



**SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCIALUD**

*ATENCION PRIMARIA:
¿DESARROLLAR MODELO O CAMBIARLO
COMPLETAMENTE ?*

GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
 - 1.1. ¿HAY QUE CAMBIAR EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA O DESARROLLAR EL MODELO QUE NO SE LLEGÓ A TERMINAR?
 - 1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
 - 1.3. OPINIÓN DE LOS USUARIOS
 - 1.4. NUEVOS RETOS

2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
 - 2.1. CÓMO SE ORGANIZA UN CENTRO DE SALUD
 - 2.2. INFRAESTRUCTURAS
 - 2.3. PLANTILLA
 - 2.4. RETRIBUCIONES
 - 2.5. CARTERA DE SERVICIOS
 - 2.6. ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS
 - 2.7. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA
 - 2.8. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. TICS
 - 2.9. ALIANZAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
 - 2.10. ORIENTACIÓN COMUNITARIA
 - 2.11. INDICADORES

3. PROPUESTAS *SOCISALUD*
 - 3.1. NECESIDAD DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
 - 3.2. PRESUPUESTO
 - 3.3. DIFUSIÓN DEL VALOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
 - 3.4. HORARIOS.
 - 3.5. INFRAESTRUCTURAS
 - 3.6. GESTIÓN DE RECURSOS
 - 3.7. PLANTILLA
 - 3.8. DESBUROCRATIZACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO
 - 3.9. DESARROLLO Y ASIGNACIÓN DE TAREAS DE LOS PROFESIONALES
 - 3.10. REMUNERACIÓN
 - 3.11. CARTERA DE SERVICIOS. ATENCIÓN DOMICILIARIA
 - 3.12. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA
 - 3.13. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. TICS
 - 3.14. ORIENTACIÓN COMUNITARIA
 - 3.15. ALIANZAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
 - 3.16. CORRESPONSABILIDAD
 - 3.17. INDICADORES

4. BIBLIOGRAFÍA

5. AUTORES

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. ¿HAY QUE CAMBIAR EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA O DESARROLLAR EL MODELO QUE NO SE LLEGÓ A TERMINAR?

Esta es la pregunta que desde el **Grupo de Trabajo de Atención Primaria** de *Socisalud* nos planteamos para realizar una serie de propuestas de mejora, a partir del análisis de la realidad actual de este nivel asistencial y de sendos planes, el *Plan de Acción de Atención Primaria*¹, el *Plan Integral de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2022/2023*² y el *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*³. El análisis del momento actual de la Atención Primaria (AP) no pretende ser exhaustivo; sino que se centra en los aspectos menos conocidos del día a día de este nivel asistencial que son relevantes para sustentar las propuestas finales.

La oferta de servicios en salud debería ser el producto en el que confluyen las características demográficas y epidemiológicas de la población, el conocimiento y la opinión del nivel técnico y las necesidades percibidas por los individuos y colectivos destinatarios del servicio. El análisis de la percepción de las necesidades de salud desde la perspectiva del usuario es una dimensión que no siempre es debidamente considerada y que, desde luego, está poco presente en las estrategias y en la definición de los servicios. Se piensa, erróneamente, que lo que aportan los profesionales desde su experiencia se puede traducir sin más como necesidad de la población, lo que puede ser real en muchos casos; pero una necesidad no-sentida es difícil de ser percibida y de consolidarse.

Se presenta a continuación un documento de consenso que analiza la realidad junto a una mirada de futuro, entendiendo las necesidades reales y sentidas por los ciudadanos y los profesionales, y busca plantear una estrategia de despliegue de servicios de salud que den respuesta a estas necesidades, para convertirse en el modelo de Atención Primaria para el siglo XXI.

Si bien es cierto que se debe revisar el perfil de necesidades reales, sentidas y potenciales que presentan en la actualidad los usuarios, para plantear un modelo de abordaje con servicios bien dimensionados y ordenados, los autores de este documento sostenemos que el modelo de AP, diseñado e implantado en la segunda mitad de los años 80 del pasado siglo, hoy en día continúa siendo válido y vigente, siempre que se adapte y se desarrollen los elementos que se habían quedado congelados o marginados.

Algunos de estos elementos tienen que ver con:

- La falta de desarrollo de todas las capacidades diagnósticas y terapéuticas de los equipos de AP, tanto en la atención de adultos como infantil, facilitando el acceso protocolizado a diferentes herramientas y tecnologías.
- Infrautilización de las competencias de los y las enfermeras comunitarias para abordar las necesidades de cuidados de manera efectiva, como la gestión de casos, el entrenamiento en autocuidado tanto en domicilio como en el centro o la comunidad, orientación de los ciudadanos para que no enfermen, apoyo a las personas enfermas en su autogestión hasta el final de su vida, acompañamiento a sus cuidadores. Esta minusvaloración de su potencial ha limitado sus responsabilidades, su autonomía y ha invisibilizado su capacidad de diagnosticar y proporcionar cuidados

- La falta de reconocimiento del papel del equipo de AP sobre su capacidad de autogestión en situaciones de crisis, limitando el acceso a los recursos de manera autónoma para orientar a sus pacientes crónicos al profesional que necesitan en cada momento para conseguir, de esta manera, mantenerles en su hogar, seguros, con confort y bienestar.
- La escasa capacidad del equipo de AP sobre la supervisión de la seguridad en salud, de las coberturas de apoyo social a pacientes dependientes tanto en domicilio como en el ámbito residencial.
- La falta de reconocimiento por parte de los hospitales de la capacidad de los equipos de AP en la resolución de problemas asistenciales y en su seguimiento, lo que afecta a la continuidad asistencial como elemento de calidad y eficacia.
- La necesidad de una gestión de recursos humanos no incrementalista, sino flexible y adecuada al perfil de la población concreta, y a las incidencias propias de los derechos de los trabajadores que afectan al buen funcionamiento de los equipos.
- La falta de desarrollo de una estructura de abordaje de los problemas, estratificada y escalonada, donde cada profesional sanitario asume una responsabilidad propia en la resolución.
- La incorporación del trabajo por tareas al personal de enfermería en momentos de crisis y de campañas de vacunación, dificulta al profesional el seguimiento de los pacientes, generando aumento de espera en las citas y dificultando a la población el acceso a su enfermera.
- La insuficiente estructura de participación real de los ciudadanos en la gestión y toma de decisiones en este nivel asistencial.

