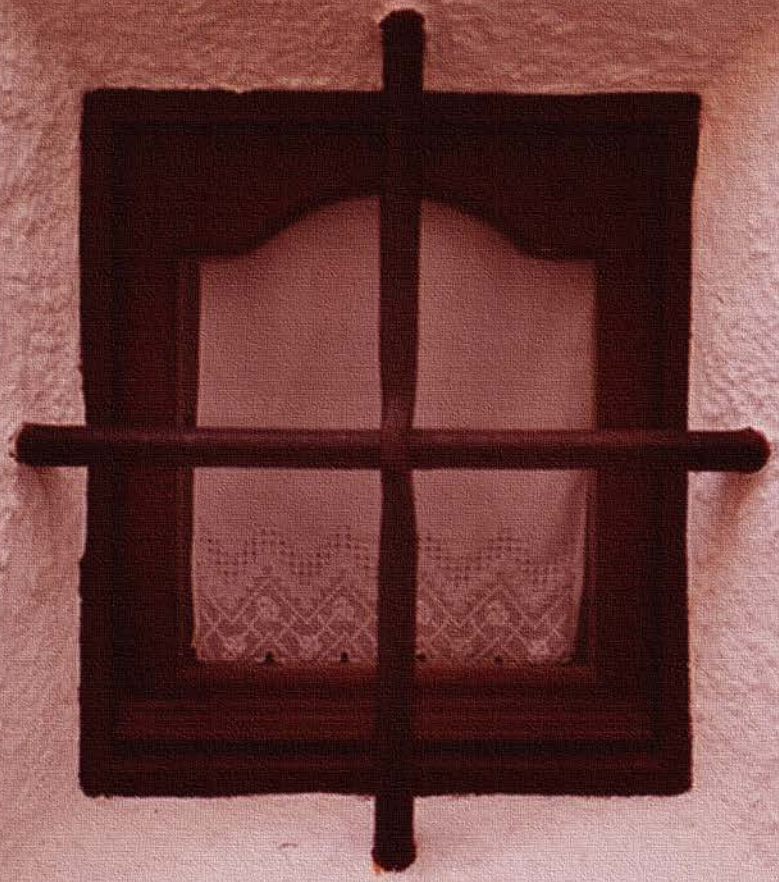
ESTUDIO DE APROXIMACIÓN



SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

Servicio Extremeño de Salud

Gerencia del
Área de Salud
de Badajoz

ESTUDIO DE APROXIMACIÓN
SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

AÑO 2016

COORDINADOR DEL ESTUDIO

Ignacio Maynar Mariño

GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

Carmen María Gil Martínez, Cristina Martínez Roa, Gloria González Conde, Irene Mirasierra Martín, Juan Antonio Linares Dopido, Joaquín Chaves Gragera, Livia Manchón López, Lola Fernández López, Manuel Aguilar Vázquez, Mª Ángeles Madueño García, Mª Ángeles Maynar Mariño, María Gajardo Silva, Noa Batalla Rebollo, Nuria Cendrero Blasco, Salvador Martínez Ramos, Virginia Fernández Guerra.

EDITA:
Servicio Extremeño de Salud
Gerencia del Área de Salud de Badajoz

DEPÓSITO LEGAL:
I.S.B.N.
DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Dirección de Atención Primaria. Área de Salud de Badajoz

IMPRESIÓN:

Badajoz, mayo de 2017

PRÓLOGO

Es de todos conocido que la Atención Primaria en Extremadura, alcanza cotas de satisfacción muy elevadas entre la población. En el mundo rural, esta circunstancia es mucho más evidente.

Estas afirmaciones no las hacemos a la ligera. Bien al contrario, así se observa en todas las encuestas y sondeos de opinión que se realizan en nuestra Comunidad Autónoma.

Con estas circunstancias, es esencial analizar con rigor científico cual es la situación de la Atención Primaria en el Área de Salud de Badajoz, sobre todo haciendo hincapié en algo que parece claro: nos hemos ocupado demasiado de la atención "asistencialista", de la atención en la consulta, de la atención del día a día y hemos dejado de lado todas las cuestiones relacionadas con la Medicina Social y con la participación de los ciudadanos en las decisiones de cómo y de qué manera deben abordarse los problemas de salud de la Comunidad.

Cuando hemos puesto en manos de los ciudadanos aspectos organizativos en el ámbito de la Sanidad, su comportamiento ha sido muy enriquecedor y siempre han mantenido enormes niveles de madurez y de conocimiento de numerosos parámetros que, erróneamente, pensamos que solo los profesionales poseemos.

Por eso, uno de los principales retos de este Análisis, es abordar de forma decidida lo que hemos hecho bien, lo que hemos hecho regular o mal y lo que no hemos hecho.

Solo de la autocrítica y de una vigilancia de cómo manejamos los recursos que la Sociedad pone en nuestras manos, podremos llegar a mejorar y a alcanzar mayores cotas de Salud.

Dámaso Villa Mínguez

Gerente del Área de Salud de Badajoz

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 1
2. METODOLOGÍA 4
3. RESULTADOS INFORMACIÓN OBJETIVA 6
3.1. Datos de población 6
3.2. Recursos humanos 10
3.3. Recursos materiales 14
3.4. Indicadores asistenciales 16
3.5. Derivaciones 28
3.6. Telemedicina 30
3.7. Actividades complementarias 32
3.8. Actividades organizativas 40
3.9. Actividades formativas 44
4. RESULTADOS INFORMACIÓN SUBJETIVA 47
5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS OBJETIVOS 48
5.1. Características demográficas 48
5.2. Recursos humanos 48
5.3. Indicadores asistenciales 48
5.4. Derivaciones 49
5.5. Datos de telemedicina 49
5.6. Actividades complementarias 50
5.7. Actividades organizativas 52
5.8. Actividades formativas 53
6. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS SUBJETIVOS 54
6.1. Logros, dificultades y propuestas de mejora 54
6.2. Nivel de responsabilidad de las propuestas 64
7. CONCLUSIONES 72
8. BIBLIOGRAFÍA 74
9. PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS 75

CORRECCIONES A LA EDICIÓN IMPRESA

Página 11: Tabla 8. Médicos EAP. Distribución edad/zona.

Página 12: Tabla 9. Enfermeras EAP. Distribución edad/sexo

Página 14: Tabla 14. Recursos del Área de Salud.

Página 15: Tabla 16. Unidades de apoyo ubicadas en los Centros de Salud.

Página 28: Tabla 23. Derivaciones al segundo nivel asistencial 2105

Página 29: Tabla 24. Derivaciones a las distintas especialidades 2015.

1. INTRODUCCIÓN

"Parece que nunca tenemos tiempo suficiente para planificar adecuadamente un proyecto, pero siempre lo tenemos para repetir los proyectos que han fracasado".

Es evidente que desde la década de los 80, la Atención Primaria (AP) en España ha conseguido indudables éxitos en la mejora de la salud de la población, debido fundamentalmente a sus características de financiación pública, universalidad, gratuidad en el momento del uso, buena accesibilidad, elevado nivel de prestaciones y una importante mejora en el nivel científico-técnico de sus profesionales, granjeándose una gran consideración a nivel internacional.

Sin embargo, debido a un progresivo cambio de orientación y a la permanente falta de desarrollo de las potencialidades y expectativas posibles, nos encontramos en el momento actual en una situación en la que la AP, y el enfoque de la medicina social que inicialmente implicaba, ha ido perdiendo presencia y prestigio social, se ha burocratizado en gran parte, y padece un déficit importante de recursos, siendo sus correlatos la masificación, la desafección profesional y la pérdida de valores.

En un mundo cada vez más complejo, la capacidad de priorizar las actividades de una organización para conseguir sus fines últimos es una clave de éxito. Se trata de que los recursos y esfuerzos de la organización se orienten hacia sus objetivos estratégicos.

Para ello debemos tener claro qué queremos conseguir, comprender la cultura de la organización, estar preparados para priorizar, tomar decisiones y mantenerlas, aprender de los éxitos y de los fracasos.

Podemos definir una serie de etapas en el proceso de planificación. En la práctica habitual, estas etapas se entremezclan de forma continuada, ya que la planificación suele ser un proceso dinámico y sujeto a continuos cambios y adaptaciones.

Las etapas de la planificación son:

A. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Su finalidad es caracterizar el contexto donde va a llevarse a cabo el proceso de planificación e identificar las necesidades y problemas de la AP del Área de Salud de Badajoz y los recursos disponibles para atenderlos.

B. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Determina la importancia de las necesidades o problemas y la sensibilidad de los mismos ante un programa de actuación.

C. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Establece y precisa los fines que pretende alcanzar el plan o programa.

D. DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES Y RECURSOS

Propone las estrategias, actividades y recursos para el desarrollo del programa.

E. PUESTA EN MARCHA Y EJECUCIÓN

Establece la gestión y control de las actuaciones previstas.

F. EVALUACIÓN

Analiza los resultados obtenidos según criterios e indicadores definidos.

El análisis de la situación nos debe servir para responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el estado de la situación de la AP en el Área de Salud de Badajoz?
- ¿Cuáles son los factores determinantes de este estado?
- ¿Qué se ha hecho hasta ahora?
- ¿Qué más puede hacerse?
- ¿Qué acciones van a desarrollarse para evaluar el efecto de las actividades tendentes a la mejora de este estado?

Las funciones del análisis de situación son:

1) Contextualizar los problemas detectados en un Área de Salud determinada.

2) Analizar necesidades y problemas:

- Necesidades/Problemas objetivados por los profesionales.
- Necesidades/Problemas sentidos por los profesionales.

3) Identificar y activar recursos potenciales.

4) Favorecer la participación de los diferentes actores implicados.

- Identificar interlocutores.
- Iniciar procesos de colaboración.

5) Adaptar la intervención a la realidad.

- Identificar oportunidades y obstáculos.
- Asegurar la pertinencia y factibilidad.

6) Facilitar la evaluación proporcionando información precisa y relevante.

7) Propiciar la integración de la intervención en la propia organización.

En septiembre de 2015, el nuevo equipo directivo de AP del Área de Salud de Badajoz, se plantea realizar un análisis participativo de la situación de la AP del Área, como estrategia de participación que estimule la implicación de los profesionales, tanto en la identificación de problemas percibidos, como en el planteamiento de propuestas de mejora.

Para ello, hemos diseñado un estudio participativo, contando con los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP), tanto en la ejecución del estudio como en la priorización de necesidades/problemas/dificultades detectadas y en decidir las intervenciones necesarias para su abordaje y resolución.

Los objetivos del análisis de la situación del Área son cuatro:

1. Reconocer el ámbito sociodemográfico de un territorio definido.
2. Identificar las principales necesidades y problemas existentes en la AP del Área de Salud, así como los logros y propuestas de mejora.
3. Servir de base para la priorización de los problemas de la AP en el Área.
4. Facilitar la toma de decisión sobre el desarrollo de una o varias intervenciones.

2. METODOLOGÍA

El diseño del presente estudio, así como el proceso de recogida de información, análisis de la misma y elaboración del documento final, han seguido los siguientes pasos:

1. **Diseño del estudio** sobre la situación de la AP en el Área de Salud.
2. **Debate y priorización** por parte del Equipo Directivo de AP de los ámbitos sobre los que recoger información:
   - Asistencia.
   - Prevención, promoción y salud comunitaria.
   - Coordinación.
   - Organización.
   - Formación.
   - Sistemas de Información.
   - Recursos humanos y materiales.
3. **Información** a los responsables de los EAP del Área sobre la realización del presente estudio.
4. Constitución de dos **grupos de trabajo** en el propio Equipo Directivo para la recogida y análisis de los datos objetivos y subjetivos.
5. Determinar las **fuentes de información** necesarias para la información objetiva y subjetiva.
6. **Recogida de datos objetivos**, para lo que se han utilizado como fuentes de información los registros existentes en la Gerencia y los aportados por los EAP mediante el cuestionario cumplimentado de actividad (**Anexo I**)
7. **Recogida de información subjetiva** (opiniones e impresiones) de profesionales sobre la AP, mediante el siguiente procedimiento:
   - Formación en la Técnica de Grupos Focales, mediante sesiones teórico-prácticas de las personas que han participado en este grupo de trabajo.
   - Diseño de la recogida de información, selección de mediadores y participantes, cronograma de realización de entrevistas y grupos focales y convocatoria personal a los participantes.
   - Realización de ocho entrevistas a testigos privilegiados.
   - Realización de catorce grupos focales, con la participación de 140 profesionales: coordinadores de Centros de Salud (CS) rurales y CS urbanos, responsables de enfermería de CS rurales y CS urbanos, médicos de CS rurales y CS urbanos, enfermeras de CS rurales y CS urbanos, farmacéuticos y veterinarios de CS rurales y CS urbanos, trabajadores sociales, administrativos y celadores, pediatras y matronas.
8. **Tratamiento de la información** recogida por parte de cada grupo de trabajo.
9. **Discusión y valoración** de la información por parte del Equipo Directivo.
10. Elaboración del **documento provisional**.

11. **Remisión del documento provisional** del estudio a la Gerencia del Área de Salud de Badajoz.
12. Recogida de **aportaciones**.
13. Elaboración de **documento definitivo**.
14. Divulgación del documento.

Los datos objetivos del presente estudio se refieren al último trimestre del año 2015, recogiéndose los referidos a recursos humanos y materiales en 2016. En este mismo año, durante el primer trimestre se han recogido los datos subjetivos.

3. RESULTADOS INFORMACIÓN OBJETIVA

3.1. DATOS DE POBLACIÓN

3.1.1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD

ZONA DE SALUD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BADAJOZ - CERRO GORDO	1.381	1.407	2.788
BADAJOZ - CIUDAD JARDÍN	7.928	8.305	16.233
BADAJOZ - LA PAZ	9.081	10.371	19.452
BADAJOZ - PROGRESO	3.711	3.546	7.257
BADAJOZ - SAN FERNANDO	10.027	10.839	20.866
BADAJOZ - SAN ROQUE	8.059	8.544	16.603
BADAJOZ - SUERTE SAAVEDRA	3.589	3.762	7.351
BADAJOZ - VALDEPASILLAS	12.478	13.704	26.182
BADAJOZ - ZONA CENTRO	8.778	10.332	19.110
Total Zona Urbana	**65.032**	**70.810**	**135.842**
ALBURQUERQUE	4.834	4.522	9.356
ALCONCHEL	2.684	2.678	5.362
BARCARROTA	3.843	3.769	7.612
GÉVORA	2.442	2.499	4.941
JEREZ DE LOS CABALLEROS	5.475	5.496	10.971
MONTIJO	12.176	12.285	24.461
OLIVA DE LA FRONTERA	4.014	3.961	7.975
OLIVENZA	7.935	8.056	15.991
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	3.750	3.673	7.423
LA ROCA DE LA SIERRA	1.604	1.579	3.183
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	2.769	2.762	5.531
SANTA MARTA	5.294	5.221	10.515
TALAVERA LA REAL	5.024	4.966	9.990
VILLANUEVA DEL FRESNO	1.927	1.911	3.838
Total Zona Rural	**63.771**	**63.378**	**127.149**
Total general	**128.803**	**134.188**	**262.991**

Tabla 1
Fuente: CIVITAS (dic. 2015)

El Área de Salud de Badajoz se encuentra situada en el suroeste de Extremadura, conformando la franja occidental de la provincia de Badajoz.

Según los datos de CIVITAS (**Tabla 1**), el Área cuenta con una población con cobertura sanitaria de 262.991 usuarios distribuidos en 23 Zonas Básicas de Salud (ZBS), nueve urbanas y catorce rurales, con una población atendida que oscila entre los 2.788 usuarios de “Cerro Gordo” y los 26.182 de “Valdepasillas” con una mediana de 9.356 usuarios.

La población atendida tiene una razón de sexos de 1,04 mujeres por cada varón.

Aproximadamente la mitad de la población del Área (51,7 %) tiene su cobertura asistencial de AP en CS ubicados en el casco urbano de la ciudad de Badajoz.

3.1.2. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

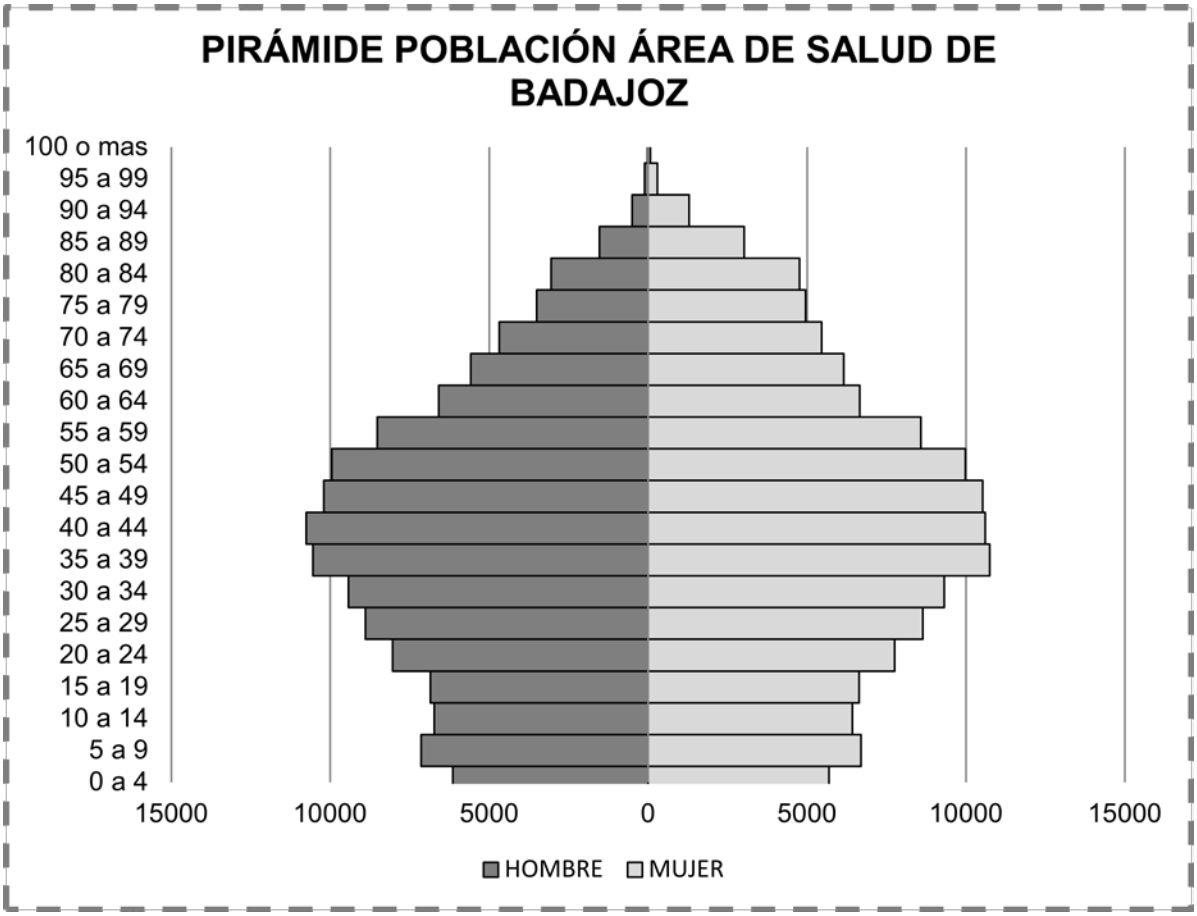


Figura 1

La población cubierta del Área de Salud en cuanto a su estructura es una población estacionaria (**Figura 1**).

3.1.3. POBLACIÓN ACTIVA Y PENSIONISTA

Un 74% de la población es activa y un 26% pensionista (**Tabla 2**). No existen grandes diferencias entre el medio rural y el urbano.

POBLACIÓN PENSIONISTA Vs ACTIVA				
	PENSIONISTA		ACTIVA	
	TOTAL	%	TOTAL	%
URBANO	29965	24%	97327	76%
RURAL	33377	28%	84652	72%
GLOBAL	63342	26%	181979	74%

Tabla 2
Fuente: TSI (dic. 2015)

3.1.4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TARJETA SANITARIA

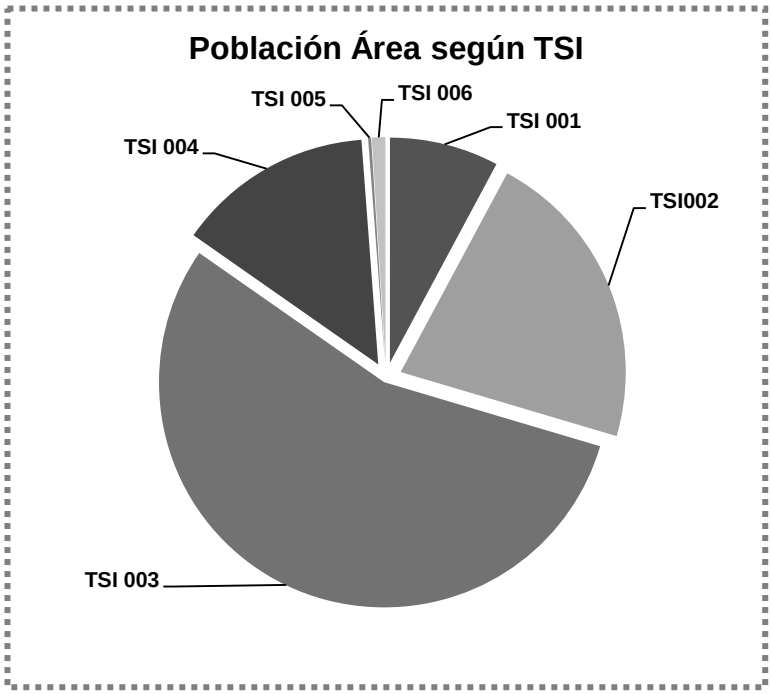
En relación a la distribución de la población del Área según la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) (**Tablas 3 y 4 y Gráficos 1**), la tarjeta más numerosa es la TSI 003 (55,12%), seguida de las TSI 002 (21,76%), y TSI 004 (14,09%). La TSI 001 representa el 7,84%. En el medio urbano, tras la TSI 003, la más numerosa es la TSI 004 (20%), mientras que en el medio rural es la TSI 002 (25%). El porcentaje de población con TSI 001 es el mismo en ambos medios (8%).

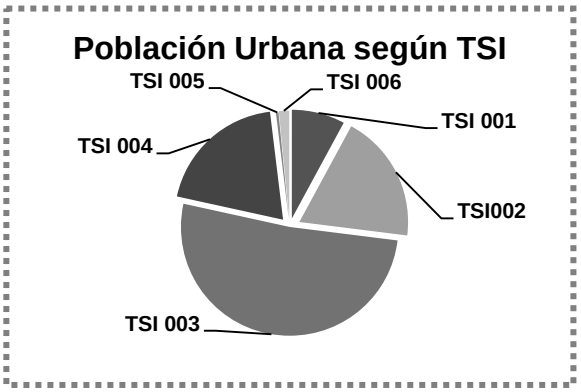
POBLACIÓN SEGÚN TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL	
TIPO	**RENTA (Tanto del titular como de los beneficiarios)**
TSI001	Parados sin subsidio, rentas de integración y pensiones no contributivas
TSI002	Pensionistas con renta inferior a 100.000 euros al año
TSI003	Activos con renta inferior a 18.000 euros al año
TSI004	Activos con renta entre 18.000 y 100.000 euros al año
TSI005	Activos y pensionistas con renta superior a 100.000 euros al año
TSI006	Mutualistas y clases pasivas

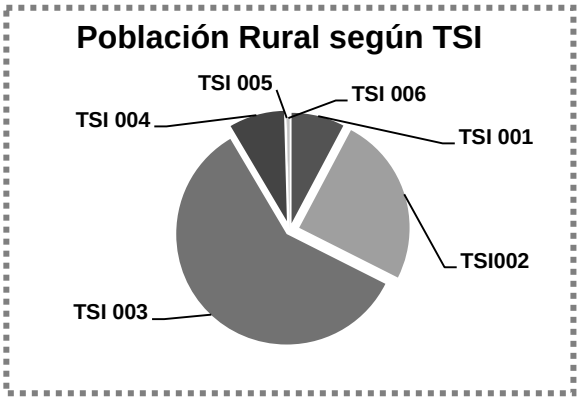
Tabla 3
Fuente: TSI (dic. 2015

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN TSI				
TSI		**Urbanos**	**Rurales**	**Global**
TSI 001	**TOTAL**	10.750	9.777	20.527
	%	7,91%	7,77%	7,84%
TSI 002	**TOTAL**	25.933	31.037	56.970
	%	19,07%	24,66%	21,76%
TSI 003	**TOTAL**	69.975	74.355	144.330
	%	51,46%	59,07%	55,12%
TSI 004	**TOTAL**	26.717	10.168	36.885
	%	19,65%	8,08%	14,09%
TSI 005	**TOTAL**	511	55	566
	%	0,38%	0,04%	0,22%
TSI 006	**TOTAL**	2.099	477	2.576
	%	1,54%	0,38%	0,98%
GLOBAL	**TOTAL**	135.985	125.869	261.854

Tabla 4
Fuente: TSI (dic. 2015)


Población Área según TSI
TSI 005
TSI 006
TSI 001
TSI 004
TSI002
TSI 003


Población Urbana según TSI
TSI 005
TSI 006
TSI 001
TSI 004
TSI002
TSI 003


Población Rural según TSI
TSI 005
TSI 006
TSI 004
TSI 001
TSI002
TSI 003

Gráficos 1

3.2. RECURSOS HUMANOS

En la **Tabla 5** se recoge la distribución de los profesionales en las diferentes unidades de AP. El mayor número de los mismos lo representan la categoría de medicina (29,67%) y enfermería (32,59%).

