los contenidos y definición de indicadores, recopilación de la información necesaria y, por último, elaboración del informe.

* Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/home.htm>

En el fichero anexo se ofrece el listado de las estrategias y el tipo de valoración que se ha acordado para la evaluación de cada una de ellas. Cuatro son los tipos de valoración utilizados: Indicadores obtenidos de fuentes comunes y oficiales, Cuestionarios semicerrados respondidos por las comunidades autónomas (básicamente sobre burocracia y coordinación profesional), Informes específicos (oferta de servicios y docencia posgraduada) y Experiencias innovadoras implantadas en las comunidades autónomas

Evaluación AP21 según estrategia.xls

Se trata por tanto de una evaluación que contiene tanto información cuantitativa como cualitativa.

Se ha optado por ordenar la exposición de los resultados en función de la tipo de valoración utilizado, al considerar que la dota de mayor homogeneidad e inteligibilidad. No obstante, se señalan en cada caso las estrategias afectadas. El esquema es el siguiente

- I) Indicadores
- II) Cuestionarios
- III) Oferta de servicios en Atención Primaria
- IV) Docencia postgraduada en Atención Primaria
- V) Experiencias innovadoras implantadas por las comunidades autónomas.

Este último apartado sobre las experiencias innovadoras se presenta en un documento independiente, con el objetivo de hacer más operativo el informe.

I) Indicadores

En el fichero adjunto constan los indicadores priorizados, su relación con la estrategia en la que se encuadra, así como una ficha con las definiciones utilizadas en cada caso.

Indicadores y fichas AP21.xls

A) Estrategias de mejora de la calidad de los servicios, orientadas al ciudadano

El conjunto de estrategias enunciadas bajo este epígrafe incluye, desde aspectos relacionados con la accesibilidad, a otros relacionados con la organización del sistema de salud o bien ligados al propio proceso de atención, así como cuestiones relacionadas con el papel que han de jugar los ciudadanos

Una de las perspectivas con la que se ha abordado la valoración de estas estrategias, ha sido la de la percepción que los ciudadanos tienen de algunos de estos aspectos. Para ello se ha utilizado como fuente de datos el Barómetro Sanitario, priorizándose los indicadores siguientes:

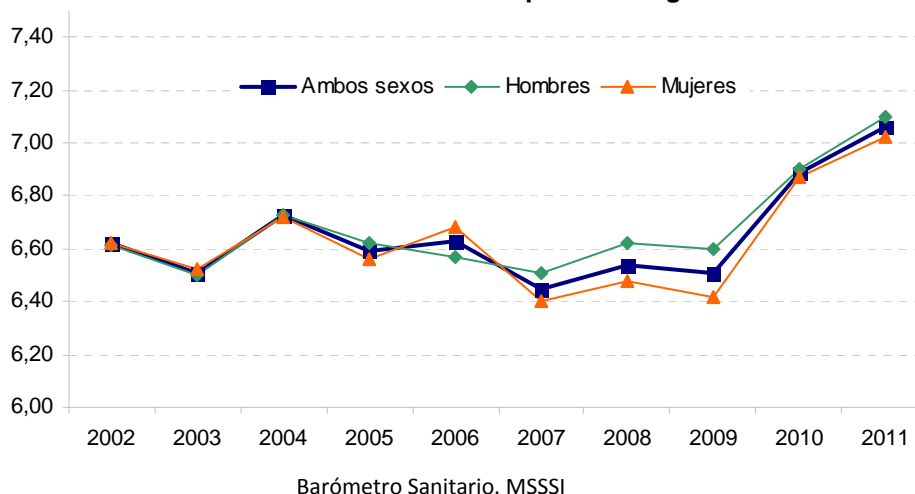
■ Valoración de los ciudadanos de la facilidad para conseguir cita

Encuadrado como una vertiente de la accesibilidad, este indicador mide la valoración que realizan los ciudadanos -en una escala de 1 a 10 (de menor a mayor satisfacción)- de la facilidad con la que obtienen cita para la consulta de medicina de familia de la sanidad pública.

En la serie estudiada, esta valoración se ha situado en torno a los 6,5 puntos hasta los dos últimos años, en los que ha experimentado un ascenso, alcanzando en 2011 los siete puntos de valor promedio (7,06), sin apenas diferencias entre sexos (7,10 en el caso de los varones y 7,02 en el de las mujeres).

Gráfico 1

Valoración de la facilidad para conseguir cita

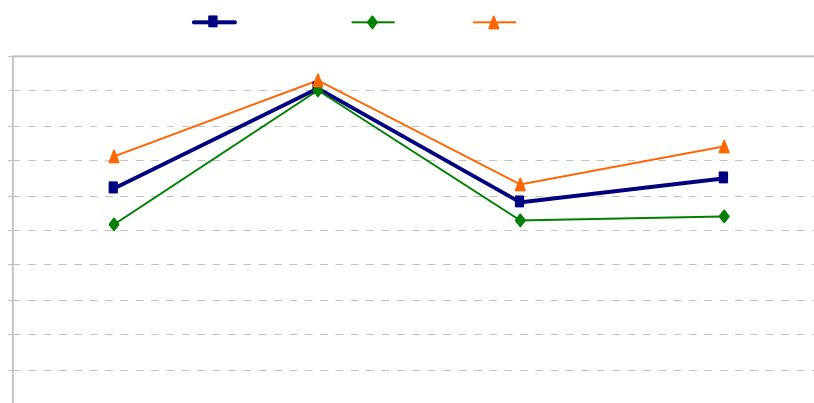


■ **Días de espera para ser atendido en consulta de medicina de familia**

Se observa que el número medio de días que los ciudadanos declaran que tienen que esperar desde que solicitan una cita hasta que son atendidos en consulta, oscila, en los cuatro años estudiados, entre 3,5 y 4 días. En el año 2011, se sitúa en una media de 3,65 días (3,54 según los varones y 3,74 según las mujeres).

Más allá del desfase natural de un día que puede producirse al solicitar la cita en un horario en el que ya no está su médico –con lo que en realidad se está solicitando para el día siguiente-, parece haberse asentado la existencia de lista de espera en atención primaria.

Gráfico 2

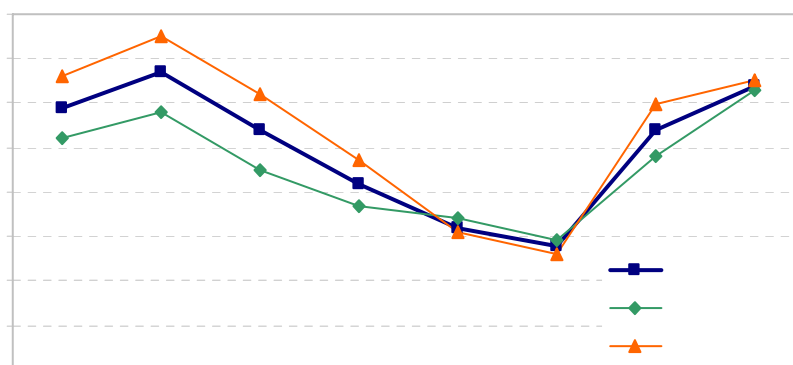


Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración del tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita**

Declarados los días de espera señalados arriba, los ciudadanos realizan una valoración de dicha espera, que se sitúa en torno a los 6,4 puntos (en una escala del 1 al 10) a lo largo de la serie, si bien parece haber mejorado en los dos últimos años, tras una caída previa en la puntuación. En 2011 ésta ha sido de 6,5 puntos (5,6 según los varones y 6,6 según las mujeres).

Gráfico 3



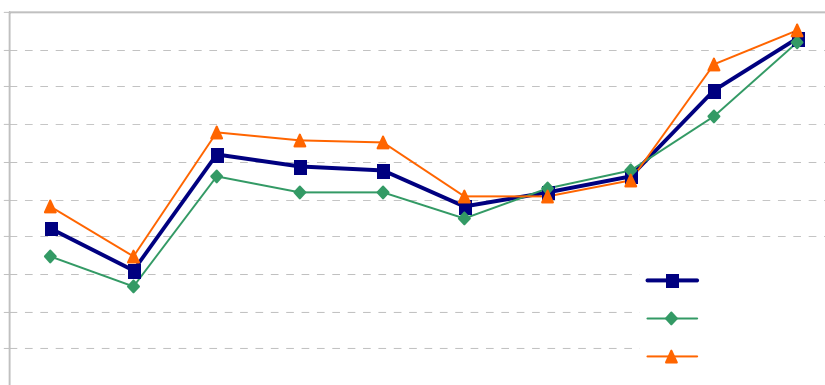
Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración del tiempo de espera hasta entrar en consulta**

Considerado también otro elemento de accesibilidad, este indicador mide la percepción –y valoración- que tienen los ciudadanos del tiempo que han de estar esperando en la sala de espera de los centros, hasta que entran a la consulta de medicina de familia de la sanidad pública. Se utiliza para ello igualmente una escala del 1 al 10.

La serie muestra una evolución positiva, con una tendencia ascendente que se mueve entre el 5,3 y el 6, de manera que en 2001 alcanza los 5,93 puntos, sin que haya prácticamente diferencias entre sexos (5,92 en el caso de los varones y 5,95 en el de las mujeres).

Gráfico 4

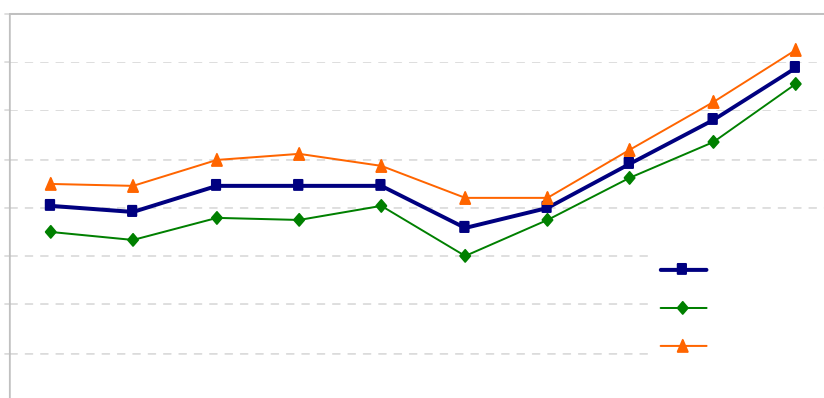


Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración del tiempo dedicado por el médico a cada enfermo**

Con una valoración por encima de 6 en toda la serie, se observa una tendencia al alza mantenida en los últimos cinco años, de tal forma que prácticamente se han alcanzado los 7 puntos (6,98 sobre 10) en 2001 (6,91 y 7,05 según varones y mujeres, respectivamente).

Gráfico 5

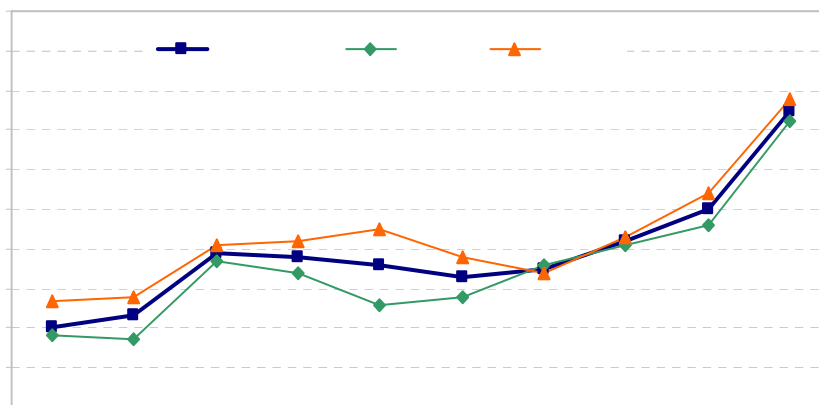


Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración del trato recibido del personal sanitario**

Uno de los aspectos mejor valorados por los ciudadanos es el trato recibido por el personal sanitario, que desde 2002 se situaba por encima de 7 puntos sobre 10, ha experimentado además un incremento en los últimos años, hasta situarse en 2011 en 7,75 (7,72 según los varones y 7,78 según valoran las mujeres).

Gráfico 6

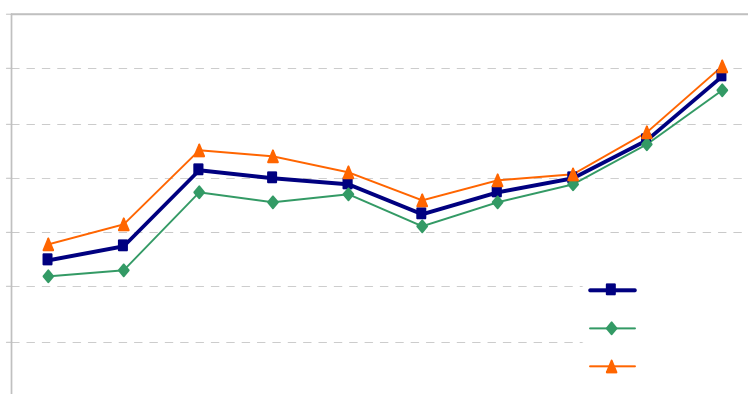


Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración de la confianza y seguridad que transmite el médico (MF y PED)**

Constituye otro de los aspectos en los que los ciudadanos otorgan mejores puntuaciones, siempre por encima de 7 puntos sobre 10. Se observa también, además, una tendencia al alza en los últimos años. En 2011 la puntuación obtenida ha sido de 7,77 (7,72 según valoran los hombres y 7,81 las mujeres).

Gráfico 7

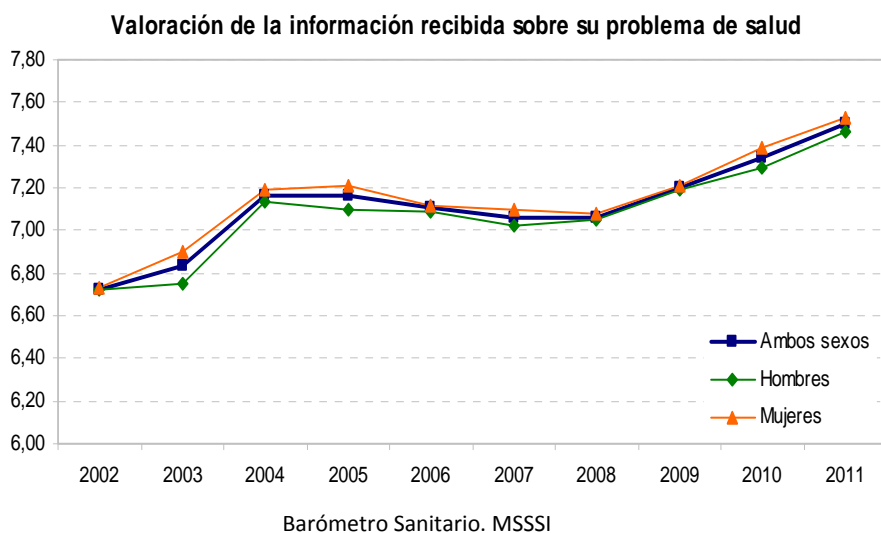


Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración de la información que el usuario recibe sobre su problema de salud**

Desde el año 2002 hasta 2011 se observa una tendencia mantenida al alza en esta valoración, alcanzando en ese último año los 7 puntos y medio sobre 10, sin que se observen diferencias destacables entre sexos (7,46 según los hombres y 7,53 según las mujeres).

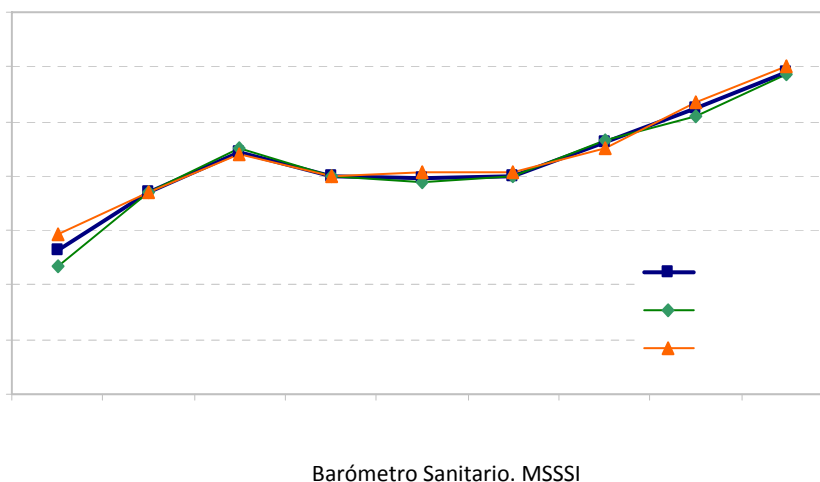
Gráfico 8



■ **Valoración de los consejos recibidos**

Al igual que en el caso anterior, la valoración acerca de los consejos sanitarios que reciben de los profesionales de Atención Primaria, ha experimentado una mejora progresiva, situándose en 2011 en 7,38 puntos en una escala del 1 al 10 (7,37 según los hombres y 7,40 según las mujeres).

Gráfico 9

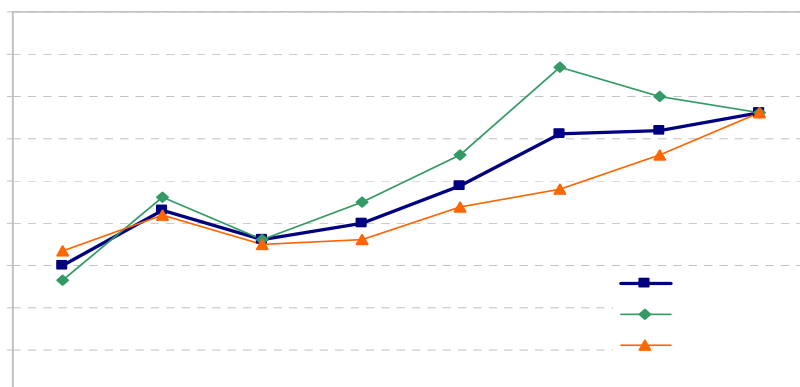


■ **Valoración general de la atención recibida en las consultas de medicina de familia de la sanidad pública**

Este indicador refleja la consideración global que declaran tener los ciudadanos acerca de la atención recibida, referida a las consultas de medicina de familia.

Dicha valoración también ha ido mejorando en estos años, resultando en 2011 que el 86% de los ciudadanos consideraron que dicha atención fue buena o muy buena, habiendo prácticamente coincidencia en la valoración de ambos sexos.

Gráfico 10

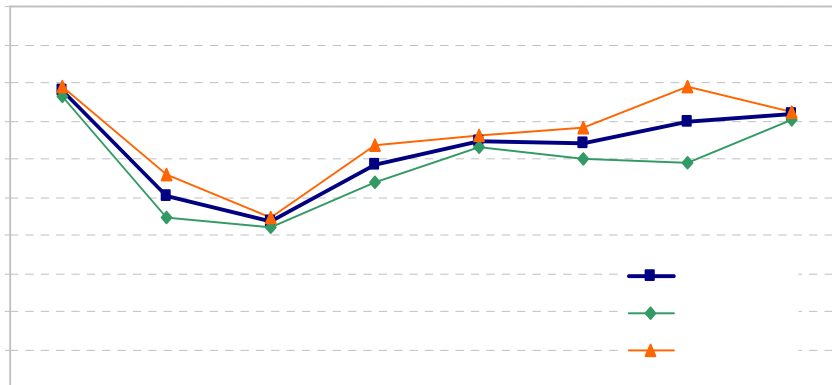


Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Porcentaje de población que elegiría los servicios de AP públicos**

Se cierra este grupo de indicadores de percepción ciudadana, con la expresión de sus preferencias a la hora de poder elegir entre los servicios de Atención Primaria públicos o privados, resultando para el año 2011 que la elección de los servicios de AP públicos sería ejercida por el 64,3% de los ciudadanos (el 64,1% de los hombres y el 64,5% de las mujeres).

Gráfico 11



Barómetro Sanitario. MSSSI

Se describen a continuación algunos indicadores relativos a la dotación de recursos humanos básicos con los que cuenta Atención Primaria y a la actividad desarrollada por estos[†].

■ **Número de profesionales de medicina por tramos de población asignada**

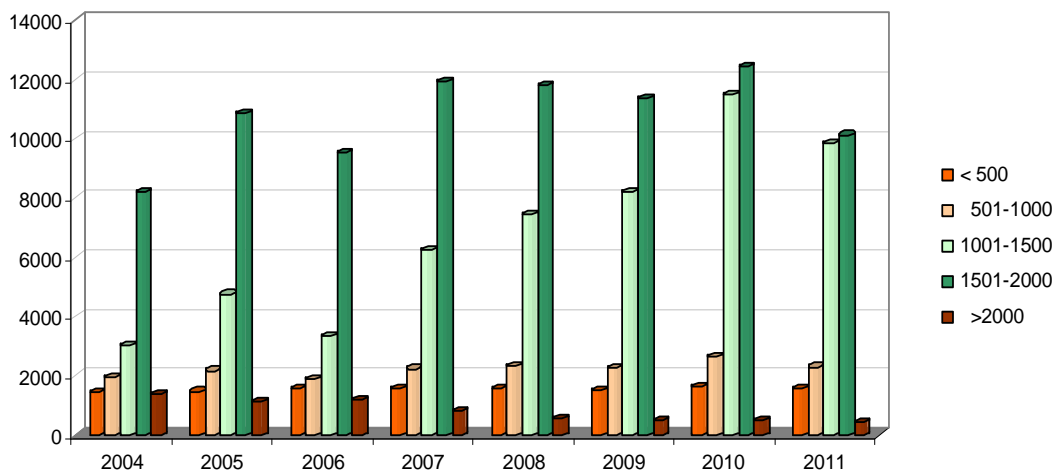
El indicador hace referencia a la cantidad de plazas cuya población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) asignada a los profesionales, o “cupos médicos”, se sitúa en uno de los intervalos definidos. Dado que los cupos considerados óptimos y máximos son diferentes para el caso de medicina de familia y para los de pediatría, se presentan de manera diferenciada.

[†] Para más información: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

En los gráficos se representa, en el eje de ordenadas, el número absoluto de profesionales cuyo cupo está comprendido en cada intervalo. En el caso de la medicina de familia, puede observarse una progresiva disminución de los cupos situados por encima de las 2.000 personas asignadas, habiendo aumentado paralelamente aquellos que se encuentran en los rangos de 1.001 a 1.500, y entre 1.501 a 2.000, de 2004 a 2011[‡].