Así pues, aunque el modelo está vigente, se debe dejar clara la importancia de que se desarrolle plenamente y que se adapte a las necesidades de la sociedad, de sus individuos y sus grupos específicos para desplegar unos servicios de salud sostenibles y acordes con el siglo XXI.

1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La Comunidad de Madrid es uniprovincial, con una superficie de 8.030 km². La población se concentra en el ámbito urbano, con una altísima densidad de población (839 habitantes/ Km²). La proporción de mujeres del 52% (3.508.410) se ha mantenido constante respecto al año 2019. Por grupos de edad, el mayor incremento se ha producido en el grupo de 45-64 años de edad.

La población mayoritariamente tiene nacionalidad española, representando los extranjeros el 14,4%, prácticamente sin variación respecto al año previo.

Según la información disponible en el Observatorio de Resultados de la Consejería de Sanidad en 2022, la población asignada en los respectivos centros de salud refleja los cambios demográficos de los últimos años en la Comunidad de Madrid. Los datos relativos al año 2020 muestran un importante descenso de la población total (90.196 personas), repartidas entre todos los tramos etarios. El llamativo descenso producido en el tramo de 0 a 2 años puede estar relacionado con la disminución de los nacimientos en 2020, y el de los adultos está relacionado mayoritariamente, con los efectos de la pandemia por SARS-CoV-2.

Según los datos de SIP-CIBELES (31/12/2020), la población con acceso a la asistencia sanitaria pública es de 6.762.246 personas. El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ha facilitado el acceso a la asistencia sanitaria pública a 109.803 personas extranjeras en situación irregular, lo que supone un incremento del 8,1% (8.273 más) respecto a 2019. La percepción general que los madrileños tienen de su salud es buena o muy buena en el 73,4% de los encuestados, aunque fue peor entre las mujeres (68% frente a un 77%).

En el *Informe de Salud* publicado en 2016, las principales causas de morbilidad atendida en AP estaban relacionadas con patología aguda (un 21,4% a infecciones respiratorias agudas superiores) o consultas referidas a problemas generales.

Durante el año 2020 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud las hospitalizaciones potencialmente evitables representaron el 10,55% de todos los episodios de ingreso, observándose un ligero descenso respecto a años anteriores. Así mismo, según el Observatorio de Resultados, algunos datos relativos a los determinantes en salud:

Prevalencia de determinantes de salud. Comunidad de Madrid				
	Hombres	Mujeres	Total	Año
Sobrepeso u obesidad en jóvenes	17,2	8,9	13,1	2017
Sobrepeso u obesidad en adultos	56,4	36,6	46,3	2017
Consumo de tabaco en jóvenes	7,5	7,8	7,7	2017
Consumo de tabaco en adultos	32,6	25,9	29,2	2017
Inactividad física en jóvenes	14,7	43,4	29,9	2017
Inactividad física en adultos	57,1	71,4	64,5	2017
Consumo de alcohol en jóvenes	2,2	4,2	3,3	2017
Consumo de alcohol en adultos	4,2	4,2	4,2	2017
Agregación de factores de riesgo (2 o más) en jóvenes	35,3	48,5	42,1	2017
Agregación de factores de riesgo (2 o más) en adultos	17,6	14,7	15,8	2017

	Hombres	Mujeres	Total	Año
Número total de Muertes	22.807	24.262	47.069	2017
Tasa Bruta de Mortalidad por 100 mil	732,0	715,3	723,3	2017
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad por 100 mil	266,5	149,5	206,1	2017
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	500,1	300,2	385,1	2017
Tasa Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	15.269,4	16.710,4	16.022,8	2017
Esperanza de vida al nacer, en años	81,86	86,85	84,54	2017
Esperanza de vida a la edad 65, en años	20,04	23,91	22,18	2017
Contribución a la esperanza de vida, en años (2012 - 2017)	1,019	0,577	0,784	2017
Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid				
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	282.052	298.956	581.008	2017
Años de Vida Perdidos	118.691	93.590	212.281	2017
Años Vividos con Discapacidad	163.361	205.366	368.727	2017

Los datos de actividad total, frecuentación y población atendida se han visto superados respecto a 2019 en Atención Primaria.

ATENCIÓN PRIMARIA	2019	2020	% Var 20-19
C. Medicina Familiar	25.835.932	26.469.961	2,45%
C. Pediatría	4.331.945	4.054.627	-6,40%
C. Enfermera	15.270.891	16.343.724	7,03%
COVID-19		1.101.333	
FRECUENTACIÓN			
Medicina Familiar	4,52	4,67	3,32%
Pediatría	4,11	3,98	-3,16%
Enfermería	2,25	2,45	8,89%
COVID-19		0,17	

Fuente: e-SOAP

El indicador de atención domiciliaria en 2020 del porcentaje de personas con dependencia grave o total (Índice de Barthel <60) con al menos una visita domiciliaria en el año es de 70,17%, lo que supone un incremento de 2,21% respecto al año anterior (67,96%). Indica mayoritariamente el trabajo de las enfermeras comunitarias durante la pandemia, y apunta la necesidad de consolidar el trabajo enfermero en el domicilio orientado a la población más vulnerable y a sus cuidadores.

Respecto a las UNIDADES DE APOYO

ATENCIÓN PRIMARIA	2019	2020	% Var 20-19
C. Bucodental	914.573	626040	-31,55%
C. Matronas	609.398	604.076	-0,87%
C. Trabajo Social	161.083	181.955	12,96%
C. Fisioterapia	171.199	99.422	-41,93%
ESAD: Domicilios	162.730	184.414	13,33%
Psicología Clínica	21.419	30.083	40,45%

1.3. OPINIÓN DE LOS USUARIOS

En relación con las necesidades percibidas y la experiencia de los pacientes, los niveles de satisfacción con los servicios sanitarios según las encuestas publicadas por el Observatorio se mantienen en la mayoría de las áreas por encima del 90%. En 2019 la satisfacción con la hospitalización fue del 92,6%, con la cirugía ambulatoria del 94,1%, con las consultas externas del 90,1% y con las urgencias una satisfacción del 81,9%.