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES POR LAS DIFERENTES UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA											
CATEGORÍA	**AP**	**A.C.**	**UME**	**USM**	**CEDEX**	**COPF**	**USBD**	**ESCP**	**U. DOL.**	**TOTAL**	**%**
MEDICINA	165	57	18		2	5		4	3	**254**	**29,67%**
PEDIATRÍA	34									**34**	**3,97%**
ENFERMERÍA	185	54	17	8	4	5		4	2	**279**	**32,59%**
AUX. ENFERMERÍA	20						6		1	**27**	**3,13%**
TRAB. SOCIAL	18				2	2				**22**	**2,57%**
PSIQUIATRÍA				10						**10**	**1,17%**
PSICOLOGÍA				8	3			1	1	**13**	**1,52%**
MONITOR ECA					1					**1**	**0,12%**
ODONTOLOGÍA							8			**8**	**0,93%**
HIGIEN. DENTAL							6			**6**	**0,70%**
MATRONA	13									**13**	**1,52%**
FISIOTERAPIA	19									**19**	**2,22%**
TER	5									**5**	**0,58%**
AUX. ADMVO.	80		1	3	2	1		1	1	**89**	**10,40%**
CELADOR	11	65									**8,88%**
TOTAL	**550**	**176**	**36**	**29**	**14**	**13**	**20**	**10**	**8**	**856**	**100,00%**

Tabla 5
Fuente: RRHH Área Salud Badajoz 2016

AC: Atención Continuada.
UME: Unidad Medicalizada de Emergencias.
USM: Unidad de Salud Mental.
CEDEX: Centro de Drogodependencia Extremeño.
COPF: Centro de Orientación y Planificación Familiar.
USBD: Unidad de Salud Bucodental.
ESCP: Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.
U. DOL.: Unidad del Dolor.
TER: Técnico especialista en radiología.

3.2.1. RATIOS DE POBLACIÓN POR PROFESIONALES DE EAP

Las ratios de población por medicina y enfermería de EAP en el Área de Salud (**Tabla 6**), están en un médico de familia (MF)/1.367 habs., un pediatra/989 habs. y una enfermera/1.401 habs. Estas ratios están por encima de las de Extremadura, pero en el caso de enfermería y pediatría por debajo de las de España.

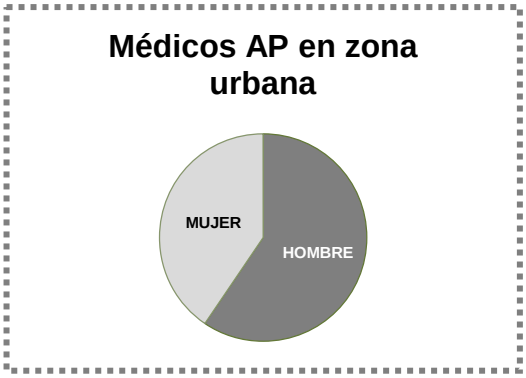
RATIOS DE USUARIOS POR PROFESIONAL					
PROFESIONAL	RURAL	URBANO	BADAJOZ	EXTREMADURA	ESPAÑA
MEDICINA DE FAMILIA	1.226	1.546	1.367	1.154	1.381
ENFERMERÍA	1.248	1.586	1.401	1.169	1.560
PEDIATRÍA AP	781	1.197	989	957	1.044

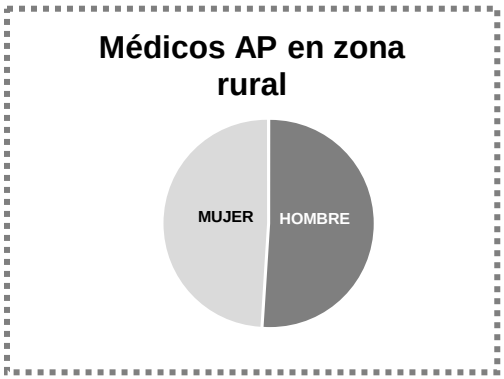
Tabla 6
Fuente: TSI enero 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3.2.2. MÉDICOS DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En cuanto a la distribución por sexo de los médicos de EAP (**Tabla 7**), el 54,49% son hombres y el 45,51% son mujeres. El 50,56% de los médicos están comprendidos entre los 50 a 59 años (32,58% hombres, 17,98% mujeres), y el 5,62% es menor de 40 años (0,56% hombres, 5,06% mujeres).

Respecto a la distribución por edad y zonas (**Tabla 8 y Gráficos 2**), el 55,37% trabajan en zonas rurales, y el 44,63% en zonas urbanas. Por franjas de edad, salvo en menores de 40 años y mayores e iguales a 60 años que predominan en las zonas urbanas, en el resto de franjas, hay más médicos en el medio rural.





Gráficos 2

MÉDICOS EAP DISTRIBUCIÓN EDAD/SEXO			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
<40	0,56%	5,06%	**5,62%**
40 a 49	3,37%	12,36%	**15,73%**
50 a 59	32,58%	17,98%	**50,56%**
≥60	17,98%	10,11%	**28,09%**
Total	**54,49%**	**45,51%**	**100,00%**

Tabla 7
Fuente: RRHH Área de Salud Badajoz. Febrero 2016

MÉDICOS EAP DISTRIBUCIÓN EDAD/ZONA			
Edad	Rural	Urbano	Total
<40	1,69%	3,93%	**5,62%**
41 a 49	11,80%	3,93%	**15,73%**
50 a 59	28,09%	22,47%	**50,56%**
≥60	13,48%	14,61%	**28,09%**
Total	**55,37%**	**44,63%**	**100,00%**

Tabla 8
Fuente: RRHH Área de Salud Badajoz. Febrero 2016

3.2.3. ENFERMERAS DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La distribución de las enfermeras de EAP, según edad y sexo (**Tabla 9**), nos informa de que el 65,45% son mujeres (el 29,84% de 50 a 59 años, el 6,28% <40 años), y el 34,55% hombres (20,42% de 50 a 59 años, 1,57% <40 años).

Según edad y zona (**Tabla 10 y Gráficos 3**), el 53,93% trabaja en el medio rural (27,23% con edad comprendida entre 50 y 59 años, y un 5,24% <40 años), y el 46,07% en el medio urbano (23,04% con edad comprendida entre 50 y 59 años, y un 2,62% <40 años).

ENFERMERAS EAP. DISTRIBUCIÓN EDAD/SEXO

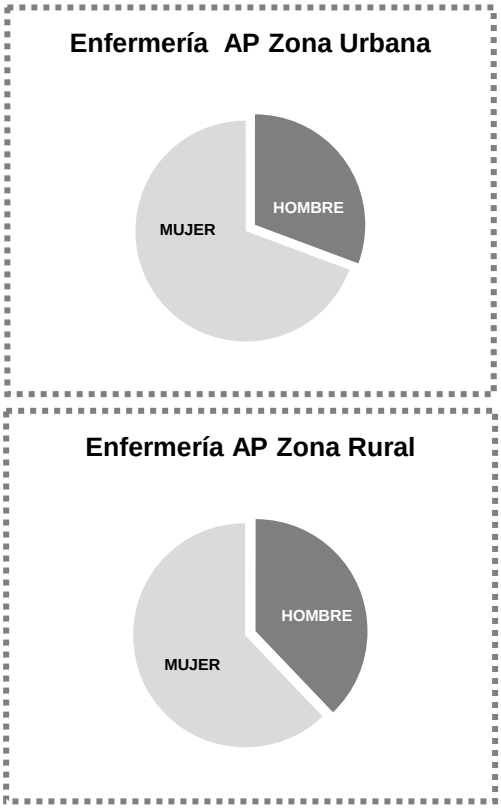
Edad	Hombre	Mujer	Total
<40	1.57%	6,28%	**7.85%**
40 A 49	2,09%	15,18%	**17,28%**
50 A 59	20,42%	29.84%	**50,26%**
≥60	10,47%	14.14%	**24,61%**
TOTAL	**34,55%**	**65,45%**	**100,00%**

Tabla 9
Fuente: RRHH Área de Salud Badajoz. Febrero 2016

ENFERMERAS EAP. DISTRIBUCIÓN EDAD/ZONA

Edad	Rural	Urbano	Total
≤40	5,24%	2,62%	**7,85%**
41 a 49	14,14%	3,14%	**17,28%**
50 a 59	27,23%	23,04%	**50,26%**
≥60	7,33%	17,28%	**24,61%**
TOTAL	**53,93%**	**46,07%**	**100,00%**

Tabla 10
Fuente: RRHH Área de Salud Badajoz. Febrero 2016



Gráficos 3

3.2.4. OTROS PROFESIONALES DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las ratios de trabajadores sociales y matronas están por debajo de Extremadura. Las de odontólogos e higienistas dentales están por debajo de las ratios a nivel nacional (**Tabla 11**).

RATIO DE POBLACIÓN DE OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA			
PROFESIONALES	**ÁREA BADAJOZ**	**EXTREMADURA**	**ESPAÑA**
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	3.273	3.232	3.067
TRABAJADORES SOCIALES	14.403	18.393	
MATRONAS	10.687	12.080	10.222
FISIOTERAPEUTAS	14.920		9.853
ODONTÓLOGOS	32.407	30.781	40.181
HIGIENISTAS DENTALES	43.210	36.937	80.923

Tabla 11
Fuente: Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015.

3.2.5. MÉDICOS DE ATENCIÓN CONTINUADA

La mayoría de los médicos de AC (**Tabla 12**) son mujeres (69,49%) y están en edades comprendidas entre 40 y 59 años.

MÉDICOS DE A.C. DISTRIBUCIÓN EDAD/SEXO			
Edad	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
< 40	5,08%	16,95%	**22,03%**
40 a 49	11,86%	30,51%	**42,37%**
50 a 59	6,78%	20,34%	**27,12%**
≥60	6,78%	1,69%	**8,47%**
Total	**30,51%**	**69,49%**	**100,00%**

Tabla 12
Fuente: RRHH Área de Salud Badajoz. Febrero 2016

3.2.6. ENFERMERAS DE ATENCIÓN CONTINUADA

En cuanto a las enfermeras de AC (**Tabla 13**), también la mayoría son mujeres (82,69%) y menores de 50 años (70,15%).

ENFERMERAS DE A.C. DISTRIBUCIÓN EDAD/SEXO			
Edad	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
< 40	5,77%	40,38%	**46,15%**
40 a 49	5,77%	30,77%	**36,54%**
50 a 59	3,85%	11,54%	**15,38%**
≥60	1,92%	0,00%	**1,92%**
Total	**17,31%**	**82,69%**	**100,00%**

Tabla 13
Fuente: RRHH Área de Salud Badajoz. Febrero 2016

3.3. RECURSOS MATERIALES

El Área de Salud de Badajoz comprende veintitrés ZBS, así como cincuenta Unidades de Apoyo distribuidas tanto en los CS como en centros hospitalarios en la ciudad de Badajoz.

En total hay 23 CS y 44 Consultorios Locales (**Tabla 14**).

Las Unidades de Apoyo se encuentran ubicadas en los CS (**Tablas 15 y 16**) y en los hospitales. Perpetuo Socorro: Unidad de Cuidados Paliativos y Materno Infantil: UME y Vehículo de Intervención Rápida (VIR) de Badajoz, así como la Unidad del Dolor.

RECURSOS DEL ÁREA DE SALUD			
ZONA DE SALUD	**CENTROS DE SALUD**	**CONSULTORIOS LOCALES**	**UNIDADES DE APOYO**
ALBURQUERQUE	1	2	4
ALCONCHEL	1	3	3
BADAJOZ-CERRO GORDO	1	0	0
BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN	1	0	3
BADAJOZ-PROGRESO	1	0	0
BADAJOZ-LA PAZ	1	0	0
BADAJOZ-SAN FERNANDO	1	0	2
BADAJOZ-SAN ROQUE	1	0	1
BADAJOZ-SUERTE DE SAAVEDRA	1	0	1
BADAJOZ-VALDEPASILLAS	1	0	5
BADAJOZ -ZONA CENTRO	1	0	1
BARCARROTA	1	3	2
GÉVORA	1	3	2
JEREZ DE LOS CABALLEROS	1	5	6
LA ROCA DE LA SIERRA	1	1	1
MONTIJO	1	4	6
OLIVA DE LA FRONTERA	1	1	1
OLIVENZA	1	6	3
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	1	3	1
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	1	0	3
SANTA MARTA DE LOS BARROS	1	7	2
TALAVERA LA REAL	1	5	0
VILLANUEVA DEL FRESNO	1	1	3
TOTAL	23	44	50[1]

[1] **Algunas Unidades de Apoyo prestan servicio en más de un Centro de Salud**

Tabla 14
Fuente: Gerencia Área de Salud Badajoz. 2016

UNIDADES DE APOYO	Nº
FISIOTERAPIA	16
UNIDAD MEDICALIZADA DE EMERGENCIAS	3
VEHÍCULO DE INTERVENCIÓN RÁPIDA	2
CENTRO DROGODEPENDENCIA EXTREMEÑO	2
CENTRO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR	5
UNIDAD DE SALUD MENTAL	4
UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	6
EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS	1
RADIOLOGÍA	6

Tabla 15
Fuente: Gerencia Área de Salud Badajoz. 2016

UNIDADES DE APOYO UBICADAS EN LOS CENTROS DE SALUD

ZONA DE SALUD	FISIOTERAPIA	UME	VIR	CEDEX	COF	USM	USBD	RADIOLOGÍA
ALBURQUERQUE[1]	■			■	■		■	■
ALCONCHEL	■						■	■
BADAJOZ-CERRO GORDO								
BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN					■	■	■	
BADAJOZ-PROGRESO								
BADAJOZ-LA PAZ								
BADAJOZ-SAN FERNANDO	■						■	
BADAJOZ-SAN ROQUE							■	
BADAJOZ-SUERTE DE SAAVEDRA	■							
BADAJOZ-VALDEPASILLAS	■			■	■	■		■
BADAJOZ -ZONA CENTRO				■				
BARCARROTA	■						■	
GÉVORA	■						■	
JEREZ DE LOS CABALLEROS	■	■			■	■	■	■
LA ROCA DE LA SIERRA	■							
MONTIJO	■		■		■	■	■	■
OLIVA DE LA FRONTERA	■							
OLIVENZA	■						■	■
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	■							
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	■	■			■			
SANTA MARTA DE LOS BARROS	■							■
TALAVERA LA REAL								
VILLANUEVA DEL FRESNO	■				■		■	

[1] Tiene un CAD dependiente de CEDEX "Los Pinos"

Fuente: Gerencia Área Badajoz 2016

Tabla 16
Fuente: Gerencia Área de Salud Badajoz. 2016

3.4. INDICADORES ASISTENCIALES

Como indicadores asistenciales vamos a considerar la presión asistencial, (número medio de pacientes atendidos diariamente), y la frecuentación (número de veces que acude un paciente en un año), ponderando según el número de puestos asistenciales existentes de esa categoría. También valoraremos las derivaciones efectuadas al segundo nivel asistencial.

PRESIÓN ASISTENCIAL EN MEDICINA DE FAMILIA POR ZBS Y TIPO DE CONSULTA

ZONAS	Administrativa	A demanda	Programada	Programada domicilio	Demanda Urgencias	Demanda Domicilio	Otros Tipos	Iniciativa Paciente	TOTAL
CIUDAD JARDÍN	5,30	21,46	1,65	0,04	0,23	0,18	0,31	27,17	29,17
LA PAZ	0,62	28,01	0,96	0,07	0,00	0,36	0,74	28,99	30,76
SAN FERNANDO	7,31	29,66	5,61	0,00	0,00	0,25	0,03	37,21	42,85
SAN ROQUE	8,22	26,20	0,16	0,00	0,05	0,41	0,12	34,89	35,17
VALDEPASILLAS	5,41	24,67	2,33	0,04	0,08	0,26	0,24	30,41	33,02
ZONA CENTRO	5,71	26,44	0,14	0,00	0,00	0,38	0,01	32,52	32,67
EL PROGRESO	6,88	22,88	2,10	0,07	0,00	0,48	1,80	30,24	34,21
SUERTE SAAVEDRA	8,10	27,43	0,04	0,00	0,00	0,18	0,01	35,71	35,76
CERRO GORDO	1,94	11,30	0,29	0,00	0,01	0,09	0,05	13,34	13,69
TOTAL URBANOS*	***5,38***	***25,24***	***1,70***	***0,03***	***0,06***	***0,29***	***0,32***	***30,97***	***33,01***
ALBURQUERQUE	9,68	21,60	0,93	0,25	0,00	0,38	0,02	31,67	32,87
ALCONCHEL	7,17	20,74	1,16	0,24	0,01	0,75	0,07	28,68	30,14
BARCARROTA	8,25	26,92	0,08	0,02	0,00	0,43	4,20	35,59	39,90
JEREZ DE LOS CABALLEROS	7,83	24,09	0,57	0,06	0,01	0,75	0,07	32,68	33,40
MONTIJO	7,97	31,70	1,05	0,10	0,00	0,79	0,02	40,47	41,63
OLIVA DE LA FRONTERA	15,23	29,31	0,46	0,02	0,00	1,12	0,01	45,67	46,15
OLIVENZA	8,54	30,68	0,34	0,15	0,00	0,87	0,38	40,09	40,96
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	11,46	27,59	0,28	0,16	0,00	0,24	0,01	39,29	39,74
LA ROCA DE LA SIERRA	8,37	24,08	2,51	0,00	0,00	0,46	4,43	32,91	39,85
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	8,50	26,25	2,38	0,06	0,00	0,91	3,02	35,67	41,15
SANTA MARTA DE LOS BARROS	9,09	20,63	0,56	0,13	0,01	0,44	0,09	30,17	30,95
TALAVERA LA REAL	8,58	36,28	0,68	0,93	0,00	0,08	0,11	44,94	46,66
VILLANUEVA DEL FRESNO	3,87	27,44	0,66	0,01	0,00	0,63	0,00	31,95	32,62
GÉVORA	3,95	31,07	0,28	0,03	0,42	0,41	0,43	35,85	36,59
TOTAL RURALES*	***8,61***	***22,52***	***0,60***	***0,15***	***0,02***	***0,49***	***0,62***	***30,44***	***31,82***
TOTAL ÁREA*	**6,75**	**24,79**	**1,12**	**0,10**	**0,03**	**0,45**	**0,46**	**32,02**	**33,70**
TOTAL SES*	**5,96**	**24,60**	**0,69**	**0,08**	**0,07**	**0,52**	**0,52**	**31,15**	**32,45**

**Medias ponderadas por el número de puestos asistenciales*

Tabla 17
Fuente JARA. 2015

En la **Tabla 17 y Gráfico 4,** observamos que la presión asistencial total de MF en los CS urbanos es de 33,01 pacientes/día, y en los rurales de 31,82 pacientes/día. La total del Área es de 33,70 pacientes/día, y la del Servicio Extremeño de Salud (SES) de 32,45. Por iniciativa del paciente es de 30,97 en el medio urbano, y de 30,44 en el medio rural, por consultas administrativas es de 5,38 en el medio urbano y 8,61 en el medio rural.

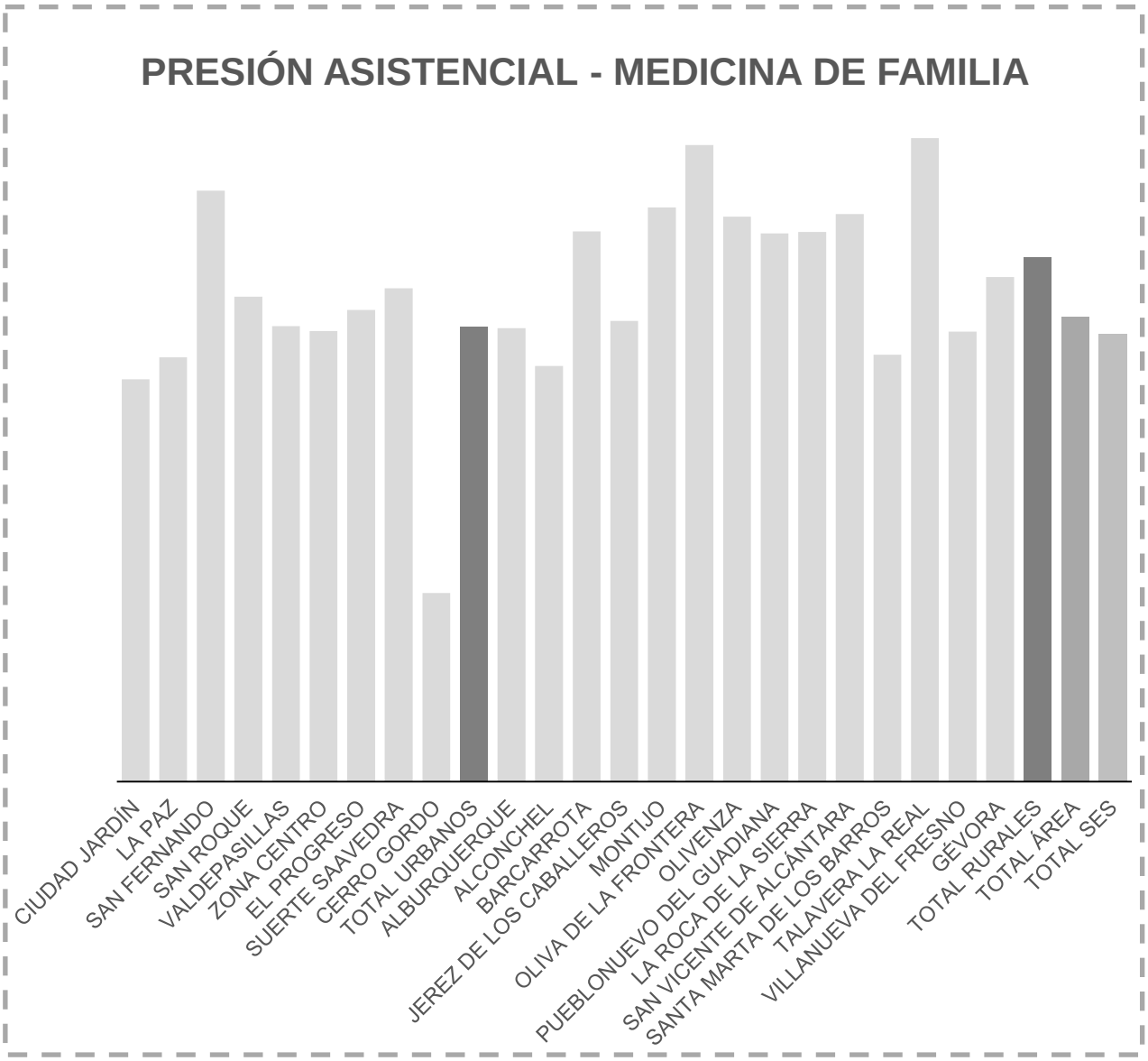


Gráfico 4

En pediatría (**Tabla 18 y Gráfico 5**), la presión asistencial total es de 21,56 pacientes/día en los CS urbanos, y 23,55 en los CS rurales. La presión asistencial por iniciativa del paciente es de 17,51 en los CS urbanos y 21,29 en los rurales.

PRESIÓN ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA POR ZBS Y TIPO DE CONSULTA

ZONAS	Administrativa	A demanda	Programada	Programada a domicilio	Demanda Urgencias	Demanda Domicilio	Otros Tipos	Iniciativa Paciente	TOTAL
CIUDAD JARDÍN	0,06	17,71	1,90					17,77	19,67
LA PAZ	0,14	14,64	1,46	0,01	0,00	0,06	0,45	14,84	16,76
SAN FERNANDO	0,10	22,46	6,42					22,56	28,99
SAN ROQUE	0,00	18,77	2,30				0,00	18,77	21,07
VALDEPASILLAS	0,02	17,69	1,83			0,05		17,76	19,59
ZONA CENTRO	0,36	15,74	1,63			0,02	0,02	16,13	17,78
EL PROGRESO	2,06	21,09	2,64	0,00		0,00	0,33	23,16	26,13
SUERTE SAAVEDRA	0,02	18,45	1,85					18,46	20,31
CERRO GORDO	0,06	20,08	3,26	0,06	0,00	0,04	20,18	0,00	23,83
TOTAL URBANOS(1)	***0,21***	***18,46***	***2,77***	***0,01***	***0,00***	***0,02***	***1,26***	***17,51***	***21,56***
ALBURQUERQUE	0,03	13,00	1,48		0,00		0,54	13,04	15,05
ALCONCHEL		6,63	1,24					6,63	7,87
BARCARROTA	0,06	12,18	1,26		0,00		0,00	12,24	13,51
MONTIJO	0,46	27,66	2,34	0,00	0,00	0,06	0,07	28,18	30,60
JEREZ DE LOS CABALLEROS	0,03	23,95	1,68	0,00	0,01	0,01	0,03	24,00	26,72
OLIVA DE LA FRONTERA		17,25	1,59		0,00		0,00	17,25	18,85
OLIVENZA	1,53	27,74	1,55		0,00	0,05	0,02	29,31	30,89
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	0,01	23,53	1,97	0,00				23,53	25,50
SANTA MARTA DE LOS BARROS	0,28	23,39	2,44	0,01	0,03	0,02	0,03	23,72	26,21
TALAVERA LA REAL		19,74	2,42				2,52	19,74	24,67
GÉVORA	0,01	12,05	2,47					12,06	14,52
TOTAL RURALES(1)	***0,32***	***20,94***	***1,89***	***0,00***	***0,01***	***0,02***	***0,23***	***21,29***	***23,55***
TOTAL ÁREA(1) (2)	**0,28**	**20,28**	**2,62**	**0,00**	**0,00**	**0,02**	**0,15**	**20,59**	**24,35**
TOTAL SES	**0,35**	**18,96**	**2,70**	**0,01**	**0,08**	**0,02**	**0,34**	**19,40**	**24,45**

(1) Medias ponderadas por el número de puestos asistenciales
(2) Se incluye la presión asistencial de los pediatras de Área
Nota: La Roca y San Vicente tienen pediatra de Área (Programa del Niño Sano)
Por ese motivo no aparecen datos de frecuentación.