Gráfico 12

Número de plazas de medicina de familia por tramos de población asignada

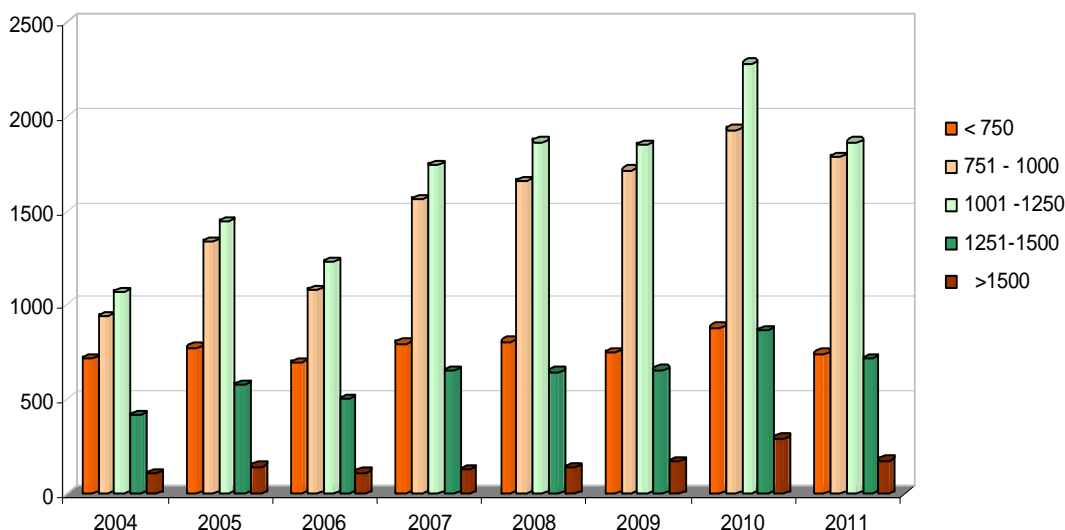


Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSSI

Respecto de los cupos pediátricos, se han ido incrementando el número de aquellos con una cantidad de población infantil asignada comprendida entre los 751 y los 1.000 niños, y entre 1.001 a 1.125. No obstante, se observa también un incremento de los situados entre los 1.126 a 1.500 niños.

Gráfico 13

Número de plazas de pediatría por tramos de población asignada



Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSSI

[‡] En los datos de distribución de médicos por tramos de 2011 faltan los de Cataluña (tanto MFC como Pediatría). Ello hace que el total del SNS se inferior a años anteriores

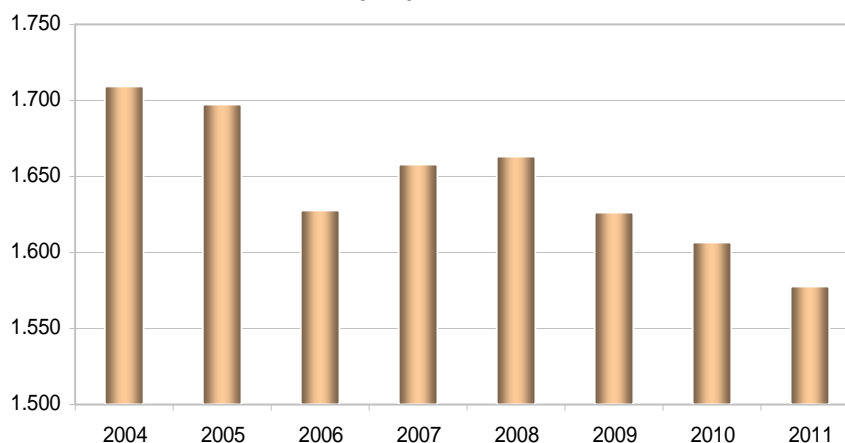
■ Población media por profesional de enfermería

Al no estar generalizada en las CCAA la asignación directa de personas con TSI a los profesionales de enfermería, el indicador anterior es sustituido por el de poblaciones medias asignadas en cada Área de Salud. Puede observarse una reducción progresiva de esta media, situándose en 2011 en 1.577 personas asignadas, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Esta media, no obstante, tiene una importante dispersión, oscilando entre 891 en el Área de Salud en que esta ratio es más baja y 4.818 en la más alta.

Gráfico 14

Población media por profesional de enfermería



Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSSI

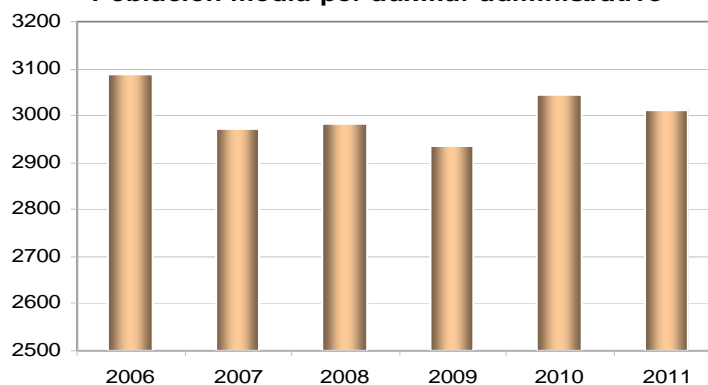
■ Población media por auxiliar administrativo

La media de población por auxiliar administrativo se sitúa en 2011 en 3.012 personas con TSI.

Es este caso, con una dispersión mayor, que oscila entre una media de 951 personas en aquella Área Sanitaria cuyo ratio medio es menor y 13.077 de media en la de mayor ratio. Para una valoración más precisa, hay que tener en cuenta la aparición en algunas CCAA de formas organizativas complementarias/sustitutivas de algunas actividades desarrolladas por estos profesionales, del tipo de Call Center fundamentalmente.

Gráfico 15

Población media por auxiliar administrativo



Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSSI

■ Frecuentación general registrada

Hay que señalar que los datos se refieren a la actividad –tanto en consulta como en domicilio– realizada durante el horario ordinario de funcionamiento de los centros.

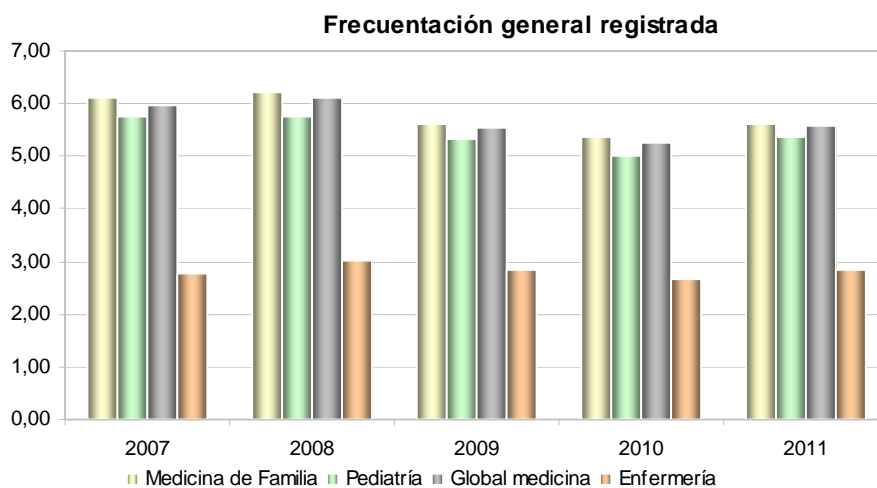
Esta frecuentación general, entendida como el promedio de visitas realizadas por cada usuario (en el supuesto de que toda la población hubiera consultado) en un año, ha disminuido ligeramente entre 2007 y 2011 para los profesionales de medicina y aumentado muy levemente en enfermería.

En el gráfico se muestran dichas frecuentaciones, tanto desglosada entre medicina de familia y pediatría, como aquella conjunta, denominada “global medicina”. Se presenta también la frecuentación en enfermería.

En el caso de medicina, en 2011 alcanza las 5,62 visitas en medicina de familia, 5,36 en pediatría y 5,58 para el conjunto de medicina –de las casi 6 visitas (5,98) del año 2007.

En el caso de enfermería, ésta se sitúa en 2,84 visitas promedio por persona y año, respecto de las 2,77 visitas al inicio de la serie en 2007.

Gráfico 16



Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSSI

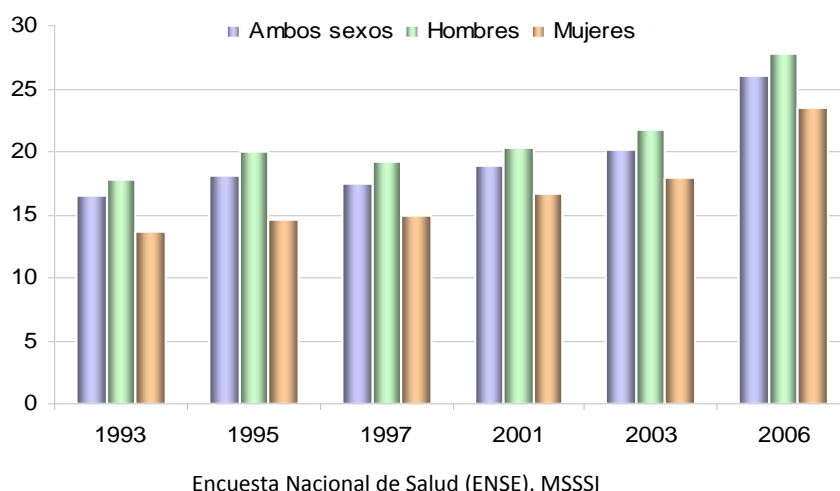
En otro orden de cosas, relacionadas con la participación de la población en su autocuidado y con el posible exceso de medicalización, se han seleccionado los siguientes indicadores:

■ Tasa de abandono del hábito tabáquico

Este indicador pretende aportar una aproximación al grado en el que la población consolida el abandono del hábito tabáquico. Se observa una tendencia creciente a dicho abandono en ambos sexos. Así, se ha pasado de un 16,4% de personas que, habiendo sido fumadoras, habían consolidado el abandono de este hábito en 1992, hasta un 26% en 2006 (27,7% de los hombres y 23,5% de mujeres).

Gráfico 17

Tasa de abandono del hábito tabáquico



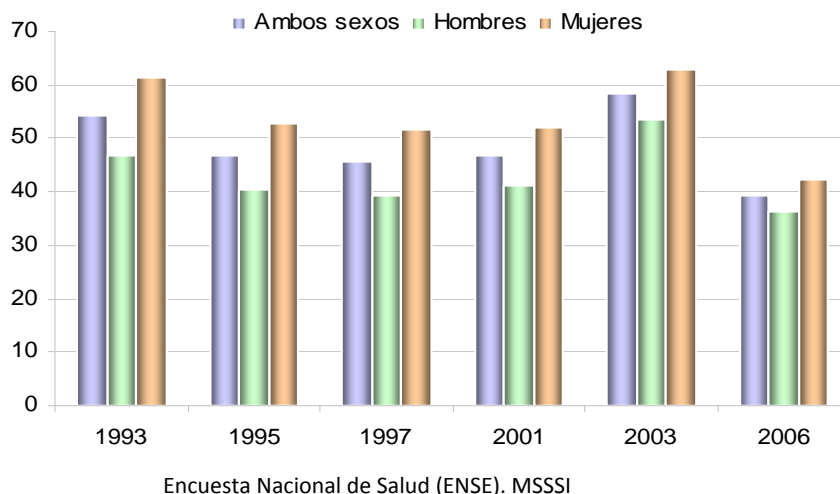
■ **Prevalencia declarada de sedentarismo**

La realización de ejercicio físico es una actividad de difícil cuantificación. Es por ello que se ha optado por el indicador inverso, de sedentarismo, más sencillo a la hora de comparar. La última Encuesta Nacional de Salud aporta unos resultados esperanzadores, mostrando una reducción en el porcentaje de personas que declaran no realizar ningún tipo de ejercicio.

En esta última encuesta, este porcentaje se sitúa en el 39,4% (36,3% en el caso de los hombres y 42,4% en el de las mujeres.). No obstante, aún con esta mejora, podemos decir que una parte importante de la población no realiza actividad física alguna.

Gráfico 18

Prevalencia declarada de sedentarismo

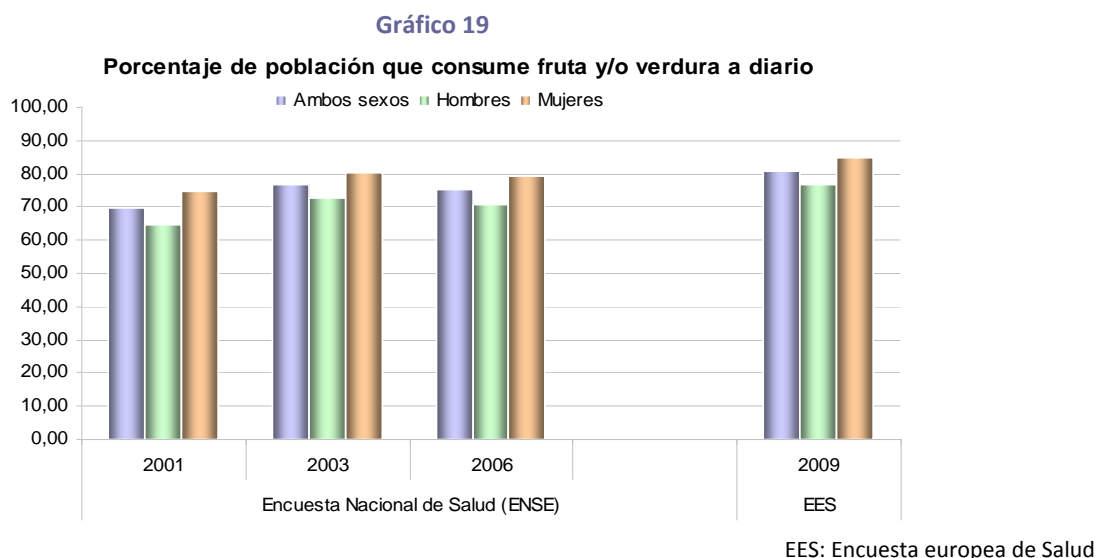


■ **Porcentaje de personas que consumen fruta y/o verdura**

Entre los hábitos de vida saludable se incluye también la ingesta de frutas, verduras y hortalizas. Tomadas en conjunto, las últimas encuestas realizadas muestran una cierta tendencia al alza en el porcentaje de personas que las consumen a diario.

Dado que las encuestas española (ENSE) y europea (EES), aunque son similares, albergan pequeñas diferencias en la forma de preguntar, se muestran los resultados de manera diferenciada.

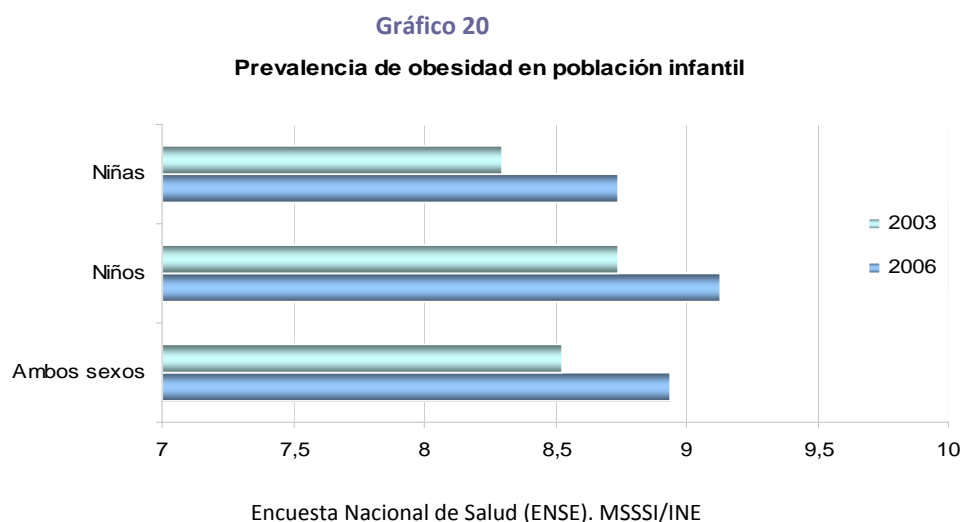
Así, en la última ENSE de 2006, el 75% declaraba consumir frutas y/o verduras a diario (70,8% de los hombres y 79,2% de las mujeres), mientras que en la EES de 2009 estos porcentajes fueron del 81% (77% en el caso de los hombres y 84,7% en el de las mujeres). En toda la serie se mantiene el diferencial por sexo, estando este hábito más extendido en las mujeres



■ Prevalencia de obesidad en población infantil

La tendencia a la obesidad constituye uno de los indicadores objeto de preocupación en los últimos años, especialmente cuando se considera la población infantil. Se muestran los resultados disponibles, de las dos últimas encuestas españolas (la encuesta europea no dispone de cuestionario infantil). El indicador abarca a la población menor de 18 años, puesto que hasta dicha edad la forma de cálculo del Índice de masa corporal (IMC) –a partir del peso y la talla declarados-, es específica, variando en función de la edad y del sexo.

Se observa en ambos sexos, entre 2003 y 2006, un incremento en el porcentaje de población con obesidad, situándose en 2006 casi en el 9% (8,9%), algo mayor en el caso de los niños (9,1%) que en el de las niñas (8,7%).

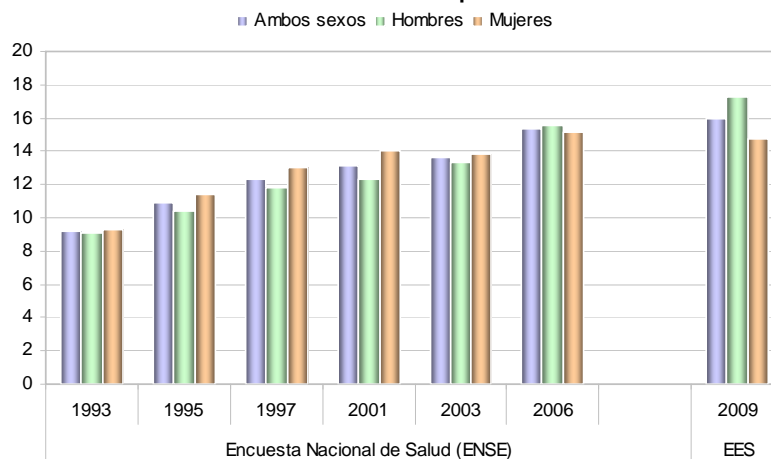


■ Prevalencia de obesidad en población adulta

La población de 18 o más años, a lo largo de una serie de encuestas de salud, muestra desde 1993 una clara tendencia al alza en el porcentaje de personas con obesidad (IMC igual o por encima de 30), mostrando los resultados más elevados la EES de 2009, con una cifra del 16% de la población, siendo este porcentaje mayor en el caso de los hombres (17,3%) que en el de las mujeres (14,7%).

Gráfico 21

Prevalencia de obesidad en población adulta



EES: Encuesta Europea de Salud

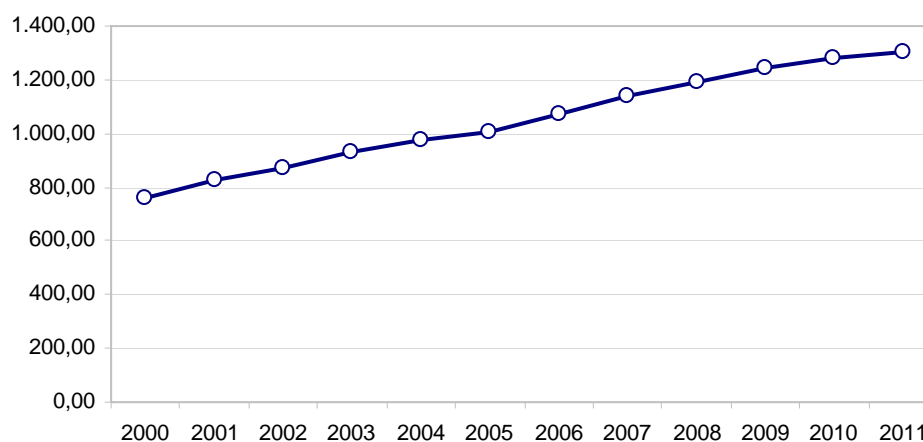
En otro orden de cosas, se ha querido realizar una aproximación al grado de medicalización de la población por medio del consumo total de fármacos (de aquellos que disponen de Dosis diarias definidas) dispensados por medio de recetas oficiales.

■ Dosis diarias definidas por 1000 habitantes y día (DHD) total de fármacos

En la gráfica se aprecia un paulatino pero sostenido crecimiento. En 2011 fueron dispensados un total de 1.300 dosis diarias definidas por cada 1000 habitantes y día.

Gráfico 22

DHD total medicamentos dispensados



Sistema de Información de consumo farmacéutico. MSSSI

Por último, y dentro de este apartado, se muestran algunos indicadores relacionados con la realización de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

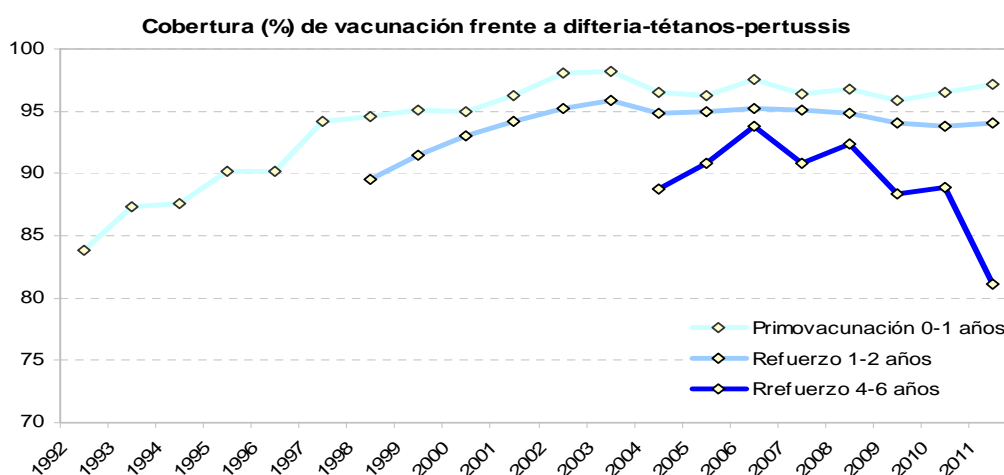
■ Coberturas de vacunación frente a difteria-tétanos-pertussis

La cobertura de primovacuna frente a estas tres enfermedades está muy consolidada desde hace años, manteniéndose siempre en cifras por encima del 95%. En 2011 el porcentaje de población infantil vacunada con esta primera dosis ha sido del 97,1%.

Respecto de la segunda dosis, los resultados son también elevados, superando también el 95%, aunque ha experimentado un leve descenso en los últimos cuatro años, quedando por debajo de dicha cota –aunque sin alejarse de ella-, con un 94,1% en 2011.

Por último, si bien la tercera dosis alcanzó coberturas del 90% e incluso superiores, se observa un claro descenso, de forma que en 2011 se sitúa en el 81,1%

Gráfico 23



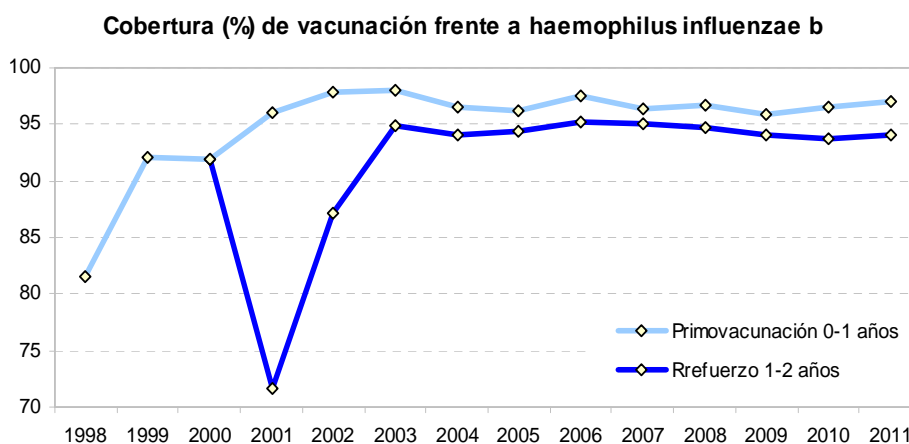
Sistema de información de vacunaciones sistemáticas. MSSSI

■ Coberturas de vacunación frente a haemophilus-influenzae b

De forma análoga al caso anterior, la cobertura de la primera dosis frente a esta enfermedad alcanza rápidamente elevados porcentajes, que se mantienen a lo largo de la serie por encima del 95% (97,1% en 2011).