El III Barómetro [EsCrónicos2019](#) (*Fundadeps*), muestra que el paciente asociado a una organización de pacientes tiene mejor estado de salud y consume un número menor de medicamentos que el no asociado, lo que puede ser reflejo del impacto de la educación sanitaria que llevan a cabo estas entidades. No hay duda de que este impacto también es fruto del trabajo de los equipos en Atención Primaria que desarrollan intervenciones educativas desde consejo, educación estructurada, estrategias de autocuidado, educación y capacitación individual y grupal.

Esto se alinea con la necesidad del entrenamiento de la capacidad de autogestión para mejorar la participación y la toma de decisiones con el ejercicio del rol de paciente activo y el trabajo realizado desde la [Escuela Madrileña de Salud](#) para la alfabetización en salud, una línea de colaboración entre centros de salud, asociaciones de pacientes y expertos en propuestas de valor, imprescindible para un futuro de empoderamiento del paciente, tal y como ha demostrado la Universidad de Stanford con su metodología.

Las mejoras que reclama la Plataforma de Organizaciones de Pacientes a través de las encuestas recogidas señalan como prioridades:

- Reducir de los tiempos de espera para citas: 54%
- Mejorar el acceso a los especialistas: 45%
- Mejorar la comunicación con el personal sanitario: 31%
- Conseguir la igualdad en el acceso a la asistencia en las CCAA: 29%
- Facilitar el acceso a los tratamientos: el 23% considera que no recibe un tratamiento adecuado a su enfermedad

1.4. NUEVOS RETOS

Madrid invierte en Atención Primaria un 11% mientras la media de las CCAA es un 14% y la recomendación de la OMS es un 25% del PIB. En euros por habitante está también a la cola del resto de CCAA. La mejora de la AP conlleva necesariamente un aumento de la dotación presupuestaria. **Reconocer esta infr FINANCIACIÓN mantenida** es necesario para hacer los cambios pertinentes para llegar a un aumento progresivo.

La sociedad del siglo XXI está cambiando y existen nuevas realidades que afectan a la Atención Primaria:

- El cambio en el perfil epidemiológico: envejecimiento y cronicidad
- El nuevo enfoque para abordar la crianza y el descenso de la natalidad, así como el aumento de la edad de los progenitores.
- Los movimientos migratorios
- Las nuevas opciones para abordar el final de la vida
- El uso masivo de las tecnologías de la comunicación

Las soluciones que se propongan tendrán que considerar como elementos claves de la reforma de la AP al menos los siguientes aspectos:

- El reconocimiento social e institucional de las capacidades de los médicos y las enfermeras de Atención Primaria para resolver y seguir adecuadamente problemas de salud, para prevenir su aparición o disminuir o paliar su impacto en la calidad de vida y la salud.
- El reconocimiento del Equipo de Atención Primaria como la esencia del modelo de trabajo, incorporando los perfiles profesionales que las necesidades vayan determinando.
- Los ciudadanos y las ciudadanas desean tomar decisiones, requieren sentirse acompañados en sus procesos por los profesionales que eligen libremente de forma acorde con la ley.
- El trabajo de manera estrecha con la comunidad desarrollando la participación comunitaria.
- La mejora de la accesibilidad en AP en el más amplio sentido de este concepto.
- Una mayor formación de los usuarios del sistema sanitario, con desarrollo de las capacidades de las personas y comunidades en la generación y cuidado de la salud, así como en el uso sostenible del sistema.
- La necesidad de optimización de los recursos, siempre limitados, mediante una toma de decisiones participada.
- Detener el deterioro del Sistema Sanitario, la saturación de los Centros de Salud y el agotamiento del personal sanitario.

2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

2.1. CÓMO SE ORGANIZA UN CENTRO DE SALUD.

Los centros están dirigidos por un director/a de centro. En este momento los nombramientos son provisionales. Tiene establecidas normativamente una serie de responsabilidades en relación con la gestión del día a día del centro, propuesta de contratación de suplentes, organización de agendas, gestión de reclamaciones... a cambio de lo cual percibe una remuneración adicional que ronda los 300 euros mensuales. Dispone de un presupuesto específico para suplencias propias, de modo que pueda liberarse de un número de horas de consulta dependiendo del tamaño del centro, para realizar labores de gestión.

Junto a él formando la comisión directiva hay un responsable de enfermería y un jefe de equipo de la unidad administrativa, que sí tienen nombramiento oficial y remuneración específica; sin embargo, estas figuras están pendientes de un desarrollo normativo específico que defina sus funciones. En los casos en que falte alguna de las figuras se hace cargo de la función un miembro de la Dirección Asistencial.

Dentro de los centros existen responsables y comisiones encargadas de forma monográfica de una tarea específica y de las que forman parte todos los perfiles profesionales necesarios. No tienen remuneración específica ni disponen de liberación de tiempo para las funciones atribuidas. Así, existen responsables y comisiones de farmacia, calidad, docencia e investigación, salud comunitaria, régimen interno, cuidados, gestión del cambio, dolor, COVID, continuidad asistencial (relación con el hospital de referencia) y otras en función de líneas estratégicas de la gerencia, consejería y proyectos específicos.

La participación de la ciudadanía en este momento es vehiculada mediante el circuito de reclamaciones, con la posibilidad de solicitar entrevista con el equipo directivo y la participación en procesos comunitarios en los centros que participan de ellos.

Existe libre elección de médico de familia, de pediatra y de enfermera comunitaria de manera independiente en toda la Comunidad de Madrid, reconocido como un derecho del ciudadano.

La distribución del tiempo en el día a día de un centro de salud es de la siguiente manera, con variaciones locales:

- Una hora de tiempo compartido con el resto del equipo (todos los perfiles profesionales la tienen) que se dedica a reuniones de equipo, comisiones, a docencia/investigación.
- Una hora de gestión de labores asistenciales no agendadas: revisión de medicación, o de bajas laborales, de pruebas complementarias pendientes, de planes de cuidados, de informes externos o revisión de casos médico/enfermera.
- Profesionales asistenciales: 5 horas de consulta en las que se combinan citas a demanda (solicitadas por el paciente), programadas (acordadas entre paciente y profesional) y *no-demorables*. Todas esas citas pueden desarrollarse en el centro de salud o bien atención domiciliaria en el lugar de residencia del paciente.