Tabla 18
Fuente: JARA. 2015

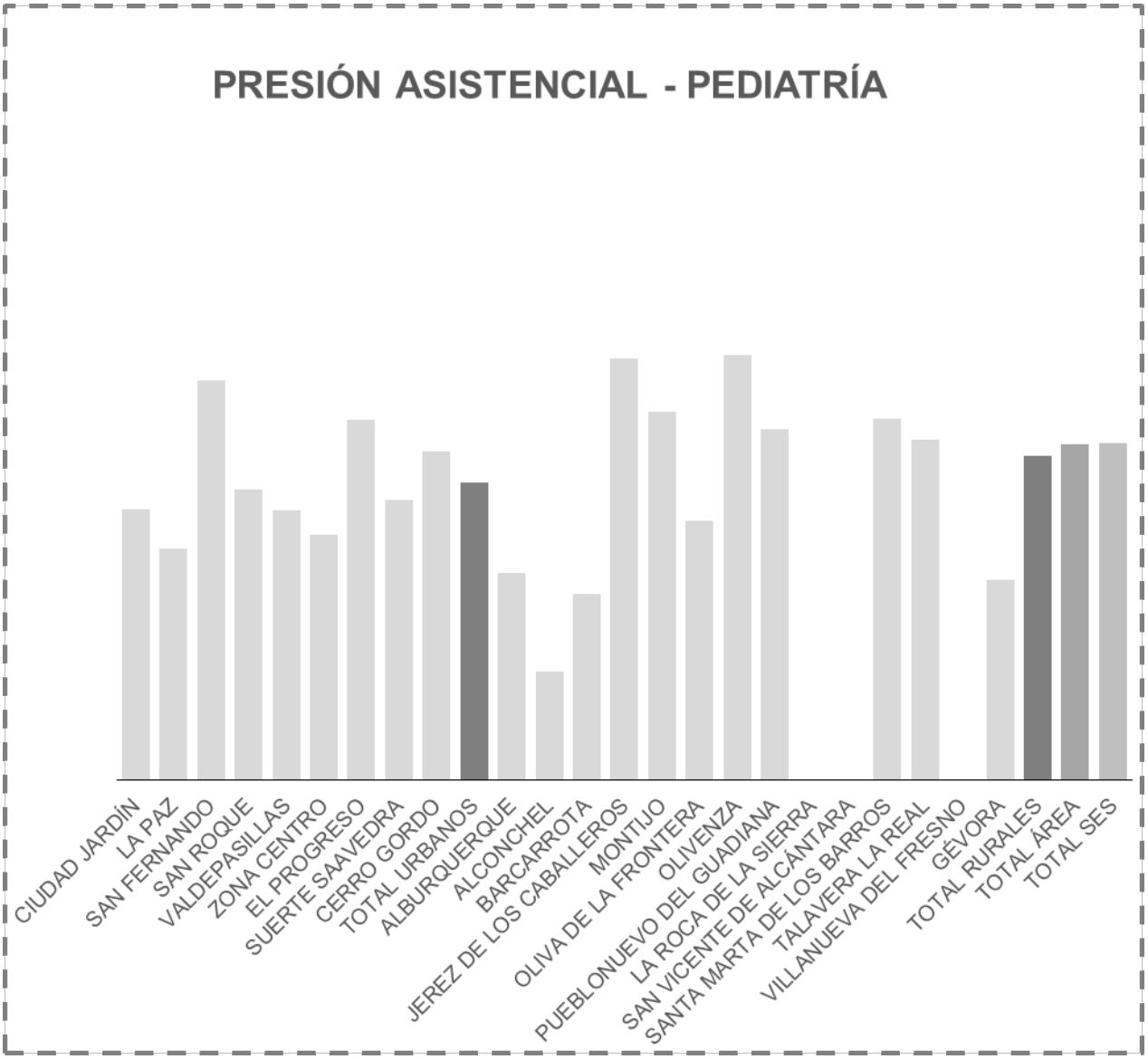

PRESIÓN ASISTENCIAL - PEDIATRÍA
CIUDAD JARDÍN
LA PAZ
SAN FERNANDO
SAN ROQUE
VALDEPASILLAS
ZONA CENTRO
EL PROGRESO
SUERTE SAAVEDRA
CERRO GORDO
TOTAL URBANOS
ALBURQUERQUE
ALCONCHEL
BARCARROTA
JEREZ DE LOS CABALLEROS
MONTIJO
OLIVA DE LA FRONTERA
OLIVENZA
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA
LA ROCA DE LA SIERRA
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA
SANTA MARTA DE LOS BARROS
TALAVERA LA REAL
VILLANUEVA DEL FRESNO
GÉVORA
TOTAL RURALES
TOTAL ÁREA
TOTAL SES

Gráfico 5

En cuanto a enfermería, la presión asistencial total es de 14,79 en los CS urbanos, y de 20,05 en los CS rurales (**Tabla 19 y Gráfico 6**).

PRESIÓN ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA POR ZBS Y TIPO DE CONSULTA

ZONAS	Demanda (Centro)	Programada (Centro)	Téc. Enf. (Centro)	Programada (Domicilio)	Demanda Urgencias	Téc. Enf. (Domicilio)	Extracciones	Otras Consultas Enfermería	TOTAL
CIUDAD JARDÍN	7,44	3,01	0,23	0,64	0,02		3,68	0,19	15,19
LA PAZ	6,12	0,83	2,21	0,30	0,00	0,00	4,29	0,87	14,64
SAN FERNANDO	6,25	3,48	0,01	0,71	0,00		3,87	0,10	14,41
SAN ROQUE	7,11	5,48	0,06	0,98	0,00		5,83	0,10	19,54
VALDEPASILLAS	2,66	3,81	1,81	0,58		0,00	3,01	0,27	12,15
ZONA CENTRO	5,42	4,92	0,45	0,82	0,00	0,00	3,91	0,43	15,94
EL PROGRESO	7,43	3,65	0,92	0,94	0,00	0,00	3,55	0,53	17,02
SUERTE SAAVEDRA	5,57	3,97	0,09	0,16			2,82	0,14	12,77
CERRO GORDO	1,86	3,14		0,17			1,77	0,25	7,18
TOTAL URBANOS*	***5,67***	***3,54***	***0,78***	***0,63***	***0,00***	***0,00***	***3,84***	***0,33***	***14,79***
ALBURQUERQUE	9,89	3,87	0,24	1,75	0,00	0,00	4,40	0,72	21,01
ALCONCHEL	4,91	3,13	2,55	1,26	0,00	0,01	3,52	0,84	16,21
BARCARROTA	7,95	1,89	1,26	1,29	0,00	0,39	3,83	1,01	17,63
JEREZ DE LOS CABALLEROS	8,43	5,05	0,01	1,30			3,25	0,28	18,55
MONTIJO	8,70	4,82	0,50	0,80	0,00	0,01	5,14	1,42	21,74
OLIVA DE LA FRONTERA	9,26	6,30	0,81	1,68			3,33	0,17	21,54
OLIVENZA	7,79	2,94	0,81	0,77	0,01	0,36	5,56	1,34	19,56
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	9,76	4,33	0,27	0,66	0,01	0,02	5,44	1,58	22,06
LA ROCA DE LA SIERRA	9,07	8,40	0,76	0,78			3,09	0,28	22,38
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	11,33	4,41	0,02	0,79			4,45	0,63	21,95
SANTA MARTA DE LOS BARROS	7,68	4,97	2,88	0,70	0,01	0,02	3,57	1,39	21,22
TALAVERA LA REAL	8,98	7,12	0,51	1,67	0,00	0,00	4,22	0,33	22,84
VILLANUEVA DEL FRESNO	3,44	2,88	4,51	0,63			2,90	0,36	14,84
GÉVORA	7,18	4,56	0,02	0,15	0,02	0,02	3,35	0,41	15,69
TOTAL RURALES*	***8,26***	***4,49***	***1,00***	***1,04***	***0,00***	***0,07***	***4,19***	***0,89***	***20,05***
TOTAL ÁREA*	**6,91**	**3,96**	**0,88**	**0,83**	**0,00**	**0,04**	**3,95**	**0,62**	**17,24**

** Medias ponderadas por el número de puestos asistenciales*
NOTA: No se dispone de los datos de presión asistencial en enfermería del SES

Tabla 19
Fuente JARA. 2015

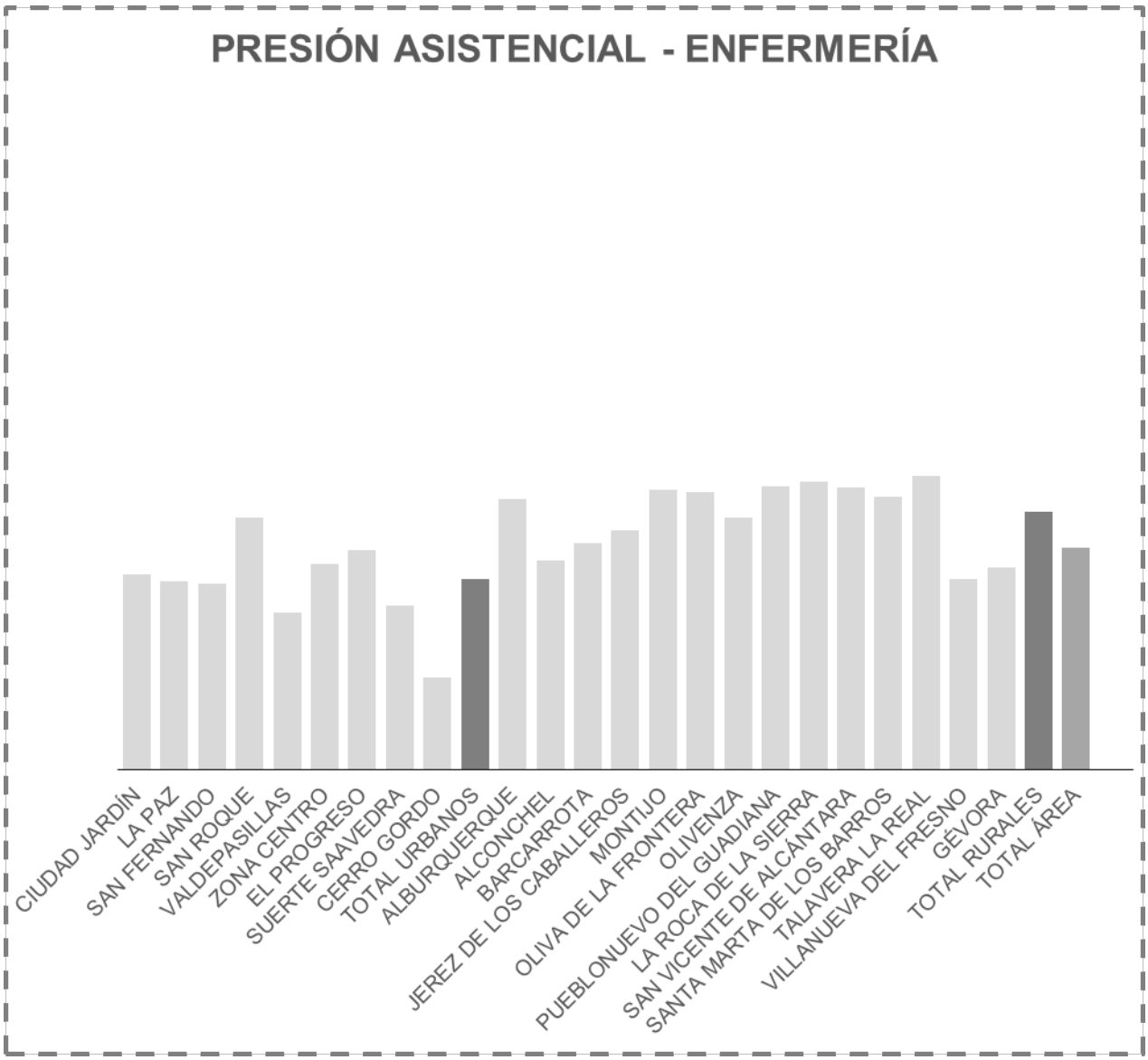

PRESIÓN ASISTENCIAL - ENFERMERÍA
CIUDAD JARDÍN
LA PAZ
SAN FERNANDO
SAN ROQUE
VALDEPASILLAS
ZONA CENTRO
EL PROGRESO
SUERTE SAAVEDRA
CERRO GORDO
TOTAL URBANOS
ALBURQUERQUE
ALCONCHEL
BARCARROTA
JEREZ DE LOS CABALLEROS
MONTIJO
OLIVA DE LA FRONTERA
OLIVENZA
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA
LA ROCA DE LA SIERRA
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA
SANTA MARTA DE LOS BARROS
TALAVERA LA REAL
VILLANUEVA DEL FRESNO
GÉVORA
TOTAL RURALES
TOTAL ÁREA

Gráfico 6

Con respecto a la frecuentación en MF (**Tabla 20 y Gráfico 7**), se observa que en los CS urbanos es de 5,22, y en los rurales de 7,45. Y la frecuentación por iniciativa del paciente es de 4,91 en los CS urbanos y 7,15 en los rurales. La total del Área es de 6,05, y la del SES de 7,01.

FRECUENTACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA POR ZBS Y TIPO DE CONSULTA

ZONAS	Administrativa Centro	Demanda Centro	Programada Centro	Demanda Domicilio	Programada Domicilio	Demanda Urgencias	Otras Consultas	Iniciativa Paciente	TOTAL
CIUDAD JARDÍN	1,04	4,21	0,32	0,03	0,01	0,04	0,06	5,32	5,71
LA PAZ	0,10	4,37	0,15	0,06	0,01	0,00	0,12	4,53	4,80
SAN FERNANDO	0,98	3,98	0,75	0,03	0,00	0,00	0,00	4,99	5,75
SAN ROQUE	1,32	4,19	0,03	0,07	0,00	0,01	0,02	5,58	5,63
VALDEPASILLAS	0,74	3,38	0,32	0,04	0,01	0,01	0,03	4,16	4,52
ZONA CENTRO	0,86	3,97	0,02	0,06	0,00	0,00	0,00	4,88	4,90
EL PROGRESO	1,11	3,71	0,34	0,08	0,01	0,00	0,29	4,90	5,54
SUERTE SAAVEDRA	1,32	4,48	0,01	0,03	0,00	0,00	0,00	5,83	5,84
CERRO GORDO	0,82	4,77	0,12	0,04	0,00	0,01	0,02	5,63	5,77
TOTAL URBANOS*	***0,45***	***2,03***	***0,26***	***0,05***	***0,00***	***0,01***	***0,05***	***4,91***	***5,22***
ALBURQUERQUE	2,24	4,99	0,21	0,09	0,06	0,00	0,01	7,32	7,60
ALCONCHEL	2,17	6,29	0,35	0,23	0,07	0,00	0,02	8,70	9,14
BARCARROTA	1,82	5,95	0,02	0,09	0,01	0,00	0,93	7,87	8,83
JEREZ DE LOS CABALLEROS	1,64	5,04	0,12	0,16	0,01	0,00	0,02	6,83	6,98
MONTIJO	1,32	5,26	0,17	0,13	0,02	0,00	0,00	6,71	6,91
OLIVA DE LA FRONTERA	2,65	5,10	0,08	0,20	0,00	0,00	0,00	7,94	8,03
OLIVENZA	1,41	5,08	0,06	0,14	0,02	0,00	0,06	6,64	6,79
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	2,46	5,93	0,06	0,05	0,03	0,00	0,00	8,44	8,53
LA ROCA DE LA SIERRA	1,31	3,77	0,39	0,07	0,00	0,00	0,69	5,16	6,25
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	1,54	4,75	0,43	0,17	0,01	0,00	0,55	6,46	7,45
SANTA MARTA DE LOS BARROS	2,10	4,76	0,13	0,10	0,03	0,00	0,02	6,96	7,14
TALAVERA LA REAL	1,39	5,90	0,11	0,01	0,15	0,00	0,02	7,31	7,59
VILLANUEVA DEL FRESNO	1,02	7,20	0,17	0,17	0,00	0,00	0,00	8,39	8,56
GÉVORA	0,70	5,55	0,05	0,07	0,01	0,08	0,08	6,40	6,53
TOTAL RURALES*	***1,45***	***4,35***	***0,15***	***0,12***	***0,03***	***0,00***	***0,12***	***7,15***	***7,45***
TOTAL ÁREA*	**1,21**	**4,45**	**0,20**	**0,08**	**0,02**	**0,01**	**0,08**	**5,75**	**6,05**
TOTAL SES*	**1,29**	**5,31**	**0,15**	**0,11**	**0,02**	**0,02**	**0,11**	**6,73**	**7,01**

**Medias ponderadas por tamaño de la población*

Tabla 20
Fuente: JARA. 2015

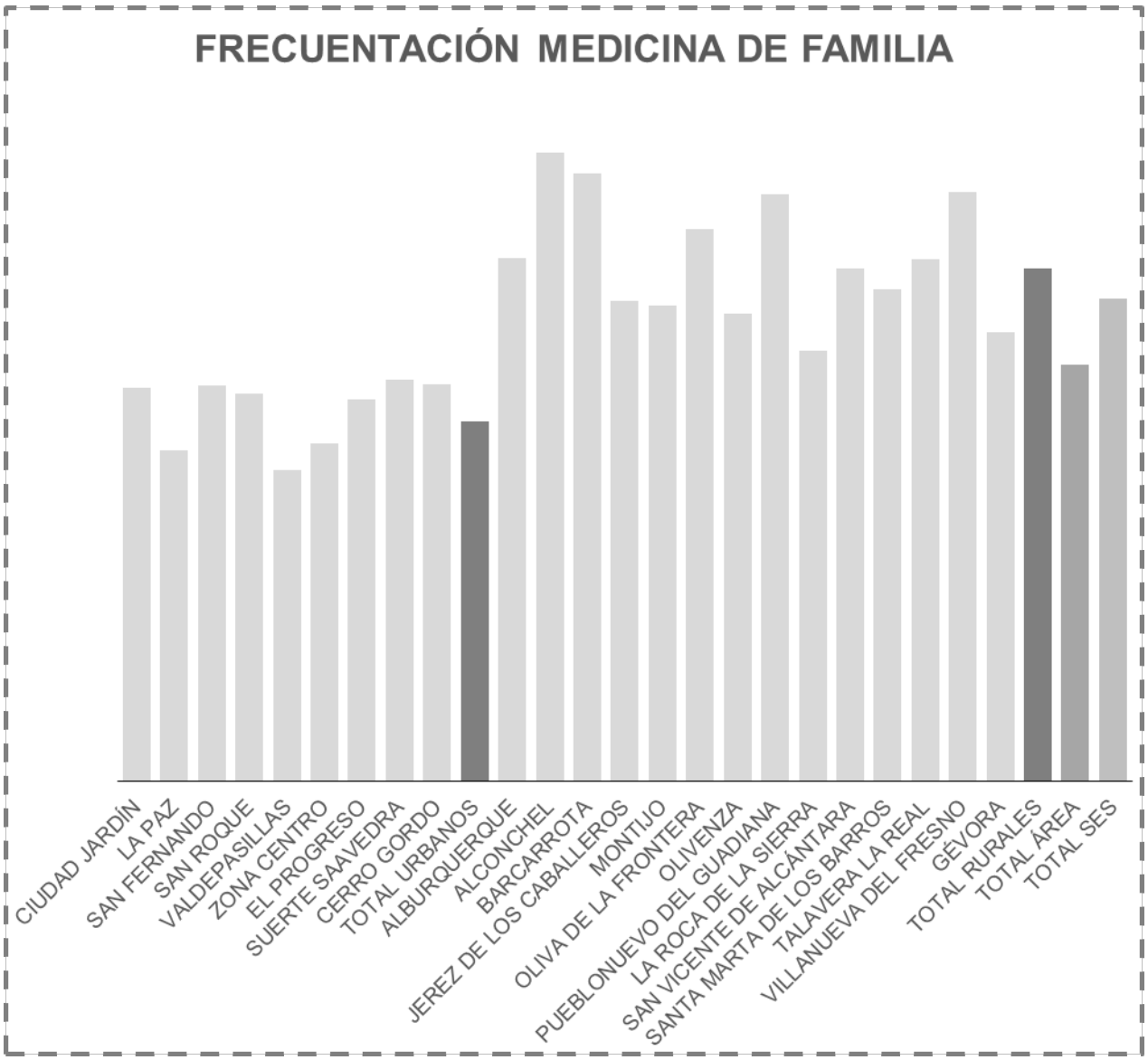

FRECUENTACIÓN MEDICINA DE FAMILIA
CIUDAD JARDÍN
LA PAZ
SAN FERNANDO
SAN ROQUE
VALDEPASILLAS
ZONA CENTRO
EL PROGRESO
SUERTE SAAVEDRA
CERRO GORDO
TOTAL URBANOS
ALBURQUERQUE
ALCONCHEL
BARCARROTA
JEREZ DE LOS CABALLEROS
MONTIJO
OLIVA DE LA FRONTERA
OLIVENZA
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA
LA ROCA DE LA SIERRA
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA
SANTA MARTA DE LOS BARROS
TALAVERA LA REAL
VILLANUEVA DEL FRESNO
GÉVORA
TOTAL RURALES
TOTAL ÁREA
TOTAL SES

Gráfico 7

En pediatría (**Tabla 21 y Gráfico 8**), la frecuentación total es de 4,53 en los CS urbanos (3,93 por iniciativa del paciente), y de 6,37 en los rurales (5,80 por iniciativa del paciente).

