

GESTIÓN DE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

POSICIONAMIENTO SCAMFYC .

Una vez la situación propiciada por la pandemia tiende a normalizarse, la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC) propone un nuevo modelo de gestión de la demanda en Atención Primaria. Dicho modelo debe responder al contexto actual y orientarse hacia una atención a nuestros pacientes segura y eficiente, acorde a una visión compartida por gestores, profesionales y ciudadanos, construir entre todos una Atención Primaria líder, fuerte y protagonista.

El cambio de modelo debe implantarse obligatoriamente con una campaña de concienciación ciudadana donde se aborden los beneficios del mismo, a la vez que se informe de las nuevas funcionalidades disponibles, siempre comprometidos con una misión, un sistema de sanidad pública de calidad y orientado a nuestros pacientes.

La Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria propone un nuevo modelo de gestión de la demanda en Atención Primaria basado en 5 líneas estratégicas.

1. **Potenciar** la figura de las **unidades administrativas** de los Centros de Salud.
2. **Optimizar** la accesibilidad a la consulta del médico de familia mediante el **cribado de los motivos de consulta**.
3. Mejorar la **eficiencia** en la gestión de la demanda mediante la implantación de **modelos de consulta no presenciales**.
4. **NO hacer** aquellas tareas administrativas que sean innecesarias.
5. Favorecer la **proactividad** del médico de familia.

1. **Potenciar** la figura de las **unidades administrativas** de los Centros de Salud.

1.1. Dependencia jerárquica.

El personal de servicios generales (administrativos y/o celadores según las CCAA) debe depender orgánica y funcionalmente del Coordinador/Director de la Zona de Salud, sin perjuicio de que exista un jefe de grupo o responsable del AA (Área Administrativa) cuando ésta esté compuesta por varios trabajadores.

1.2. Integración efectiva en el EAP.

El personal del AA debe participar activamente en todas las actividades del EAP, estando presente en las reuniones de equipo, conociendo todas las funciones y actividades de los demás profesionales, aportando su perspectiva y propuestas, y colaborando en la consecución de los objetivos del equipo.

A medio plazo el administrativo se integrará en la UBA, creándose mini-equipos de médico-enfermera-administrativo (también llamados UBA-3), en proporción máxima de 2-2-1. Se establecerá una ratio máxima de tarjeta sanitaria por administrativo

1.3. Cualificación profesional.

Se deben establecer planes de Formación Profesional Continua para que los profesionales en activo amplíen y/o mejoren sus competencias.

A medio plazo se debe crear la categoría profesional de “Administrativo Sanitario”, mediante la definición de su perfil profesional (basado en campo de conocimientos y habilidades propios).

1.4. Dotación de las Áreas Administrativas.

Debe adaptarse a las necesidades reales derivadas tanto de la demanda como de la cartera de servicios:

- Recursos materiales: número de líneas telefónicas acorde con el número de profesionales y con el número de llamadas entrantes previstas; espacios adecuados de trabajo que aseguren la privacidad de los ciudadanos (despachos, o, al menos, mesas individuales, y zona de espera).
- Recursos informáticos o funcionales: los necesarios para permitir el trabajo en red y en formato digital en su totalidad (100% “sin papeles”); agendas administrativas (para resolución de trámites administrativos al ciudadano, con cita previa); línea directa con las centrales de emergencias 061/112.
- Recursos humanos: ratio mínima de administrativos:UBAs de 1:2.

2. **Optimizar** la accesibilidad a la consulta del médico de familia mediante el **cribado de los motivos de consulta.**

La respuesta a la solicitud de cita por parte de AA se apoyará preferentemente en una gestión avanzada de la demanda, para lo cual, tras recabar del usuario la información necesaria, la

clasificará y citará, según protocolos previamente establecidos por el EAP, atendiendo a cuatro criterios:

- Motivo: problema de salud o trámite administrativo.
- Canal: presencial o no presencial (telefónica, videollamada, virtual)
- Profesional: se citará con el profesional cualificado más eficiente para resolverla (enfermera, pediatra, matrona, médico de familia, trabajador social, etc.)
- Temporalidad: en el día o varios días después.