La segunda dosis se está comportando de manera estable desde 2003, moviéndose en cifras cercanas siempre al 95%. En concreto en 2011 se alcanzó el 94,1%.

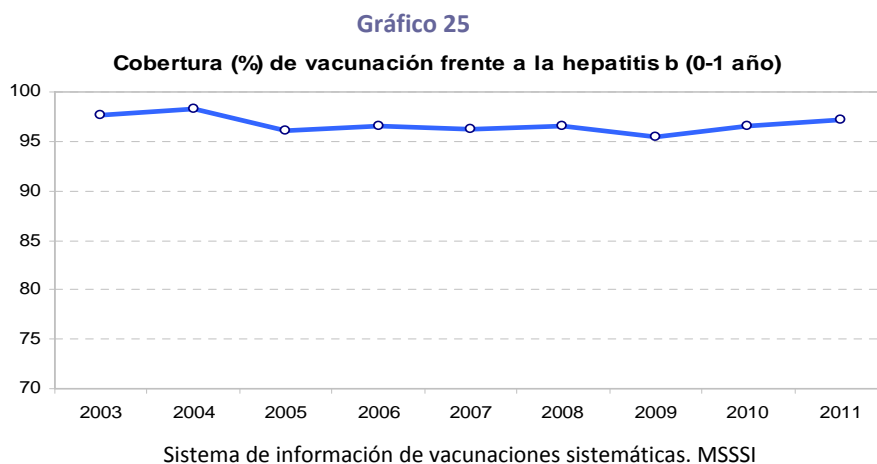
Gráfico 24



Sistema de información de vacunaciones sistemáticas. MSSSI

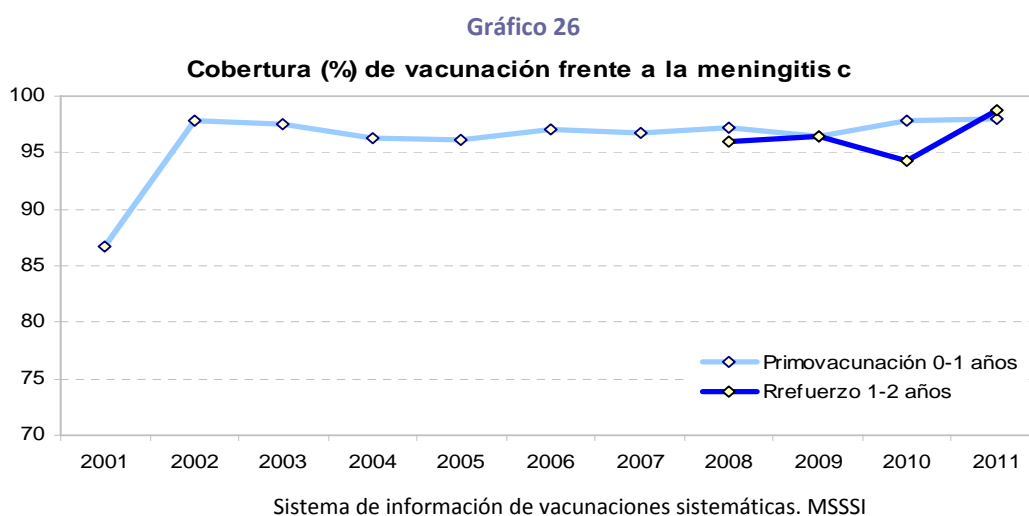
■ Cobertura de vacunación frente a la hepatitis B

Desde el momento de introducción de esta vacuna a esta edad, las coberturas permanecen altas, por encima del 95% en toda la serie (97,1% en 2011).



■ Cobertura de vacunación frente a la meningitis meningocócica C

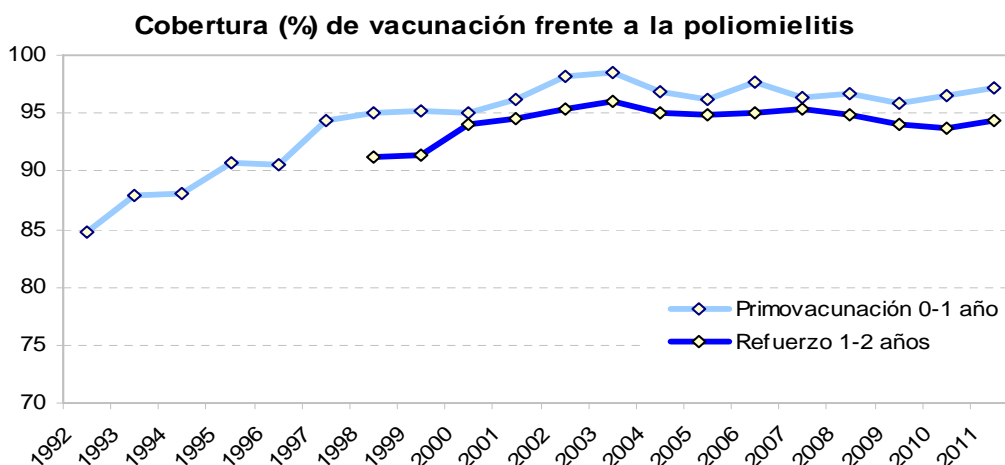
Se alcanzan rápidamente en este caso coberturas elevadas, no solo para la primovacuna sino también para la segunda dosis, de más reciente introducción. En ambos casos están por encima del 95%: 98% para la primera y 98,8% para la segunda.



■ Cobertura de vacunación frente a la poliomielitis

Las coberturas de la primera dosis están estabilizadas por encima del 95% desde hace años (97,1%), y la segunda dosis se sitúa en torno a ese límite (94,3%), ambas en 2011.

Gráfico 27



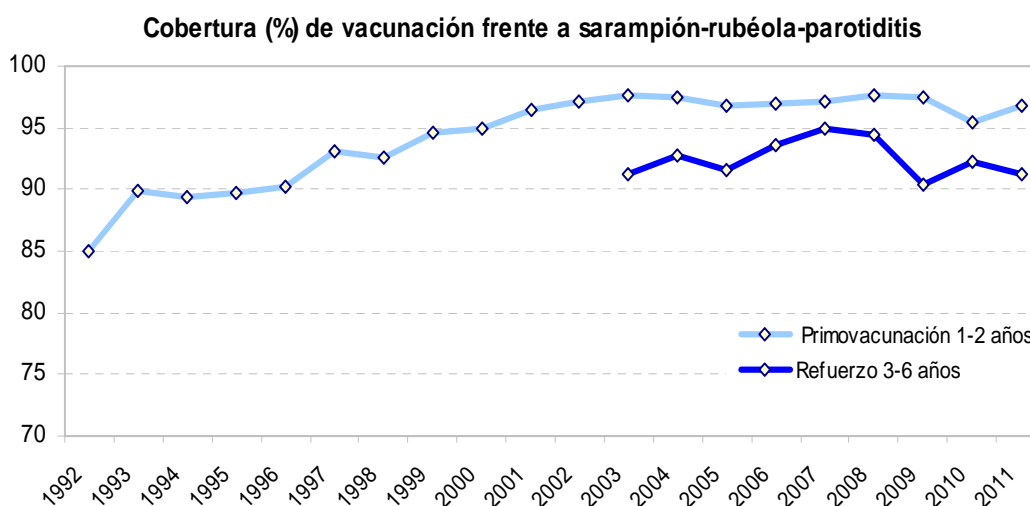
Sistema de información de vacunaciones sistemáticas. MSSSI

■ Cobertura de vacunación sarampión-rubéola-parotiditis

Es otro grupo de vacunas de larga trayectoria, como coberturas de primovacuna igualmente consolidadas desde comienzos de este siglo en el que, tras alcanzar una cobertura del 95%, mantiene a partir de esa fecha porcentajes de vacunación por encima de esa cifra. En el año 2011 se sitúa en el 96,8%.

Respecto de la segunda dosis, introducida con posterioridad, estos porcentajes se sitúan por encima del 90% (en 2011 en el 91,3%).

Gráfico 28



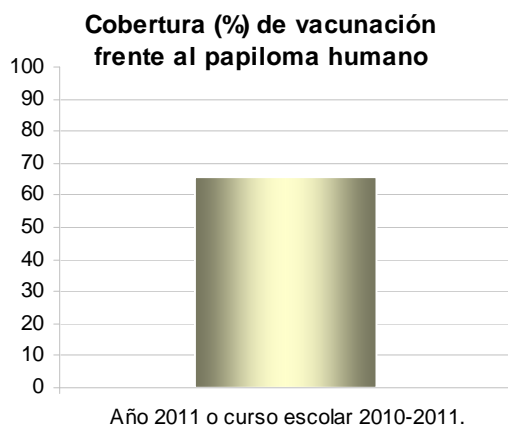
Sistema de información de vacunaciones sistemáticas. MSSSI

■ Cobertura de vacunación frente al papiloma humano

Se trata de una vacuna de muy reciente introducción en el calendario oficial del Sistema Nacional de Salud.

En su primer año de implantación en el Sistema la cobertura alcanzada ha sido del 65,5% de la población diana.

Gráfico 29

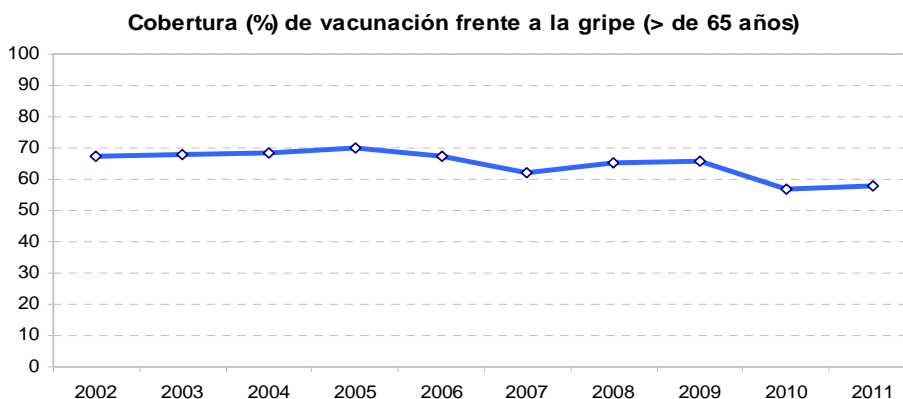


Sistema de información de vacunaciones sistemáticas. MSSSI

■ **Cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años**

Vacuna estacional, que durante unos años ha permanecido estable con coberturas en torno al 70%, en las dos últimas campañas ha sufrido un descenso, situándose por debajo del 60%. En 2011 se ha vacunado al 57,7% de la población mayor de 65 años.

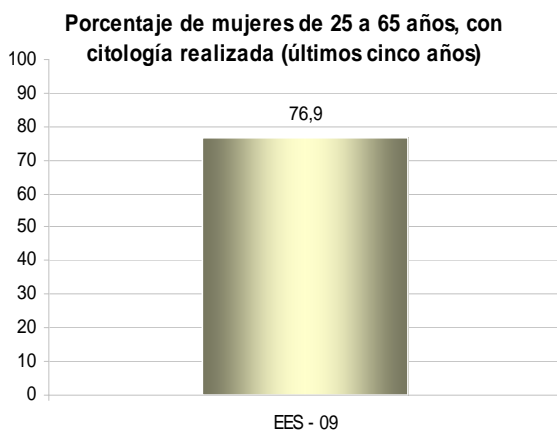
Gráfico 30



Sistema de información de vacunaciones sistemáticas. MSSSI

■ **Porcentaje de mujeres con citología realizada**

Gráfico 31



Encuesta Europea de Salud (EES). MSSSI/INE

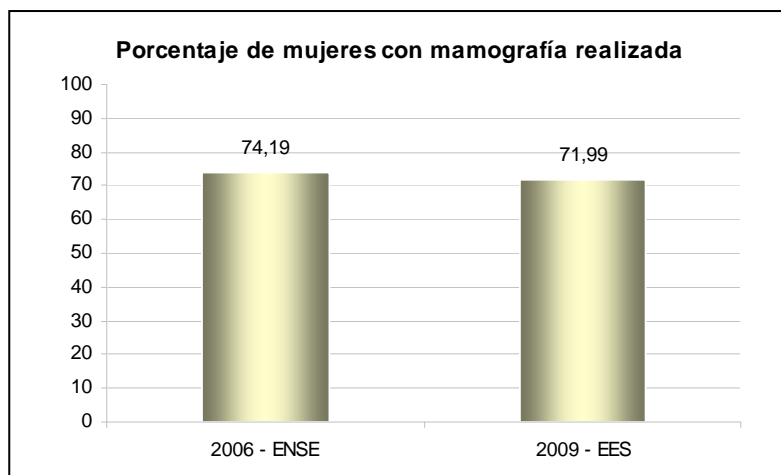
En 2009, el 76,9% de las mujeres entre 30 y 65 años de edad declaró que se había realizado una citología vaginal en los últimos 5 años, de acuerdo con la pauta generalmente recomendada en los programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero.

En este mismo tramo de edad, el 10,2% de las mujeres hacía más de 3 años pero menos de 5 que se la había hecho, y el 66,7% declaró habérsela hecho hacía menos de 3 años.

■ Porcentaje de mujeres con mamografía realizada

El 72% de las mujeres de 50 a 69 años declaró que se había hecho una mamografía en los últimos 2 años (es decir, con la frecuencia recomendada en los programas de detección precoz del cáncer de mama). Otro 12,2% se la había hecho hacía más de 2 años pero menos de 3.

Gráfico 32



Este porcentaje es algo inferior al observado en la ENSE de 2006 (74,2%).

Dado que los datos proceden de encuestas distintas y tienen poca trayectoria, no permiten valorar suficientemente posible tendencia.

Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y Encuesta Europea de Salud (EES). MSSSI/INE

B) Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución

El conjunto de estrategias contenidas en este epígrafe están asociadas a otros elementos del proceso de atención, principalmente desde la perspectiva de facilitar dicho proceso, y de la obtención de resultados clínicos. Incluye aspectos relacionados con las TICs, los procedimientos administrativos, el acceso a pruebas para el incremento del nivel de resolución, el uso racional de medicamentos (URM) y la medición y difusión de ciertos resultados.

La disponibilidad de indicadores que se han seleccionado para medir estas características se centra, principalmente, en dos aspectos, el ligado al URM y la valoración de ciertos resultados, aunque se ha priorizado también dos indicadores relacionados con la morbilidad crónica para dar un marco de referencia general.

Se exponen a continuación los resultados obtenidos:

■ Prevalencia de hipertensión arterial en población de 16 y más años

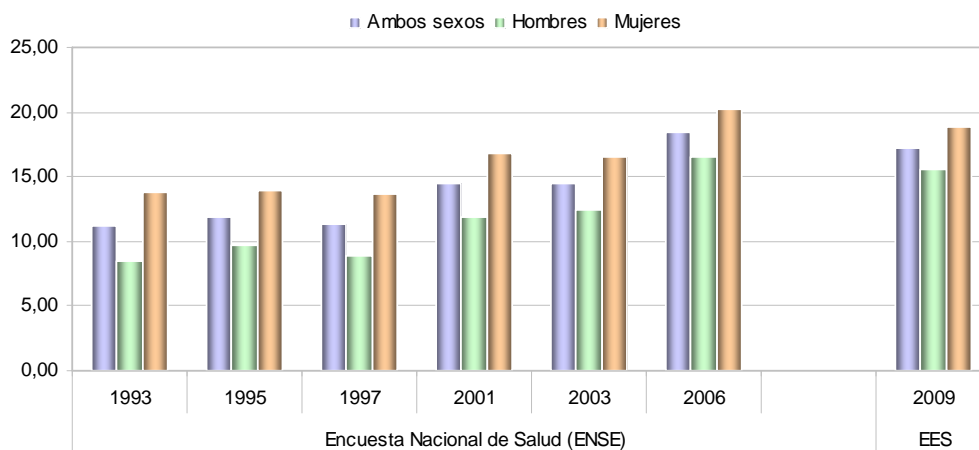
La hipertensión arterial en población de 16 y más años muestra tendencia a aumentar, habiendo pasado de forma escalonada de un 11,2% en 1993 hasta un 18,4% en 2006/2007, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud. En la Encuesta Europea de Salud realizada en 2009/2010, el 17,2% de la población de ese mismo grupo de edad declaró haber sido diagnosticado de hipertensión.

Las mujeres declaran haber sido diagnosticadas de hipertensión arterial con mayor frecuencia que los hombres (18,8% frente a 15,5% respectivamente, en los datos más recientes disponibles correspondientes a 2009).

La hipertensión arterial es el más prevalente de entre los trastornos crónicos que estudian la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud.

Gráfico 33

Prevalencia declarada de hipertensión arterial (%)



Encuesta Europea de Salud (EES). MSSSI/INE

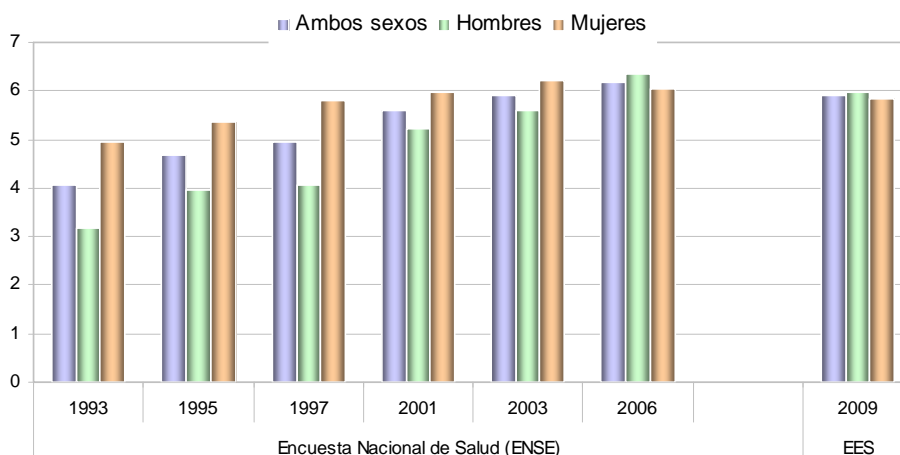
■ Prevalencia de diabetes mellitus en población de 16 y más años

Se observa una tendencia creciente en la evolución de la prevalencia de diabetes mellitus. El 4,1% de la población de 16 y más años declaró padecerla en 1993, habiendo aumentado hasta el 6% de ese mismo grupo de edad en 2006.

Los datos más recientes, procedentes de la Encuesta Europea de Salud de 2009/2010, muestran una proporción semejante, con un 5,9% de la población de 16 y más años que declara haber sido diagnosticada, el 6% de los hombres y el 5,8% de las mujeres.

Gráfico 34

Prevalencia declarada de diabetes mellitus (%)



Encuesta Europea de Salud (EES). MSSSI/INE

En lo concerniente a indicadores de **Uso racional de medicamentos**, cuyo uso está implantado de forma generalizada desde hace años, ha tenido que llevarse a cabo un proceso de selección a partir de un listado muy amplio de posibilidades, ya que este tipo de mediciones está ampliamente desarrollado en las comunidades autónomas.

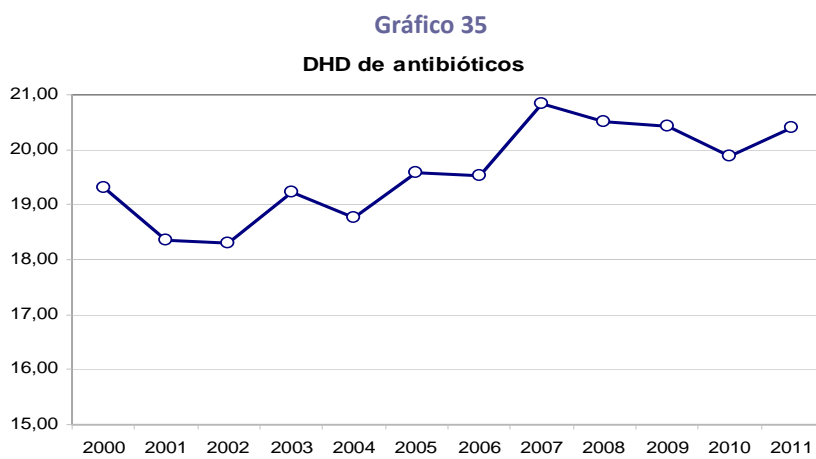
Entre los criterios utilizados para la selección, ha sido clave el que puedan obtenerse con una metodología homogénea, para lo cual debían ser extraídos de una fuente normalizada, común al Sistema Nacional de Salud.

Esta virtud de esta necesaria normalización, se ocasiona sin embargo, como contrapartida, una merma en la precisión de la medición, ya que no es factible acotar las prescripciones realizadas por los profesionales de Atención Primaria de entre el conjunto de prescriptores existentes.

Por tanto, hay que valorar todos estos indicadores con cierta cautela, pues miden todo lo dispensado, con independencia de quién haya realizado –no ya la indicación–, sino la prescripción. [No se ha podido elaborar uno de los indicadores previsto, porcentaje de prescripción por principio activo, por falta de datos]

■ DHD de antibióticos

La cantidad de antibióticos que consume la población es un indicador objeto de monitorización internacional, dada su relación con la aparición de resistencias microbianas.

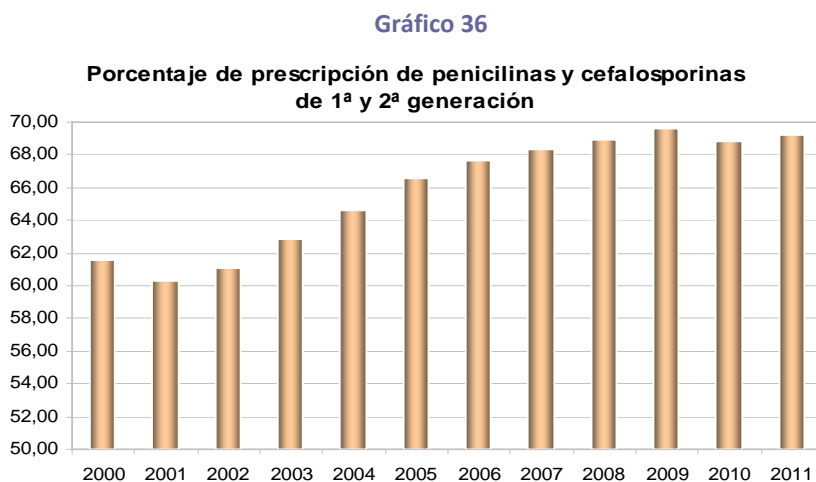


Sistema de Información de consumo farmacéutico. MSSSI

En la gráfica anterior se puede observar una tendencia incremental en la última década, en la dispensación de este tipo de medicamentos a la población, alcanzando en 2011 el equivalente a 20,39 dosis diarias definidas por cada 1.000 habitantes y día.