FRECUENTACIÓN EN PEDIATRÍA POR ZBS Y TIPO DE CONSULTA

ZONAS	Administrativa Centro	Demanda Centro	Programada Centro	Demanda Domic	Programada Domicilio	Otras Consultas	Demanda Urgencias	Iniciativa Paciente	TOTAL
CIUDAD JARDÍN	0,01	3,59	0,38					3,60	3,99
LA PAZ	0,04	3,79	0,38	0,01	0,00	0,12	0,00	3,84	4,34
SAN FERNANDO	0,02	4,69	1,34					4,71	6,05
SAN ROQUE	0,00	3,93	0,48			0,00		3,93	4,41
VALDEPASILLAS	0,00	3,09	0,32	0,01				3,10	3,42
ZONA CENTRO	0,07	3,07	0,32	0,00		0,00		3,14	3,46
EL PROGRESO	0,44	4,52	0,57	0,00	0,00	0,07		4,96	5,60
SUERTE SAAVEDRA	0,00	3,98	0,40					3,98	4,38
CERRO GORDO	0,02	7,40	1,20	0,02	0,00	0,12	0,02	7,44	8,79
TOTAL URBANOS*	***0,04***	***3,88***	***0,58***	***0,00***	***0,00***	***0,02***	***0,00***	***3,93***	***4,53***
ALBURQUERQUE	0,01	5,31	0,60			0,22	0,00	5,33	6,15
ALCONCHEL		5,20	0,97					5,20	6,16
BARCARROTA	0,02	3,38	0,35			0,00	0,00	3,40	3,75
JEREZ DE LOS CABALLEROS	0,01	7,00	0,49	0,00	0,00	0,01	0,00	7,01	7,52
MONTIJO	0,10	6,18	0,52	0,01	0,00	0,02	0,00	6,29	6,83
OLIVA DE LA FRONTERA		5,56	0,51			0,00	0,00	5,56	6,08
OLIVENZA	0,32	5,86	0,33	0,01		0,00	0,00	6,19	6,53
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	0,00	5,49	0,46		0,00			5,49	5,95
SANTA MARTA DE LOS BARROS	0,09	7,52	0,78	0,01	0,00	0,01	0,01	7,63	8,42
TALAVERA LA REAL		4,17	0,51			0,53		4,17	5,21
GÉVORA	0,00	4,15	0,85					4,16	5,01
TOTAL RURALES*	***0,09***	***5,70***	***0,52***	***0,01***	***0,00***	***0,06***	***0,00***	***5,80***	***6,37***
TOTAL ÁREA*	**0,06**	**4,69**	**0,57**	**0,01**	**0,00**	**0,03**	**0,00**	**4,76**	**5,36**
TOTAL SES*	**0,08**	**4,66**	**0,62**	**0,01**	**0,00**	**0,08**	**0,02**	**4,77**	**5,47**

**Medias ponderadas por tamaño de la población*

Tabla 21
Fuente: JARA. 2015

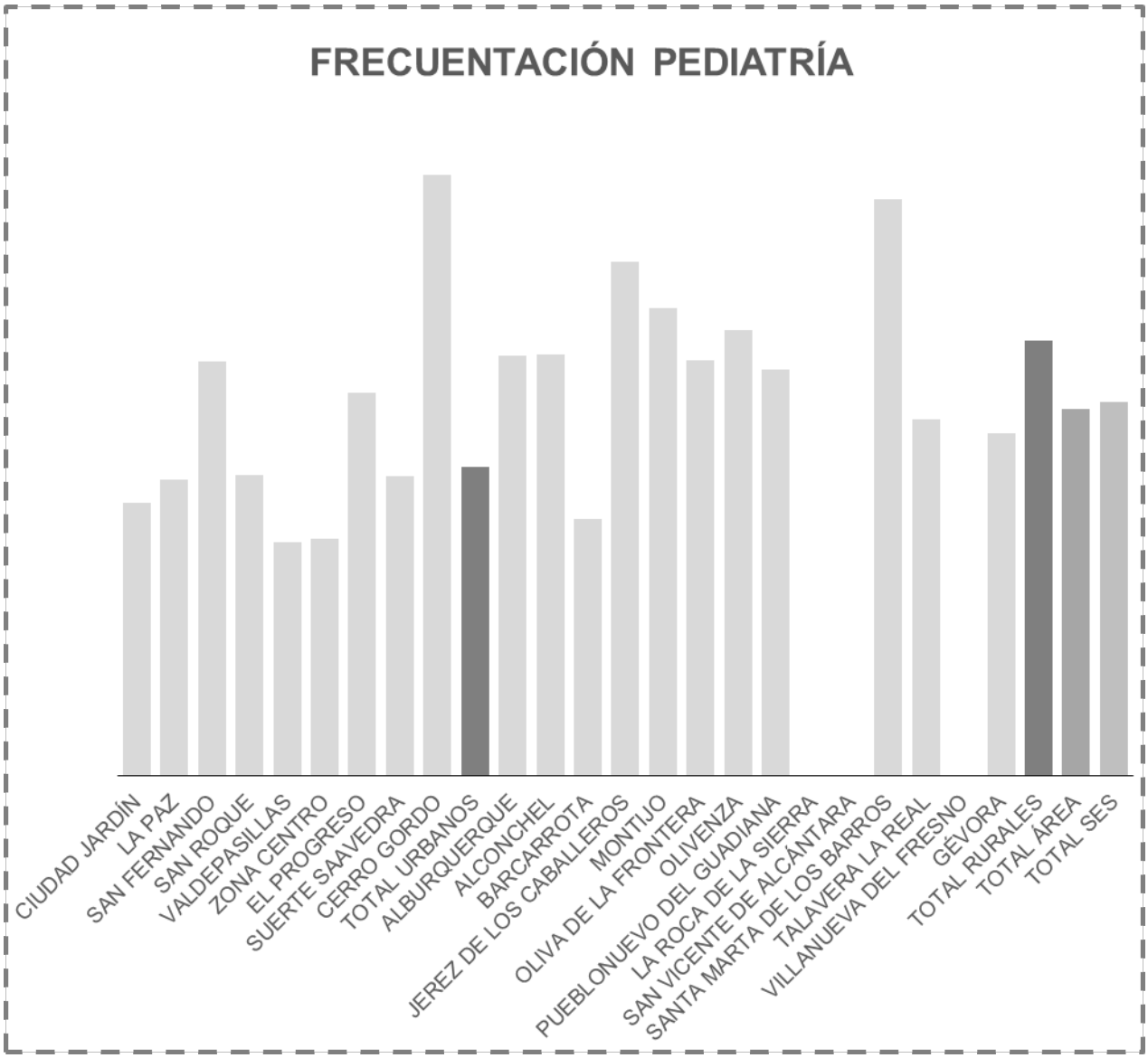

FRECUENTACIÓN PEDIATRÍA
CIUDAD JARDÍN
LA PAZ
SAN FERNANDO
SAN ROQUE
VALDEPASILLAS
ZONA CENTRO
EL PROGRESO
SUERTE SAAVEDRA
CERRO GORDO
TOTAL URBANOS
ALBURQUERQUE
ALCONCHEL
BARCARROTA
JEREZ DE LOS CABALLEROS
MONTIJO
OLIVA DE LA FRONTERA
OLIVENZA
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA
LA ROCA DE LA SIERRA
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA
SANTA MARTA DE LOS BARROS
TALAVERA LA REAL
VILLANUEVA DEL FRESNO
GÉVORA
TOTAL RURALES
TOTAL ÁREA
TOTAL SES

Gráfico 8

En enfermería (**Tabla 22 y Gráfico 9**), la frecuentación total es de 2,28 en los CS urbanos y 3,69 en los rurales.

FRECUENTACIÓN EN ENFERMERÍA POR ZBS Y TIPO DE CONSULTA									
ZONAS	**Demanda Centro**	**Programada Centro**	**Técnica Enfermería Centro**	**Programada Domicilio**	**Urgencias**	**Técnica Enfermería Domicilio**	**Extracciones**	**Otras Consultas Enfermería**	**TOTAL**
CIUDAD JARDÍN	1,35	0,54	0,04	0,12	0,00	0,00	0,00	0,67	2,75
LA PAZ	0,94	0,13	0,34	0,05	0,00	0,00	0,00	0,66	2,24
SAN FERNANDO	0,90	0,50	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,56	2,08
SAN ROQUE	1,08	0,83	0,01	0,15	0,00	0,00	0,00	0,89	2,97
VALDEPASILLAS	0,34	0,50	0,24	0,08	0,00	0,00	0,00	0,40	1,60
ZONA CENTRO	0,77	0,70	0,06	0,12	0,00	0,00	0,00	0,56	2,28
EL PROGRESO	1,23	0,61	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,60	2,84
SUERTE SAAVEDRA	0,95	0,68	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,48	2,18
CERRO GORDO	0,57	0,96	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,54	2,19
TOTAL URBANOS*	***0,87***	***0,55***	***0,12***	***0,10***	***0,00***	***0,00***	***0,00***	***0,59***	***2,28***
ALBURQUERQUE	2,02	0,81	0,05	0,36	0,00	0,00	0,03	0,93	4,34
ALCONCHEL	1,37	0,88	0,72	0,36	0,00	0,00	0,00	0,99	4,57
BARCARROTA	1,82	0,43	0,29	0,30	0,00	0,09	0,00	0,87	4,03
JEREZ DE LOS CABALLEROS	1,72	1,03	0,00	0,27	0,00	0,00	0,05	0,66	3,79
MONTIJO	1,40	0,78	0,08	0,12	0,00	0,00	0,06	0,82	3,50
OLIVA DE LA FRONTERA	1,64	1,08	0,14	0,29	0,00	0,00	0,00	0,57	3,76
OLIVENZA	1,09	0,41	0,11	0,10	0,00	0,05	0,00	0,78	2,73
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	1,59	0,72	0,05	0,11	0,00	0,00	0,00	0,90	3,62
LA ROCA DE LA SIERRA	1,92	1,78	0,16	0,17	0,00	0,00	0,00	0,66	4,74
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	2,01	0,79	0,00	0,14	0,00	0,00	0,06	0,80	3,91
SANTA MARTA DE LOS BARROS	1,62	1,07	0,62	0,15	0,00	0,01	0,00	0,76	4,53
TALAVERA LA REAL	1,25	0,99	0,07	0,23	0,00	0,00	0,00	0,60	3,19
VILLANUEVA DEL FRESNO	0,82	0,69	1,08	0,15	0,00	0,00	0,03	0,69	3,56
GÉVORA	1,41	0,91	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,67	3,11
TOTAL RURALES*	***1,51***	***0,82***	***0,19***	***0,19***	***0,00***	***0,01***	***0,02***	***0,77***	***3,69***
TOTAL ÁREA*	**1,18**	**0,68**	**0,15**	**0,14**	**0,00**	**0,01**	**0,01**	**0,68**	**2,96**

** Medias ponderadas por tamaño de la población asistida*
NOTA: los valores 0,00 no significan ausencia de actividad (el formato solo incluye dos decimales)

Tabla 22
Fuente: JARA. 2015

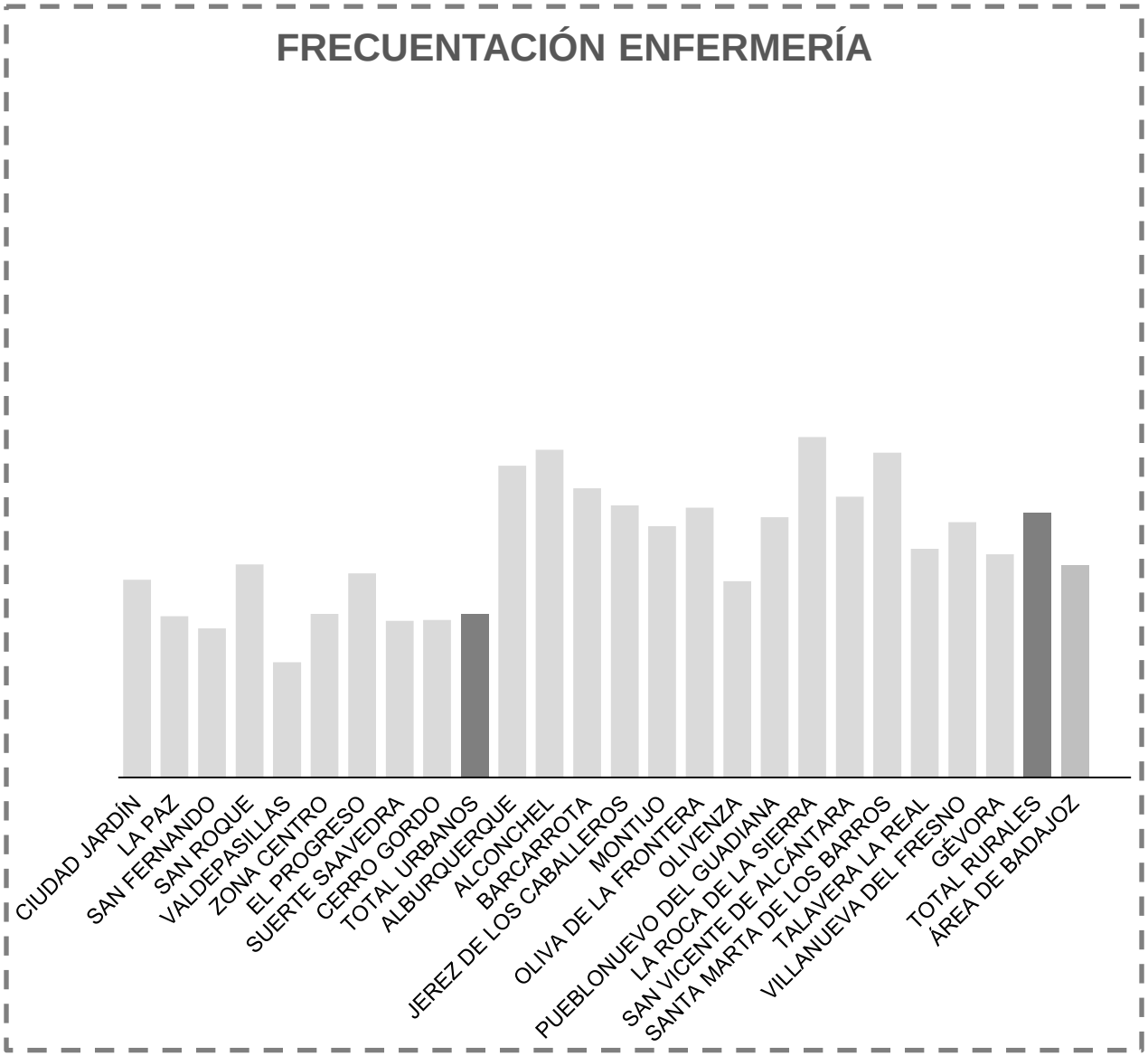

FRECUENTACIÓN ENFERMERÍA
CIUDAD JARDÍN
LA PAZ
SAN FERNANDO
SAN ROQUE
VALDEPASILLAS
ZONA CENTRO
EL PROGRESO
SUERTE SAAVEDRA
CERRO GORDO
TOTAL URBANOS
ALBURQUERQUE
ALCONCHEL
BARCARROTA
JEREZ DE LOS CABALLEROS
MONTIJO
OLIVA DE LA FRONTERA
OLIVENZA
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA
LA ROCA DE LA SIERRA
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA
SANTA MARTA DE LOS BARROS
TALAVERA LA REAL
VILLANUEVA DEL FRESNO
GÉVORA
TOTAL RURALES
ÁREA DE BADAJOZ

Gráfico 9

3.5. DERIVACIONES

Podemos observar (**Tabla 23**), que la tasa de derivación por 1000 habitantes del Área es de 34,82, respecto a esta tasa se desvían trece CS (cuatro urbanos y nueve rurales)

DERIVACIONES AL SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL 2015				
ZONA BÁSICA	TOTAL 2015	POBLACIÓN TIS	TASA x 100 DERIVACIÓN	DESVIACIÓN S/ÁREA
ALBURQUERQUE	3.337	9.370	35,61	2%
ALCONCHEL	2.124	5.362	39,61	14%
BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN	6.572	16.307	40,30	16%
BADAJOZ-LA PAZ	5.334	19.565	27,26	-22%
BADAJOZ-SAN FERNANDO	8.207	20.975	39,13	12%
BADAJOZ-SAN ROQUE	5.457	16.651	32,77	-6%
BADAJOZ-VALDEPASILLAS	8.153	26.316	30,98	-11%
BADAJOZ-ZONA CENTRO	7.157	19.211	37,25	7%
BARCARROTA	2.900	7.632	38,00	9%
JEREZ C. DE LOS CABALLEROS	3.162	11.039	28,64	-18%
MONTIJO	8.780	24.508	35,83	3%
OLIVA DE LA FRONTERA	2.956	7.977	37,06	6%
OLIVENZA	7.205	16.028	44,95	29%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	2.778	7.446	37,31	7%
LA ROCA DE LA SIERRA	786	3.189	24,65	-29%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	1.254	5.549	22,60	-35%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	3.466	10.577	32,77	-6%
TALAVERA LA REAL	3.887	10.016	38,81	11%
VILLANUEVA FRESNO	1.459	3.849	37,91	9%
BADAJOZ-EL PROGRESO	1.901	7.272	26,14	-25%
GEVORA	1.380	4.955	27,85	-20%
BADAJOZ-SUERTE DE SAAVEDRA	2.742	7.362	37,25	7%
BADAJOZ-CERRO GORDO	906	2.792	32,45	-7%
TOTAL ÁREA	**91.903**	**263.948**	**34,82**	

Tabla 23
Fuente: Jara 2015

Respecto a las especialidades a las que más se deriva desde AP (**Tabla 24**), destacan oftalmología, dermatología, traumatología, rehabilitación, ORL, ginecología y obstetricia y cirugía general.

DERIVACIONES A LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES 2015		
ESPECIALIDAD	**TOTAL ÁREA**	**% S/TOTAL**
OFTALMOLOGÍA	16.108	17,53%
DERMATOLOGÍA	9.831	10,70%
TRAUMATOLOGÍA	8.621	9,38%
REHABILITACIÓN	8.535	9,29%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	8.461	9,21%
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	7.987	8,69%
CIRUGÍA GENERAL	7.198	7,83%
DIGESTIVO	3.989	4,34%
CARDIOLOGÍA	3.339	3,63%
UROLOGÍA	3.257	3,54%
NEUROLOGÍA	2.947	3,21%
PEDIATRÍA	2.874	3,13%
NEUMOLOGÍA	2.084	2,27%
ENDOCRINOLOGÍA	1.929	2,10%
REUMATOLOGÍA	1.641	1,79%
MEDICINA INTERNA	1.464	1,59%
HEMATOLOGÍA	1.122	1,22%
NEFROLOGÍA	516	0,56%
TOTAL DERIVACIONES	**91.903**	**100,00%**

Tabla 24
Fuente: Jara 2015

3.6. TELEMEDICINA

En la **Tabla 25** se recoge la implantación de la Telemedicina en el Área. Podemos observar que en el medio urbano solo un CS dispone de Telemedicina, y un 50% de los CS rurales. La cobertura poblacional en el medio urbano es muy baja (5,19%), y en el medio rural es del 62,94%.

IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN EL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ			
CENTROS SALUD	**Realizan Telemedicina**	**Población total**	**Población Potencial Cubierta**
CERRO GORDO	NO	2135	0,00%
CIUDAD JARDÍN	NO	13878	0,00%
EL PROGRESO	SI	6116	100,00%
LA PAZ	NO	17618	0,00%
SAN FERNANDO	NO	17377	0,00%
SAN ROQUE	NO	14238	0,00%
SUERTE SAAVEDRA	NO	6251	0,00%
VALDEPASILLAS	NO	22128	0,00%
ZONA CENTRO	NO	18146	0,00%
TOTAL URBANOS	**11,11%**	**117887**	**5,19%**
ALBURQUERQUE	SI	8570	100,00%
ALCONCHEL (*)	NO (*)	4875	0,00%
BARCARROTA	NO	6709	0,00%
GÉVORA	NO	4212	0,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	SI	8097	100,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	3130	0,00%
MONTIJO	SI	21095	100,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	SI	13618	100,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	SI	5329	100,00%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI	9618	100,00%
TALAVERA LA REAL	NO	8926	0,00%
VILLANUEVA DEL FRESNO	SI	3772	100,00%
TOTAL RURALES	**50,00%**	**111372**	**62,94%**
TOTAL ÁREA	**34,78%**	**229259**	**33,24%**

(*) El EAP de Alconchel disponía de equipo de Telemedicina; pero no estaba operativo por problemas técnicos de conexión a Internet.

Tabla 25
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

Respecto a las especialidades ofertadas para Telemedicina (**Tabla 26 y Gráfico 10**), radiología, dermatología, reumatología, endocrino y neumología son las más implantadas.

TELEMEDICINA. ESPECIALIDADES OFERTADAS										
CENTROS SALUD	**PSIQUIATRÍA**	**CMA**	**RADIOLOGÍA**	**DERMATOLOGÍA**	**REUMATOLOGÍA**	**ENDOCRINO**	**NEUMOLOGÍA**	**TRAUMATOLOGÍA**	**NEUROLOGÍA**	**TOTAL**
BADAJOZ-EL PROGRESO (1)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
ALBURQUERQUE (2)	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4
JEREZ DE LOS CABALLEROS	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
MONTIJO	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7
OLIVENZA	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
SANTA MARTA DE LOS BARROS	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3
VILLANUEVA DEL FRESNO	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7
TOTAL	1	4	5	8	6	7	5	4	4	

NOTA 1: El Progreso solo utiliza Telemedicina para dermatología.
NOTA 2: Alburquerque no oferta más especialidades por falta de espacio. Comparte la sala con la matrona.

Tabla 26
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

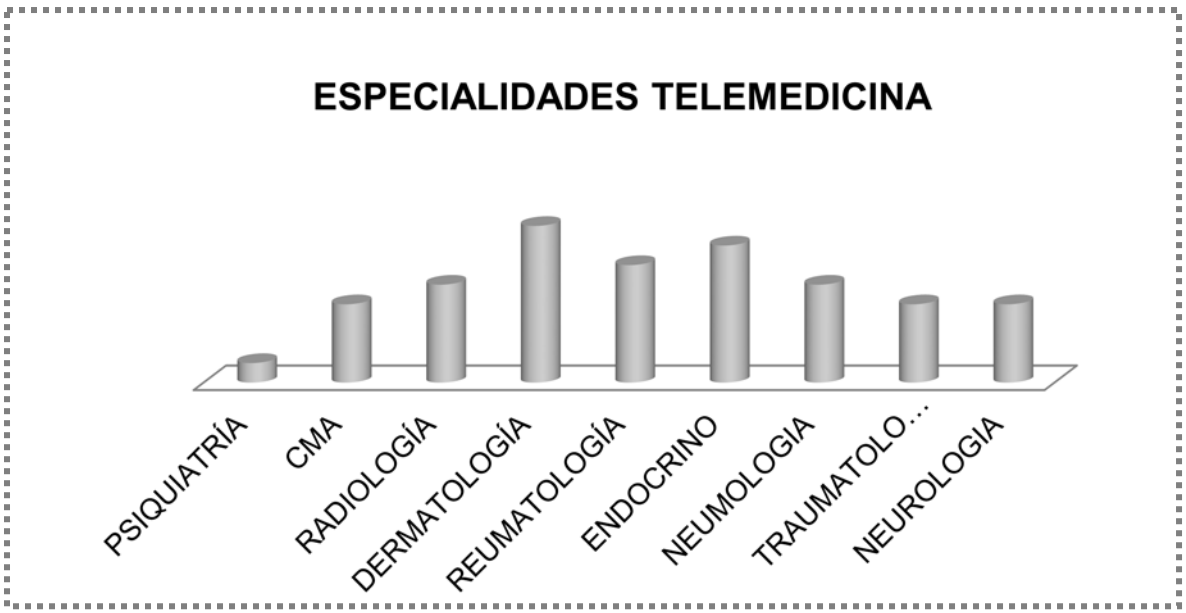


Gráfico 10

3.7. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Desde un punto de vista asistencial, al margen de las actividades relacionadas con las consultas diarias de medicina y enfermería, se desarrollan en los CS una serie de actividades complementarias que garantizan una mejora en la calidad de las prestaciones asistenciales por parte de los EAP: realización de educación para la salud grupal (EpS grupal), ecografías, monitorización ambulatoria de la presión arterial, espirometrías, índice Tobillo/Brazo, cirugía menor, infiltraciones articulares y de partes blandas y consulta de deshabituación tabáquica.

3.7.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

En la **Tabla 27** se recoge la relación de Equipos que informan que realizan EpS grupal, y observamos que salvo un EAP (urbano) el resto la realiza.

EpS grupal			
CENTROS DE SALUD	**REALIZAN**	**CENTROS DE SALUD**	**REALIZAN**
CERRO GORDO	NO	ALBURQUERQUE	SI
CIUDAD JARDÍN	SI	ALCONCHEL	SI
EL PROGRESO	SI	BARCARROTA	SI
LA PAZ	SI	GÉVORA	SI
SAN FERNANDO	SI	JEREZ DE LOS CABALLEROS	SI
SAN ROQUE	SI	LA ROCA DE LA SIERRA	SI
SUERTE SAAVEDRA	SI	MONTIJO	SI
VALDEPASILLAS	SI	OLIVA DE LA FRONTERA	SI
ZONA CENTRO	SI	OLIVENZA	SI
		PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	SI
		SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	SI
		SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI
		TALAVERA LA REAL	SI
		VILLANUEVA DEL FRESNO	SI
TOTAL URBANOS	**88,89%**	**TOTAL RURALES**	**100,00%**
	TOTAL ÁREA	**91,30%**	

Tabla 27
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.2. ECOGRAFÍAS

Respecto a la realización de ecografías (**Tabla 28**), indicar que solo un 43,48% de los EAP del Área realizan ecografías. De ellos solo un 25% de los CS urbanos y un 33,33% de los CS rurales tienen elaborado un protocolo, y solo un 25,67% de la población del Área está cubierta por esta actividad complementaria.

ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA				
CENTROS DE SALUD	**Disponen de ecógrafo**	**Disponen de Protocolo**	**Población total**	**Población Potencial cubierta**
CERRO GORDO	NO	NO	2135	0,00%
CIUDAD JARDÍN	NO	NO	13878	0,00%
EL PROGRESO	NO	NO	6116	0,00%
LA PAZ	SI	SI	17618	100,00%
SAN FERNANDO	SI	NO	17377	30,09%
SAN ROQUE	SI	NO	14238	11,13%
SUERTE DE SAAVEDRA	NO	NO	6251	0,00%
VALDEPASILLAS	SI	NO	22128	33,56%
ZONA CENTRO	NO	NO	18146	0,00%
TOTAL URBANOS	**44,44%**	**25,00%**	**117887**	**27,02%**
ALBURQUERQUE	NO	NO	8570	0,00%
ALCONCHEL	SI	NO	4875	100,00%
BARCARROTA	NO	NO	6709	0,00%
GÉVORA	SI	SI	4212	100,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	SI	NO	8097	30,81%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	NO	3130	0,00%
MONTIJO	NO	NO	21095	0,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	NO	NO	13618	0,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	SI	NO	6439	55,21%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	NO	NO	5329	0,00%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI	SI	9618	100,00%
TALAVERA LA REAL	SI	NO	8926	24,97%
VILLANUEVA DEL FRESNO	NO	NO	3772	0,00%
TOTAL RURALES	**42,86%**	**33,33%**	**111372**	**24,23%**
TOTAL ÁREA	**43,48%**	**30,00%**	**229259**	**25,67%**

Tabla 28
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.3. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

En cuanto a la MAPA (**Tabla 29**), un 65,22% de EAP disponen de equipos para realizar MAPA (88,89% CS urbanos, 50% CS rurales), un 86,67% realizan MAPA (100% CS urbanos; 71,43% CS rurales). En cuanto a la cobertura de esta actividad observamos que un 75,39% de la población del Área (98,19% urbana; 51,26% rural) disponen de acceso a esta prueba tan importante para el diagnóstico de la hipertensión arterial.