Los sistemas de citación centralizada, páginas web o aplicaciones móviles incorporarán una clasificación de la demanda (basada en preguntas o algoritmos definidos previamente).

3. Mejorar la eficiencia en la gestión de la demanda mediante la implantación de modelos de consulta no presenciales.

Aquellos motivos de consulta que no precisen desplazamiento del paciente al Centro de Salud deben ser resueltos mediante la implantación de herramientas no presenciales de la mano de nuevas herramientas de tecnología de la información.

El nuevo modelo de gestión de agendas debe contemplar:

a) Citas presenciales:

- Solicitadas por el paciente por cualquiera de las vías
 - en el Centro
 - en el domicilio
- Indicadas por el profesional
 - en el Centro
 - en el domicilio

b) Citas no presenciales:

b.1. Citas telefónicas:

- Solicitadas por el paciente por cualquiera de las vías o generadas por los profesionales para contactar con el paciente
- Consultas administrativas/proactivas por parte del Centro de Salud

b.2. Consultas virtuales:

- Solicitadas por el paciente por cualquiera de las vías o generadas por los profesionales para contactar con el paciente

El número total de consultas de cada tipo deberán definirse de forma que no puedan ser ilimitadas cada día. El número de huecos de una agenda nominal objetivo no debe exceder de 35.

Se garantizará la autogestión de agendas de los equipos facilitando la adaptación necesaria del entorno urbano versus rural en base a las necesidades propias de cada equipo.

4. NO hacer aquellas tareas administrativas que sean innecesarias.

- I. No emitir justificantes médicos a posteriori para disculpar la ausencia de un usuario a algún compromiso.
- II. No emitir justificantes de ausencia de los menores al colegio o instituto.
- III. No emitir certificados médicos de aptitud requeridos para obtener permisos de uso de armas o de conducir, carnets para prácticas deportivas o reconocimientos para acceder a pruebas selectivas (policía, bombero, etc.).
- IV. No hacer certificados específicos para guarderías, enseñanza obligatoria, enseñanza de adultos, estudios en el extranjero, balnearios, gimnasios, actividades deportivas municipales, ni para minusvalías, ayuda domiciliaria o ingreso en residencias sociosanitarias.
- V. No cumplimentar ninguna derivación, solicitud de prueba complementaria o técnica, petición de traslado en ambulancia, ni solicitud de revisión en el mismo servicio instada por un profesional de atención hospitalaria o de urgencias, ni una nueva interconsulta en pacientes que solicitan un cambio de especialista hospitalario o una segunda opinión.
- VI. No hacer continuación de tratamientos prescritos por atención hospitalaria que no se consideran adecuados por el médico de familia.
- VII. No entregar el documento de consentimiento informado para pruebas solicitadas o realizadas por otros profesionales.
- VIII. No emitir recetas para vacunas incluidas dentro del calendario o de la campaña de vacunación para pacientes contemplados por el programa.
- IX. No facilitar datos clínicos a los familiares ni padres o tutores de pacientes mayores de 14 años, salvo que esté motivado por el interés del menor o para el cumplimiento de la patria potestad.
- X. No realizar reconocimientos forzosos a instancia de la policía, salvo orden judicial, en el caso de atención a pacientes detenidos. Siempre debe mediar el consentimiento del paciente.

5. Favorecer la proactividad del médico de familia.

El equipo de atención primaria debe garantizar una atención a la población de carácter proactivo, y la administración debe facilitar el cambio de paradigma mediante la asignación de los recursos necesarios para:

- Diseño de historias clínicas compartidas con soluciones de interoperabilidad
- Sistemas de «alertas» que avisen a los profesionales sobre determinadas situaciones: alergias medicamentosas o redundancias terapéuticas, ingreso y/o alta hospitalaria, Información de pruebas complementarias pendientes de ver.
- Herramientas de estratificación de la población en base a indicadores de utilidad.
- Listados de pacientes con necesidades especiales de atención médica y/o enfermera: pacientes crónicos, dependientes, inmovilizados, paliativos, salud mental, etc.