- Las consultas *no-demorables* se intercalan y superponen a la actividad asistencial programada y a demanda. Si no se pueden agendar porque no exista un hueco disponible, y el paciente insiste en no poder esperar hasta la primera cita disponible, se le atiende igual, en detrimento del tiempo disponible para la atención al resto de usuarios citados.
- Profesionales no asistenciales (administrativos y celadores) realizan sus tareas propias, algunas de las cuales pueden repartirse de forma rotatoria entre los miembros del equipo (atención telefónica frente a atención presencial, por ejemplo).

Todos los profesionales pueden disponer en su agenda de tiempo para hacer talleres o charlas educación para la salud o actividades comunitarias (tanto en el centro como fuera de él), para lo que se bloquea la agenda para evitar que en esos momentos se agenden citas de pacientes individuales.

Los pacientes no-demorables (“urgencias”) de Atención Primaria se gestionan de la siguiente manera:

- Dentro del horario del centro de salud los atiende el profesional de referencia siempre que sea posible o con quien sea designado para ello, como se explicó arriba.
- Fuera del horario del centro de salud, en los lugares en que hay SAR (servicios de Atención Rural) los atiende este dispositivo, que es dependiente de la gerencia de Atención Primaria y tiene la misma dotación de un centro de salud en cuanto a medios, y en plantilla tiene médicos, enfermeros y celadores.

Recientemente se ha modificado la estructura y dependencia de los SUAP (Servicios de Urgencias de AP), que formaban parte del SUMMA y ahora de Atención Primaria. Dan servicio de urgencia extrahospitalaria en horario nocturno y durante los sábados y festivos en áreas de la Comunidad de Madrid, como alternativa a la urgencia hospitalaria. En este momento la situación es de apertura parcial, con centros sin los suficientes recursos humanos por las dificultades para dotarlos, lo que origina disfunciones asistenciales como la falta de médicos en muchos equipos.

2.2 INFRAESTRUCTURAS

Los centros de salud y los consultorios locales dan el soporte físico a la mayor parte de las actividades del equipo de atención primaria. En el momento actual existen deficiencias de espacios y de mantenimiento, debidos a la dependencia de empresas externas heterogéneas y por el retraso del Plan de Mejora de AP que comprometía la construcción de nuevos centros y reparaciones en los existentes. Se dispone de un sistema de gestión de vehículos para el desplazamiento a los domicilios.

2.3. PLANTILLA

En este momento los perfiles profesionales que trabajan en un equipo de centro de salud son:

- Personal no sanitario: Auxiliares administrativos, celadores
- Personal sanitario: Técnicos medios en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), enfermeras y matronas, médicos de familia, pediatras.

- Unidades específicas. Atienden programas específicos de salud, dentro de la visión integral de la persona de AP. Hay trabajadores sociales, unidades de salud bucodental (odontólogos e higienistas dentales), fisioterapeutas y psicólogos
- ESAD (Equipos de Soporte en domicilio) que se encargan del apoyo al cuidado coordinado de pacientes que requieren cuidados paliativos de complejidad. Existen 11 ESAD en Madrid dependientes de Atención Primaria.

Desde el mes de diciembre de 2022 es posible para cada trabajador del SERMAS digitalizar sus méritos laborales y académicos (Registro Electrónico de Méritos de la Comunidad de Madrid), creando un expediente virtual, para acelerar y simplificar los procesos de baremación y concursos de méritos.

2.4. RETRIBUCIONES

El pago de la nómina depende de las tarjetas que cada cupo tiene asignadas, hasta hace unos meses sólo en medicina y pediatría de forma individual y en enfermería de forma genérica dentro del centro y turno. Ahora se está poniendo en marcha el pago por número de tarjetas asignadas al profesional en todos los perfiles profesionales que tienen población asignada de forma específica (quedan excluidos administrativos, celadores, y TCAE)

Se paga también desde 2022 un complemento por población atendida si el centro atiende a más del 85% de la población asignada y otro de ruralidad en 33 centros de salud (en función de cercanía a hospital y red viaria)

En 2023 las enfermeras percibirán un complemento por atención en el domicilio.

En Madrid hasta hace poco sólo cobraba carrera profesional el personal fijo, pese a estar firmado acuerdo para que lo cobrasen los interinos, que no comenzaron a cobrarla hasta noviembre 2022. El personal eventual lo comenzará a cobrar en enero de 2023, si se cumple el compromiso.

2.5. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera general es común al SNS⁴ y en el SERMAS está desgranada de forma operativa para su seguimiento y adecuación a la calidad científico-técnica en los servicios estandarizados que se priorizan en función de criterios científico-técnicos y a los que se asignan criterios de buena atención. Hay servicios individuales, grupales y de atención a la comunidad, recogidos en la *Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid (2021)*⁵. Hay servicios cuyo criterio de inclusión es una determinada patología y otros que son características de la persona o etapa vital.

La cartera de servicios incluye la atención sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo, la prescripción y realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, rehabilitación básica, actividades preventivas, de promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria, información y vigilancia en la protección de la salud. Se desarrolla en servicios específicos relativos a grupos de edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos:

- Atención a la infancia
- Atención a la adolescencia
- Atención a la mujer
- Atención al adulto
- Atención a las personas mayores
- Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada
- Atención a la salud bucodental.

La mayor parte de las actividades tienen lugar en el centro de salud. Sin embargo, una parte de la actividad tiene lugar en el ámbito comunitario (centros educativos, espacios de ocio...) y en el hogar del propio paciente. El domicilio es el ámbito esencial de asistencia de los pacientes crónicos complejos y de los inmovilizados. Ha quedado relegado en la Cartera de Servicios, planteando que se trata del mero *lugar de atención*, valoración en la que hay debate. La atención en el domicilio es fundamental para promover la capacidad de autocuidado, a través de la valoración que las enfermeras comunitarias realizan en el entorno próximo del paciente y la necesidad de la observación de la dinámica de la unidad familiar, para evaluar la capacidad de cuidar de uno de sus miembros.