MAPA				
CENTROS DE SALUD	**Disponen de MAPA**	**Realizan MAPA**	**Población total**	**Población potencial Cubierta**
CERRO GORDO	NO	NO	2135	0,00%
CIUDAD JARDÍN	SI	SI	13878	100,00%
EL PROGRESO	SI	SI	6116	100,00%
LA PAZ	SI	SI	17618	100,00%
SAN FERNANDO	SI	SI	17377	100,00%
SAN ROQUE	SI	SI	14238	100,00%
SUERTE DE SAAVEDRA	SI	SI	6251	100,00%
VALDEPASILLAS	SI	SI	22128	100,00%
ZONA CENTRO	SI	SI	18146	100,00%
TOTAL URBANOS	**88,89%**	**100,00%**	**117887**	**98,19%**
ALBURQUERQUE	SI	SI	8570	100,00%
ALCONCHEL	SI	SI	4875	100,00%
BARCARROTA	NO	NO	6709	0,00%
GÉVORA	NO	NO	4212	0,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	SI	NO	8097	0,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	NO	3130	0,00%
MONTIJO	SI	SI	21095	100,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	SI	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	SI	SI	13618	100,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	NO	NO	5329	0,00%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	NO	NO	9618	0,00%
TALAVERA LA REAL	SI	SI	8926	100,00%
VILLANUEVA DEL FRESNO	NO	NO	3772	0,00%
TOTAL RURALES	**50,00%**	**71,43%**	**111372**	**51,26%**
TOTAL ÁREA	**65,22%**	**86,67%**	**229259**	**75,39%**

Tabla 29
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.4. ESPIROMETRÍAS

En relación a las espirometrías, en los CS del Área, podemos observar que el 100% de los CS urbanos disponen de espirómetros y realizan espirometrías, mientras que en el medio rural disponen de espirómetros el 64,29%, y de estos solo un 66,67% la realizan. Como consecuencia de lo anterior, en el medio urbano la cobertura de población que se beneficia de esta prueba diagnóstica, fundamental para el abordaje de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es del 100% mientras que en el medio rural es del 51,45% (**Tabla 30**).

ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA				
CENTROS DE SALUD	**Disponen de espirómetro**	**Realizan espirometría**	**Población total**	**Población Potencial cubierta**
CERRO GORDO	SI	SI	2135	100,00%
CIUDAD JARDÍN	SI	SI	13878	100,00%
EL PROGRESO	SI	SI	6116	100,00%
LA PAZ	SI	SI	17618	100,00%
SAN FERNANDO	SI	SI	17377	100,00%
SAN ROQUE	SI	SI	14238	100,00%
SUERTE DE SAAVEDRA	SI	SI	6251	100,00%
VALDEPASILLAS	SI	SI	22128	100,00%
ZONA CENTRO	SI	SI	18146	100,00%
TOTAL URBANOS	**100,00%**	**100,00%**	**117887**	**100,00%**
ALBURQUERQUE	SI	SI	8570	100,00%
ALCONCHEL	SI	SI	4875	100,00%
BARCARROTA	SI	NO	6709	0,00%
GÉVORA	SI	SI	4212	100,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	SI	NO	8097	0,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	NO	3130	0,00%
MONTIJO	SI	SI	21095	100,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	SI	NO	13618	0,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	NO	NO	5329	0,00%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI	SI	9618	100,00%
TALAVERA LA REAL	SI	SI	8926	100,00%
VILLANUEVA DEL FRESNO	NO	NO	3772	0,00%
TOTAL RURALES	**64,29%**	**66,67%**	**111372**	**51,45%**
TOTAL ÁREA	**78,26%**	**83,33%**	**229259**	**76,41%**

Tabla 30
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.5. ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB)

En cuanto a la realización de la prueba ITB (**Tabla 31**), herramienta muy útil para estratificar el riesgo cardiovascular, observamos que en el medio urbano un 66,67% de los CS disponen del Doppler para realizar la prueba, de ellos un 66,67% lo realizan, lo que supone una cobertura poblacional del 50,98%. En el medio rural disponen del Doppler un 50% de los CS, aunque el 100% de los mismos lo realizan, y representa una cobertura del 64,68% de la población.

REALIZACIÓN DE PRUEBA ITB				
CENTROS DE SALUD	**Disponen de Doppler**	**Realizan ITB**	**Población total**	**Población Potencial Cubierta**
CERRO GORDO	NO	NO	2135	0,00%
CIUDAD JARDÍN	NO	NO	13878	0,00%
EL PROGRESO	SI	SI	6116	100,00%
LA PAZ	SI	SI	17618	100,00%
SAN FERNANDO	SI	NO	17377	0,00%
SAN ROQUE	SI	SI	14238	100,00%
SUERTE DE SAAVEDRA	SI	NO	6251	0,00%
VALDEPASILLAS	SI	SI	22128	100,00%
ZONA CENTRO	NO	NO	18146	0,00%
TOTAL URBANOS	**66,67%**	**66,67%**	**117887**	**50,98%**
ALBURQUERQUE	SI	SI	8570	100,00%
ALCONCHEL	NO	SI	4875	100,00%
BARCARROTA	NO	NO	6709	0,00%
GÉVORA	NO	NO	4212	0,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	NO	NO	8097	0,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	NO	3130	0,00%
MONTIJO	SI	SI	21095	100,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	SI	SI	13618	100,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	SI	SI	5329	100,00%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI	SI	9618	100,00%
TALAVERA LA REAL	SI	SI	8926	100,00%
VILLANUEVA DEL FRESNO	SI	NO	3772	0,00%
TOTAL RURALES	**50,00%**	**100,00%**	**111372**	**64,68%**
TOTAL ÁREA	**56,52%**	**84,62%**	**229259**	**57,63%**

Tabla 31
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.6. CIRUGÍA MENOR

En cuanto a la realización de cirugía menor en los CS del Área (**Tabla 32**), observamos que en el medio urbano el 88,89% de los CS disponen de recursos para llevar a cabo esta actividad, y el 100% de los mismos la desarrollan, aunque solo un 50% de los mismos trabajan con un protocolo y la cobertura poblacional es del 86,86%. En el medio rural solo el 42,86% de los CS disponen de recursos para llevar a cabo actividades de cirugía menor, y de estos el 100% la realizan, aunque solo un 50% de los mismos disponen de protocolo, y la cobertura poblacional es del 20,33%.

CIRUGÍA MENOR					
CENTROS DE SALUD	**Disponen de recursos**	**La realizan**	**Protocolo**	**Población total**	**Población Potencial Cubierta**
BADAJOZ-CERRO GORDO	NO	NO	NO	2135	0,00%
BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN	SI	SI	SI	13878	100,00%
BADAJOZ-EL PROGRESO	SI	SI	SI	6116	100,00%
BADAJOZ-LA PAZ	SI	SI	SI	17618	100,00%
BADAJOZ-SAN FERNANDO	SI	SI	NO	17377	50,13%
BADAJOZ-SAN ROQUE	SI	SI	NO	14238	100,00%
BADAJOZ-SUERTE DE SAAVEDRA	SI	SI	NO	6251	24,89%
BADAJOZ-VALDEPASILLAS	SI	SI	NO	22128	100,00%
BADAJOZ -ZONA CENTRO	SI	SI	SI	18146	100,00%
TOTAL URBANOS	**88,89%**	**100,00%**	**50,00%**	**117887**	**86,86%**
ALBURQUERQUE	NO	NO	NO	8570	0,00%
ALCONCHEL	SI	SI	NO	4875	100,00%
BARCARROTA	NO	NO	NO	6709	0,00%
GÉVORA	SI	SI	SI	4212	100,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	NO	NO	NO	8097	0,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	SI	SI	SI	3130	45,21%
MONTIJO	NO	NO	NO	21095	0,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	NO	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	NO	NO	NO	13618	0,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	NO	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	SI	SI	NO	5329	81,48%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI	SI	SI	9618	35,92%
TALAVERA LA REAL	SI	SI	NO	8926	48,69%
VILLANUEVA DEL FRESNO	NO	NO	NO	3772	0,00%
TOTAL RURALES	**42,86%**	**100,00%**	**50,00%**	**111372**	**20,33%**
TOTAL ÁREA	**60,87%**	**100,00%**	**50,00%**	**229259**	**54,54%**

Tabla 32
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.7. INFILTRACIONES

En la **Tabla 33** podemos observar que en el medio urbano un 66,67% de los CS disponen de recursos para realizar infiltraciones, y que el 100% de los mismos la realizan, aunque solo 33,33% de los mismos disponen de un protocolo, y la cobertura poblacional es solo del 41,50%. En el medio rural un 35,71% de los CS disponen de recursos para llevar a cabo esta actividad y el 100% de los mismos la realizan, aunque solo un 40% disponen de protocolo, y la cobertura poblacional es de un 11,30%.

INFILTRACIONES					
CENTROS DE SALUD	**Disponen de recursos**	**Las realizan**	**Protocolo**	**Población total**	**Población Potencial Cubierta**
BADAJOZ-CERRO GORDO	SI	SI	NO	2135	100,00%
BADAJOZ-CIUDAD JARDÍN	NO	NO	NO	13878	0,00%
BADAJOZ-EL PROGRESO	SI	SI	SI	6116	100,00%
BADAJOZ-LA PAZ	SI	SI	SI	17618	100,00%
BADAJOZ-SAN FERNANDO	SI	SI	NO	17377	10,01%
BADAJOZ-SAN ROQUE	SI	SI	NO	14238	22,25%
BADAJOZ-SUERTE DE SAAVEDRA	NO	NO	NO	6251	0,00%
BADAJOZ-VALDEPASILLAS	NO	NO	NO	22128	0,00%
BADAJOZ -ZONA CENTRO	SI	SI	NO	18146	100,00%
TOTAL URBANOS	**66,67%**	**100,00%**	**33,33%**	**117887**	**41,50%**
ALBURQUERQUE	NO	NO	NO	8570	0,00%
ALCONCHEL	NO	NO	NO	4875	0,00%
BARCARROTA	NO	NO	NO	6709	0,00%
GÉVORA	SI	SI	SI	4212	100,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	NO	NO	NO	8097	0,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	NO	NO	3130	0,00%
MONTIJO	NO	NO	NO	21095	0,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	NO	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	NO	NO	NO	13618	0,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	NO	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	SI	SI	NO	5329	32,71%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	SI	SI	SI	9618	35,92%
TALAVERA LA REAL	SI	SI	NO	8926	26,42%
VILLANUEVA DEL FRESNO	SI	SI	NO	3772	21,69%
TOTAL RURALES	**35,71%**	**100,00%**	**40,00%**	**111372**	**11,30%**
TOTAL ÁREA	**47,83%**	**100,00%**	**36,36%**	**229259**	**26,83%**

Tabla 33
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.7.8. CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Por último, en la **Tabla 34** se observa que solo 33,33% de los CS urbanos disponen de una consulta estructurada de abordaje del tabaquismo, con una cobertura poblacional del 49,11%. En el medio rural no hay ninguna consulta estructurada de abordaje del tabaquismo.

CONSULTA ESTRUCTURADA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA			
CENTROS DE SALUD	**Consulta estructurada de tabaco**	**Población total**	**Población Potencial Cubierta**
CERRO GORDO	NO	2135	0,00%
CIUDAD JARDÍN	NO	13878	0,00%
EL PROGRESO	NO	6116	0,00%
LA PAZ	SI	17618	100,00%
SAN FERNANDO	NO	17377	0,00%
SAN ROQUE	NO	14238	0,00%
SUERTE DE SAAVEDRA	NO	6251	0,00%
VALDEPASILLAS	SI	22128	100,00%
ZONA CENTRO	SI	18146	100,00%
TOTAL URBANOS	**33,33%**	**117887**	**49,11%**
ALBURQUERQUE	NO	8570	0,00%
ALCONCHEL	NO	4875	0,00%
BARCARROTA	NO	6709	0,00%
GÉVORA	NO	4212	0,00%
JEREZ DE LOS CABALLEROS	NO	8097	0,00%
LA ROCA DE LA SIERRA	NO	3130	0,00%
MONTIJO	NO	21095	0,00%
OLIVA DE LA FRONTERA	NO	6982	0,00%
OLIVENZA	NO	13618	0,00%
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	NO	6439	0,00%
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	NO	5329	0,00%
SANTA MARTA DE LOS BARROS	NO	9618	0,00%
TALAVERA LA REAL	NO	8926	0,00%
VILLANUEVA DEL FRESNO	NO	3772	0,00%
TOTAL RURALES	**0,00%**	**111372**	**0,00%**
TOTAL ÁREA	**13,04%**	**229259**	**25,25%**

Tabla 34
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

3.8. ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

CENTROS DE SALUD	Reuniones organizativas del EAP	Reglamento Régimen Interno (RRI)	Guía de Acogida para profesionales	Memoria Anual
CERRO GORDO	MÁS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
CIUDAD JARDÍN	MÁS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
EL PROGRESO	UNA AL MES	SI	SI	SI
LA PAZ	MENOS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
SAN FERNANDO	MÁS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
SAN ROQUE	UNA AL MES	SI	NO	NO
SUERTE DE SAAVEDRA	MÁS DE UNA AL MES	NO	NO	NO
VALDEPASILLAS	NINGUNA	SI	NO	NO
ZONA CENTRO	MÁS DE UNA AL MES	NO	NO	NO
ALBURQUERQUE	MÁS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
ALCONCHEL	MENOS DE UNA AL MES	NO	NO	NO
BARCARROTA	MENOS DE UNA AL MES	NO	NO	NO
GÉVORA	UNA AL MES	SI	NO	NO
JEREZ DE LOS CABALLEROS	MENOS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
LA ROCA DE LA SIERRA	NINGUNA	SI	NO	NO
MONTIJO	UNA AL MES	SI	NO	NO
OLIVA DE LA FRONTERA	MENOS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
OLIVENZA	MÁS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	MENOS DE UNA AL MES	NO	NO	NO
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	MÁS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
SANTA MARTA DE LOS BARROS	MENOS DE UNA AL MES	SI	NO	NO
TALAVERA LA REAL	UNA AL MES	SI	NO	NO
VILLANUEVA DEL FRESNO	MENOS DE UNA AL MES	SI	NO	NO

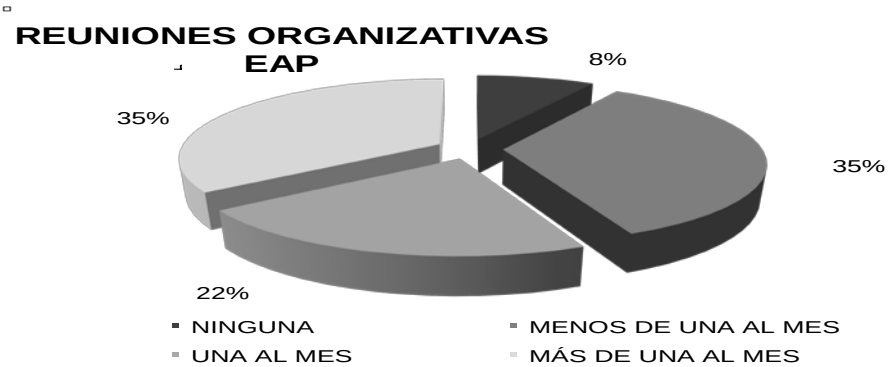
Tabla 35
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

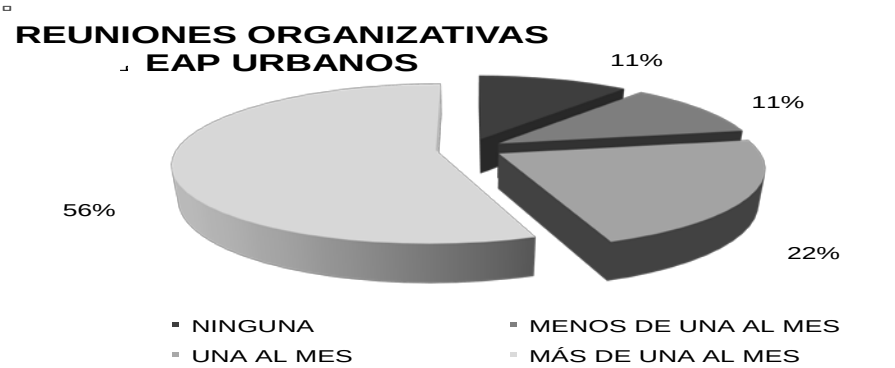
En la **Tabla 35** se recogen las cuatro variables que nos aportan información sobre la organización de los EAP del Área. En primer lugar, si los EAP tienen alguna reunión para abordar temas relacionados con la organización del mismo. Y también si tienen RRI, Guía de Acogida para los profesionales que se incorporan a los mismos, y elaboración de una Memoria Anual.

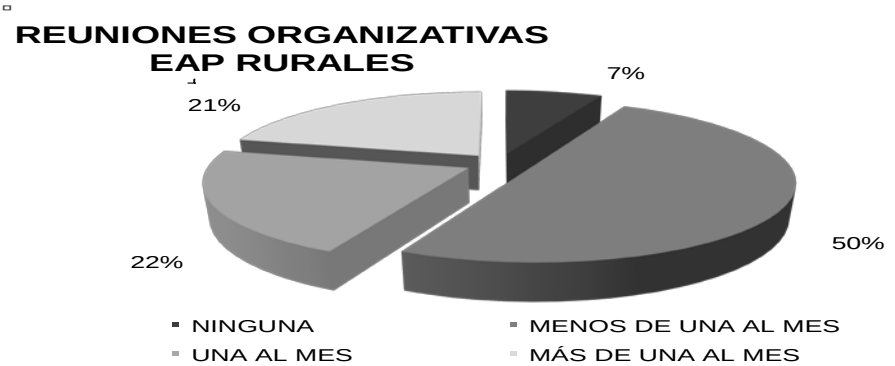
Respecto a la realización de reuniones organizativas (**Gráficos 11**), podemos observar que un 8,70% de los EAP no realizan ninguna reunión de EAP para este fin, un 34,78% menos de una al mes, el mismo porcentaje de EAP más de una al mes, y un 21,74% realiza una reunión mensual.

Al separar medio urbano y rural observamos que en los CS urbanos un 11,11% no realizan ninguna reunión de EAP, o menos de una mensual, y un 55,56% más de una al mes.

En cuanto a los CS rurales, un 7,14% no realiza ninguna reunión de EAP, y el 50% menos de una reunión al mes.

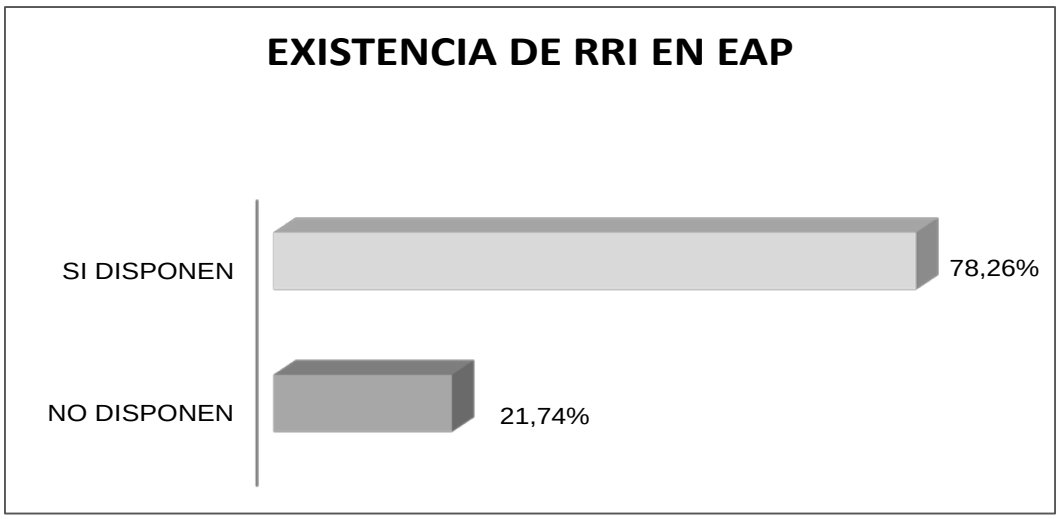


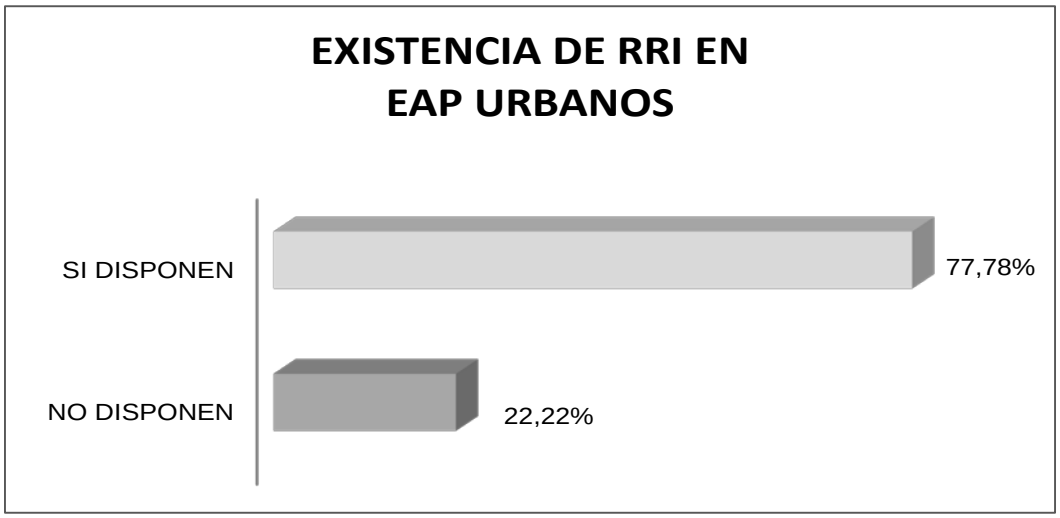


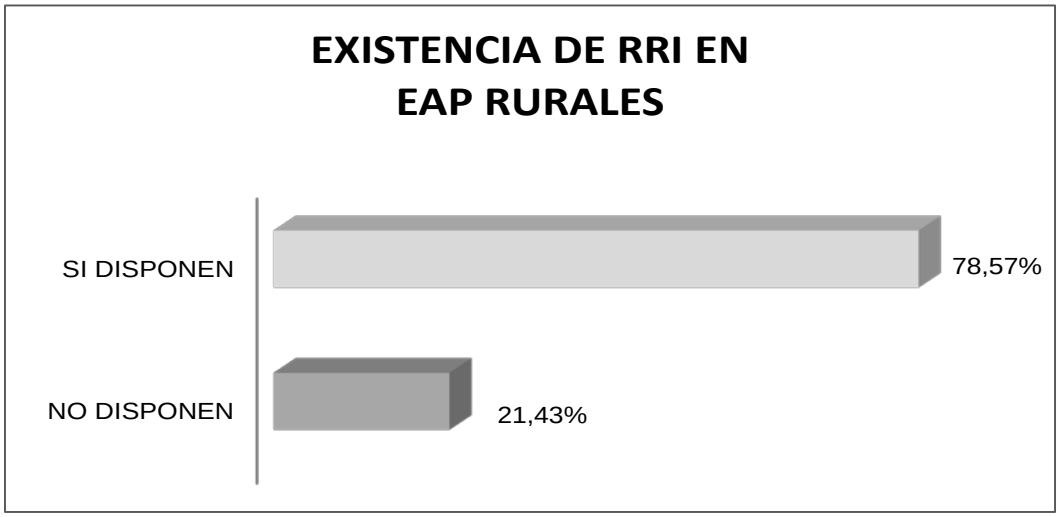


Gráficos 11

Podemos observar (**Gráficos 12**) que un 21,74% de los EAP del Área de Salud no disponen de RRI (22,22% de los EAP urbanos, 21,43% de los EAP rurales.