■ Porcentaje de prescripción de penicilinas + cefalosporinas de 1ª y 2ª generación

Se pretende con este indicador valorar, de entre el total de antibióticos, en qué proporción se utilizan algunos considerados de primera elección.



Sistema de información de consumo farmacéutico. MSSSI

La gráfica muestra el progresivo incremento en el porcentaje de uso de estos antibióticos de elección, tendencia que parece estabilizarse en los últimos años, permaneciendo cercanos al 70% (69,25 en 2011).

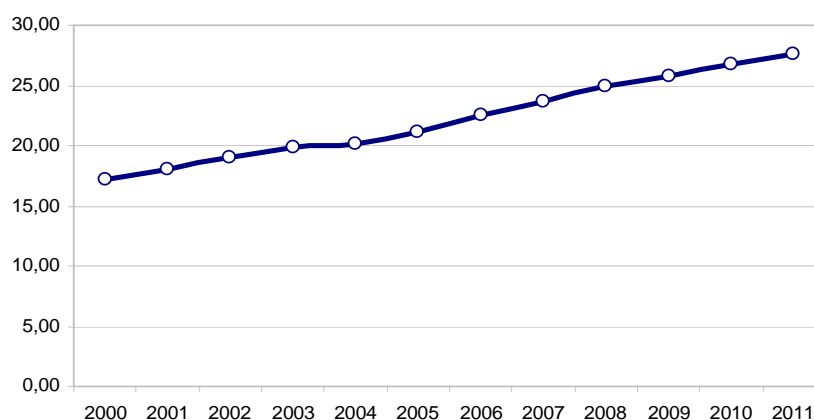
■ **DHD de sustancias hipnóticas y sedantes**

Inicialmente estaba prevista la obtención del indicador incluyen también a los ansiolíticos. Finalmente se dispone del que se presenta a continuación, que excluye a estos últimos.

Se considera que mantiene validez para el objetivo, ya que el consumo de este tipo de sustancias es igualmente objeto de atención. Dicho consumo experimenta, como se plasma en la gráfica siguiente, una tendencia al alza, habiéndose incrementado un 63% en poco más de una década. EN 2011, se situó en 27,6 dosis diarias definidas por 1000 habitantes y día.

Gráfico 37

DHD de sustancias hipnóticas y sedantes



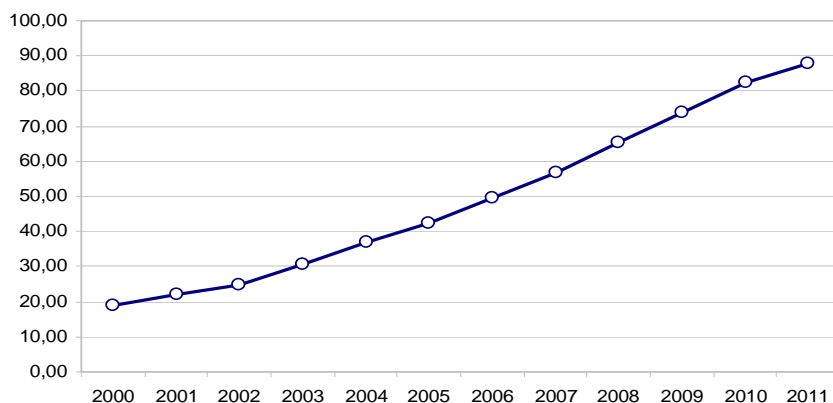
Sistema de información de consumo farmacéutico. MSSSI

■ **DHD de hipolipemiantes**

El consumo de este tipo de sustancias para reducir los niveles de colesterol, ha visto incrementado su uso de forma espectacular, con una 460% de incremento desde el año 200 hasta el 2011, en el que alcanza unos valores de 87,7 diarias definidas por cada 1.000 habitantes y día.

Gráfico 38

DHD de hipolipemiantes

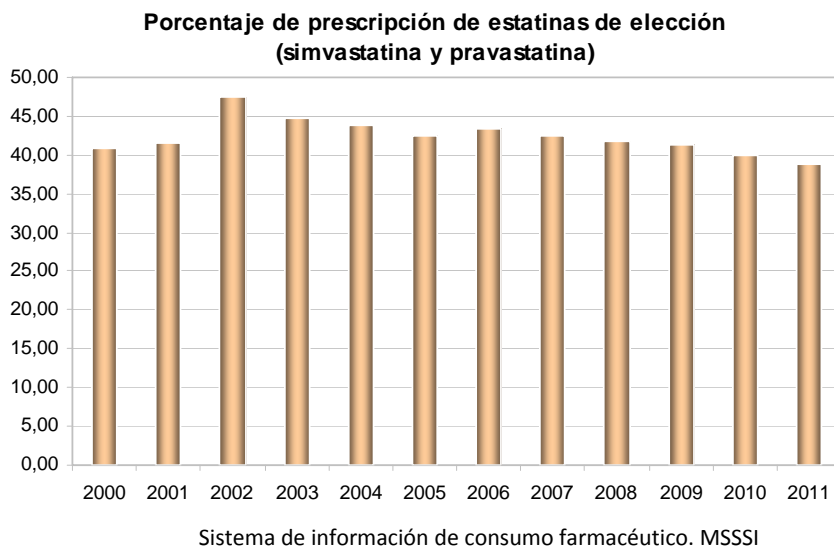


Sistema de información de consumo farmacéutico. MSSSI

■ **Porcentaje de prescripción de estatinas de elección (simvastatina y pravastatina)**

Analizado, dentro del grupo de las estatinas (fármacos hipolipemiantes), cuántos de ellos corresponden a aquellas estatinas considerados de primera elección, vemos que este porcentaje no se ha incrementado, sino que ha ido disminuyendo a lo largo de la serie analizada, bajando por primera vez del 40% en el año 2011, en que se sitúa en el 38,8% del total de las estatinas dispensadas.

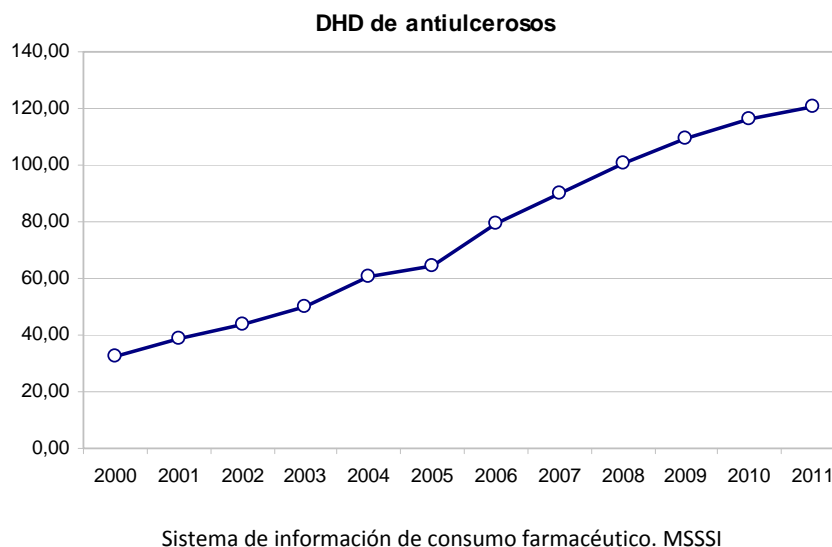
Gráfico 39



■ **DHD de antiulcerosos**

Se ha considerado oportuno monitorizar también el uso de fármacos antiulcerosos. Se observa también en la gráfica una tendencia clara de incremento (un 368% en los años analizados), hasta situarse en 120,59 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día.

Gráfico 40

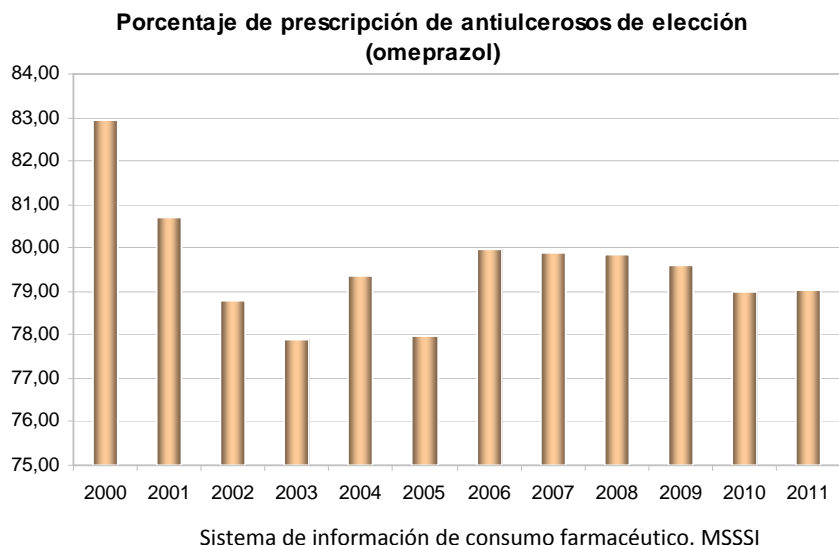


■ **Porcentaje de prescripción de antiulcerosos de elección (omeprazol)**

Al igual que los casos anteriores, una vez visualizado el consumo de un grupo de fármacos, se analiza en qué medida éstos se prescriben –y dispensan- en torno al considerado de elección.

En este caso, seleccionado el Omeprazol como de elección, se observa, con ciertos altibajos, una tendencia descendente. En 2011, supuso el 79% del total de fármacos antiulcerosos.

Gráfico 41

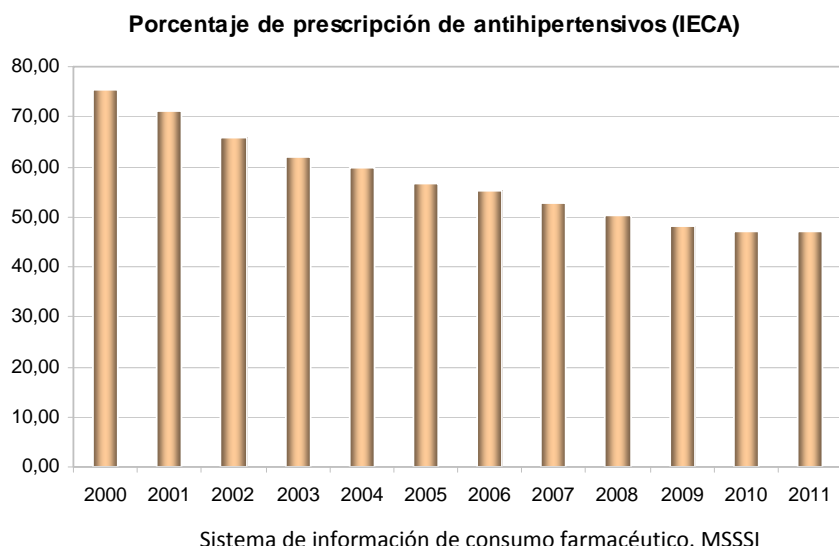


■ **Porcentaje de prescripción de antihipertensivos IECA**

Entre los fármacos para el control de la hipertensión arterial se ha priorizado el análisis de la proporción de los Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), respecto del total de fármacos que actúan sobre el sistema renina – angiotensina, por considerarse este primer grupo de fármacos como de primera elección.

La gráfica muestra una tendencia a la reducción de dicho porcentaje, siendo del 47% en 2011.

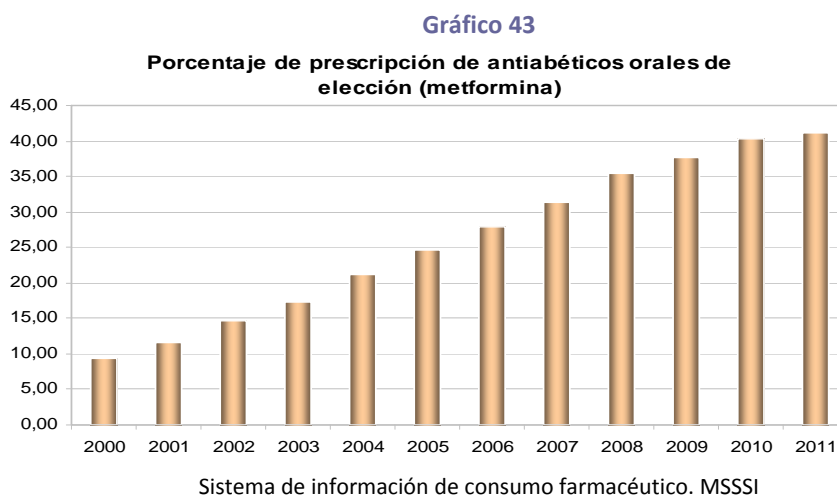
Gráfico 42



■ **Porcentaje de prescripción de antidiabéticos orales de elección (metformina)**

En este caso, se muestra por error un indicador alternativo al inicialmente enunciado, (debido a un error de comunicación), que no incluye los derivados de sulfonilureas, centrándose exclusivamente en la metformina, uno de los fármacos considerados de primera elección.

Este fármaco constituye el 41% del total de los antidiabéticos orales, manteniendo una tendencia al alza (el incremento entre el año 2000 y el 2011 ha sido del 350%).



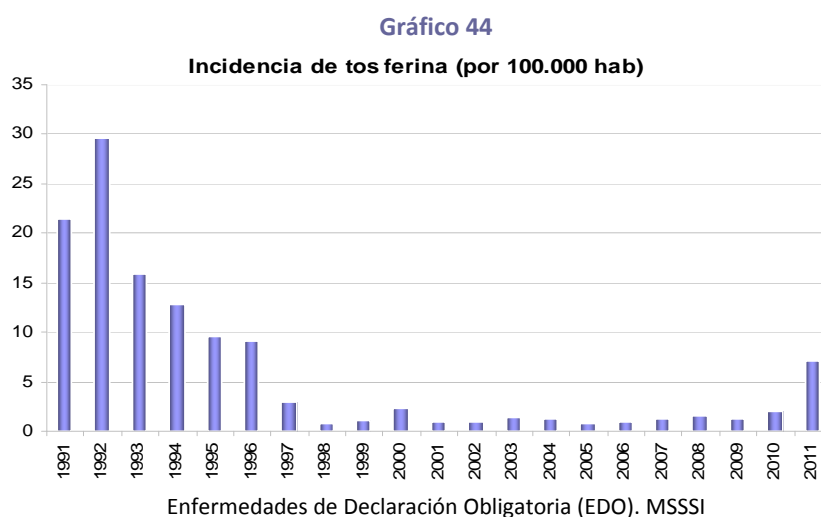
Por último, como es sabido, la medición de **resultados** que obtiene un sistema sanitario como consecuencia de sus actuaciones, es siempre uno de los aspectos más difíciles de medir (especialmente en lo concerniente a la medición del impacto en salud). Esta dificultad aumenta si lo que se pretende valorar no son los logros del sistema, globalmente considerado, sino uno de sus niveles de atención, como es la Atención Primaria.

No obstante, intentando realizar una aproximación a algunos de ellos –ya sean de impacto o a través de resultados intermedios-, se han seleccionado algunos indicadores en función de fuentes disponibles, que podríamos agrupar en tres tipos.

En primer lugar, entre las pocas ocasiones en la que es posible medir impacto en salud como consecuencia directa de la acción sanitaria –y especialmente ligada, además, a la acción de la AP-, se encuentran un grupo de indicadores de **incidencia** de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación. Entre ellas se han seleccionado:

■ **Incidencia de tos ferina**

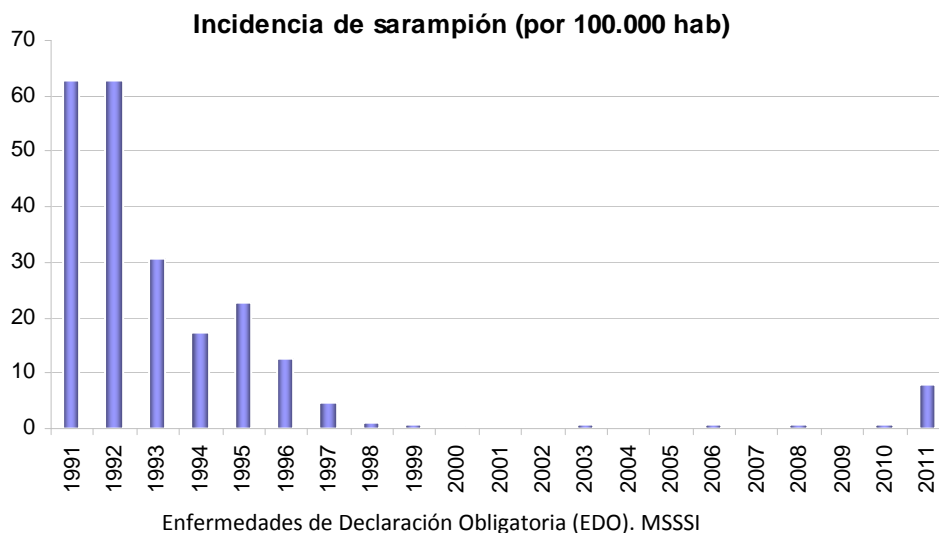
En la serie de datos que se muestra, tras el pico más alto de incidencia de 21,5 casos por cada 100.000 habitantes del año 1992, se observa cómo, tras una reducción progresiva -que llega a bajar hasta los 0,77 casos por 100.000 habitantes del año 2005, se ha producido un repunte en 2011, con 7,06 casos por cada 100.000 habitantes.



■ Incidencia de Sarampión

Se muestra una serie de datos de incidencia, en una serie temporal igual al caso anterior, en la que se observa cómo tras reducir los 62,8 casos por cada 100.000 habitantes del inicio de la serie (1991) hasta los 0,05 del año 2005, la incidencia ha aumentando a 7,97 en el año 2011.

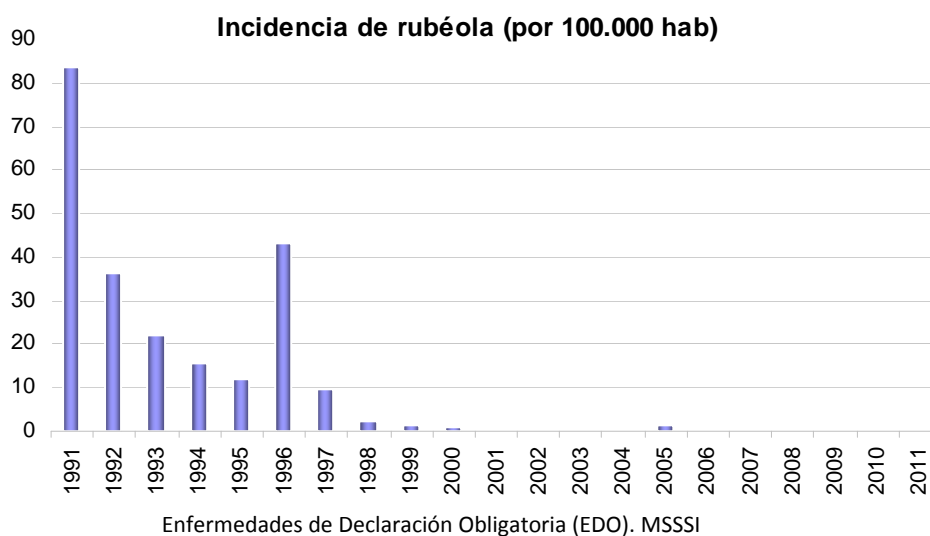
Gráfico 45



■ Incidencia de Rubéola

La incidencia en este caso, tras las elevadas cifras de 1991, con 83,7 casos por cada 100.000 habitantes, se observa una drástica reducción a partir de finales de los años 1990, permaneciendo desde entonces en cifras inferiores a 0,2 (excepto en 2005, que lo sobrepasó, con 1,49), pero para volver a bajar inmediatamente. En 2011 esta incidencia ha sido 0,04 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 46



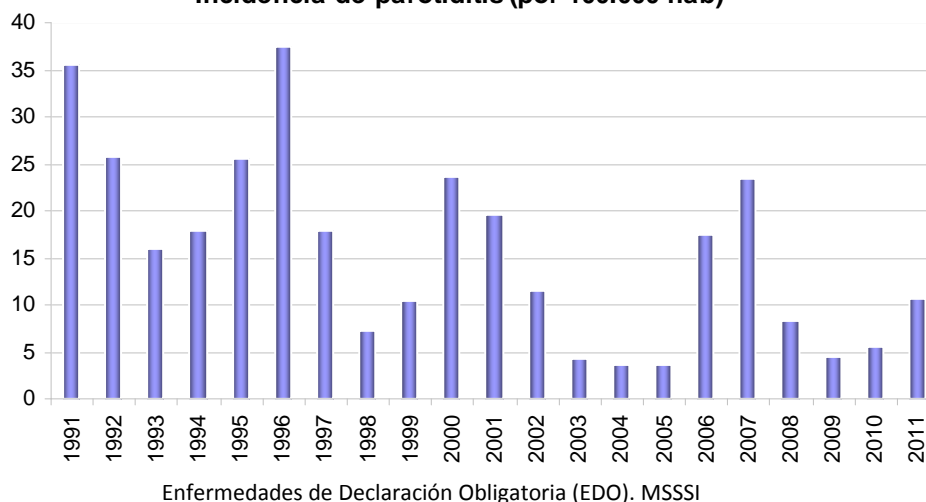
■ Incidencia de Parotiditis

En la serie analizada, la incidencia de esta enfermedad alcanzó su valor máximo en 1996, con 37,4 casos por cada 100.000 habitantes. Sin llegar en ningún caso a cifras similares, mantiene

ciertas oscilaciones, entre el valor más bajo de 2005 (3,68) y cifras comprendidas entre los 5 a 20 casos, como los 10.6 casos por 100.000 habitantes en 2011.