2.6. ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS y TRATAMIENTOS

La capacidad resolutoria de la AP depende por un lado del tiempo disponible para la atención de los procesos de salud de los pacientes y, por otro, del acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos. En este momento existen pruebas complementarias no accesibles a atención primaria de manera generalizada, ni siquiera en determinadas condiciones protocolizadas; lo que contrasta con el acceso indiscriminado a las mismas pruebas desde atención hospitalaria.

Por ejemplo, un residente de pediatría durante una rotación hospitalaria puede tener acceso a solicitar determinadas pruebas que un pediatra de atención primaria que atiende al mismo niño no puede. En relación con los tratamientos, hay prescripciones que están vetadas a los médicos de familia y requieren la prescripción por especialistas hospitalarios para obtener el sello de inspección; sin embargo, cuando se trata de renovar ese mismo tratamiento crónico (pura burocracia), la tarea sí puede hacerla el médico de AP.

Para que el sistema sanitario sea sostenible, la AP debe abordar los problemas que se le presentan, dejando para el ámbito hospitalario sólo aquello que no pueda atender por su gravedad o complejidad, asegurando la eficiencia de la atención en el primer nivel.

2.7. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

El sistema informático de AP es ágil; pero no lo es tanto en la conexión con los diferentes aplicativos que tiene para la gestión de bajas laborales, prescripciones o visualización de pruebas complementarias. El módulo de prescripción tiene en su diseño la posibilidad de comunicación con la farmacia comunitaria; sin embargo, en la práctica no funciona, por lo que se debe recurrir al teléfono, con la disfuncionalidad que eso produce.

También hay trabas a la hora de acceder a determinados informes y pruebas realizadas en el medio hospitalario. La aplicación *Horus* es poco ágil y los hospitales más antiguos no tienen actualizados sus informes, lo que dificulta el acceso, especialmente cuando no es el hospital de referencia.

El acceso de los pacientes a su historia clínica electrónica aún es residual, debido a las trabas de seguridad (certificado electrónico) que limitan su uso generalizado. La Historia de Salud Digital aún no incluye los condicionantes sociales y de contexto familiar de los/las pacientes, para favorecer un abordaje biopsicosocial.

2.8. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS)

Los profesionales sanitarios tienen acceso a los programas necesarios para su labor asistencial de forma segura. No están suficientemente desarrollados algunos sistemas de comunicación con los pacientes, como la teleconsulta por video, y se sigue utilizando el sistema telefónico.

La comunicación asincrónica mediante correo electrónico ha comenzado a desarrollarse mediante la consulta on-line, de forma que el médico o la enfermera reciben la comunicación dentro del propio programa de AP-Madrid. Este es un camino para seguir explorando.

El sistema de e-consulta recientemente implementado permite un procedimiento estructurado de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes, incluso con imágenes asociadas; si bien falla a la hora de permitir la interacción y el *feedback* del profesional de atención primaria.

2.9. ALIANZAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La participación comunitaria es una de las señas de identidad de la AP. Los centros de salud son impulsores de salud en el seno de las comunidades a las que atienden.

La participación en este momento es vehiculada a través del circuito de reclamaciones, la posibilidad de solicitar entrevista con el equipo directivo y la participación en procesos comunitarios en los centros que participan de ellos. Se está desarrollando una encuesta a los usuarios del sistema para identificar mejoras.

Los órganos de participación de los usuarios (consejos y mesas de salud) están escasamente desarrollados, ya que en muy pocas zonas de salud están constituidos y son operativos con actividad real. Estos foros deberían ser espacios en los que ciudadanía, administración y

técnicos sean capaces de hacer diagnósticos de la situación, priorizar y establecer procesos en los que la comunidad adquiera mejores cotas de salud.

La colaboración y las alianzas con otras instituciones públicas, como las administraciones municipales, o privadas, como las organizaciones vecinales, es testimonial en muchas áreas.

2.10. ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Se percibe en los centros que falta incorporar una visión comunitaria a la atención primaria, debido a que la actividad asistencial directa ocupa gran parte de los recursos humanos y de tiempo.

Se trata de intervenciones que se desarrollan de forma puntual con distintos grupos de la comunidad, dirigidas a informar, sensibilizar y/o dinamizar a la comunidad en el cuidado de su salud, bienestar social y/o calidad de vida.

En otras ocasiones son intervenciones estables en el tiempo que se desarrollan con distintos grupos de la comunidad dirigidas a influir en la organización de los servicios, con el fin de mejorar la gestión de los recursos para el abordaje de problemas de salud en diferentes ámbitos (sanitario, educativo, social, etc.).

Se desarrollan tanto en el propio centro de salud como en otros ámbitos de la comunidad (escolar, organizaciones, centros municipales), y dependen del interés personal de los profesionales y la contraparte comunitaria.

En este momento la aplicación de educación para la salud que utiliza el sistema de AP en Madrid sólo es visible desde dentro de AP, lo que restringe las opciones de compartir experiencias e información.

2.11. INDICADORES

Los indicadores de AP presentan resultados generales de la actividad y la asistencia sanitaria de los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Los indicadores⁶ recogen datos generales de actividad, así como indicadores clave de efectividad clínica y seguridad del paciente, eficiencia, atención al paciente y docencia e investigación.

A menudo los datos escogidos para evaluar se alejan de las necesidades de información de los profesionales para mejorar la asistencia.

3. PROPUESTAS DE SOCISALUD

3.1. REALIZAR UN ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- Realizar un análisis de la realidad de la AP en Madrid, participado, con la participación de la Administración, gestores, técnicos, profesionales y ciudadanía, identificando las fortalezas, puntos de encuentro para la acción, debilidades y áreas de mejora
- Contar con la participación de los ciudadanos/as (como usuarios y pacientes) en cualquier análisis y propuesta, como protagonistas desde el inicio de los nuevos proyectos
- Incluir entre los elementos a analizar, con porcentajes por tramos etarios:
 - Modos de acceso a diferentes tipos de cita con distintos profesionales
 - Acceso de la población de las herramientas disponibles sobre cuidados de la salud: Escuela de Salud, web de AP, documento de desburocratización, Mi carpeta de salud, app de cita previa, Mi carpeta de salud...