Gráficos 12

Comprobamos que solo un EAP urbano del Área dispone de Guía de Acogida y memoria anual de actividades (**Gráfico 13**)

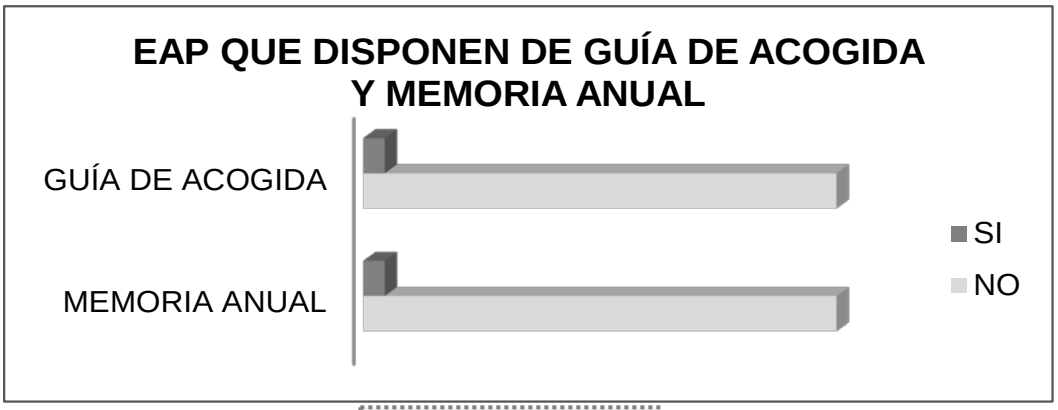


Gráfico 13

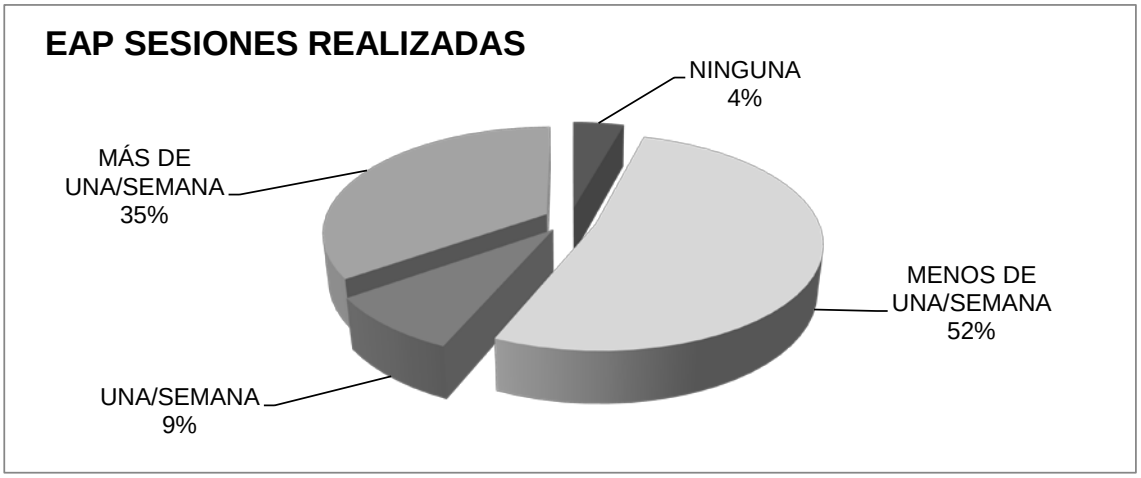
3.9. ACTIVIDADES FORMATIVAS

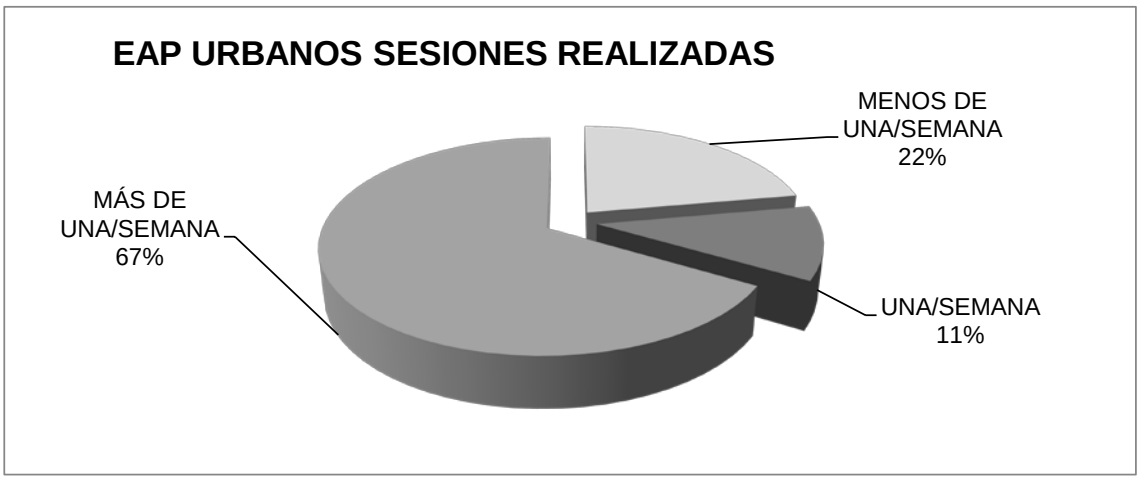
CS	Sesiones de formación realizadas por EAP	Sesiones organizadas por otras Unidades Asistenciales
CERRO GORDO	MENOS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
CIUDAD JARDÍN	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
EL PROGRESO	MÁS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
LA PAZ	MÁS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
SAN FERNANDO	MÁS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
SAN ROQUE	MÁS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
SUERTE DE SAAVEDRA	UNA A LA SEMANA	MÁS DE UNA AL MES
VALDEPASILLAS	MÁS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
ZONA CENTRO	MÁS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
ALBURQUERQUE	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
ALCONCHEL	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
BARCARROTA	NINGUNA	NINGUNA
GÉVORA	UNA A LA SEMANA	NINGUNA
JEREZ DE LOS CABALLEROS	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
LA ROCA DE LA SIERRA	MENOS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
MONTIJO	MENOS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
OLIVA DE LA FRONTERA	MENOS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
OLIVENZA	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
PUEBLONUEVO DEL GUADIANA	MÁS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
SAN VICENTE DE ALCÁNTARA	MENOS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
SANTA MARTA DE LOS BARROS	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES
TALAVERA LA REAL	MÁS DE UNA A LA SEMANA	NINGUNA
VILLANUEVA DEL FRESNO	MENOS DE UNA A LA SEMANA	MENOS DE UNA AL MES

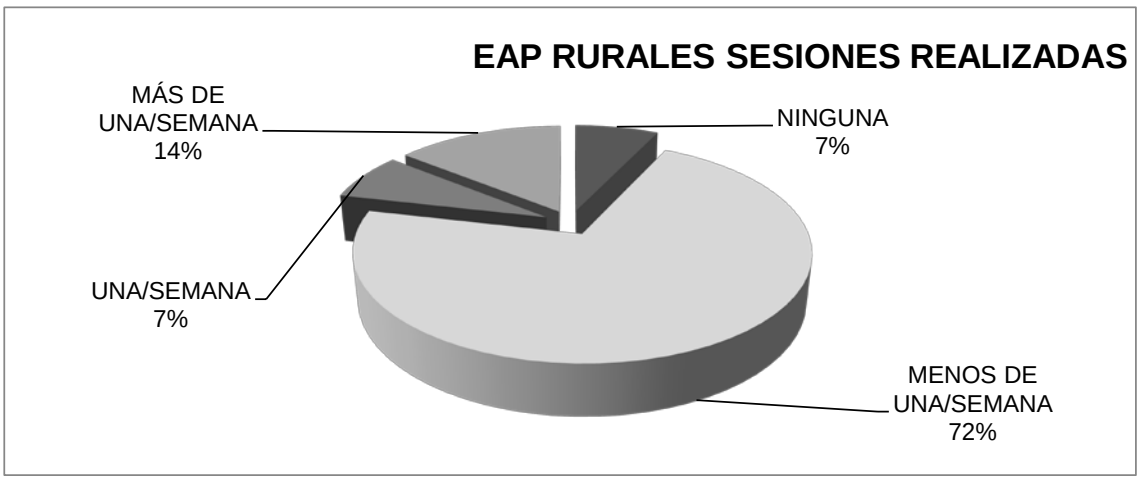
Tabla 36
Fuente: Cuestionario actividad EAP (Anexo I)

Se recogen las actividades formativas internas de los diferentes EAP del Área, tanto las impartidas por los miembros del EAP como por otras unidades asistenciales del Área (**Tabla 36 y Gráficos 14**).

Un 52,17% de los EAP realizan menos de una sesión a la semana (22,22% CS urbanos; 71,43% CS rurales), y solo un 34,78% más de una a la semana (66,67% CS urbanos; 14,29% rurales). Destacar que solo un 4,35% de los CS no realizan ninguna sesión formativa, y todos CS rurales.

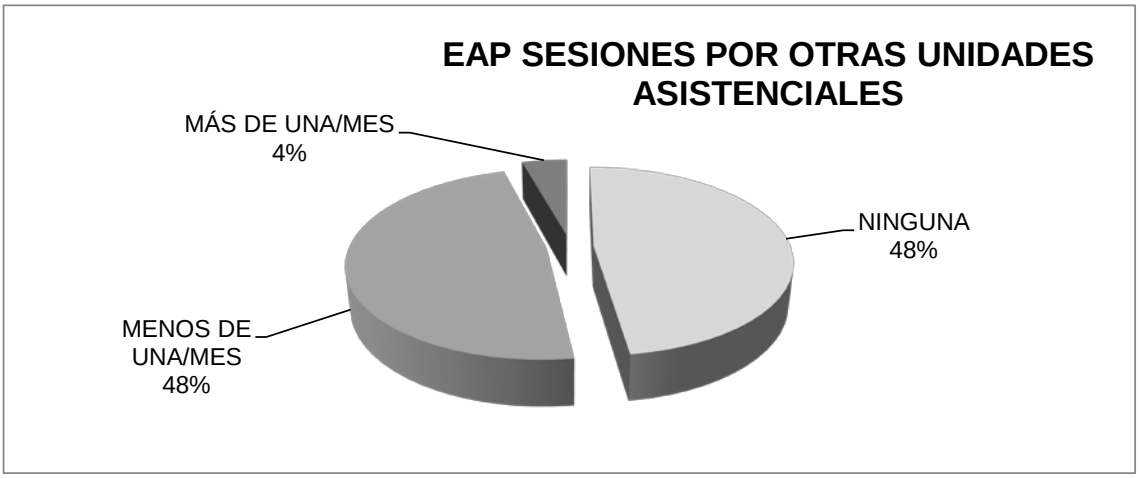


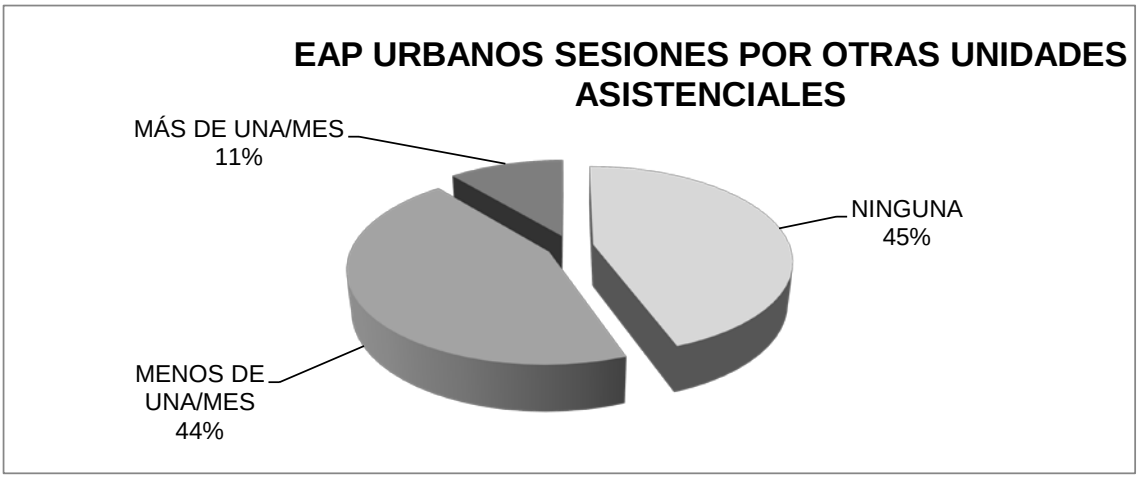




Gráficos 14

Respecto a las sesiones formativas impartidas por otras unidades asistenciales, destacar que el 47,83% de los EAP no organiza ninguna (44,44% CS urbanos; 50% CS rurales), y el mismo porcentaje de EAP organizan menos de una al mes. Destacar que hay un 11,11% de CS urbanos que organizan más de una al mes (**Gráficos 15**).





Gráficos 15

4. RESULTADOS INFORMACIÓN SUBJETIVA

La información sobre LOGROS, DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (**ANEXO 2**), es el resultado de lo expresado en los grupos focales y en las entrevistas a testigos privilegiados que, como se ha explicado anteriormente, son las fuentes de información utilizadas para la recogida de información subjetiva, focalizando las aportaciones en ambos casos a través de preguntas para la discusión: *"Logros, dificultades y propuestas de mejora referidos a las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, docencia e investigación y participación de la comunidad".*

La información recogida se ha organizado, para poder ser operativos en su análisis e interpretación, respecto a diferentes ámbitos de la AP, incluyéndose nuevos ámbitos que son trasversales a todas las funciones.

ÁMBITOS:

- ✓ **ASISTENCIA SANITARIA**
- ✓ **PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN**
- ✓ **FORMACIÓN (formación continua, formación interna, docencia pre y postgrado)**
- ✓ **INVESTIGACIÓN**
- ✓ **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**
- ✓ **PLANIFICACIÓN**
- ✓ **COORDINACIÓN (de centros, servicios, niveles y profesionales)**
- ✓ **RECURSOS HUMANOS**
- ✓ **RECURSOS MATERIALES**
- ✓ **SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

La inclusión de logros, dificultades y propuestas de mejora en uno u otro ámbito se ha realizado teniendo en cuenta su mayor relación con el mismo, ya que en ocasiones podría recogerse en más de uno.

Los LOGROS se han presentado agrupados en cada ámbito.

Las DIFICULTADES se han clasificado por categorías dentro de cada ámbito para una mejor presentación de las mismas, incluyéndose en la parte inferior la explicación de su contenido.

Las PROPUESTAS DE MEJORA que están relacionadas directamente con una dificultad se han incluido en la parte inferior a la misma en un recuadro gris "punteado" y en negrita, presentándose el resto de propuestas al final de cada ámbito.

TIPO DE DIFICULTAD

DIFICULTAD

Breve explicación de la misma

Propuesta de mejora relacionada con la dificultad

5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS OBJETIVOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La pirámide de población del Área de Salud de Badajoz es estacionaria o estancada, se aprecia un equilibrio entre todos los grupos de edad, consecuencia de una natalidad y una mortalidad que se mantienen sin variaciones significativas durante un periodo de tiempo largo. Esta pirámide es propia de países en vías de desarrollo, donde se ha empezado a controlar la mortalidad pero la natalidad sigue siendo alta. Este tipo de pirámide se considera el paso intermedio entre la pirámide progresiva (países subdesarrollados), y la regresiva (países desarrollados). Esto se confirma con la alta tasa de población activa (74%) del Área de Salud de Badajoz.

5.2. RECURSOS HUMANOS

El indicador más importante para la asignación o redistribución de recursos humanos son las ratios de profesionales por habitantes, actualmente las ratios máximas medias por MF/enfermera de familia son 1500 habs. (Rango: 1200-1800 habs.), y para pediatría 900 habs. (Rango: 720-1080 habs.) Cuando analizamos las ratios medias de MF/enfermera de familia del Área, observamos que las globales están por debajo de los 1500 habs., pero al separar los CS urbanos de los rurales comprobamos que los datos globales son a expensas de éstos últimos.

En los CS urbanos las ratios están por encima de los 1500 habs. por pediatra. Entendemos que para poder desarrollar un modelo de AP de calidad habría que garantizar unas ratios de MF/enfermera de familia lo más próximas a los 1200 habs. y unas ratios de pediatría lo más próximo a 720 habs., teniendo en cuenta en la redistribución de cupos, factores de ponderación relacionados con: edad de la población, ruralidad-dispersión, existencia de zonas desfavorecidas, presencia de población inmigrante, existencia de residencias geriátricas y población desplazada.

En cuanto a las ratios del resto de profesionales del EAP estudiados, podemos decir que salvo los auxiliares administrativos, el resto de profesionales (trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas) tienen unas ratios muy por encima de las óptimas para poder desarrollar de forma equilibrada actividades asistenciales, así como preventivas y de promoción de la salud, fundamentales para la sostenibilidad del sistema sanitario. En cuanto a los profesionales de salud bucodental del Área, entendemos que la ratio de higienistas, aunque esté por debajo de la media nacional, es insuficiente para poder desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud bucodental donde tienen un importante protagonismo.

5.3. INDICADORES ASISTENCIALES

Con respecto a los datos asistenciales, hay que significar que en el SES no hay ningún documento sobre registros en AP que permita unificar criterios respecto a qué registrar como consulta administrativa, demanda, programada, etc., lo que genera un sesgo a la hora de valorar la actividad asistencial de los diferentes EAP.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, hay que destacar que en MF, las consultas administrativas representan un 16,29% en los CS urbanos y un

27,05% en los rurales, a pesar de tener aquellos una mayor presión asistencial. Esto puede deberse bien a una mejor organización por parte de los CS urbanos o también a que los CS rurales registren mejor.

Las consultas programadas están por debajo del porcentaje que debería suponer respecto al total de consultas atendidas, incluso en los centros con baja presión asistencial. Esto puede deberse a registros incorrectos o falta de registro o a la escasa implantación de la consulta programada en AP.

Con respecto a la presión asistencial y frecuentación, tanto en MF como en pediatría, comentar que no hay grandes diferencias entre los CS urbanos y rurales, y salvo algunos CS en general está bastante controlada (presión asistencial menor a 35 y frecuentación menor a 6)

En cuanto a enfermería, hay que destacar que la presión asistencial y la frecuentación de los CS urbanos es muy inferior a la de los CS rurales. Basándonos en los registros existentes entendemos que tanto en los CS rurales como urbanos, y sobre todo en estos últimos, podrían realizarse un mayor número de actividades de promoción de la salud grupal y actividades comunitarias.

5.4. DERIVACIONES

Al analizar los datos sobre derivaciones al segundo nivel asistencial, destacamos que las cinco primeras especialidades a las que más se deriva desde AP son médico-quirúrgicas, y que las derivaciones a medicina interna son mínimas, cuando debería jugar un papel de filtro para evitar listas de espera en otras especialidades clínicas.

5.5. DATOS DE TELEMEDICINA

La Telemedicina contribuye a que el paciente tenga los mejores especialistas siempre a su alcance, evita desplazamientos, facilita la labor de los profesionales sanitarios de los EAP al permitir un acceso más fácil a los servicios especializados del 2º nivel asistencial y reduce las listas de espera en las consultas de especialidades.

Transcurridos catorce años desde su puesta en funcionamiento, podemos observar que la implantación en los CS rurales, a los que iba dirigido fundamentalmente, supone un 50% de los mismos, dando cobertura a un 62,94% de la población. En la ciudad de Badajoz solo un CS utiliza este servicio y exclusivamente para dermatología (diagnóstico precoz de cáncer de piel).

Entendemos que, aunque se ha recorrido un camino importante, queda todavía mucho por recorrer para conseguir que el 100% de los CS rurales dispongan de este sistema.

5.6. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

5.6.1. EpS GRUPAL

Con la EpS grupal podemos dotar a la población de los conocimientos y habilidades necesarios para que cuiden de su salud y de quienes les rodean adoptando estilos de vida saludables. Es una función desarrollada principalmente por las enfermeras de los EAP.

Según la información facilitada por los EAP podemos decir que prácticamente el 100% de los mismos realizan actividades de EpS grupal, dirigidas fundamentalmente a mejorar estilos de vida, pero no dispone ninguno de protocolos de actuación ni memoria que recoja las actividades desarrolladas lo que hace imposible evaluarlas.

5.6.2. ECOGRAFÍAS

El uso de la ecografía en AP puede ser de indudable ayuda para el médico clínico para mejorar su rendimiento y disminuir la incertidumbre del proceso diagnóstico, requiere de MF bien formados en la técnica.

La realización de ecografías en las consultas de MF fue una de las apuestas innovadoras por parte del SES hace aproximadamente doce años.

Al analizar los resultados obtenidos tras la implantación de la ecografía en los CS del Área podemos observar que solo un 43,48% de los CS disponen de ecógrafos y de estos solo un 33,33% disponen de protocolos asistenciales y/o de procedimiento, siendo la cobertura poblacional del 25,67%. Podemos deducir que la implantación es muy escasa después de tantos años, la calidad de las ecografías no se ha evaluado ni siquiera la de los CS que disponen de protocolos. Por último otro aspecto negativo es que en la mayoría de los CS sólo se hacen ecografías a la población asignada a los MF formados para hacerlas, a pesar del compromiso que adquirían de cubrir a toda la población de la Zona de Salud.

5.6.3. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

Actualmente todos los grupos de expertos en hipertensión arterial (HTA) coinciden en que la toma de tensión arterial (TA) en consulta no es suficiente para diagnosticar a un paciente como hipertenso, sino que es necesario confirmarlo con la realización de una MAPA.

En nuestra Área de Salud un 11,11% de los CS urbanos y un 50% de los CS rurales no disponen de monitores para la MAPA, y de los CS que disponen de ellos un 28,57% de los CS rurales no lo realizan, fundamentalmente por falta de formación de los profesionales. Todo esto supone que todavía a un 48,74% de la población rural se le sigue diagnosticando la HTA exclusivamente con la toma de la TA en la consulta médica y/o de enfermería.

5.6.4. ESPIROMETRÍA

La espirometría es una prueba fundamental para la evaluación de la función pulmonar y poder diagnosticar y vigilar enfermedades respiratorias crónicas como el asma y la EPOC. Esta prueba se realiza con un espirómetro que requiere personal de enfermería formado para realizarla y MF formados para interpretarla.

En nuestro Área, mientras que el 100% de los CS urbanos disponen de espirómetros y realizan espirometrías, en los CS rurales el 64,29% disponen de espirómetros y de estos un 33,33% no realizan espirometrías, debido a la falta de formación de los profesionales implicados.

Está claro que hay una importante desigualdad entre la población urbana y la rural respecto al diagnóstico y vigilancia de las enfermedades crónicas respiratorias.

5.6.5. ÍNDICE TOBILLO/BRAZO (ITB)

El ITB es una prueba sencilla, barata y reproducible que se puede realizar en las consultas de MF y enfermería, muy útil para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica y para la detección de sujetos con un alto riesgo cardiovascular. Es una prueba a realizar en AP.

Al analizar los resultados obtenidos respecto a la utilización del ITB en los CS del Área, apreciamos que todavía no disponen de Doppler el 100% de los CS urbanos y rurales, y no todos los que disponen de Doppler lo realizan. Como consecuencia, la cobertura poblacional es del 50,98% en los CS urbanos, y en los rurales del 64,68%.

5.6.6. CIRUGÍA MENOR

La implantación de la Cirugía Menor (CM) en AP ha permitido disminuir las listas de espera de las consultas de cirugía general y dermatología. Por otra parte al usuario se le mejora la accesibilidad tanto a consultas diagnósticas como al tratamiento. Así mismo, se ha demostrado que esta actividad es satisfactoria tanto para los pacientes como para los profesionales de AP.

En nuestro Área de Salud, al analizar los resultados obtenidos en cuanto a la implantación de la CM en los CS, podemos observar que en los CS urbanos, salvo un CS, todos disponen de recursos para realizar CM y la hacen, aunque solo un 50% de los mismos disponen de un protocolo específico que garantice la calidad de esta prestación y permita evaluarla. También destacar que en dos CS la cobertura poblacional es del 50,13% y 24,89%, lo que indica que es un servicio del que disfrutan solo la población adscrita a los cupos cuyos MF están formados para realizar CM generando una discriminación no justificada. En los CS rurales solo un 42,86% de los mismos disponen de recursos y realizan CM. También solo el 50% de estos disponen de protocolos específicos, y la cobertura poblacional es del 100% solo en dos CS.

5.6.7. INFILTRACIONES

Las infiltraciones con corticoides están firmemente establecidas en el tratamiento de los pacientes con artropatías y lesiones de tejidos blandos.

Su uso en AP está justificado por ser una técnica sencilla y barata, acelera la recuperación funcional del enfermo al disminuir el dolor y la inflamación, evita derivaciones al especialista del segundo nivel asistencial (traumatología, rehabilitación), y profesionalmente es un estímulo por la resolución de problemas desde la AP.

En nuestro Área, en los CS urbanos el 66,67% disponen de recursos humanos formados para realizar infiltraciones. De estos CS, el 100% las realizan, pero llama la atención que la mayoría de ellos (66,67%) no disponen de un protocolo específico y un 33,33% de los CS solo cubren a la población de los MF que están formados en estas técnicas y la realizan.

En los CS rurales la situación es todavía peor, pues solo un 35,71% disponen de profesionales cualificados para hacerlas y las hacen. Sólo un 40% de los que realizan infiltraciones disponen de un protocolo específico y la cobertura poblacional es mínima, salvo en un CS que cubren a toda la población de la zona en el resto solo cubren a la población de los cupos de los profesionales que la realizan.

Todo esto teniendo en cuenta que traumatología y rehabilitación son dos de las especialidades que más se derivan desde AP.

5.6.8. CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

El tabaquismo es uno de los más importantes problemas de salud pública, siendo la causa prevenible más importante de mortalidad por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. Por si esto fuera poco, también es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo.