Gráfico 47

Incidencia de parotiditis (por 100.000 hab)

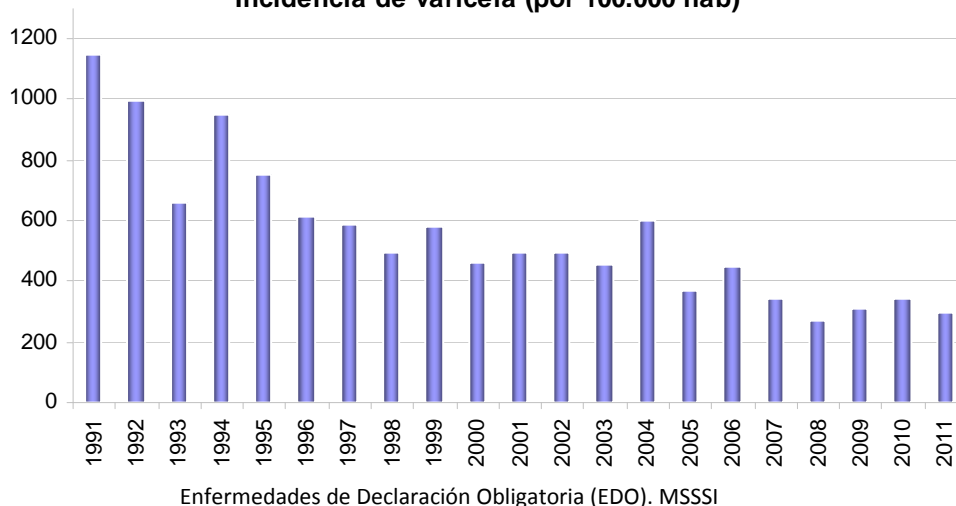


■ **Incidencia de varicela**

La incidencia de esta enfermedad, con 1.145 casos por 100.000 habitantes en 1991, permanece en los últimos años en cifras inferiores a 400, habiendo bajado esta tasa de los 300 casos en 2011, único año en que esto es así (junto al año 2008), al situarse en 298,3 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 48

Incidencia de varicela (por 100.000 hab)

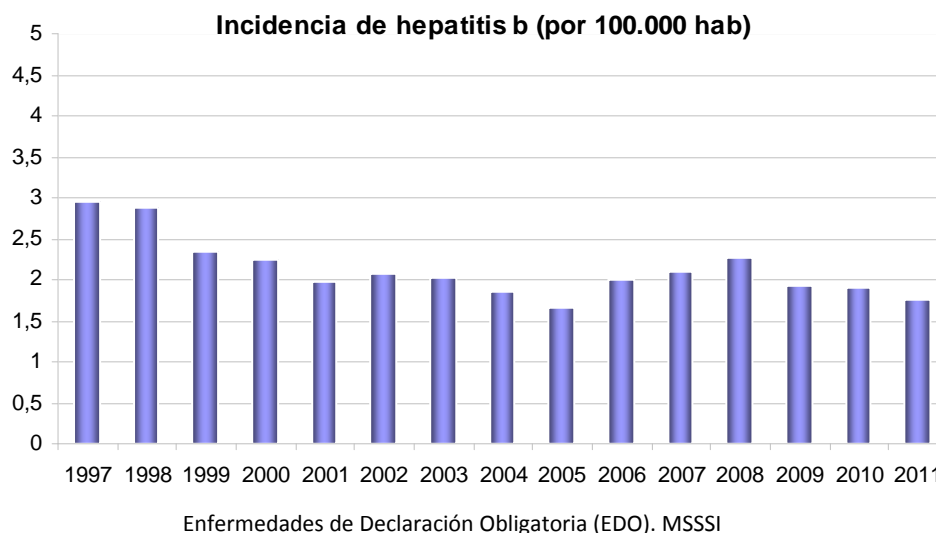


■ **Incidencia de Hepatitis B**

La incidencia de Hepatitis B viene oscilando entre los 2,93 casos por 100.000 habitantes que se produjeron en el año 1997 y los 1,75 casos por 100.000 del año 2011, año cuya incidencia ha sido más baja junto a la de 2005 (que fue de 1,66).

Se muestra la serie en el gráfico adjunto.

Gráfico 49



En segundo lugar, otro punto de vista lo aportan los indicadores relacionado con el concepto de **hospitalización evitable**, en auge en los últimos años.

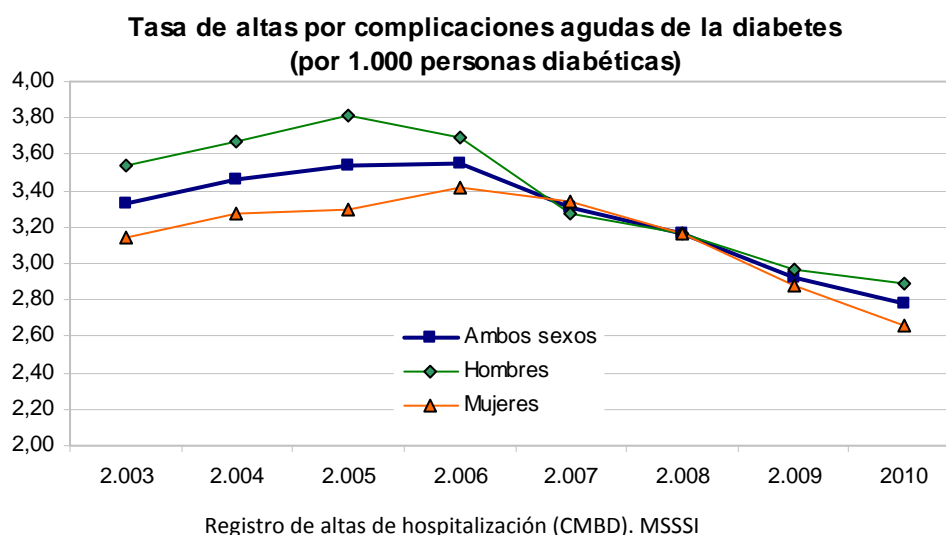
La reducción de la necesidad de ingreso hospitalario como consecuencia de un “buen control” previo de ciertas enfermedades, no mide exclusivamente la atención prestada por la Atención Primaria, sino toda la atención en régimen ambulatorio (primaria y especializada ambulatoria). Ello, lógicamente, sin entrar a considerar los factores ligados al propio paciente.

Pese a ello, la AP juega un papel relevante en el control de una serie de patologías, de entre las cuales se han seleccionado los siguientes indicadores:

■ **Tasa de altas por complicaciones agudas de la diabetes**

Se observa en la gráfica una tendencia de reducción de los ingresos hospitalarios debidos a descompensaciones graves de esta enfermedad en los últimos años, al tiempo que parecen desaparecer las diferencias entre sexos. En el año 2010 esta tasa se situó en 2,78 altas por cada 1.000 personas diabéticas (2,89 en el caso de los varones y 2,66 en el de las mujeres).

Gráfico 50



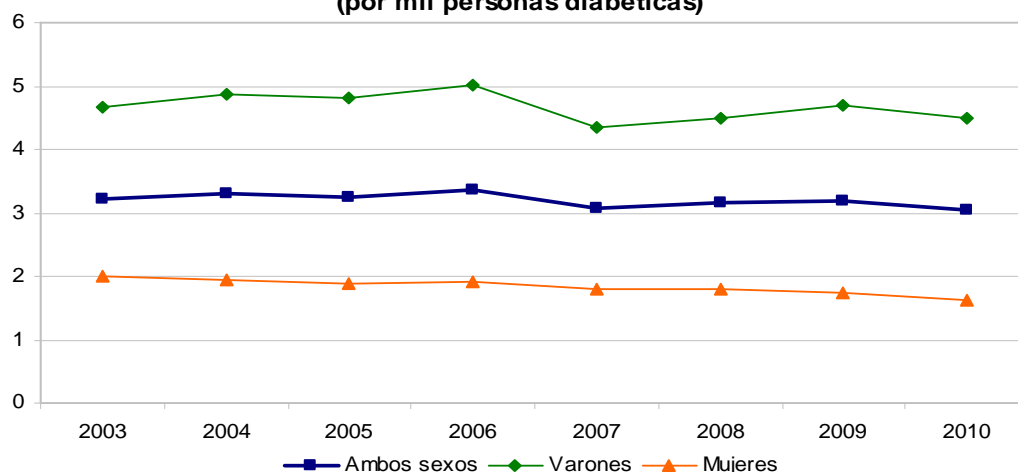
■ Tasa de amputaciones de MMII en personas diabéticas

Otro indicador que puede contribuir a valorar un control adecuado de la diabetes mellitus es el relacionado con las amputaciones (no traumáticas) de miembros inferiores, consecuencia de la existencia de complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

Aunque parece haberse producido una leve disminución de esta tasa, los cambios son pequeños.

Gráfico 51

Amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas (por mil personas diabéticas)



Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

■ Tasa de reingresos por asma

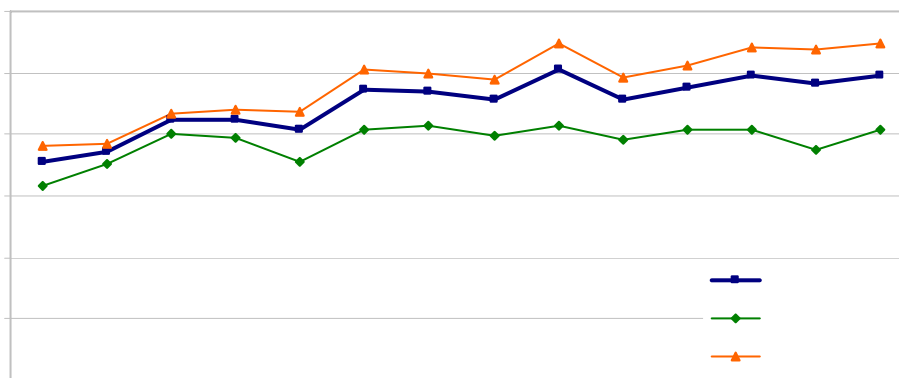
Este indicador pretende valorar en qué medida se efectúa un adecuado control de las personas que han sido dadas de alta hospitalaria, en este caso por asma, de forma que no se produzca un nuevo ingreso por el mismo motivo en un periodo de tiempo inferior a 30 días (reingreso).

Se trata por tanto de un indicador relativo, ya que considera cuántas altas por asma se han visto seguidas de un reingreso, con independencia de que la tasa total de ingresos por asma haya sido mayor o menor.

Si bien es cierto que el indicador también puede verse influido por la idoneidad de las altas (que ésta se produzca en el momento oportuno -no antes- y con el paciente en las condiciones adecuadas), puede servir de orientación.

En la gráfica siguiente se puede observar una tendencia creciente, que se situó en 2010 en 9,9 reingresos por cada 100 altas totales por asma, siendo mayor en el caso de las mujeres (10,9), que en el de los hombres (8,1).

Gráfico 52

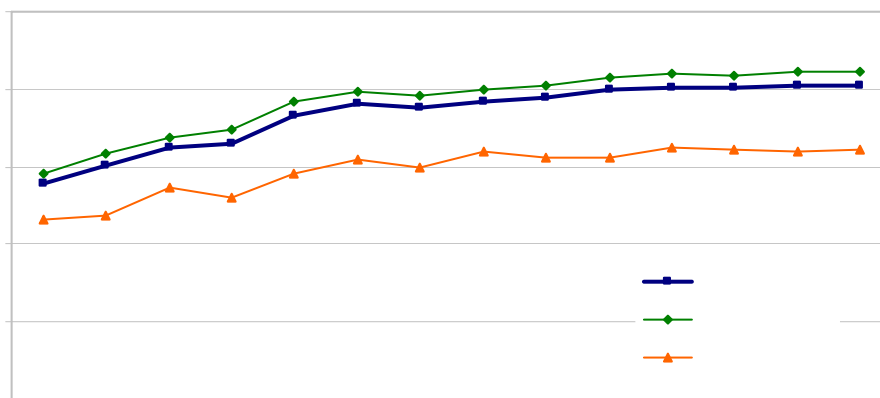


■ Tasa de reingresos por EPOC

Similar al anterior, este indicador persigue los mismos objetivos y está sujeto también a las mismas consideraciones.

La tendencia de la serie de datos analizada muestra que, tras un incremento inicial, parece estabilizarse en los últimos años. En 2010, esta tasa se situó en 20,2 reingresos por cada 100 altas por esta causa (21,1 de varones y 16,1 de mujeres)

Gráfico 53



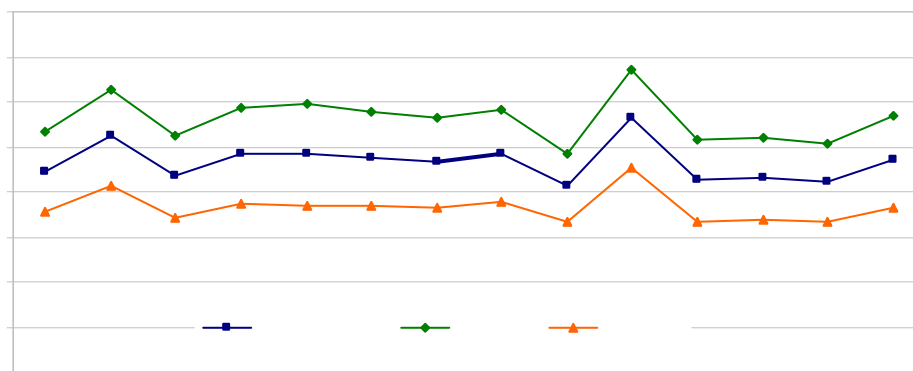
Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

■ Tasa de altas por asma en menores de 15 años

El manejo ambulatorio del asma infantil, que evite en lo posible la necesidad de ingreso, ha sido otro de los indicadores seleccionados. La serie muestra una tendencia globalmente estable en el tiempo, que oscila en torno a 1 ingreso por asma por cada 1.000 menores de 15 años (generalmente algo por debajo de dicha cifra).

En 2010 se produjeron 0,94 altas por esta causa (1,14 en niños y 0,73 en niñas).

Gráfico 54



Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

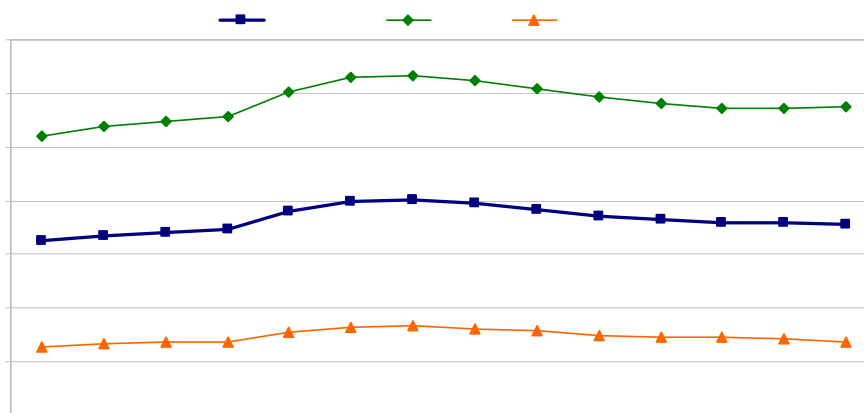
■ **Tasa de hospitalización prematura por infarto agudo de miocardio**

El término y el concepto ya asentado de mortalidad prematura (que veremos más adelante), se ha aplicado a dos indicadores hospitalarios que dan idea de la magnitud de dos problemas prevalentes en los que Atención Primaria juega un papel importante en su prevención.

Así, en lugar de analizar las tasas globales de altas por estos problemas de salud, se ha acotado a aquellas que se producen antes de los 75 años de edad, por considerar prioritario este grupo de edad.

En el gráfico se observa una tendencia relativamente estable, aunque con una cierta tendencia global al alza, oscilando en un margen entre las 60 y las 80 por esta cusa por cada 10.000 personas menores de 75 años. En concreto en 2010, esta tasa se situó en 71,3, con una apreciable diferencia entre sexos (114,9 en el caso de los hombres frente a 27,2 en el caso de las mujeres).

Gráfico 55

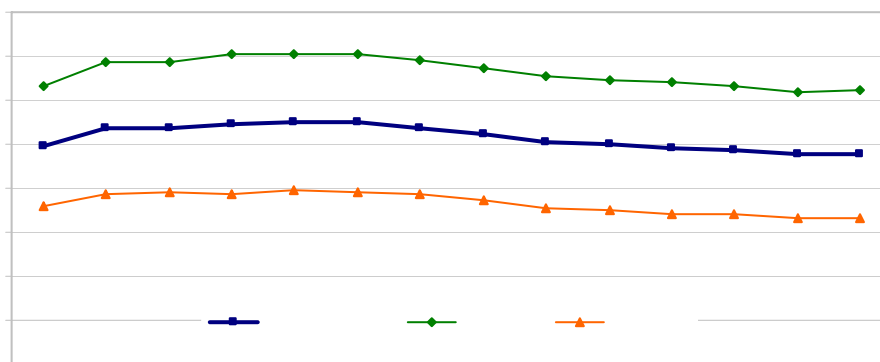


Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

■ Tasa de hospitalización prematura por ICTUS

Con las mismas premisas que el indicador anterior, se observa en este caso una cierta tendencia a la disminución de los ingresos por esta causa, con una tasa en 2010 de 9,58 ingresos por ICTUS en personas menores de 75 años, por cada 10.000 habitantes menores de dicha edad.

Gráfico 56



Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

Por último, aunque resulta aún más difícil de valorar el grado de contribución a la mejora de resultados en términos de muertes, no solo de la AP sino del conjunto del sistema sanitario, la reducción de la mortalidad –especialmente la considerada prematura-, es una de las metas que no puede perder de vista el sistema sanitario, máxime si se considera que son causas susceptibles de influencia clara por la acción sanitaria.

Entroncando con el papel de la AP, se han priorizado tres tipos o conjunto de enfermedades sobre los que analizar las tasas de **mortalidad prematura**, considerando como tal aquellas muertes ocurridas antes de los 75 años de edad.

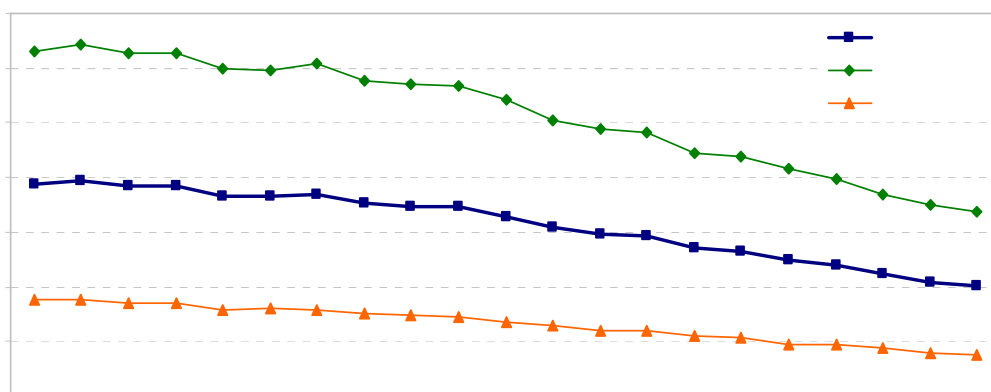
Todas las tasas de mortalidad se presentan ajustadas por edad, tomando como referencia la población europea.

■ Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica

Se observa cómo la mortalidad prematura ocasionada por cardiopatía isquémica mantiene una tendencia descendente, sostenida a lo largo de toda la serie estudiada, manteniendo un gradiente entre sexos.

En 2010, la tasa existente al inicio de la serie se había reducido aproximadamente a la mitad, con 20,1 muertes prematuras por cardiopatía isquémica por cada 100.000 habitantes. El gradiente entre sexos supone que la tasa se situó en el 33,6 en el caso de los varones y en el 7,7 en el de las mujeres.

Gráfico 57

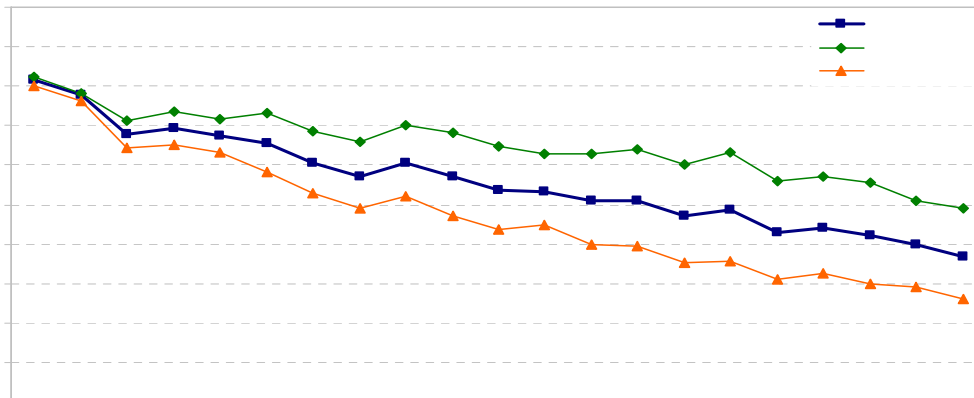


Estadísticas de defunción según causa de muerte, INE, y elaboración propia MSSSI

■ **Mortalidad prematura por diabetes mellitus**

Al igual que en el caso anterior, las cifras de mortalidad prematura, en este caso por diabetes, mantienen una tendencia descendente, habiéndose reducido a menos de la mitad (reducción de un 220%), de forma que en 2010 fue de 3,7 casos por 100.000 habitantes, 4,9 en varones y 2,6 en mujeres.

Gráfico 58

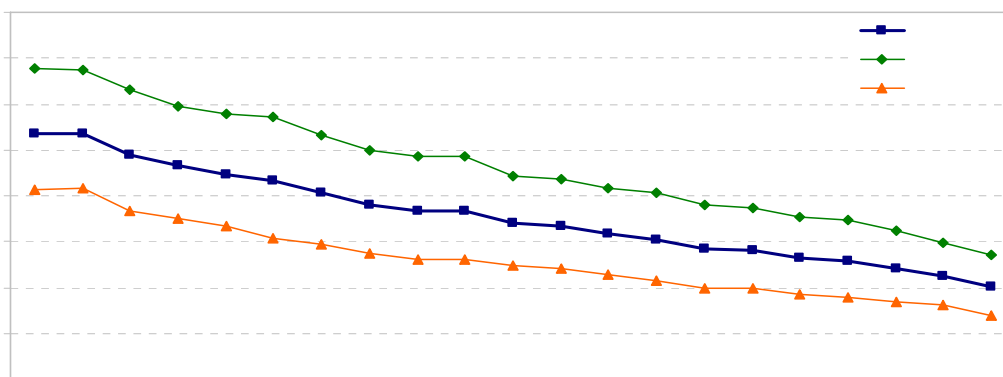


Estadísticas de defunción según causa de muerte, INE, y elaboración propia MSSSI

■ **Mortalidad prematura por ICTUS**

La mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral, por su parte, se ha reducido en proporciones mayores (un 265%) en estas dos décadas, hasta situarse en el año 2010 en 10,1 fallecimientos prematuros por esta causa por cada 100.000 habitantes, 13,6 en el caso de los varones y 7,0 en el de las mujeres.

Gráfico 59



Fuente: Estadísticas de defunción según causa de muerte, INE, y elaboración propia MSSSI

C) Estrategias de mejora de la continuidad asistencial

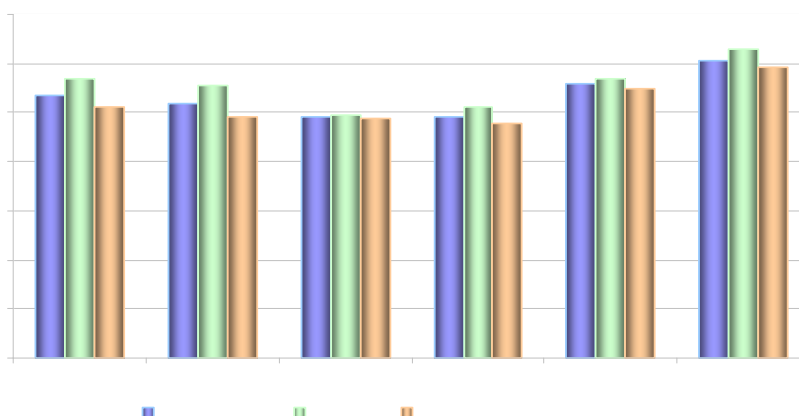
Este apartado abarca un conjunto de estrategias para incidir en la mejora de la coordinación de las actuaciones del nivel de Atención Primaria con las de otros agentes, tanto los sanitarios como los sociales y los comunitarios.