3.2. PRESUPUESTO

- Incrementar progresivamente la inversión en atención sanitaria, repartiendo el aumento $\frac{2}{3}$ en atención primaria y $\frac{1}{3}$ en hospitalaria.
- Aumentar así de forma progresiva el porcentaje de presupuesto en AP, situando a la Comunidad por encima de la media de todas las CCAA en un plazo menor de cinco años, en torno al 16-18% del PIB.

3.3. DIFUSIÓN DEL VALOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Diseñar una estrategia de comunicación centrada “Qué hace la AP por ti y qué más puede hacer la AP por ti” empleando para ello las técnicas de marketing, canales de comunicación adecuados orientados a los ciudadanos
- Poner en valor la labor de los diferentes profesionales del Equipo de Atención Primaria, dando a conocer su quehacer diario, con el objeto de reducir las agresiones verbales y físicas en creciente aumento.
- Difundir los recursos online disponibles desde la Consejería:
 - [Escuela Madrileña de Salud \(Comunidad de Madrid\)](#)
 - [Gerencia Asistencial de Atención Primaria | Atención Primaria \(Comunidad. Madrid\)](#)
 - [Mi Carpeta de Salud | Comunidad de Madrid](#)

3.4. HORARIOS

- Evitar los horarios “extremos” (8-21h ó 8-15h) concretando un modelo “intermedio” en el que quede separado claramente el horario de Asistencia Sanitaria Ordinaria de AP (consulta a demanda y programadas), del horario de Atención Urgente en AP.

- Promover los turnos deslizantes que garanticen la accesibilidad a una asistencia vespertina adaptada a las necesidades de la población, la conciliación de la vida familiar de los profesionales y una AP de calidad, priorizando los perfiles profesionales más deficitarios (pediatría es un claro ejemplo).
- Incluir un tiempo de consulta telefónica/telemática como nueva modalidad de atención con su horario específico.
- Aprovechar las tecnologías de la información para optimizar los espacios de los centros de salud, cuando no sea posible tener un despacho para cada profesional, contemplando la opción del teletrabajo
- Cubrir la urgencia extrahospitalaria con dotación suficiente de profesionales de AP, medios técnicos y remuneración suficiente.

3.5 INFRAESTRUCTURAS

- Mejorar el diseño y distribución de los centros de salud existentes
- Construir nuevos centros en función de las necesidades de la ciudadanía y profesionales, con perspectiva de sostenibilidad y equidad en su utilización.
- Promover entornos adaptados a personas vulnerables, por edad, privación y limitación funcional.
- Prestar atención a la humanización del diseño del centro y de los alrededores: zona infantil o amigable con la infancia en salas de espera, sala de lactancia, marquesinas, zonas verdes, aparcamiento o accesibilidad desde transporte público.
- Proveer de consultas para todos los profesionales, sala de juntas, aula de formación, salas de técnicas dotadas de forma adecuada, biblioteca, salas específicas para las unidades específicas (odontología, trabajo social, matronas y fisioterapeutas).

3.6. GESTIÓN DE RECURSOS

- Permitir la autonomía de gestión de los recursos, garantizando la equidad entre zonas, y evitando las desigualdades entre los centros de salud.
- Dotar del material necesario para cubrir la cartera de servicios y las líneas estratégicas: ecógrafos, dermatoscopios, material de curas y apósitos, material de oficina, ofimática...

3.7. PLANTILLA. RECURSOS HUMANOS

- Dimensionar la plantilla de los perfiles profesionales ya existentes con las necesidades de cada población
- La falta de profesionales en las plazas de pediatría de Atención Primaria es del 27%, según datos de la propia Consejería de Sanidad. Esta situación se agrava por la

renuncia de pediatras en las sucesivas convocatorias públicas de empleo y la escasa incorporación de residentes de pediatría a esas plazas vacantes. La sobrecarga actual ha sido descrita en muchas ocasiones por sindicatos y sociedades científicas, generando múltiples conflictos. De manera similar ocurre con la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Las convocatorias de huelgas de médicos revelan la tensa situación entre los gestores sanitarios y los trabajadores.

- Valorar la inclusión de nuevos perfiles profesionales para desarrollar la cartera de servicios en función de las necesidades de la población.
- Desarrollar y promocionar la figura del administrativo de salud, profesionalizando el papel de las unidades de atención al usuario
- Incorporar y definir las funciones del psicólogo de atención primaria como un nuevo profesional en el equipo.
- Considerar la incorporación de especialistas en nutrición y dietética
- Promover el reconocimiento y contratación de las enfermeras especialistas en familiar y comunitaria y enfermeras especialistas en enfermería pediátrica.
- Implementar las competencias de la enfermería con el desarrollo normativo que estimule su autonomía en el desarrollo de las mismas, como la prescripción enfermera
- Permitir el acceso continuado a los puestos de trabajo (bolsa), mediante concurso abierto y permanente, con cobertura estable de las plazas.
- Modernizar los departamentos de Recursos Humanos con el objeto de atraer perfiles profesionales con alta demanda y escasa oferta (pediatras, médicos de familia...) , facilitando los procedimientos de contratación y la conciliación familiar, para atraer y retener el talento.

3.8. DESBUROCRATIZACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO

- Revisar las actividades burocráticas, eliminando las que no sean necesarias y no aporten valor
- Derivar la actividad administrativa que pueda gestionarse en otros ámbitos, asumiendo sólo la imprescindible no derivable
- Terminar con las ineficiencias informáticas.
- Optimizar el procedimiento de gestión de bajas laborales, remitiendo al ámbito hospitalario la gestión de las incapacidades que allí se controlan
- Repartir al médico o enfermera la emisión de informes de salud para la determinación de la discapacidad y la dependencia, en función del objetivo del informe.