En nuestro Área, solo un 33,33% de los CS urbanos disponen de una consulta estructurada de deshabituación tabáquica. Un aspecto positivo es que estas consultas cubren al 100% de la población de sus ZBS. En los CS rurales no hay ninguna consulta de deshabituación tabáquica implantada.

5.7. ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

Resulta preocupante que todavía haya un 8,7% de EAP del Área que no hacen reuniones de equipo, y que un 50% de los EAP rurales tengan menos de una al mes. Esto repercute de forma importante en el trabajo en equipo y en la eficiencia de los mismos.

Respecto a los RRI, el que haya un 21,74% de EAP que no dispongan de él, incide sobre las dificultades detectadas por los profesionales para la organización de sus tareas, competencias, funciones y en la falta de trabajo en equipo.

En el Área de Salud solo un 4,35% de los EAP disponen de una Guía de Acogida. Esto provoca la falta de información sobre el CS, la organización del EAP, el funcionamiento del mismo, las actividades que realizan los distintos profesionales cuando algún profesional se incorpora a un EAP. Este problema es más evidente en los casos de traslados de Enfermería desde el hospital.

En esta línea de mejora de la eficiencia del trabajo de los EAP sorprende también que solo un EAP del Área realice una Memoria Anual de actividades. La memoria es un instrumento necesario para poder mejorar el trabajo y la eficiencia de los equipos, es fundamental saber qué estamos haciendo, cómo lo estamos haciendo y qué resultados obtenemos.

5.8. ACTIVIDADES FORMATIVAS

La formación continuada es la única herramienta de que disponemos para conservar la competencia profesional al mayor nivel posible y la capacitación de los profesionales actualizada. Es una de las funciones fundamentales de los EAP, recogida en el Reglamento General de Funcionamiento de los EAP de la Comunidad Autónoma.

Al analizar los resultados obtenidos respecto a este tema nos hemos encontrado con que todavía hay un 4,35% de EAP rurales que no realizan ninguna actividad formativa. Además un 22,22% de los CS urbanos y un 71,43% de los rurales realizan menos de una a la semana. También es destacable que aproximadamente la mitad de los EAP del Área no realizan sesiones organizadas por otras unidades asistenciales.

6. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS SUBJETIVOS

6.1. LOGROS, DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

El número de aportaciones referidas a **"logros"** ha sido muy inferior respecto a las de **"dificultades"** y **"propuestas"** (**Gráfico 16**), siendo estas proporciones diferentes en los distintos ámbitos (**Gráficos 17 al 26**).

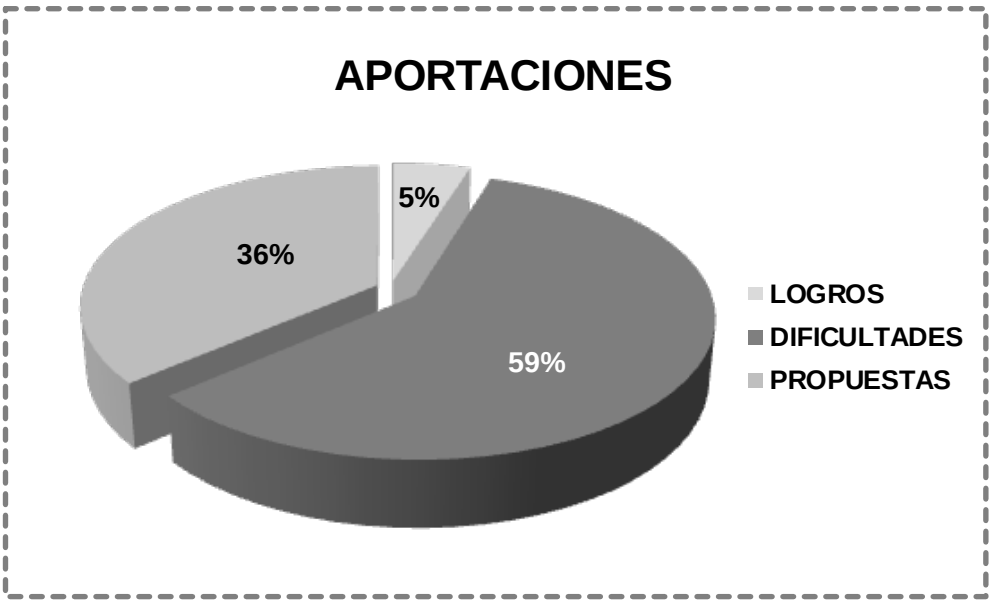


Gráfico 16

Gráfico 17

Gráfico 18

FORMACIÓN

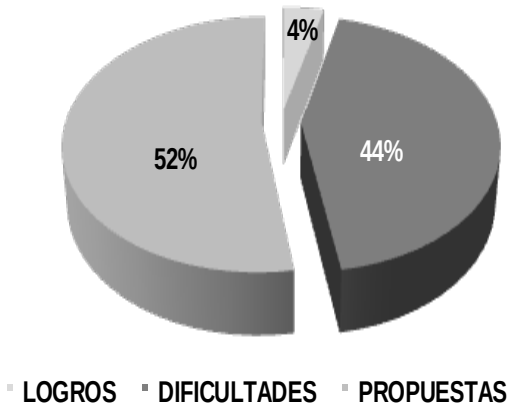


Gráfico 19

INVESTIGACIÓN

Gráfico 20

PARTICIPACIÓN

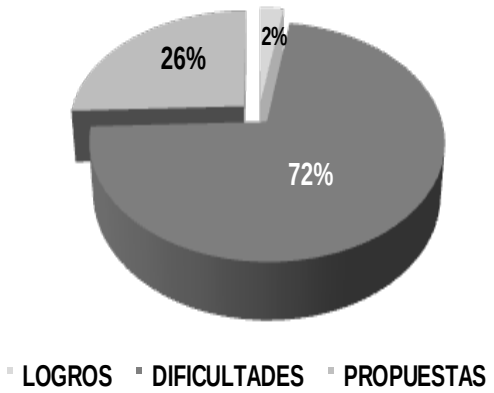


Gráfico 21

PLANIFICACIÓN

Gráfico 22

COORDINACIÓN

Gráfico 23

RECURSOS HUMANOS

Gráfico 24

Gráfico 25

Gráfico 26

Como puede observarse en los "Resultados de la Información Subjetiva" (ANEXO 2), la mayoría de los **"logros"** aportados son cuestionados al plantear las dificultades, lo que en ocasiones se manifiesta como una clara contradicción y en otras como aspectos a valorar positivamente pero que tienen deficiencias. Por ejemplo, se plantean como "logros" la universalidad y la gratuidad del sistema, pero también estos aspectos se expresan como **"dificultades"** que provocan demasiada demanda y mal uso del sistema por parte de los usuarios

Los **"logros"** de la AP (**Gráfico 27**) no se refieren a todos los ámbitos, siendo más destacable esta falta de aportaciones en los temas relacionados con los recursos humanos, la coordinación de los mismos, los aspectos de planificación, la investigación y los recursos materiales.

En los ámbitos de asistencia y prevención-promoción es en los que se han referido más **"logros"**.

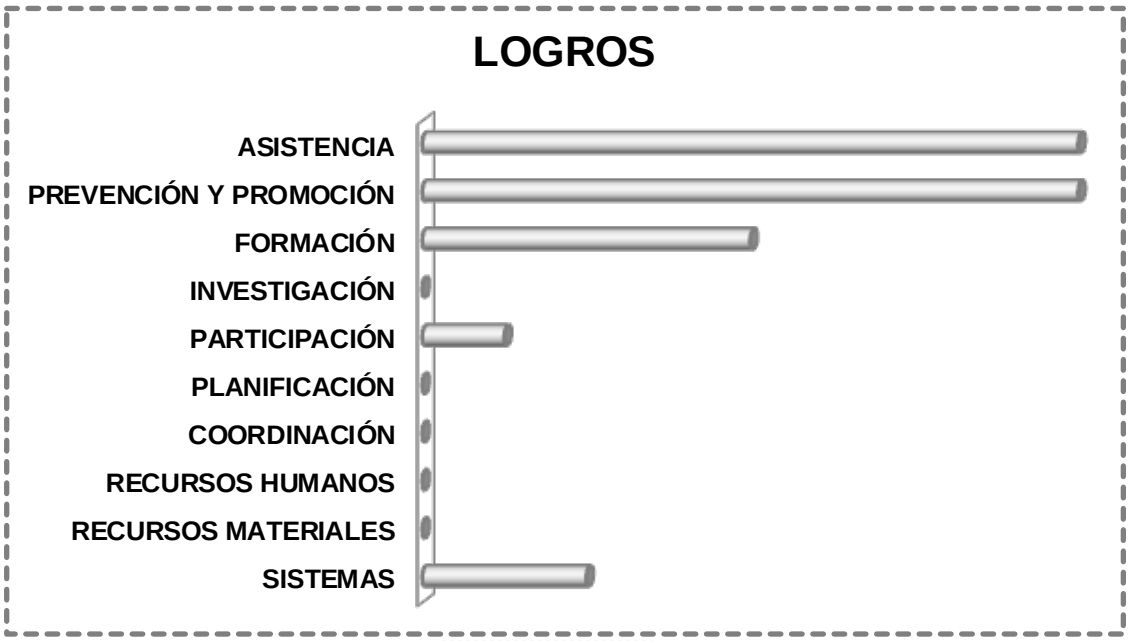


Gráfico 27

El mayor número de aportaciones referido a **"dificultades"** (**Gráfico 28**), se encuentra en los ámbitos de la asistencia, la prevención y promoción y en la formación.

Hay que destacar, igualmente, que las **"dificultades"** relacionadas con los recursos humanos (RRHH) y la coordinación son muy numerosas, siendo temas trasversales por los que no se había preguntado.

Gráfico 28

El mayor número de **"propuestas"** (**Gráfico 29**), está relacionado con la formación.

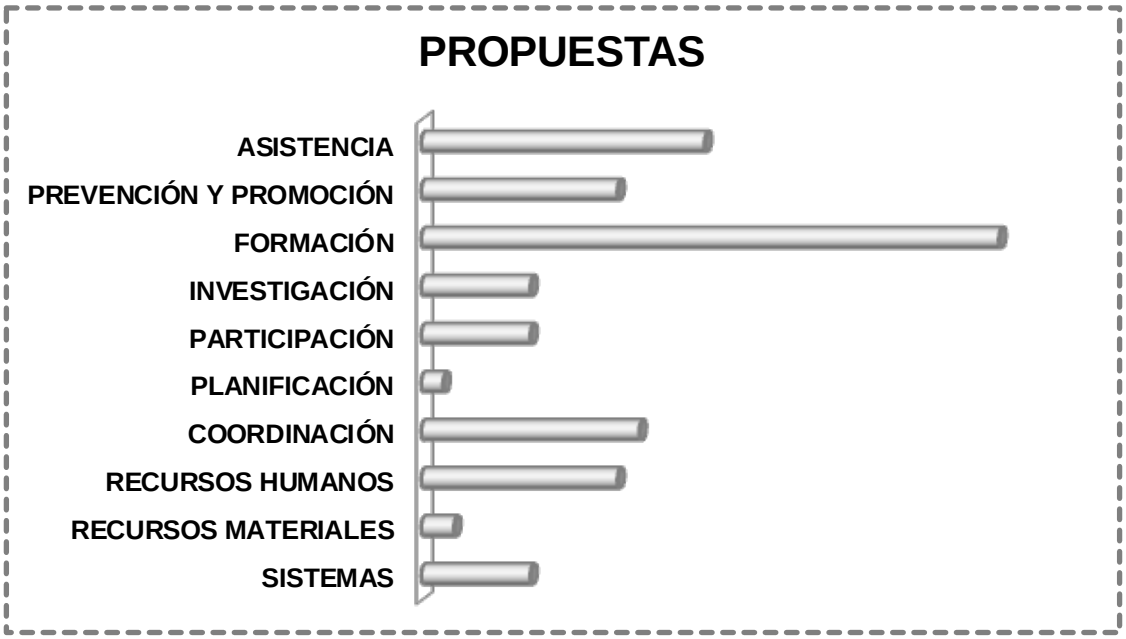


Gráfico 29

Analizando con más detalle las **"dificultades"** aportadas, realizamos agrupaciones y comparaciones diferentes que nos permiten contemplar nuevos aspectos.

Respecto a la ASISTENCIA SANITARIA, (**Gráfico 30**), estos son los aspectos referidos:

A. Mal uso del sistema sanitario por parte de los ciudadanos.

Consulta de banalidades, abuso de servicios y horarios, usuarios sin documentación y falta de respeto a los profesionales. Razones que provocan esta situación: excesiva accesibilidad, la gratuidad, se ha potenciado que sean exigentes, no se ha informado sobre la utilización de los recursos, medicalización y los profesionales han potenciado la dependencia.

B. Aumento de la demanda asistencial.

Por responsabilidad de la administración, dependencia del sistema sanitario por parte de los usuarios, poca resolución de los servicios de urgencias, listas de espera en hospital, descoordinación entre niveles asistenciales y por no saber controlar la demanda.

C. Problemas con el COPF.

Lista de espera, poca accesibilidad y cierre del COPF de Jerez de los Caballeros.

D. Poco tiempo para las consultas.

Por sobrecarga de trabajo y que el médico sea el responsable del paciente en todos los niveles, lo que provoca insatisfacción en los pacientes.

E. Disfunciones por el puesto de enfermería de pediatría.

Hay problemas para atender esta consulta cuando hace falta por parte del resto de enfermeros: genera inseguridad por falta de preparación, poca motivación, no se considera una consulta de enfermería como las demás.

F. Diferencias en la carga asistencial

Por cupos desiguales, diferencias entre trabajadoras sociales y mucha carga para veterinarios y farmacéuticos de los centros urbanos.

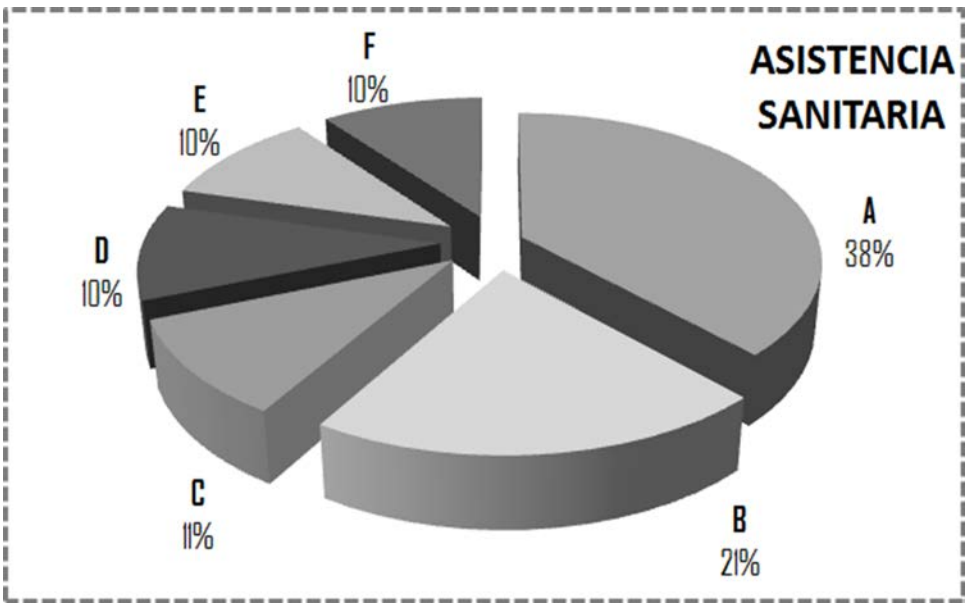


Gráfico 30

Respecto a la FORMACIÓN, (**Gráfico 31**), estos son los aspectos referidos:

A. Aspectos relacionados con la planificación de la formación.

No se planifica la formación, no se orienta a las necesidades, ni es para todos los profesionales, ni se dan las condiciones para hacerla (horario, desplazamientos, días…), en muchos ámbitos no hay formación, no se adecúan a los puestos de trabajo, no se incentiva ni motiva.

B. Formación Postgrado.

Falta de criterios para la formación postgrado, poco reconocimiento de los tutores, formación deficitaria de los tutores en didáctica, especialidad de enfermero interno residente no reconocida por la Consejería, falta de compromiso de los residentes.

C. Formación en el EAP.

No se hace suficiente formación intraequipo, ni participan todos, ni revierte la formación externa en el equipo, interfiere la asistencia en la formación.

D. Formación Pregrado.

No se reconoce la docencia, poco tiempo de prácticas y no en todos los centros y poca presencia de la Atención Primaria en las carreras.

E. Motivación de los profesionales hacia la formación.

Existe poco interés de los profesionales por la formación.

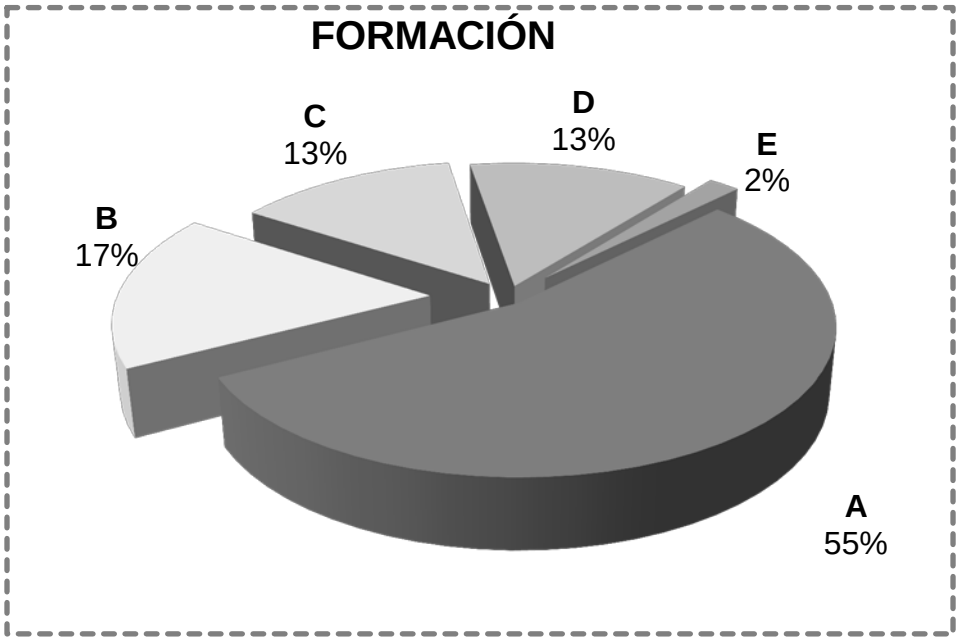


Gráfico 31

En el ámbito de la COORDINACIÓN (**Gráfico 32**), las **"dificultades"** se refieren a distintos niveles de la misma y respecto a diferentes centros y servicios:

A. Categorías profesionales.

No existe coordinación entre profesionales de la misma categoría y de distintas categorías entre sí.

B. Coordinación entre diferentes Centros.

Entre los centros, disparidad de criterios, falta de comunicación, descoordinación con las unidades de apoyo.

C. Coordinación con otros.

Falta de coordinación sociosanitaria y con Ayuntamientos.

D. Coordinación con la Gerencia.

Con la Gerencia, falta de comunicación, de reuniones, de pautas.

E. Trabajo en equipo.

Poco trabajo en equipo, falta de normas o incumplimiento de las mismas, falta de colaboración.

F. Coordinación entre niveles de atención.

Aumento de la demanda, provocando sobrecarga asistencial y burocracia.

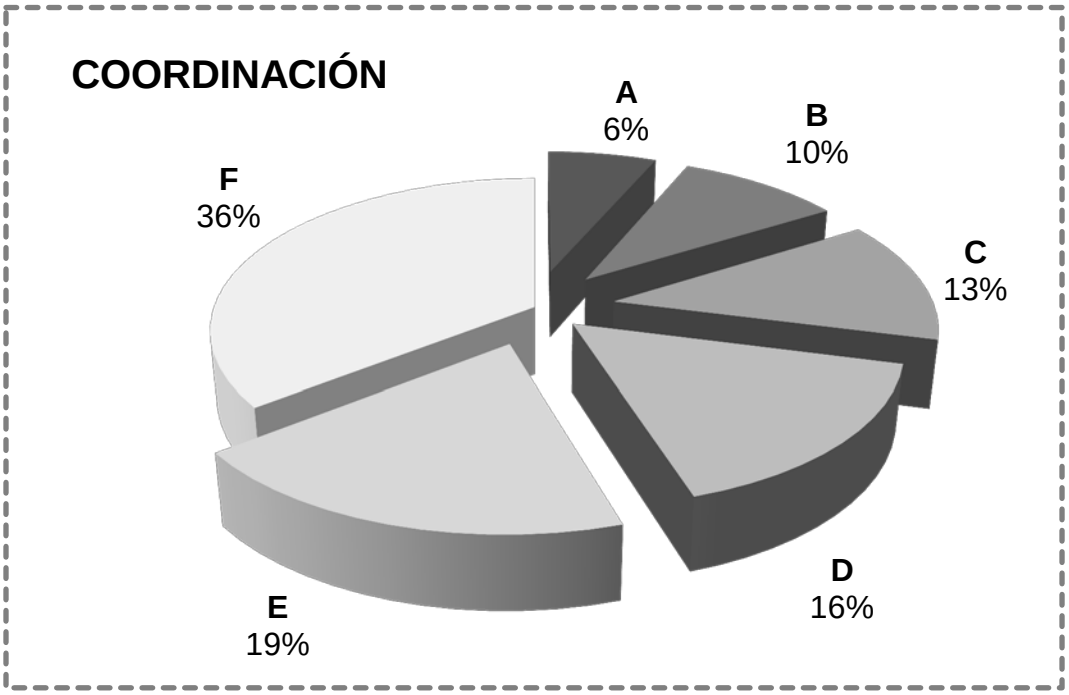


Gráfico 32

El ámbito de la PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (**Gráfico 33**), recoge diferentes aspectos en los que agrupar las **"dificultades"** planteadas:

A. Responsabilidad de la Administración.

La Administración no cree en la participación, no le interesa ni pone los medios para que se pueda hacer, los consejos de salud no se convocan y cuando se hace no sirven porque son formalistas y no adaptados a las ZBS.

B. Implicación del EAP.

Los EAP tienen falta de motivación para llegar a la comunidad, tienen dificultades por falta de tiempo, por horarios y no se sabe cómo llegar. Es más sencillo centrarse en la asistencia, algunas categorías que deberían implicarse más no quieren hacerlo o no están preparadas.

C. Implicación de la población.

La Comunidad está desmotivada, no está organizada, no existe identidad de barrio, la población no demanda la participación.

D. No es función de la Atención Primaria.

No se debería hacer, no hay evidencia científica que avale que se haga y la Primaria es para hacer asistencia.

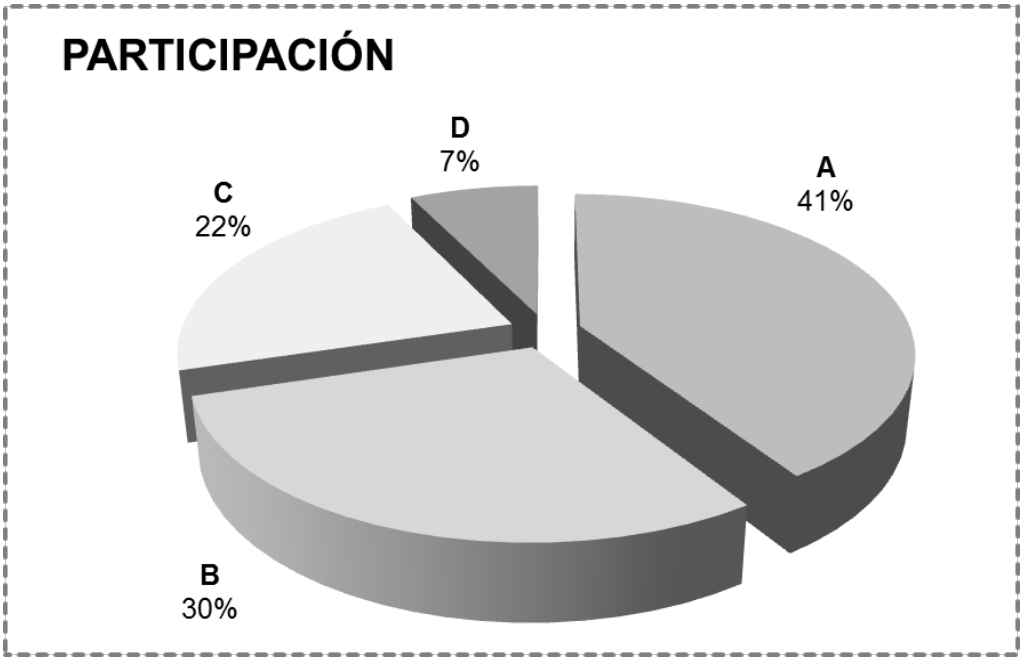


Gráfico 33

El ámbito de la PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN (**Gráfico 34**), nos ofrece **"dificultades"** motivadas por diferentes cuestiones:

A. Motivación de los profesionales.

Falta de implicación, deficiente información a pacientes, actuaciones individualistas y sin registrar.

B. Implicación de la Administración.

A la administración le interesa más la consulta, falta de estímulos, falta de desarrollo de programas, no se informa sobre resultados.