Se han podido encontrar pocas fuentes de datos homogéneas para su valoración. Por ello se ha optado por evaluarlas fundamentalmente mediante la exposición de experiencias innovadoras (ver documento específico). No obstante, han sido seleccionados dos tipos de indicadores, unos ligados a la percepción de los ciudadanos y otros sobre la actividad domiciliaria desplegada por enfermería, sobre la que se está incidiendo.

- **Porcentaje de usuarios que consideran correcta la comunicación entre los médicos de AP y el especialista**

La valoración que dan los usuarios a la comunicación entre los profesionales médicos de Atención Primaria (medicina de familia) y del ámbito Hospitalario, se ha incrementado en los dos últimos años en que se ha consultado, tal como se muestra en la gráfica. En 2011, el porcentaje de usuarios que consideraron que dicha comunicación era correcta, se situó en el 60,7% (el 62,9% de los hombres y el 59,2% de las mujeres).

Gráfico 60



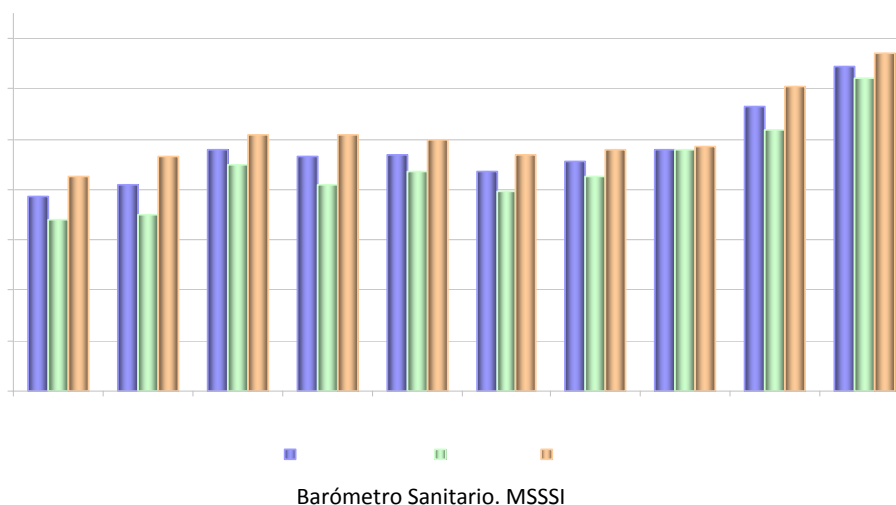
Barómetro Sanitario. MSSSI

■ **Valoración de la atención en domicilio**

El Barómetro Sanitario explora también, dentro de los ítems relacionados con la Atención Primaria, en qué medida los ciudadanos valoran la atención sanitaria que reciben en su domicilio, tanto por parte de los profesionales de medicina de familia, como los de enfermería, en ambos casos referidos a la sanidad pública.

En el gráfico adjunto se observa una tendencia progresivamente creciente en dicha valoración, situándose ésta en 7,3 puntos sobre 10 en el año 2011, con escasas diferencias entre sexos (7,2 en el caso de los varones y 7,3 en el de las mujeres)

Gráfico 61

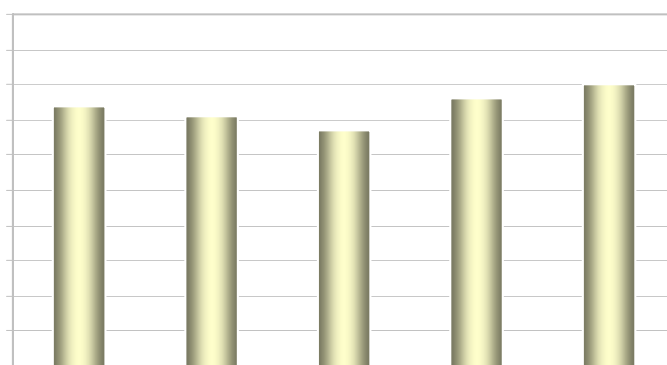


■ **Porcentaje de actividad de enfermería en domicilio**

Este indicador muestra, respecto del total de actividad realizada por los profesionales de enfermería de AP, en qué proporción dicha actividad se ha llevado a cabo en el domicilio de los pacientes.

Se observa un cierto incremento, suponiendo el 8% del total de la actividad en el año 2011.

Gráfico 62

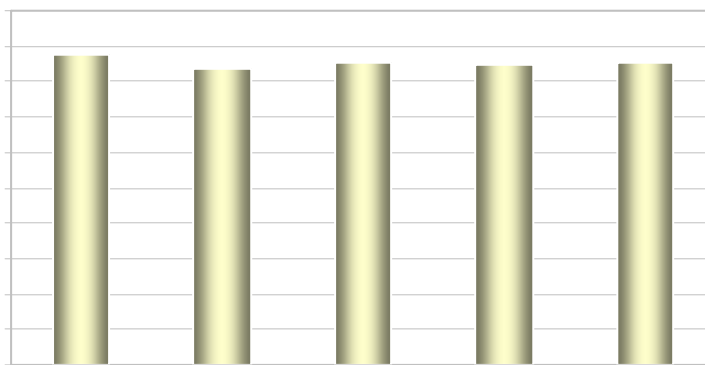


Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSI

■ **Porcentaje de consultas domiciliarias de enfermería a mayores de 65 años**

Se quiere representar con este indicador el peso relativo que supone, dentro de la atención domiciliaria, la prestada a las personas mayores de 65 años. Esta proporción, como puede apreciarse en el gráfico, se sitúa en todos los años por encima del 80% (85,1% en 2011).

Gráfico 63



Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). MSSI

D) Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional

No se han encontrado fuentes de datos homogéneas, disponibles, para la elaboración de indicadores.

Se analizará por ello, fundamentalmente, mediante la aportación de experiencias en este campo por parte de las comunidades autónomas (ver documento específico) y mediante un informe para la situación de la docencia posgraduada (ver apartado IV).

E) Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización

En este apartado se incluyen un conjunto de estrategias eminentemente instrumentales, como son las relacionadas con la gestión, el gasto, los sistemas de información, o el trabajo en equipo, por citar algunos. La mayor parte de estas estrategias se evalúan mediante la exposición de experiencias innovadoras (ver documento específico).

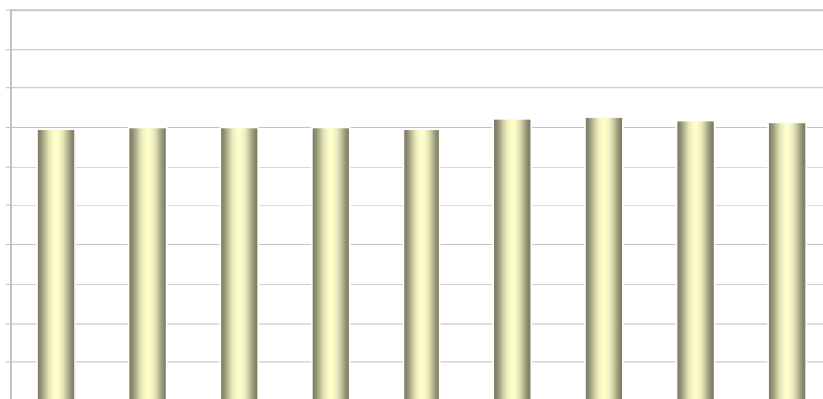
Se dispone de información cuantitativa común únicamente sobre el gasto sanitario. De entre la información oficial disponible, se han priorizado tres indicadores:

■ **Porcentaje del gasto sanitario público en atención primaria**

Este indicador refleja qué porcentaje, respecto del total del gasto sanitario público, es el generado por el nivel de Atención Primaria.

En la serie se observan oscilaciones muy pequeñas, en torno al 14% del gasto total. En el año 2010, último consolidado, este porcentaje ha sido del 14,25%.

Gráfico 64



Estadísticas de Gasto Sanitario Público (EGSP). MSSI

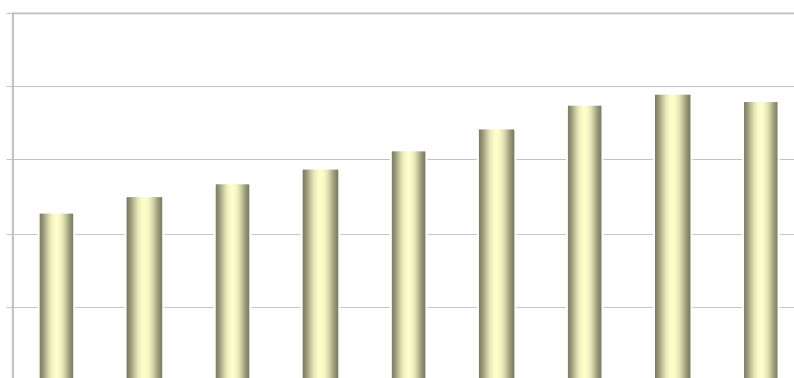
■ Gasto sanitario público en AP por habitante protegido

Este otro indicador mide la cantidad, en euros, que supone dicho gasto público en AP por cada habitante protegido por el Sistema Nacional de Salud.

Se observa un ascenso paulatino hasta llegar a 2009, habiendo descendiendo en 2010, año en que se sitúa en 190,18 euros por cada habitante protegido y año.

Para tener una referencia, señalar que el gasto sanitario público total del SNS se situaba en dicho año en 1.471,03 euros por hab/año (según la misma fuente).

Gráfico 65



Estadísticas de Gasto Sanitario Público /EGSP). MSSI

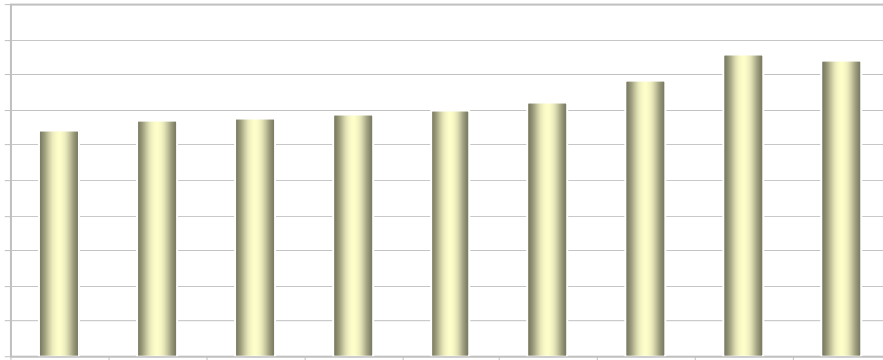
■ Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario público en AP

Por último, se muestra un indicador que pone en relación el gasto en Atención Primaria con respecto al Producto Interior Bruto de España.

En este caso, señalar como referencia que el porcentaje global del gasto sanitario público en España supuso en 2010 el 7,1% del PIB (siguiendo la metodología del sistema de cuentas de salud europeo System Health Account (SHA)).

Este mismo porcentaje aplicado al gasto sanitario público en Atención Primaria, fue del 0,84%.

Gráfico 66



Estadísticas de Gasto Sanitario Público /EGSP). MSSSI

II) Cuestionarios

Como se indicaba al inicio, para la valoración de diversas estrategias se acordó la utilización de cuestionarios sencillos, semicerrados, que bien de forma exclusiva o bien complementaria a otras fuentes, pudiera aportar información acerca de las mismas.

Se han explorado aspectos relacionados con las TICs -en la medida, en este caso, en la que pueden contribuir a la reducción de cargas administrativas a los centros sanitarios-, sobre la organización de algunos procesos administrativos, y respecto a cuestiones ligadas a la potenciación del papel que las unidades administrativas de los centros pueden prestar al ciudadano y al resto de profesionales de Atención Primaria - (Estrategias 4, 13 y 14).

Cuestionarios.doc

Se resumen a continuación las conclusiones, extractadas de la información aportada por **12 CCAA**, las de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

Para su descripción, lo subdividiremos en apartados.

Tramitaciones por vía electrónica

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) tiene, entre sus usos, el de ser utilizadas como medio para agilizar procesos, reduciendo cargas administrativas tanto a usuarios como a profesionales. Se ha explorado su implantación respecto de las cuestiones siguientes:

- **Tramitaciones que puede realizar el ciudadano.** Se ha preguntado acerca de la existencia de sistemas puestos al servicio de los ciudadanos para que éste gestione sus citas sanitarias y pueda realizar trámites administrativos, evitando la presencia física.

Respecto a las **citas**, las 12 comunidades autónomas tienen implantados sistemas de cita telefónica y vía Web. Se utiliza en mayor proporción para las citas con medicina de familia y pediatría (12 comunidades) y algo menos para enfermería (10 CCAA). Es escasa su implantación para citaciones de pruebas complementarias solicitadas al nivel hospitalario (2 CCAA) y tan solo una Comunidad la ofrece para citación de consultas de especialistas hospitalarios.

Entre las **tramitaciones** que puede realizar el usuario sin tener que desplazarse están las de modificaciones de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), que ofertan 6 CCAA, el ejercicio de libre elección de médico de AP en 4 CCAA, y el de libre elección de especialistas en 2 comunidades. También 2 CCAA disponen de un sistema para que los ciudadanos puedan efectuar la declaración de voluntades anticipadas y una Comunidad pone a disposición de los usuarios la solicitud de segunda opinión de forma electrónica.

Una Comunidad añade a lo anterior la disponibilidad de que los ciudadanos utilicen medios electrónicos para: **otras citas** con dispositivos especiales; la presentación de **reclamaciones, sugerencias y agradecimientos** sobre la asistencia sanitaria; la **solicitudes de:** asistencia a desplazados de otras comunidades autónomas, reintegros de gastos, petición de material ortoprotésico, Informe de salud y de continuidad de cuidados; la presentación de **reclamaciones y recursos sobre:** reclamaciones previas al ejercicio de las acciones civiles y laborales de la Consejería de Sanidad, por responsabilidad patrimonial, recurso de alzada contra resoluciones del órgano de la Administración que no pongan fin a la vía administrativa de la Consejería, recurso extraordinario de revisión contra actos administrativos firmes de la Consejería, recurso potestativo de reposición contra actos administrativos que pongan fin a la vía Administrativa de la Consejería; la **consulta y actualización de datos de contacto**, la **consulta de centros y profesionales** de AP y de especialista hospitalarios (y aquellos sujetos a libre elección).

■ **Tramitaciones que puede realizar el centro de AP por vía electrónica**

Se ha centrado su exploración en dos aspectos cotidianos. El primero en relación al acceso a las **agendas de consultas hospitalarias**, para la citación de Interconsultas solicitadas por AP, disponible en las 12 comunidades analizadas.

El segundo hace referencia a la agilización de tramitaciones con la **Inspección Médica y/o Farmacéutica**, ya sean tramitaciones de visados (disponible en 9 CCAA) o de partes de Incapacidad Temporal (IT), como es el caso de 11 comunidades. Ello, además de agilizar tiempos, evita también desplazamientos innecesarios de los ciudadanos.

Estas herramientas, cuando están disponibles en una Comunidad, por lo general están extendidas de forma generalizada a todos los centros de AP, salvo en alguna ocasión en las que el proceso está en vías de expansión. Esto ocurre principalmente en los casos de accesos electrónicos a sistemas de otros niveles asistenciales.

Herramientas de ayuda en consulta

Otro aspecto muy importante de las TICS está en su contribución a mejorar el trabajo de los profesionales sanitarios, bien reduciendo cargas administrativas anexas a la labor clínica, o bien facilitando la disponibilidad de información y control de ciertas actuaciones, con el objetivo de redundar en la seguridad del paciente y en general en la calidad de la atención.

En ellas se han destacado las siguientes:

■ **Automatización de procesos**

Se ha puesto el énfasis en dos aspectos. De una parte, la **extracción automática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)**, de forma que se evite tener que rellenar formularios específicos, añadidos al registro clínico habitual (la historia clínica) y pueda extraerse esta información a partir de dicho registro de forma automática, lo cual está implantado en 11 de las 12 CCAA. De otra, el **cálculo automático de resultados de escalas diagnósticas**, existente de nuevo en otras 11 comunidades.

Solicitada la relación de qué cálculos están automatizados, y qué escalas, tests o cuestionarios son los concernidos por este sistema, las comunidades de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla La Mancha, Madrid, Murcia y Navarra, han especificado, en total, las siguientes:

- **Cálculos automatizados**

- Cantidad total de tomas en lactancia
- CAOD – Dientes cariados, ausentes y obturados
- COD – Dientes cariados y obturados (para dientes temporales)
- Consumo de alcohol – calculadora para cuantificar el consumo
- Edad gestacional actual (cálculo en semanas)
- Dosis total semanal de anticoagulantes orales según INR
- Dosis diaria de anticoagulantes orales a partir de dosis total semanal
- Espirometrías: cálculo de los parámetros:
 - FEV1 (Volumen espiratorio máximo en el primer segundo de la espiración forzada),
 - FCV: Capacidad vital forzada: Basal / Teórica (%)
 - FEV1/FCV expresado en %
- Filtrado Glomerular
- Índice tobillo brazo (izquierdo y derecho)
- Índice cintura/cadera
- IMC – Índice de masa corporal – cálculo a partir de peso y talla
- Índice de paquetes/año – según consumo de tabaco
- Percentiles - Cálculo en población infantil, a partir de talla y peso
- RVC - Cálculo del Riesgo Cardio Vascular – Uso de Escalas de: **Score / Regicor**

- **Instrumentos tipo cuestionarios y tests**

- **Apgar Familiar** – Percepción de la función familiar.
- **Arnell** – Escala de valoración del riesgo de úlcera por decúbito.
- **Audit** – Valoración de la dependencia hacia el Alcohol.
- **Barber** – Test de fragilidad en salud.
- **Barthel** - Índice para la valoración de la autonomía para las actividades de la vida diaria
- **Beck** – Escala de depresión y riesgo de suicidio
- **BPRS** – Escala breve de valoración psiquiátrica
- **Braden** – Escala para la predicción de riesgo para las Upp
- **Cage** – Test de detección de consumo de alcohol.
- **Cerad** – Para alteraciones de la memoria
- **CHADS** – evaluación del riesgo trombotico en fibrilación auricular
- **Cummings** – para diagnóstico de trastornos conductuales
- Cuestionario de criterios de riesgo social en personas mayores
- Cuestionario de valoración de la incontinencia urinaria: de esfuerzo / de urgencia
- **Denver** – Test de desarrollo infantil
- Diagnóstico Social de **Maite Martín Muñoz**
- **Dawnton** – Escala de riesgo de caídas en el anciano
- **Duke-Unc** – Cuestionario de apoyo social percibido
- **Edimburgo** – Escala de depresión postnatal
- **Edmonton** – Escala de valoración de síntomas en cuidados paliativos
- **Epworth** – Test para valorar insomnio
- **Fagerström** – Test para valorar la dependencia de la nicotina
- **Fitzpatrick** – Evaluación del fototipo
- **Frax** – Escala de riesgo de fracturas
- **Gijón** – Escala de valoración sociofamiliar
- **Glasgow**, y Glasgow para menores de 3 años
- **Glover Nilsson** – Test de dependencia del tabaco
- **Goldberg** – Escala de cribado de ansiedad y depresión
- **Hachinsky** – Test para el diagnóstico demencia vascular

- **Haizea-Llevant** – Test de cribado de desarrollo psicomotor
- **Hamilton** – Test de ansiedad y depresión
- **HONOS** – Escala de valoración de salud mental
- Índice de esfuerzo del cuidador/a
- Índice de independencia en las actividades de la vida diaria
- **IPSS** – Puntuación internacional de los síntomas prostáticos
- **Isaac** – Test de cribado de demencias
- **Karnofsky** – Escala de valoración funcional
- **Katz** – Índice de valoración de las actividades de la vida diaria
- **Kendall** – Escala de
- **Lawton y Brody** – Escala de valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria
- **Lobo** – Mini examen Cognoscitivo
- **Malt** – Cuestionario de detección de alcoholismo
- **M-Chat** – Cuestionario de autismo en la infancia
- **Mini Mental State** – Test de cribado de demencias
- **MNA** – Evaluación del estado nutricional
- **Montgomery y Asberg** – Escala de depresión
- **Morisky-Green-Levine** – Test de adherencia al tratamiento
- **MRC** – Escala de disnea
- **Norton** – Escala de valoración del riesgo de úlceras por decúbito
- **Palacios** – Test sociofamiliar
- Palliative performance status
- **Pap Score** – Palliative Prognostic Score
- **Pfeifer** – Test de cribado de deterioro cognitivo
- **Prima 4** – Cuestionario de salud
- **PUSH** – ¿Monitorización de la evolución de úlceras por presión
- **Richmond** – Test de motivación para dejar de fumar
- Riesgo Gestacional
- **Rosemberg** – Escala de valoración de la autoestima
- **SNAP-IV** – para diagnóstico de trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- **Test del reloj** – En Alzheimer
- **Test levántate y anda** – Evaluación de trastornos de la marcha, en geriatría
- Test de valoración social de la dependencia
- **TIN** – Test de informador (corto)
- **Tinetti** – para valorar equilibrio en la marcha
- **UKU** – Cuestionario de efectos secundarios farmacológicos
- Valoración Auditiva
- Valoración Visual
- **VAS** – Escala visual analógica del dolor
- **VNS** – Valoración nutricional subjetiva
- **Washington** – Escala de valoración en el manejo del dolor
- **WHO/DAS** – Cuestionario para la valoración de la discapacidad
- **Yale** – Escala para la observación de síntomas ante presencia de fiebre, en la infancia
- **Yesavage** – Escala de depresión geriátrica
- **Zarit** – Escala de sobrecarga del cuidador

Entre estos instrumentos, hay una serie de ellos que son de uso bastante común en las CCAA, como el Barthel, Cage, Denver, Fageström, Katz, Lawton y Brody, Mini Mental, Norton, Pfeifer, Richmond, Yesavage o Zarit, por citar los más ampliamente extendidos.

No obstante, no deja de llamar la atención la amplia diversidad de instrumentos implantados para su conocimiento y manejo por los profesionales de AP. A ello se añade una dispersión en su uso entre las comunidades.

Por otro lado, se ha preguntado también acerca de la existencia de plantillas, de forma que se cumplimenten de manera automática los campos administrativos para la expedición de **Informes de salud**, lo cual está disponible en las 12 CCAA que han aportado información,

mientras que 10 de ellas han emitido además normas internas con criterios para su emisión.

Por último, la existencia de **Consejos sanitarios estandarizados** (ya sea por la existencia de folletos armonizados, información de apoyo en Web...), que faciliten la labor de transmisión por parte de los profesionales a los usuarios, existe en 11 CCAA.

■ **Accesos por los profesionales de AP a resultados clínicos de Atención Hospitalaria**

Este aspecto ha estado centrado en las posibilidades de **acceso, en Red, a pruebas de laboratorio, pruebas de imagen e informes de alta**.

Respecto de los primeros, los profesionales de AP pueden acceder en las 12 CCAA, si bien en algún caso dicho acceso se limita al envío de la solicitud, pero no a los resultados.

Las pruebas de imagen, por su parte, están accesibles en 11 de las 12 CCAA, con una implantación variable dentro de cada territorio.

Por último, el acceso a informes de alta hospitalaria se encuentra accesible en las 12 comunidades analizadas, siendo su implantación más generalizada que la anterior.

■ **Incorporación automática de información en la Historia Clínica**

Con independencia de que los profesionales de AP puedan tener acceso a visualizar determinados contenidos del nivel hospitalario, se ha querido explorar en qué medida este tipo de información es incorporada de manera automática a las historias clínicas que maneja primaria.