3.9. DESARROLLO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES

- Desarrollar un catálogo de pruebas diagnósticas y tratamientos acorde para aprovechar al máximo la competencia de los profesionales de AP.
- Topar a un número máximo de pacientes atendidos (32-35 en MF y 21-24 en pediatría, por ejemplo) por profesional y día

- Destinar de forma exclusiva a un médico/enfermera a la atención de urgencias en el horario de apertura del centro, cuando sea necesario en función del tamaño y presión asistencial del centro.
- Desarrollar las competencias enfermeras con regulación normativa que les permita autonomía de actuación y asunción de responsabilidades, como la prescripción enfermera acorde a sus competencias (prescripción de material sanitario y fármacos en proceso protocolizados)
- Priorizar los procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y material sanitario por las enfermeras, mediante protocolos basados en la evidencia y la práctica clínica, que permita a la enfermería comunitaria indicar y administrar medicación.
- Difundir el papel de la enfermera como primer profesional en el contacto con el sistema de salud, con capacidad para coordinar o derivar a otros profesionales.
- Dar formación específica en Pediatría y Puericultura a todos los profesionales de atención primaria.
- Favorecer la contratación de enfermeras especialistas en Pediatría, en su defecto con formación específica en atención pediátrica.
- Promover el liderazgo de enfermería de Atención Primaria en la atención domiciliaria.
- Reforzar la promoción de salud y prevención en cada uno de los contactos del usuario o su familia con el sistema, como base de la identidad de AP
- Establecer vías de coordinación entre AP y hospitalaria para los procesos más prevalentes.
- Crear la figura del *equipo de coordinación de pacientes complejos* en cada centro de salud, como referente para la gestión, sin perder la longitudinalidad con sus profesionales de referencia.
- Profesionalizar las unidades de atención al usuario constituidas por administrativos especializados en el ámbito de la salud

3.10. RETRIBUCIONES

- Contemplar la complejidad de los pacientes en las retribuciones, reconociendo la dificultad de desempeño en determinadas plazas y centros de salud.
- Desarrollar programas con referentes (de cuidados, de salud comunitaria...) en los centros de salud, con responsabilidades de formación (a sí mismos y al equipo) y de gestión, que serán reconocidos y remunerados convenientemente.
- Ofrecer contratos atractivos de larga duración y con opciones de conciliación familiar, a los residentes de Medicina y Enfermería de familia y comunitaria y a los de pediatría recién egresados.

3.11. CARTERA DE SERVICIOS. ATENCIÓN DOMICILIARIA

- Realizar seguimiento proactivo de los servicios de cartera, con tiempo suficiente para la revisión de los criterios de buena atención, adecuados a cada persona, grupo o comunidad.

- Dar a conocer la actividad domiciliaria para que sea valorada por la ciudadanía.
- Añadir a la cartera financiada el tratamiento ortopédico, las gafas y audífonos
- Dedicar tiempo y esfuerzo a la promoción de la salud: alimentación saludable, alcohol, tabaco, uso responsable de la medicación
- Ampliar la cobertura de salud bucodental.
- Reforzar el papel de la atención primaria en la provisión de la atención al final de la vida y cuidados paliativos, tanto mediante recursos propios como coordinando los recursos de apoyo disponibles.
- Atender la urgencia extrahospitalaria con recursos de Atención Primaria, con suficiente dotación de plantilla, remuneración y medios adecuados.

3.12. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- Dotar de un sistema ágil, accesible a todos los profesionales que atienden al paciente.
- Permitir el acceso completo a la historia clínica de atención especializada desde la atención primaria, y viceversa; especialmente pruebas analíticas, radiológicas, medicación, bajas laborales e informes de alta, usando si es posible una aplicación unificada para todos los ámbitos asistenciales
- Terminar con las ineficiencias informáticas y dificultades en la comunicación.
- Facilitar también el acceso de pacientes y familiares debidamente acreditados a la historia clínica digital, balanceando accesibilidad y confidencialidad de los datos

3.13. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. TICS

- Reservar un tiempo de consulta para realizar actividad asistencial a distancia; garantizando que durante este periodo no serán interrumpidos por actividades presenciales. Esta actividad será pactada con los usuarios, que podrán optar por ella en vez de la presencial.
- Dotar con medios tecnológicos adecuados para esta tarea: videocámaras, teléfonos manos-libres, teléfonos con *WhatsApp*, etc.
- Integrar e interconectar la información derivada de los contactos telemáticos en una historia clínica única: registros, automedidas, imágenes, correos electrónicos...
- Promover el acceso de los pacientes, debidamente identificados, a su historia clínica, tanto para consultarla como para incorporar datos objetivos, garantizando la seguridad y confidencialidad
- Facilitar que las aplicaciones de registros del paciente (internet de las cosas) se incorporen a la Historia Clínica del paciente, con su consentimiento
- Computar los contactos telemáticos de forma automatizada, utilizando la información para una adecuada gestión de los recursos
- Desarrollar sistemas de alertas y avisos: plazos para actividades preventivas, alertas por interacciones de medicamentos, alertas por alergias...
- Eliminar el papel en solicitud de pruebas, derivaciones, documentos de incapacidad temporal, informes de dependencia... sustituyéndolo por comunicación por correo electrónico o SMS a pacientes

- Promover con carácter voluntario el teletrabajo de los profesionales, incentivando y dotándolo con medios técnicos suficientes.
- Recopilar en un “*cuaderno de mejora individual*” de acceso fácil y rápido los datos de explotación fusionados de las diferentes aplicaciones (eSOAP, Consultaweb, Farmaweb), donde se visualice en tiempo real los puntos fuertes y áreas de mejora de cada profesional.