11 de las 12 comunidades incorporan los resultados de las determinaciones de laboratorio, 8 de ellas incorporan los informes de pruebas de imagen y 6 las respuestas a interconsultas. El grado de extensión, en cuanto al porcentaje de EAP en los que están implantadas estas herramientas es variable, oscilando entre el 50% y el 100% de implantación.

■ **Herramientas de ayuda a la prescripción**

Se ha querido englobar en este concepto dos tipos fundamentales de herramientas. La primera, enfocada principalmente a la reducción de la carga burocrática que acompaña al hecho de prescribir, mediante el **cálculo automático de envases y fechas emisión de recetas** según tipo de fármaco y posología. Se dispone de esta ayuda en 11 comunidades, con un grado de implantación prácticamente generalizado entre los EAP.

Por otro, se ha preguntado por la incorporación a las historias clínicas de programas que adviertan de la existencia de posibles **Interacciones entre medicamentos**, con objeto de mejorar la calidad, especialmente en su vertiente de seguridad del paciente. Estos sistemas se están incorporando en 9 comunidades, con un grado de extensión casi generalizado entre los EAP.

■ **Receta electrónica**

Se pretendía explorar el grado en el que está implantada la receta electrónica de manera “completa”, es decir, de forma que los ciudadanos no tengan que portar los documentos de receta y, por ende, los profesionales no tengan que imprimirlos.

No obstante, la pregunta ha debido formularse de manera poco clara, ya que se han detectado errores de interpretación. Así, en algún la interpretación ha sido la de existencia de “prescripción” electrónica, pero sin incluir la “dispensación” en las oficinas de farmacia por esa misma vía. Por dicho motivo, no habiendo podido enmendar a tiempo el error, no se exponen los resultados.

Coordinación entre profesionales sanitarios y corresponsabilidad

Se ha querido aquí explorar sucintamente un aspecto largamente demandado por los médicos de Atención Primaria, como es la asunción por parte de otros profesionales sanitarios de funciones más o menos burocráticas, ligadas a la actuación sanitaria de cada profesional. También se ha querido incidir en aspectos de mejora de la coordinación asistencial entre profesionales.

Se han priorizado los siguientes aspectos:

■ **Coordinación y corresponsabilidad de la atención especializada**

De una parte, se ha preguntado en qué medida el nivel hospitalario se hace responsable de cierta documentación y trámites generados por dicho nivel de atención, en los aspectos de:

■ **Existencia de normativa o instrucciones sobre el tema**

En las 12 CCAA se han desarrollado y difundido normas internas de funcionamiento que fijan el modo de actuación en este sentido. Alguna Comunidad especifica que el grado de implantación es variable, dependiendo del hospital y del procedimiento a realizar (según sean recetas, interconsultas, prescripción de ambulancias...).

■ **Citación directa de consultas sucesivas y de interconsultas con otros especialistas hospitalarios**

Las 12 CCAA declaran disponer de los mecanismos para que una persona pueda volver a citarse con el especialista hospitalario, a criterio del mismo, sin tener que mediar una nueva interconsulta por parte de AP.

De igual manera, existe la citación directa de pacientes entre servicios hospitalarios (interconsulta de un Servicio hospitalario a otro), sin tener que recurrir al paso intermedio por medicina de AP para su envío a la nueva especialidad.

■ **Emisión de permisos de maternidad y de partes de IT**

Los especialistas hospitalarios se hacen cargo de la emisión de permisos por maternidad en 5 CCAA y de partes de IT en 6 de ellas.

- **Emisión de recetas en consulta y al alta hospitalaria**

11 de las 12 CCAA informan que en su ámbito de actuación los especialistas hospitalarios realizan las recetas derivadas de su prescripción, tanto en las consultas en régimen ambulatorio, como ante las situaciones de alta hospitalaria de los pacientes. No obstante, alguna señala escasa implantación.

- **Emisión de volantes de transporte sanitario indicados por AE**

De nuevo 11 CCAA manifiestan que el nivel hospitalario se hace cargo de cumplimentar los volantes de transporte sanitario indicados por él.

- **Respuesta a interconsultas solicitadas por AP (en apartado ad hoc, o en HC)**

Por último, entroncando con aspectos de coordinación que veremos a continuación, 11 CCAA informan de que los especialistas hospitalarios responden por escrito a las solicitudes de interconsulta efectuadas por los médicos de AP, bien en formatos específico o bien mediante su integración directa en la historia clínica digital.

Por otro lado, con el objetivo de mejorar la **coordinación asistencial** entre ambos niveles, se ha preguntado acerca de la **Normalización conjunta de procedimientos**. En concreto sobre los siguientes aspectos:

- **Existencia de un catálogo de pruebas accesibles a AP, normalizado para toda la CA**

Esta pregunta ha sido priorizada debido a la frecuente queja, por parte de la AP, de no disponer de unos criterios comunes, dependiendo dicho acceso de los criterios de cada Hospital de referencia. Se pretende, por tanto, conocer en qué medida la posibilidad de solicitar determinadas pruebas complementarias ha sido acordada y está clara para ambos niveles asistenciales.

10 de las 12 CCAA manifiestan que esto es así en sus respectivos territorios, si bien algunas de ellas ratifican que dicho acceso no está implantado de forma generalizada, no siendo común a toda la Comunidad.

- **Simplificación de la cumplimentación por AP de peticiones a laboratorio por perfiles**

Considerado como un elemento que simplifica cumplimentar determinadas peticiones de laboratorio, ligadas a una lógica clínica, en todas las CCAA se pone a disposición de AP la solicitud de pruebas por perfiles.

No se ha llegado a solicitar el detalle de qué perfiles son los que se manejan.

- **Documento / sistema de interconsulta entre AP y AE normalizado**

En 11 CCAA se ha sistematizado el contenido de la documentación necesaria, así como las vías para la intercomunicación clínica escrita sobre un paciente, entre profesionales de primaria y del hospital.

■ **Protocolos (o documento similar) conjuntos, integrados en la HC**

El último aspecto que ha sido explorado dentro de este apartado, ha sido la existencia de documentos de actuación clínica que hayan sido trabajados de forma conjunta y, por tanto, hayan sido consensuados por ambos niveles asistenciales.

En 8 CCAA se han llevado a cabo diversos procesos de este tipo. Solicitada la concreción de qué aspectos han sido abordados, las comunidades de Aragón, Baleares, Castilla y León, Castilla la Mancha y Madrid, han aportado, en total, los siguientes:

- Accidente cerebro vascular Agudo (ACVA)
- Cáncer colorrectal
- Demencia
- Diabetes mellitas
- Dislipemia
- Embarazo
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Fibromialgia
- Hipertensión Arterial (HTA)
- Hipertrofia prostática benigna
- Insuficiencia cardiaca crónica
- Inmovilizados
- Malos tratos
- Obesidad
- Osteoporosis
- Patología lumbar
- Pacientes paliativos / Pacientes terminales
- Programa de atención a la mujer
- Programa de atención al niño
- Pruebas diagnósticas endoscópicas
- Retinografía
- Salud Mental
- Tabaquismo
- Test rápido estreptococo
- Tratamiento del Tabaquismo
- Úlceras crónicas

■ **Corresponsabilidad de los profesionales de enfermería**

■ **Gestión de ciertas interconsultas con AE**

La opción de que los profesionales de enfermería gestionen las interconsultas de procesos seleccionados, se ha ido poniendo en marcha en algunas CCAA. En concreto, en 6 de las 11 incluidas en el presente informe.

Solicitada la concreción de ante qué procesos o a qué especialidades, las CCAA de Aragón, Castilla la Mancha, Madrid y Navarra señalan, en total, según procesos específicos las Ostomías y el pie diabético, según tipo de problema de salud a pacientes diabéticos, hipertensos –u otros crónicos-, todos ellos según conste en protocolo, y por último, como especialidades propiamente dichas las de Podología y Optometrista. Una Comunidad señala que deriva, en general, aquellos procesos protocolizados en los que se incluyen los criterios para dichas interconsultas.

- **Prescripción enfermera**

Tan solo una Comunidad Autónoma manifiesta haber puesto en marcha la prescripción enfermera, siendo ésta de implantación generalizada en todos sus centros de salud.

- **Proyectos globales elaborados por la Comunidad Autónoma, específicos, antiburocracia**

Más allá de acciones concretas, algunas de las cuales se han reseñado anteriormente, se ha querido conocer si las CCAA han abordado la reducción de la burocracia de una forma integrada, mediante la existencia de **planes antiburocracia, globales**, específicamente diseñados y/o ha incluido **Objetivos antiburocracia en los planes de gestión**.

En el primer caso, son 9 las CCAA que refieren haber abordado este tema de forma explícita y global y 8 las que tienen incluidos objetivos en los acuerdos de gestión.

Potenciación de las actividades del área administrativa

En otro orden de cosas, se ha pretendido conocer el papel que actualmente están desempeñando los profesionales de las Unidades Administrativas de los Centros de Salud. Entre las diversas funciones que pueden desempeñar, se han explorado las siguientes:

- **Citaciones**

- **Pruebas complementarias en el centro de salud**

Es generalizada la realización de esta actividad, tanto entre las CCAA (en las 11 analizadas) como, dentro de ellas, en los centros de salud, sin que se hayan señalado la existencia de excepciones.

- **Consulta de otros posibles profesionales en AP, donde los haya: Odontología, Matronas, Fisioterapeutas, Trabajadores Sociales...**

Como norma general, en las 12 CCAA se gestionan las citas para los profesionales reseñados, estando generalizada esta práctica en todos los centros (en la medida en la que cuenten con dichos profesionales).

- **Pruebas complementarias de atención especializada**

Esta actividad se realiza en 11 CCAA estando implantadas dentro de ellas de forma casi generalizada en sus centros de Atención Primaria y sin que se señalen, en general, excepciones.

Además de para las pruebas más habituales de laboratorio o de radiodiagnóstico, en algunos casos se añade la posibilidad de gestionar la cita para algunas pruebas más específicas, como por ejemplo el ecocardiograma o la Resonancia Nuclear Magnética (RNM). Es el caso de la Comunidad que, si bien respondía que no lo tiene implantado como norma general, sí pueden realizar este tipo de citas muy específicas, en algunos centros.

- **Primeras consultas de atención especializada**

Actividad de larga tradición, constituye también una función asumida de forma generalizada en todos los centros de AP de las 12 CCAA.

- **TSI - Gestión y tramitación**

Las diversas actividades a llevar a cabo en torno a la gestión del reconocimiento del derecho a la atención sanitaria y, como consecuencia, de la tramitación de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), ha sido una función clásica de las Unidades Administrativas desde el inicio de implantación de la TSI.

Ligado a ello, se había preguntado acerca de las siguientes cuestiones:

- **Tramitación TSI ordinaria (nueva y modificaciones)**
- **Situaciones especiales**
- **Asistencia a extranjeros (UE, Extracomunitarios...)**
- **Gestión de la atención a población desplazada**

En todos los centros de AP las Unidades Administrativas continúan asumiendo la gestión de los diversos aspectos ligados a la TSI, si bien algunas actividades relacionadas con el reconocimiento del derecho a la misma, se han visto modificadas como consecuencia del RD-Ley 16/2012, al tiempo que han surgido otras nuevas.

- **Libre elección - Gestión y tramitación**

La participación de estas unidades en la gestión de las solicitudes por parte de los usuarios de ejercer su derecho a la libre elección de profesional sanitario, muestra la siguiente situación:

- **De profesionales médicos (MFC y PED) de AP**

En las 12 CCAA y, dentro de ellas, en la totalidad de los Centros de Salud, estas Unidades gestionan cambios de asignación de profesionales médicos de Atención Primaria, a solicitud de los ciudadanos.

- **De profesional de enfermería de AP**

A diferencia del caso anterior, cuando se trata de libre elección de profesionales de enfermería, ésta se realiza en 6 de las 11 CCAA. En parte al menos, ligado a la existencia o no de una asignación o vinculación directa de cada ciudadano a un profesional de enfermería determinado, en similitud con el profesional de medicina (por medio, generalmente, de vínculos entre el proveedor y la BD de TSI).

- **De especialistas hospitalarios**

Por último, las Unidades Administrativas de los Centros de Salud contribuyen a la gestión de la libre elección de especialistas en 7 CCAA. En ellas, la implantación es generalizada.

Algunas CCAA han legislado sobre el tema, precisando las especialidades que son objeto de libre elección. Dichas especialidades coinciden generalmente con aquellas de consulta más frecuente, como Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Digestivo, Endocrino, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría Traumatología y Urología.

■ **Gestoría de prestaciones**

Constituye otro conjunto de funciones frecuentemente desempeñadas por las Unidades Administrativas, enfocadas fundamentalmente a simplificar la realización de trámites -y los consiguientes desplazamientos- a los ciudadanos. Se han seleccionado las siguientes:

■ **Visado de Recetas**

En todas las CCAA (12) estas Unidades se encargan de la tramitación de aquellas prescripciones farmacéuticas que requieren visado de la Inspección.

■ **Reintegro de Gastos**

En 10 CCAA las Unidades Administrativas tramitan las solicitudes de reintegro de gastos de los usuarios, en aquellos supuestos contemplados en la legislación.

■ **Prestaciones Ortoprotésicas**

Estas prestaciones son objeto también de una tramitación particular, de las que se hacen cargo las Unidades en 10 de las 12 CCAA.

■ **Oxigenoterapia y Aerosolterapia**

En este caso, son 10 también las CCAA en las que se asume la gestión de esta prestación desde los centros de salud.

■ **Gestión y tramitación del transporte sanitario**

Aspecto asumido de forma generalizada en todos los centros y todas las CCAA (12).

■ **Asistencia sanitaria interprovincial**

Las tramitaciones derivadas de este aspecto son asumidas por las Unidades Administrativas en 6 de las 11 CCAA. En 4 de las CCAA en las que esto no es así, se debe al hecho de ser comunidades uniprovinciales, no participando en ese caso la AP en la gestión de la asistencia sanitaria fuera de la Comunidad Autónoma.

■ **Manejo protocolizado y entrega de documentos clínicos a usuarios**

Desde hace años, en diversos Centros de Salud, el personal administrativo ha venido colaborando en la reducción de cargas burocráticas a los médicos, asumiendo la entrega de diversa documentación clínica con objeto de minorar citaciones con dichos profesionales para actuaciones administrativas desligadas de la actuación sanitaria.

Se ha pretendido conocer en qué medida esta función se desarrolla actualmente y con qué nivel de extensión. Se ha centrado en dos aspectos:

- **Partes de IT**

Esta función está implantada de forma generalizada en todas las CCAA, estando sujeta a protocolización.

- **Recetas de pacientes crónicos**

Aspecto que, aunque con la implantación de la receta electrónica (incluida la dispensación electrónica) va perdiendo vigencia, está operativo en 8 CCAA.

- **Secretaría del centro**

Las funciones de secretaría son otra vertiente del papel que las Unidades Administrativas desempeñan en los Centros de Salud. Entre las diversas actividades que se pueden encuadrar aquí, señalaremos las siguientes:

- **Atención telefónica (de información y asesoramiento)**

De forma generalizada, las Unidades se encargan de atender telefónicamente – además de presencial- las demandas de información de los ciudadanos.

- **Existencia de protocolo (criterios) de acogida de usuarios (en especial en situaciones de urgencia)**

Como una forma de facilitar la actuación de estas Unidades a la hora de relacionarse con los usuarios, se ha preguntado por la existencia, o no, de criterios normalizados que indiquen las pautas de actuación para la recepción o acogida de usuarios, especialmente ante situaciones urgentes.

De las 12 CCAA, 10 señalan que, efectivamente, cuentan con dichas pautas. Una de ellas señala, no obstante, que no de forma generalizada.

- **Certificados de asistencia (confección, entrega) a los usuarios**

Con frecuencia los usuarios solicitan la emisión de algún tipo de justificación de que han acudido al centro sanitario.

Preguntadas al respecto, 11 de las CCAA refieren que sus Unidades Administrativas realizan dicha labor. En algún caso, se está desarrollando una aplicación informática que la facilite.

- **Gestión de material administrativo (pedidos, almacén, gestión de stocks, gestión y control de gasto)**

En todas las CCAA este personal se encarga de la gestión global del material no sanitario necesario para el funcionamiento del Centro de Salud.

- **Gestión de la facturación a terceros**

Práctica generalizada en las 12 CCAA, asumiendo las gestiones necesarias que posibiliten la facturación a terceros, en los casos previstos legalmente.

- **Gestión de las reclamaciones**

Por último, la gestión del circuito de quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios (recepción y tramitación), constituye también una función asumida de manera generalizada por las Unidades Administrativas de todos los centros de AP de las 12 CCAA.

Potenciación del papel de las Unidades administrativas

El último apartado abordado mediante cuestionario, ha sido el de intentar conocer algunas actividades que hayan podido ponerse en práctica en las CCAA, enfocadas a potenciar el papel de las Unidades Administrativas, dentro del Equipo de Atención Primaria. Se seleccionaron las siguientes:

- **Existencia de la figura de "responsables de", con funciones explícitas**

11 CCAA manifiestan disponer de una figura que asume las funciones de responsable de la Unidad, si bien una de ellas comenta que existe de manera informal y no está generalizada.

Esta figura recibe distintos nombres (en una Comunidad varía de unas Áreas a otras y una establece como criterio que la composición de la Unidad supere las 5 personas), si bien en otros casos coinciden en más de una Comunidad. Los nombres aportados podemos resumirlos en:

- Responsable de Unidad Administrativa (o de UNAD)
- Responsable o Jefe de Equipo Administrativo
- Responsable del Área de Atención al Cliente (AAC)
- Administrativo de apoyo a la Dirección
- Jefe de Unidad Administrativa

- **Participación del responsable en órganos de gestión**

Ante la pregunta de si esos responsables participan en los órganos de gestión establecidos en cada Comunidad, 10 CCAA manifiesta que sí lo están, aunque en ocasiones esta participación no abarca a la totalidad de los EAP.

- **Objetivos incluidos en contratos de gestión - Pactos explícitos**

Refieren que los profesionales de las Unidades Administrativas cuentan con un pacto de objetivos, que se incluyen en los Contratos de Gestión con los centros sanitarios, 9 comunidades. No se ha explorado en qué consisten.

- **Existencia de criterios de calidad establecidos**

Manifiestan que tienen establecidos criterios de calidad 10 CCAA. Tres de ellas CCAA señalan, además, el sistema empleado, basado en:

- Criterios ligados a la certificación mediante la norma ISO 40/125 (en 2 comunidades autónomas).
- Criterios establecidos en los protocolos de definición de los actos administrativos (1 Comunidad Autónoma).

- **Existencia de un sistema de evaluación: cumplimiento de objetivos, calidad...**

Las mismas 10 CCAA que disponen de criterios de calidad para estas Unidades, aseguran que se realizan procesos de evaluación de cumplimiento de objetivos y de los criterios de calidad. Dicha evaluación se deriva del grado de cumplimiento de los acuerdos firmados.

Entre los elementos que son tenidos en cuenta en dicha evaluación, se citan:

- Número de llamadas atendidas
- Número de reclamaciones recibidas
- Colaboración en el circuito de la IT
- Colaboración en el circuito de entrega de recetas
- Contribución a la mejora de la calidad de los servicios
- Contribución a la sostenibilidad del medio ambiente
- Gestión del material de oficina
- Gestión adecuada de reclamaciones
- Grado de colaboración adecuado en las actividades asignadas y en la organización del área administrativa
- Implicación en la facturación a terceros
- Participación en la formación continuada
- Satisfacción de los usuarios (mediante Encuestas poblacionales)

- **Incentivos: existencia de criterios específicos pactados**

En 8 comunidades existe un sistema de incentivos, ligados en general al cumplimiento de los objetivos y los pactos de gestión.

Una Comunidad señala que la forma de realizar el reparto posterior a nivel interno es variable en cada centro, disponiendo de autonomía para decidirlo.

Otra Comunidad añade al cumplimiento de los pactos, la utilización de indicadores “de especial rendimiento”, entre los que se encuentran la iniciativa e implicación en actividades, la capacidad de dedicación integral al público, la asistencia como discente a cursos relacionados con su actividad, las reuniones de equipo para las que ha sido convocado, la asistencia a sesiones de formación como docente, y la coordinación con el Equipo en la dinamización del Servicio de Promoción de la Salud.

▪ **Comunicación (información, criterios de proceso) escrita con órganos directivos**

Informan de la existencia de circuitos establecidos desde las Direcciones o Gerencias correspondientes, para la comunicación de diversos aspectos ligados al trabajo de estas unidades, 10 comunidades.

Entre los aspectos que se resaltan de la comunicación, cabe citar las labores de coordinación del centro de salud y sus centros dependientes respecto de la trasmisión de la información referente al RDL 16/2012.

En cuanto a las formas de comunicación más frecuentes, resaltar el correo electrónico institucional de cada centro además de, en menor grado, la existencia de un buzón de mejoras y sugerencias en la intranet correspondiente.

Una Comunidad refiere disponer de un “Plan de comunicación” expresamente diseñado por la Gerencia de AP y otra la existencia de un “Mapa de comunicación”.

▪ **Reuniones periódicas (informativas, docentes...)**

Todas las CCAA celebran reuniones periódicas con este personal con diversos propósitos, siendo los motivos principales que han sido expuestos para estas reuniones:

- Informativas (en torno a normativas, nuevos procedimientos...)
- De coordinación (de aspectos ligados a los centros de salud)
- De mejora de la calidad

▪ **Formación continuada específica**

La existencia como tal de un programa de formación continuada, específico para el personal de las Unidades Administrativas, está presente en 11 de las 12 CCAA.

Una de ellas señala que constituye un epígrafe propio dentro del Plan de formación de AP de la Comunidad Autónoma, y otra, específica que dispone de una formación específica para las nuevas incorporaciones. Además, en el Plan de mejora de dicha Comunidad, que se está extendiendo actualmente a todas las Zonas Básicas, participan en la formación general y hay un módulo específico de formación en relación a la gestión de agendas, circuitos... También existe formación en relación a las aplicaciones informáticas.

III) Oferta de servicios

Dentro de este concepto se incluyen los siguientes aspectos a analizar:

1. Cartera de Servicios de AP.
2. Procedimientos –tanto diagnósticos como terapéuticos- que son llevados a cabo por AP.
3. Posibilidad de solicitar al nivel hospitalario la realización de exploraciones complementarias.

I) Oferta de Cartera de Servicios en AP (CSAP)

A este respecto, existe un informe pormenorizado, publicado en 2010, y disponible en la página electrónica del Ministerio.[§]

Debido a que en aquél momento no se pudo disponer de la información documental de algunas comunidades autónomas, se acordó, a tenor de realizar el presente informe, proceder a actualizar el análisis de las CSAP autonómicas, en función de la disponibilidad de información nueva que aportaran dichas comunidades no incluidas en el informe, y que permitiera completarlo.

No habiendo obtenido nuevos documentos, el informe permanece conforme al publicado en 2010. No obstante lo anterior, y puesto que la información utilizada para su elaboración continúa vigente, puede merecer la pena extraer algunas conclusiones.

Entre ellas, se desea resaltar la disparidad de criterios existente en algunas ocasiones, en las recomendaciones que se trasladan a los profesionales de Atención Primaria. Estos criterios son los recogidos en las llamadas normas de calidad, normas técnicas, o normas de correcta atención, terminología utilizada por las comunidades que disponen de este tipo de criterios (páginas 119 a 186 del citado documento).

II) Oferta de procedimientos diagnósticos y terapéutico en AP

Tal como se acordó en los grupos de trabajo, se expone la situación, actualizada a 2012, de aquellos procedimientos diagnósticos instaurados en Atención Primaria, partiendo únicamente de aquellos que no eran de aplicación generalizada en la totalidad de las comunidades autónomas.

Se muestra a continuación el listado de dichos procedimientos, su evolución desde 2006 respecto al número de CCAA en las que se realizan, si bien se centra en las comunidades analizadas en el presente informe, y señalando, en cada caso, el grado de extensión de esta práctica en el momento actual.

Se muestran dos tablas, una de los procedimientos diagnósticos y otra de los terapéuticos, con el objetivo de facilitar su lectura.

[§] [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera de Servicios de Atencion Primaria 2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf)

La información contenida en las tablas se refiere a **13 CCAA**, las de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco, por ser las CCAA que ha aportado esta nueva información.

Tabla 1.- Procedimientos diagnósticos						
Procedimiento	Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº de CCAA			
	2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
INR capilar (Coagucheck)	11	13				12
Perfil lipídico (tiras)	11	8		1	3	5
Test embarazo (orina)	12	13	1	2		10
ECG (tras ejercicio)	8	8	2		1	5
Eco Doppler	9	11	4		2	5
Oscilometría en EE II	13	13	4		3	5
TA-AMPA	11	12	2	3	3	3
TA-MAPA	11	13	3	1	4	4
Cooxímetro	9	12	5	2	1	4
Espirometría	13	13			1	11
Peak-Flow	12	13		2	1	9
Pulsioximetría	13	13				12
Agudeza visual cercana	10	11	1		1	8
Agudez visual lejana (optotipo)	12	12				10
Tonometría ocular	4	6	2			3
Audiometría (manual)	5	9		3	1	5
Laringoscopia indirecta	11	11	1	3	1	5
Timpanometría infantil	4	5	3			2
Impedanciometría	3	3				2
Barthel	12	13				12
CAGE	12	13				12
Lawton Brody	8	12			1	10
Mini Mental	12	13				12
Pfeiffer	12	13				11
Citologías	12	12			1	10
muestras bacteriológicas	12	13			1	11
Grasa corporal	6	10	3	2	1	4
Pliegue cutáneo	8	10	2	1	2	5
Huella plantar	8	12			2	9

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla “2012”. Ello se debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

Como puede apreciarse, diversos procedimientos ya estaban implantados en 2006 en las 13 CCAA que han sido analizadas, permaneciendo dicha implantación territorial, aunque no siempre de forma generalizada dentro de cada Comunidad.

En términos generales, la evolución desde el año 2006 al 2012 ha sido de ampliación a CCAA en las que antes no se realizaba el procedimiento o bien o de permanencia donde ya existía.

Respecto del grado de implantación, aquellos procedimientos más complejos, generalmente los que requieren del uso de tecnologías específicas, son los que tienen una implantación menor entre los profesionales de la AP.

Tabla 2.- Procedimientos terapéuticos						
Procedimiento	Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº de CCAA			
	2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
Aspiración de secreciones	13	13			1	11
Cuidado de estomas	12	13			1	10
Taponamiento nasal posterior	7	8	3	2	1	3
Vendaje con escayola	11	11	3	3	2	3
Vendaje funcional	13	13		1	3	8
Cirugía menor	13	13	2	3		7
Crioterapia	12	13	1	3	3	5
Extracción cuerpo extraño	13	13	1	2	2	7
Infiltraciones	12	12	2	4	2	3
Sangría	6	6	2	1	2	3
Sondaje naso-gástrico	13	13				11
Trombectomía hemorroidal	7	8	3	2		3
Fisioterapia osteo-muscular	12	12			1	9
Fisioterapia respiratoria	12	11	3	2	1	4
EpS grupal	13	13	1	1	2	7
Técnicas de relajación	10	12	3	3	2	3
Aplicación de flúor tópico*	11	13			1	10
Educación en SBD	-	13				11
Endodoncia en permanentes*	-	12		1	1	8
Exodoncia*	-	13				11
Obturación piezas permanentes*	12	12				10
Ortodoncia*	-	4	3		1	2
Prótesis*	-	3	1		1	2
Sellado de fisuras (permanentes)*	12	13			1	10
Tartrectomía*	10	13		1		10
Tratamiento incisivos y caninos*	-	13	1		2	7

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla "2012". Ellos e debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

*Hacer constar, como salvedad, la situación de Navarra, pues no está incluida en la realización de las actividades de salud bucodental (salvo la educación), por estar estas prestaciones cubiertas por un sistema de concertos fuera del ámbito de los centros de salud.

Se observa también cómo, en general, se ha tendido a consolidar o extender la implantación del uso de un determinado procedimiento, entre las 13 CCAA, especialmente los más comunes de entre los incluidos. Ello sin que se puedan reflejar grandes cambios.

Las técnicas más complejas (p. ej. Taponamiento nasal posterior o trombectomía hemorroidal) o las requieren personal o formación específica (fisioterapia, técnicas de relajación) son las que presentan un menor nivel de implantación.

III) Acceso por AP a solicitud de pruebas diagnósticas al nivel hospitalario

Se exponen a continuación, con criterios similares al caso de los procedimientos, el listado de exploraciones diagnósticas que Atención Primaria puede solicitar al Hospital de manera directa – es decir, sin tener que remitir previamente a consulta del especialista hospitalario-, partiendo de aquellas que en 2006 no eran de implantación y uso generalizado en todas las CCAA, y mostrando su evolución y grado de extensión actual en las CCAA analizadas.

Para facilitar su lectura, debido a que el listado es más amplio que los anteriores, se subdividen en tres tablas, siguiendo un criterio amplio para agruparlas en función del tipo de prueba de que se trata.

Tabla 3.- a) Pruebas de imagen							
		Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº de CCAA			
		2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
Rx simple	Mamografía	11	13		2	1	10
	Ortopantomografía	10	11	2			9
	Tele Rx. Columna	13	13			1	12
	Tele Rx MMII	12	13			2	11
Rx contraste	CUMS *	2	6	1	1	1	3
	Enema opaco	13	13	1	4	1	7
	Gastroduodenal	13	13	1	4	1	7
	Tránsito intestinal	12	13	1	3	1	7
	Urografía	8	9		3	1	4
TAC	Abdominal	7	11	2		2	6
	Craneal	10	12	4		1	7
	Lumbar	8	12	3	1	1	7
	Torácico	7	11	2	1		6
Ecografías	Abdomen	13	13			2	11
	Caderas	12	13			2	10
	Cardiaca	6	8	5			4
	Gineco/obstétrica	11	10	2		1	7
	Mama	7	12	2		2	8
	Músculoesquelética	7	11	1		2	7
	Prostática	10	9	1		1	7
	Testicular	8	8			2	7
	Tiroidea	11	12			3	8
Urológica	10	11		1	1	9	
RNM	Rodillas Rodillas	5	5			1	4
	Columna (discal)	6	6		1	1	4

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla “2012”. Ello se debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

Hay una serie de pruebas cuyo acceso estaba ya implantado en estas 13 CCAA. Otras, menos frecuentes, han experimentado, en general, un incremento en dicha implantación, aumentando el número de comunidades en las que los profesionales de AP pueden solicitarlas.

El grado de implantación dentro de cada una de las CCAA no suele ser homogéneo; es decir, que no todos los profesionales tienen acceso a solicitarlas.

Tabla 4.- b) Laboratorio - I							
		Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº de CCAA			
Pruebas en sangre		2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
Bioquímica Especial: Hormonas	Cortisol	13	13		1	1	11
	Estradiol	13	13		1	2	10
	FSH	13	13			2	11
	LH	13	13			2	11
	Progesterona	13	13			2	11
	Prolactina	13	13			2	11
	Testosterona	13	13			2	11
	Tirosina	12	12			1	11
	TSH	13	13				13
	Transglutaminasa	13	12			2	9
Inmunología: Auto – Anticuerpos	Antitransglutaminasa	12	12			1	12
	Ac. Antogliadina	12	12			1	11
	Ac. Antiendomisio	12	12			1	11
	Ac Antitiroideos	12	12				13
Microbiología sérica	Hidatidosis	13	13			2	10
	Mycoplasma	12	13			1	11
	Rickettsia	12	13			2	10
	Salmonella Típhi	12	12			2	8
	Treponema pálido	13	13			1	11
Bioquímica Especial: Marcadores	CA-15.3	9	11			1	8
	CA-19.9	9	11			1	8
	CA-125	9	11			1	8
	CEA	13	13			1	11
Bioquímica Especial: Fármacos	Carbamacepina	12	13				13
	Fenobarbital	12	13				13
	Fenitoina	12	13				13
	Litio	13	13				13
	Valproico	12	13				13

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla “2012”. Ello se debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

Se trata de un conjunto de pruebas cuyo acceso resulta bastante homogéneo, no solo entre comunidades autónomas sino también dentro de ellas, de manera que puede asumirse que son pocos los profesionales que no tienen acceso a poder solicitar dichas pruebas.

Tabla 5.- b) Laboratorio - II							
		Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº CCAA			
Otras pruebas de laboratorio		2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
Orina	Drogas de abuso	12	13			4	6
Microbiología- Bacteriología: Cultivos	Absceso	13	13				13
	Espujo	13	13				13
	Exudado Conjuntival	13	13				13
	Exudado Cervical	13	13				12
	Exudado Endocervical	13	13			1	12
	Exudado Faríngeo (gonorrea)	12	13				13
	Forúnculo	13	13				13
	Herida	13	13				13
	Exudado Lingual	13	13				12
	Exudado Nasal	13	13				13
	Exudado Ótico	13	13				13
	Exudado Perianal	13	13				13
Microbiología: Parásitos	Test de Graham	13	13			1	11
	Hemáticos	13	13		2		10
Microbiología: Hongos	Cualquier localización	12	13			1	10
Otras determinaciones	Espermiograma	12	13	1	1	2	9
	Semen post-vasectomía	13	13		1	2	10
	Test del aliento	9	12		1	2	9

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla "2012". Ello se debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

Conjunto de exploraciones con una situación similar al caso anterior –mayor si cabe-, de amplitud en el acceso, prácticamente generalizado por parte de los profesionales de AP, ya desde 2006.

Tabla 6.- c) Otras pruebas con técnicas específicas

	Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº de CCAA			
	2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
Anatomía Patológica	12	13		2	1	10
Audiometría	8	10	2	1	2	5
Cariotipo	6	8			1	6
Colonoscopia	11	12	1	3	1	7
Densitometría	6	9	2		4	3
Electro-encéfalo-grama	6	6	1	1	1	3
Electromiograma	6	8	1	2	1	3
Endoscopia digestiva alta	12	13	1	1	3	8
Espirometría	12	13			1	10
Holter	5	5	1	2		4
MAPA	8	11	2	2	1	2
Prueba de esfuerzo	6	4		1	1	2
Prueba de sueño	3	3			1	1
Pruebas vestibulares	2	2		1	1	
Recto sigmoidoscopia	11	12	2	2	2	5
Test del sudor	9	10		2	1	5

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla "2012". Ello se debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

Nota: En algún caso se repite una técnica ya incluida en el listado de procedimientos diagnósticos que realiza primaria. Se pretende constatar si AP tiene acceso a solicitarla en caso de no ser realizada por ella misma –o además de-. Este es el caso, por ejemplo, de la espirometría o la monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA)

Este conjunto último de exploraciones son las que presentan una mayor variabilidad en el acceso, no solo en el sentido de la presencia de la oferta en las diversas CCAA sino, además, por la variabilidad interna en el acceso a las mismas.

No obstante, algunas CCAA que no lo hacían en 2006, ofrecen actualmente varias de dichas pruebas a sus profesionales de primaria. La solicitud de realización de pruebas de esfuerzo, por el contrario, parece haberse valorado preferible su retirada en dos CCAA. En otros casos, se producen ambos fenómenos, de forma que, mientras una Comunidad lo retira, otra lo implanta, permaneciendo igual la suma.

IV) Docencia postgraduada

a) Medicina y Enfermería de Familia y Comunitaria

Los datos que se presentan corresponden a los últimos cinco años, en el transcurso de los cuales se han producido importantes cambios, siendo los más relevantes la ampliación del tiempo de formación MIR de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria a 4 años, y la aparición de la **especialidad de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria** a través del sistema de Enfermería Interna y Residente (EIR).

Esto último ha conllevado, además de a la aparición de plazas docentes específicas (por primera vez en 2010), en similitud con las clásicas plazas de Médicos Internos y Residentes (MIR) de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), la creación de “Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria” (MAFyC), para englobar a ambos tipos de profesionales en formación, como veremos a continuación.

1. La evolución, en cuanto al tipo de **Unidades Docentes acreditadas**, es la siguiente:

Tabla 7.- Número de Unidades Docentes (UDD) acreditadas								
	2008	2009	2010		2011		2012	
	MFyC	MFyC	MFyC	MAFyC	MFyC	MAFyC	MFyC	MAFyC
Total UDD SNS	161	164	124	29	72	89	72	89
Nº de CCAA* con UDD	18	18	16	7	14	13	14	13

* Las ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se contabilizan integradas en el INGESA

Se observa cómo, a raíz de la aparición de las UDD multiprofesionales –MAFyC- por primera vez en 2010, se produce al año siguiente un importante salto cuantitativo, tanto en el número de comunidades autónomas que cuentan con este tipo de Unidades (que se duplica), como en el número de nuevas Unidades que se acreditan, que se ven incrementadas en un 300%.

En 2012, la situación permanece estable respecto a 2011, donde estas nuevas Unidades siguen coexistiendo con las tradicionales de MFyC.

2. Desde el punto de vista de **centros de salud acreditados**, dependientes funcionalmente de cada una de las Unidades Docentes vistas anteriormente, la evolución ha sido:

Tabla 8.- Número de Centros de Salud acreditados								
	2008	2009	2010		2011		2012	
	MFyC	MFyC	MFyC	MAFyC	MFyC	MAFyC	MFyC	MAFyC
Centros por tipo UDD	753	796	591	270	368	518	364	523
Total centros acreditados	753	796	861		886		887	

Tras una tendencia ascendente, se observa una estabilización en el número de centros (o, más bien, equipos de atención primaria) acreditados en los últimos años.

3. Por último, y respecto de estas dos especialidades, el **número de plazas acreditadas y de plazas ofertadas** han evolucionado como se muestra en las dos tablas siguientes:

Tabla 9.- Medicina de Familia y Comunitaria

	Plazas acreditadas					Plazas Ofertadas				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Total plazas	2181	2186	2176	2173	2173	1892	1904	1919	1860	1775

Pese al incremento de centros en los que, potencialmente, es posible realizar la formación posgraduada en MFyC, el número de plazas mantiene una leve tendencia a la baja, habiéndose reducido la oferta un 7% entre 2008 y 2012.

Respecto de la formación posgraduada en Enfermería, se puede decir que ésta mantiene su oferta docente más o menos estable desde su aparición en 2010.

Tabla 10.- Enfermería de Familia y Comunitaria

	Plazas acreditadas			Plazas Ofertadas		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Total plazas	239	338	338	215	219	214

b) Otras especialidades con rotaciones fijas por Atención Primaria

Poder albergar a Residentes de las especialidades que citamos a continuación, se requiere de la acreditación específica de cada Centro de Salud, y de su Unidad Docente correspondiente (como en los casos anteriores). Actualmente son las siguientes:

1. Medicina preventiva y de Salud Pública

Este programa formativo incluye la rotación en AP por un periodo de seis meses, con la peculiaridad de poder rotar por centros asistenciales de AP (centros de salud) y/o por sus estructuras de gestión (Direcciones o Gerencias de AP).

El objetivo es realizar actividades relacionadas con la administración y gestión en Atención Primaria de Salud, con los programas preventivos en el Área de AP, la calidad en AP y la Educación Sanitaria y Promoción de la Salud en Atención Primaria.

El número de plazas ofertadas y las acreditaciones existentes para el año 2012 se muestran en la tabla siguiente

Tabla 11.- Medicina Preventiva y Salud Pública

Número de plazas		Estructuras acreditadas		
Acreditadas	Ofertadas	UDMSySP*	Áreas de Salud	Centros de Salud
105	67	24	40	50

*: Unidad Docente Multiprofesional de Medicina Preventiva y Salud Pública

2. Pediatría y Enfermería Pediátrica

El programa de la especialidad médica de **Pediatría** aprobado en 2006, consolida una práctica que venía produciéndose en algunas zonas geográficas, y establece la rotación obligatoria de los MIR de Pediatría por centros de salud durante un periodo de tres meses.

En la siguiente tabla se resume la situación en el año 2012

Tabla 12.- Pediatría

Número de plazas		Estructuras acreditadas	
Acreditadas	Ofertadas	UDMPP*	Centros de Salud
235	227	42	225

*: Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría

Por su parte, la especialización en **enfermería pediátrica** incluye una formación en el ámbito de la Atención Primaria de siete meses de duración. El término AP se entiende, en este caso, en su sentido amplio, ya que abarca no solo las estructuras sanitarias sino también las educativas y comunitarias.

La formación abarca los aspectos ligados a la atención al niño sano, al niño o adolescente con enfermedad, tanto aguda como crónica, así como la salud escolar y la atención al adolescente.

Las estructuras sanitarias acreditadas en AP para esta formación son comunes a las de la especialidad de pediatría. La acreditación en 2012, así como la oferta de plazas de enfermería pediátrica, se reflejan en la tabla siguiente:

Tabla 13.- Enfermería Pediátrica

Número de plazas		Estructuras acreditadas	
Acreditadas	Ofertadas	UDMPP*	Centros de Salud
146	109	42	225

*: Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría

3. Medicina y enfermería del trabajo

La especialidad de **medicina del trabajo** incluye la rotación por centros de salud, previamente acreditados para la especialidad de medicina de familia y comunitaria, durante un periodo de tres meses.

Tiene como objetivo principal obtener una formación básica en la faceta asistencial de esta especialidad (respecto al individuo y la comunidad) y conocer el Centro de Salud desde el punto de vista de su funcionamiento y gestión.

El número de plazas y las Unidades acreditadas en 2012 se presentan en la tabla adjunta

Tabla 14.- Medicina del Trabajo

Número de plazas		UDMPSL*
Acreditadas	Ofertadas	
182	71	19

*: Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral

En cuanto a la especialización en **enfermería del trabajo**, el programa de la especialidad incluye una rotación de un mes por dispositivos de AP, centrada fundamentalmente en la participación en programas de salud y de educación para la salud y en la atención a urgencias (lo que requería que el centro de salud realice atención continuada).

Los dispositivos acreditados y las plazas ofertadas en 2012 se muestran en la tabla siguiente

Tabla 15.- Enfermería del Trabajo

Número de plazas		UDMPSL*
Acreditadas	Ofertadas	
25	22	5

*: Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral

4. Enfermería Obstétrico – ginecológica (Matrona)

La participación de los centros de Atención Primaria en la formación de la especialidad de **matrona** tiene ya una larga tradición. La rotación por AP supone entre el 30% y el 40% del total del periodo formativo y se efectúa en centros acreditados en los que se realicen programas y subprogramas de salud materno-infantil y salud sexual, salud reproductiva y atención al climaterio.

La formación en este periodo se centra en: consejo afectivo-sexual, reproductivo y actividades preventivas en salud sexual y reproductiva, atención a jóvenes, planificación familiar y contracepción, control prenatal, educación para la maternidad y paternidad, actividades educativas dirigidas a la comunidad en materia de salud materno-infantil, puerperio domiciliario y en consulta, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y mama y menopausia/climaterio.

Las Unidades Docentes acreditadas reciben distintos nombres, que agrupamos a estos efectos bajo la denominación de UDEOG, tal como se refleja en la siguiente tabla, en la que se recoge la situación en el año 2012.

Tabla 16.- Enfermería Obstétrico – ginecológica (Matrona)

Número de plazas		Estructuras acreditadas	
Acreditadas	Ofertadas	UDEOG*	Centros de Salud
535	425	39	520

*: Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

c) Especialidades con rotación optativa por centros de Atención Primaria

Por último, reseñar la inclusión en los programas formativos específicos de diversas especialidades de la opción, optativa entre otras, de rotar por Atención Primaria.

El tiempo orientativo suele ser de dos meses. Estas especialidades son las de:

Especialidades médicas:

- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía General y del Aparato Digestivo
- Cirugía Ortopédica y Traumatología
- Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Otorrinolaringología
- Endocrinología y Nutrición
- Geriátrica
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Obstetricia y Ginecología y
- Oftalmología
- Psiquiatría
- Reumatología
- Urología

Especialidades de enfermería:

- Enfermería Geriátrica
- Enfermería de Salud Mental

No se dispone de información suficiente para valorar el grado de elección de dichas opciones de rotación por parte de los MIR y EIR.

S.G. de Información Sanitaria e Innovación:

Directora

Alfaro Latorre, Mercedes

Coordinación

Ichaso Hernández-Rubio, M^a Santos

Elaboración

Ichaso Hernández-Rubio, M^a Santos

Miguel García, Félix

Fernández Quintana, Ana

Agradecimientos:

La SG de Información Sanitaria e Innovación agradece la implicación de las Comunidades Autónomas y la colaboración de las Sociedad de Científicas y Asociaciones Profesionales y, en especial, a:

Andalucía

Galiana Auchel, José Manuel

Aragón

Enríquez Martín, Natalia

Principado de Asturias

Alzqueta Fernández, Angel Miguel

Islas Baleares

Ruiz Torrejón, Amador

Santos Terrón, M^a José

Canarias

Carrillo Ojeda, Patricia

Cantabria

López Cano, Marta

Castilla y León

Lleras Muñoz, Siro

Arauzo, Daniel

Castilla – La Mancha

López Galindo, Pedro Luis

Cataluña

Morera Castell, Ramón

Comunidad Valenciana

Yarza Cañellas, Manuel

Extremadura

Cardenal Murillo, José Ignacio

Piriz, Isabel

Galicia

Andión Campos, Eladio

Comunidad de Madrid

Bartolomé Cristóbal, Elena

Miquel Gómez, Ana

López Romero, Andrés

Región de Murcia

Martínez García, Juan Francisco

Comunidad Foral de Navarra

Nuín Villanueva, Marian

Apezteguía Urroz, Javier

País Vasco

Fraile, Iñaki

Sola Sarabia, Carlos

La Rioja

Gallo Trebol, Fernando

Ingesa

García Ortiz, Teresa

Asociación española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)

Domínguez Aurrecochea, Begoña

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Francés Pinilla, Marina

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

Martín García, Manuel

Organización Médica Colegial (OMC)

Fumadó, Josep

Plataforma 10 min

González Medel, Javier Juan

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

Casado Pérez, Paloma

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Cañada Millán, José Luis

Pastor Rodríguez-Monino, Ana

Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

Modrego Navarro, Ángel

Rodríguez Ledo, Pilar

Sáez Martínez, Francisco

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEyAP)

José Ruiz Lázaro, Patricio