3.14. ORIENTACIÓN COMUNITARIA.

- Potenciar la relación con los diferentes activos y recursos de salud de las zonas, así como la formación en los equipos.
- Coordinarse y fomentar espacios de colaboración con Servicios Sociales, Servicios de Dependencia, Atención al mayor y a la discapacidad...
- Promover el papel de la farmacia comunitaria como activo en sí misma y las posibilidades que ofrece de manera cooperativa con el equipo para la promoción de la salud, la seguridad del paciente, adherencia terapéutica, identificación de interacciones o errores de medicación, dentro de las competencias que le son propias y sin desvío de fondos desde el sistema de salud.
- Promover el modelo de enfermería comunitaria coordinada con el entorno escolar y comunitario, como modalidad de enfermera de práctica avanzada en coordinación con AP, en centros escolares con personas con necesidades asistenciales específicas por enfermedad; de modo que reciban una primera asistencia de un profesional próximo.
- Recopilar en la Historia de Salud digital listados de recomendaciones y recursos comunitarios para dar a conocer recursos que generen salud, bienestar y vínculos en la comunidad. Por ejemplo, el mapa de recursos *Localiza Salud* o el de la alianza de *Salud Comunitaria*.
- Fomentar la orientación comunitaria en el ejercicio dentro de la propia consulta, en los grupos y participar en los procesos comunitarios.
- Fomentar la relación con los diferentes agentes de salud.
- Promover a nivel comunitario la cultura de la lactancia materna, alineándose con la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN)

3.15. ALIANZAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Establecer alianzas con los diferentes ámbitos en que se desarrolla la AP: comunidad, ciudadanía, hospitales, ámbito social, dentro del marco centralizado recogido en las líneas estratégicas de la Consejería y la Gerencia de AP
- Permitir la autogestión de las alianzas desde el centro con las contrapartes locales, minimizando la burocracia y colaborando con entidades y corporaciones locales, para aprovechar recursos (centros deportivos, formación...), experiencias y desarrollar sinergias entre las administraciones, haciendo especial hincapié en el ámbito rural.
- Coordinarse con las residencias públicas y privadas tanto en la asistencia como en las actividades de promoción y prevención

- Establecer una coordinación de trabajo con la Federación Madrileña de Municipios (FMM), Red de Ciudades Saludables y Red Municipal de Salud, en los ámbitos de salud comunitaria, promoción de la salud, prevención y salud pública.
- Articular las diferentes iniciativas que, desde la sociedad civil madrileña, elaboran un mapa de asociaciones y actuaciones para conocer y apoyar su desarrollo, necesidades y actuaciones.
- Promover estructuras y mecanismos de coordinación entre los Centros de Salud y las estructuras participativas de salud comunitaria en su área de demarcación.
- Impulsar en el seno de las comunidades la participación a través de comités de pacientes, consejos o mesas de salud, a nivel de barrio, distrito o municipio, con participación de ciudadanía, administración y técnicos, para realizar diagnósticos, priorizar y establecer procesos para mejorar la salud.
- Crear un *Observatorio de la Salud* como elemento de confluencia de los profesionales, ciudadanía y la propia Administración Sanitaria
- Incluir en las comisiones de participación en los hospitales madrileños, profesionales de los equipos de Atención Primaria
- Potenciar la Escuela Madrileña de Salud, que en este momento funciona con profesionales voluntarios.

3.16. CORRESPONSABILIDAD

La sociedad madrileña desea una AP que responda a sus necesidades; sentirla como propia es fundamental para su mejor funcionamiento. Debe atender tanto a población desfavorecida como a capas sociales más acomodadas, para ello se debe fomentar una *corresponsabilidad* de la ciudadanía en su funcionamiento a través de las siguientes propuestas:

- Promover el buen uso del sistema y del adecuado uso de los sistemas de citas, por ejemplo, evitando los abusos en el uso de los servicios de urgencia
- Mejorar la accesibilidad y el buen uso de los recursos como alianza para garantizar la mejora continua.
- Desarrollar estrategias de formación e información a la ciudadanía del valor de la Atención Primaria y los recursos disponibles.
- Difundir a la ciudadanía el papel de la enfermera como primer profesional en el contacto con el sistema de salud, con capacidad para coordinar o derivar con otros profesionales del centro.

3.17 INDICADORES

- Diseñar, acordar y publicitar indicadores de evaluación de todo proyecto
- Utilizar los indicadores que del Plan de Acción de Atención Primaria¹
- Medir la participación de profesionales y ciudadanía en el análisis de partida, el diseño y la puesta en marcha de cada uno de los nuevos proyectos.

4-BIBLIOGRAFÍA:

[Plan de Acción de Atención Primaria.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

[Plan Integral de Mejora de Atención Primaria | Atención Primaria \(comunidad.madrid\)](#)

[Marco Estratégico Atención Primaria y Comunitaria 25 de abril 2019.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)

[Ministerio de Sanidad - Profesionales - CS-AtencionPrimaria](#) Cartera de servicios en Atención Primaria.

[Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021](#)

[Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud 2020.](#)

[COMPONENTE 18 \(lamoncloa.gob.es\)](#)

Atención pediátrica de Atención Primaria. Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid. Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Comunidad de Madrid. 2018

5-AUTORES:

Concha Herranz Calvo

Médica de Familia y Comunitaria
Centro de Salud GENERAL RICARDOS, Madrid
Sindicalista liberada en UGT
Miembro del Programa de Actividades Comunitarias en AP en Semfyc
Miembro de la Mesa de Atención Primaria del Colegio de Médicos de Madrid

José María Antón

Médico de Familia y Comunitaria
ExViceconsejero de Humanización en la Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
Representante de CIUDADANOS

Fernando León Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud SAN JUAN DE LA CRUZ, Pozuelo de Alarcón
Miembro de Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Carmen Valdés y Llorca

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud FUENCARRAL Dirección Asistencial Norte (SERMAS, Madrid) Comité Científico del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT)
Miembro del Comité Asesor de la Cátedra de Adherencia de la Universidad Miguel Hernández (UMH)

Rocío Hidalgo

Enfermera de Atención Primaria
Centro de Salud SEGOVIA, Madrid

Lucía Villegas

Jubilada
Especialista en Políticas Sociales
Vocal del Consejo Municipal de Mayores de Rivas Vaciamadrid

Carmen Ferrer Arnedo

Especialista en Gestión Sanitaria
Jefe de Servicio de Atención al Paciente Hospital Central Cruz Roja
Ex Directora Gerente del Área 9 de AP

Adolfo García Ortega

Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD)
Presidente de Plataforma de Afectados por Hepatitis C de la Comunidad de Madrid (PLAFHC Madrid)



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD
Sociedad Civil por la Salud

www.sociedadcivilsalud.org

Calle Villajimena, 85. 1º 4 . 28032 - Madrid

Tfnos: 91 144 97 89; 618 769 609.

secretaria@sociedadcivilsalud.com

MADRID, MARZO 20223