C. Demanda de la población.

La población no demanda prevención, los medios de comunicación llegan más, no hay conciencia de prevención.

D. Alta actividad asistencial.

El exceso de actividad asistencial dificulta hacer prevención.

E. No funciona.

La prevención no funciona.

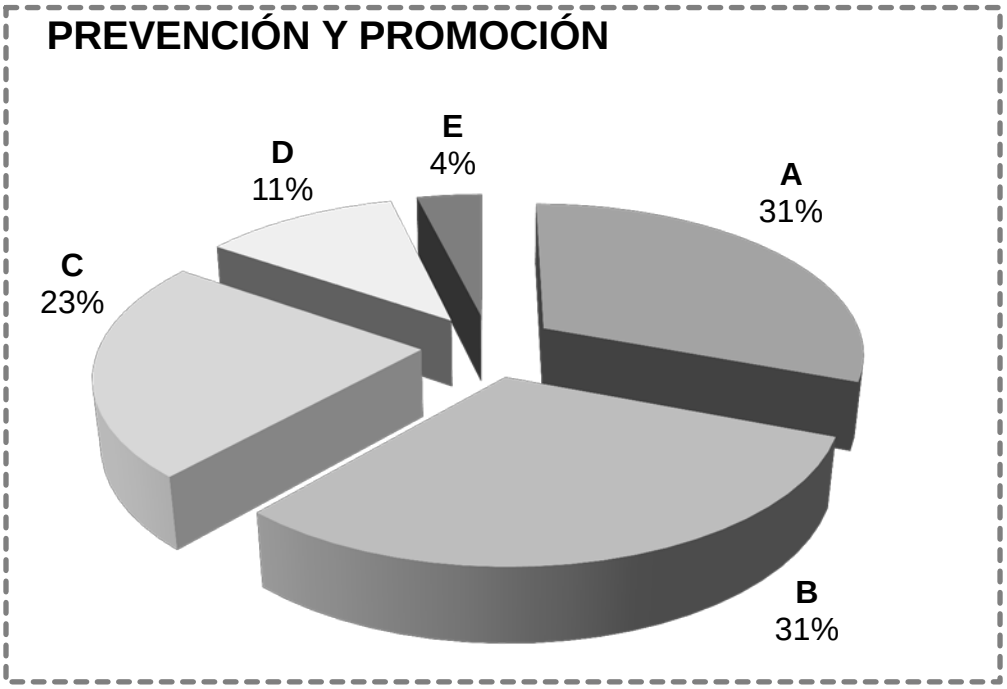


Gráfico 34

Podemos analizar también las **"dificultades"** expresadas en los distintos grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados (**Tabla 37**), según el número de aportaciones sobre diferentes problemas, siendo los referidos a las funciones de los profesionales los más numerosos.

Nº	DIFICULTADES MÁS REPETIDAS
19	PROBLEMAS POR LAS FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES
14	NO SE HACE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
11	MAL USO DEL SISTEMA SANITARIO
11	BAJA MOTIVACIÓN Y DIFICULTADES DE DISPONIBILIDAD HACIA LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN
9	DESCOORDINACIÓN ENTRE NIVELES
9	PROBLEMAS CON LA FORMACIÓN POSTGRADO
8	INCORRECTA PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUA
8	PROBLEMAS CON LOS CONSEJOS DE SALUD
7	PROBLEMAS DE COORDINACIÓN DEL EAP
7	PROBLEMAS CON LA FORMACIÓN PREGRADO
7	FALTA DE RECURSOS MATERIALES
6	AUMENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL
6	CARENCIAS EN LA FORMACIÓN CONTINUADA
6	DIFICULTADES EN LAS SESIONES DE FORMACIÓN DEL EAP
6	MAYOR ASISTENCIA EN DETRIMENTO DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
6	LA POBLACIÓN NO DEMANDA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
6	FALTA DE PROGRAMAS Y PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
6	PROBLEMAS DE CODIFICACIÓN EN JARA
5	PROBLEMAS DE COORDINACIÓN ENTRE LOS CENTROS Y LA GERENCIA
5	PROBLEMAS POR SUSTITUCIONES Y TRASLADOS
5	PROBLEMAS CON EL SISTEMA JARA

Tabla 37

Si relacionamos las aportaciones referidas a **"dificultades"** y las **"propuestas"** (**Gráfico 35**), el ámbito de la formación es el que está más equilibrado, siendo los de participación y prevención y promoción los que tienen proporcionalmente un mayor número de aportaciones referidas a **"dificultades"** que **"propuestas"** expresadas.

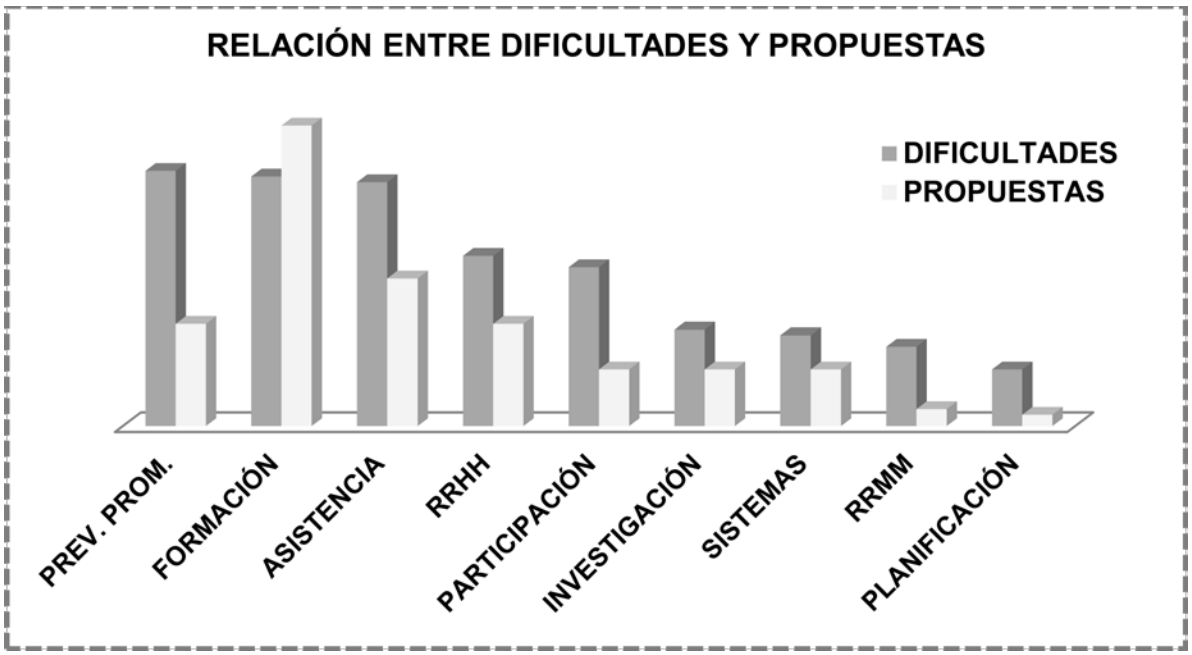


Gráfico 35

6.2. NIVEL DE RESPONSABILIDAD DE LAS PROPUESTAS

Respecto a las **"propuestas"** formuladas en los grupos focales y entrevistas a testigos privilegiados, con independencia del ámbito referido y de su relación directa o no con alguna dificultad planteada, se proponen medidas que pueden resolver o mejorar una situación.

La formulación de una propuesta de mejora que pueda ser ejecutada, está relacionada con un responsable o responsables de su implementación, por lo que hemos analizado todas las "propuestas" realizadas teniendo en cuenta en qué nivel de la organización estaría la responsabilidad y capacidad de llevarlas a cabo, en su caso.

Se han establecido cuatro grupos o niveles de responsabilidad en los que se han ido agrupando las "propuestas" (**Gráfico 36**). También se muestran los ámbitos de la AP en relación a propuestas y niveles de responsabilidad (**Gráfico 37)**

En el nivel más cercano a los EAP se han agrupado las que podrían organizarse, diseñarse e implementarse por parte de los propios equipos, adoptando las medidas oportunas de organización u otras, sin necesidad de que las decisiones deban adoptarse en otros niveles de responsabilidad.

La Dirección de AP sería competente en la planificación, ejecución y gestión de otras "propuestas", ya que la responsabilidad se encuentra en este nivel de la organización.

En la Gerencia de Área estaría la responsabilidad de implementar otro número de "propuestas" de mejora expresadas.

Por último, en el nivel de la Consejería se han agrupado aquéllas propuestas que suponen decisiones para todo el SES, que requieren normativa específica e incluso la concurrencia de otros órganos de decisión. Aquí se han incluido también las "propuestas" referidas a normativa de ámbito estatal.

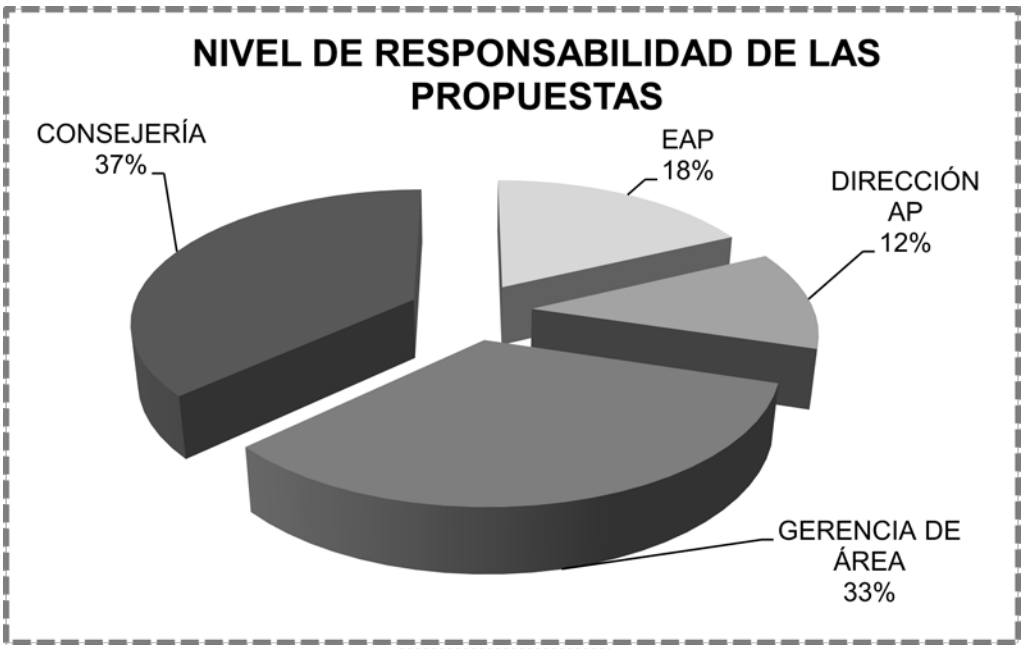


Gráfico 36

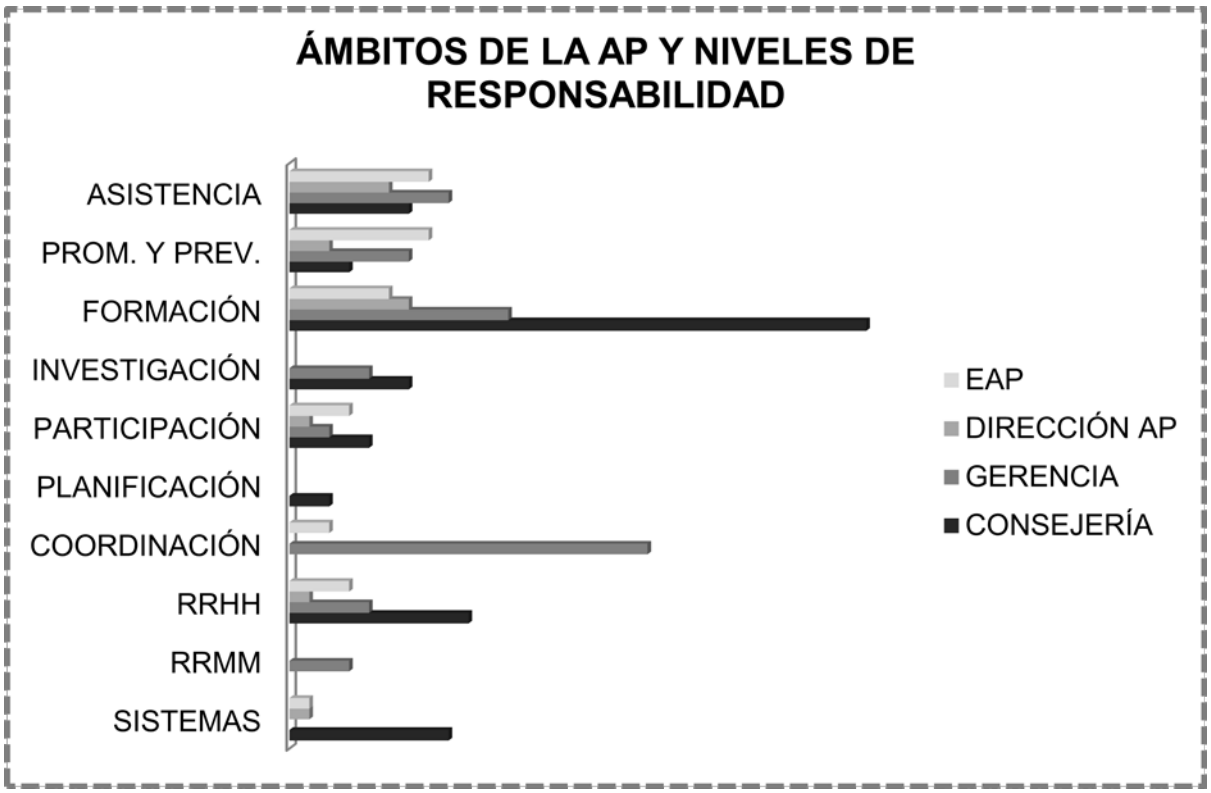


Gráfico 37

6.2.1. PROPUESTAS CUYA EJECUCIÓN CORRESPONDERÍA AL EAP

Al analizar las propuestas de mejora formuladas cuya ejecución correspondería a los EAP, comprobamos que van dirigidas a los ámbitos: *asistencial, de coordinación, formación, participación, promoción y prevención, recursos humanos y sistemas de información*.

En el *ámbito asistencial* las propuestas formuladas dirigidas a mejorar el **uso del Sistema Sanitario y sus recursos**, consistirían en "informar a los usuarios de los servicios y las actividades que existen en el CS", "informar a los hiperfrecuentadores del mal uso de los recursos". Respecto al **excesivo protagonismo del médico en AP**, las propuestas van dirigidas a "hacer cribaje de la demanda por enfermería en AP.", "organizar la atención a urgencias en el horario de consulta", "realizar las prestaciones asistenciales cada uno en su consulta". Respecto a la asistencia, también inciden dos dificultades clasificadas en el ámbito de coordinación: **dicotomía en el funcionamiento entre medicina y enfermería y falta de trabajo en equipo**, para las que si se han formulado propuestas de mejora a ejecutar por los EAP: "criterios unificados en las Unidades Básicas Asistenciales", y "realizar reuniones organizativas y motivacionales en el EAP".

En el *ámbito de formación*, destacamos dos dificultades cuya resolución correspondería a los EAP. Estas son **la formación recibida no revierte en los EAP**, y **las sesiones clínicas en algunos EAP no se hacen porque no son obligatorias**. Las propuestas de mejora serían: "revertir la formación recibida en los EAP", y "participar todos los grupos de profesionales del EAP en la formación continuada". Estas propuestas deberían constar en los RRI para garantizar su obligado cumplimiento.

Respecto al *ámbito de la participación*, se han planteado dos dificultades cuya resolución sería asumible por el EAP: **falta de tiempo por mucha demanda asistencial**, **no se hace comunitaria y falta de organización del trabajo social**. Las propuestas de mejora irían dirigidas a: "reestructurar y gestionar el tiempo en agendas para la participación comunitaria" así como a "organizar el trabajo de trabajadoras sociales para dejar tiempo para la participación".

En el ámbito de la *promoción y prevención,* hay formuladas cuatro dificultades: **ausencia de actividades de grupo**, **dificultad para programar en las agendas la EpS grupal**, **escaso trabajo en equipo médico/enfermera e incorrecta intervención en centros educativos**. Las propuestas de resolución, por parte del EAP, de las mismas serían: "implementar EpS grupal", "especificar distintos tiempos en agendas para promoción y prevención", "que las Unidades Básicas Asistenciales compartan actividades y responsabilidades en el desarrollo de promoción y prevención de la salud" y "programa de prevención para la adolescencia en los institutos de forma continuada". Otra propuesta de mejora en este ámbito que no es específica para las dificultades mencionadas pero que incidiría positivamente en la resolución de las mismas sería: "asumir todo el EAP la promoción y prevención, cubriendo los huecos asistenciales cuando otros hacen trabajo comunitario".

6.2.2. PROPUESTAS CUYA EJECUCIÓN CORRESPONDERÍA A LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

En este caso comprobamos que estas propuestas irían dirigidas a los ámbitos: *asistencial, formación, participación, promoción/prevención y sistemas* de información.

En el ámbito *asistencial,* las dificultades a las que van dirigidas las propuestas de mejora son: **no se sabe controlar la demanda, falta de protocolos acreditados, problemas con el COPF**. Las actuaciones propuestas, que podrían ser competencia de la Dirección de AP para la resolución de estos problemas/dificultades serían: "enseñar estrategias para el control de la demanda asistencial", "implantar consultas no presenciales", "organizar grupos de trabajo para elaborar protocolos asistenciales y que sean aprobados por la Gerencia", "mejorar la accesibilidad al COPF".

En el ámbito de la f*ormación,* las dificultades a las que van dirigidas las propuestas de mejora son: **poca oferta formativa para algunos profesionales, falta de formación de los cargos intermedios, no se hace comunitaria por falta de formación y falta de formación.** Las propuestas formuladas para abordar desde la Dirección de AP estos problemas/dificultades son: "ofertar cursos para matronas", "detectar necesidades formativas de trabajadores y cargos", "formación en participación comunitaria y en atención a la comunidad" y "formación en metodología en EpS".

En el ámbito de la *promoción/prevención,* las dificultades sobre las que se han propuesto mejoras a ejecutar desde la Dirección de AP han sido: **actividades de prevención realizadas de manera individual y no protocolizadas y desconocimiento en primaria del protocolo de prevención de cáncer de cérvix.** En cuanto a las propuestas formuladas para resolver estas dificultades/problemas estarían: "disponer de guías de actuación para la promoción y prevención", "cumplir el programa de cáncer de cérvix".

Por último, en el ámbito de *sistemas de información,* la dificultad/problema formulada, y para la que también se ha planteado una propuesta de mejora ha sido: **disparidad de criterios para introducir datos en Jara.** La propuesta para resolver este problema existente en AP sería: "reciclaje en Jara unificando criterios".

6.2.3. PROPUESTAS CUYA EJECUCIÓN CORRESPONDERÍA A LA GERENCIA DEL ÁREA

Las propuestas de mejora planteadas se dirigen a los ámbitos: a*sistencial, promoción/prevención, formación, investigación, participación, coordinación, recursos humanos y recursos materiales.*

En el ámbito *asistencial*, se han formulado propuestas de mejora para tres dificultades/problemas: **falta de protocolos acreditados, el médico es responsable del paciente en todos los niveles y falta de criterios claros y comunes para la AC.** Las propuestas formuladas para resolver estas dificultades serían: "establecer protocolos con criterios unificados desde la Gerencia", "potenciar al médico de AP" e "implantar protocolos de actuación para AC en la ZBS". Por otra parte, a pesar de no haberse planteado dificultades ligadas a medicación, si se

hacen propuestas de mejora en relación a este tema: "tener acceso al test del estreptococo en pediatría de AP", "fomentar el uso racional del medicamento" y "cumplir el programa del polimedicado".

En el ámbito de la *promoción/prevención,* se ha planteado una propuesta de mejora dirigida a resolver la dificultad **poca información a los pacientes**: "difundir información sobre la prevención de problemas de salud pública". Sin embargo, se han formulado varias propuestas de mejora dirigidas a dificultades/problemas que no se han planteado. Estas son: "hacer boletines fármaco terapéuticos", "actualizar el protocolo de rabia", "apoyo técnico a inspecciones sanitarias complicadas", "normativa clara para las inspecciones" y "requisitos para inspecciones de actividades no reguladas".

En el ámbito de la f*ormación,* se han formulado propuestas de mejora para las siguientes dificultades: **formación continuada repetitiva, no se recicla a todos los trabajadores por cambio de puesto de trabajo, falta de coordinación entre niveles en formación y falta de formación de los mandos intermedios.** Las propuestas han sido: "oferta de programa de formación variada", "protocolo de acogida y formación adaptativa del profesional incorporado a los EAP", "programar cursos para adaptación al puesto de trabajo", "reglar sesiones formativas entre niveles" y "formación previa para cargos de gestión".

En este ámbito también se han formulado una serie de propuestas de mejora que, aunque no están relacionadas con ninguna dificultad expuesta, suponen una mejora importante para las actividades formativas en los EAP. Estas son: "dotar de recursos técnicos para la formación", "implementar la formación online", "formación en salud pública y salud comunitaria", "formación en metodología de promoción de la salud reglada y obligatoria", "acreditación de todas las actividades formativas posibles", "retribuir desplazamientos para la formación" y "acercar la formación a los centros rurales".

En el ámbito de la *investigación* se plantearon propuestas de mejora para tres dificultades: **falta de formación para realizar investigación, falta de tiempo para la investigación y problemas para coordinar a distintos profesionales.** Las propuestas formuladas han sido: "formación en investigación", "facilitar investigación en horario laboral" y "formar grupos de trabajo para investigación".

En el ámbito de la *participación*, aunque no se formularon dificultades concretas, si se plantearon propuestas de mejora que entendemos correspondería ejecutar a la Gerencia del: "una persona del EAP, o fuera del EAP, liberada de asistencia y que dinamice la participación comunitaria", "incentivar a quien se implique en la participación".

El ámbito de la *coordinación* es el que reunió el mayor número de propuestas a dificultades detectadas por los participantes en el estudio. Estas dificultades fueron: **falta de coordinación entre salud pública y el Ayuntamiento, falta de reuniones periódicas con la Dirección de Salud, no se dan pautas, desconocimiento de los recursos socio sanitarios, ausencia de coordinación entre el primer nivel y segundo nivel en enfermería, burocracia por derivación del hospital, derivación de citologías improcedentes a la matrona desde ginecología, falta de planificación entre niveles, funciones derivadas de hospital sin formación suficiente, y protocolos no actualizados.**

Las propuestas fueron: "coordinación directa de salud pública con Ayuntamientos", "empezar reuniones técnicas periódicas con la Dirección de Salud", "unificar criterios de inspecciones sanitarias", "guía de recursos socio sanitarios para el Área", "elaborar informes de enfermería al alta hospitalaria", "que los médicos de atención hospitalaria asuman su carga administrativa", "crear un grupo de trabajo multidisciplinar para la gestión unificada de programas para la mujer", "establecer protocolos de comunicación y coordinación entre los niveles de atención", "formación en técnicas hospitalarias", "reciclaje formativo por los servicios del hospital", "actualizar los tratamientos del paciente al alta hospitalaria", y "establecer protocolos para el seguimiento de pacientes".

En este mismo ámbito, otras propuestas de mejora formuladas y que pueden incidir positivamente en la resolución de una mejor coordinación serían: "coordinación permanente entre la Dirección de AP y la Dirección de Salud", "implantar consultas de alta resolución entre especialidades" e "instaurar consultas telefónicas entre AP y atención hospitalaria".

En el ámbito de los *recursos humanos,* las dificultades detectadas para las que se han formulado propuestas de mejora han sido**: problemas por la dependencia funcional de los profesionales, coordinadores en los CS rurales sin liberación y responsables de enfermería sin compensación ni liberación.** Las propuestas formuladas han sido: "organigrama que explique la dependencia funcional de veterinarios, farmacéuticos y trabajadores sociales en AP", "liberación parcial de los coordinadores rurales" y "liberación parcial de los responsables de enfermería".

Por último, en el ámbito de los *recursos materiales,* las dificultades detectadas para las que se han planteado propuestas de mejora han sido: **falta de equipación para asistencia en carretera en CS rurales, insuficiente medicación en los CS y consultorios y falta de vacunas en CS rurales.** Las propuestas formuladas han sido: "equipación adecuada para personal de guardia", "dotación obligatoria de material y medicación en consultorios y CS" y "mejorar abastecimiento de vacunas".

6.2.4. PROPUESTAS CUYA EJECUCIÓN CORRESPONDERÍA A LA CONSEJERÍA DE SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES.

Las propuestas formuladas cuya resolución correspondería al nivel de Consejería/SES/Ministerio de Sanidad, se refieren a los ámbitos *asistencial, formación, investigación, participación, planificación, prevención/promoción, RRHH y sistemas de información.*

En el ámbito *asistencial,* las dificultades/problemas formulados han sido: **el médico es responsable del paciente en todos los niveles, cupos desiguales, no debería haber enfermeras pediátricas, mal uso del sistema sanitario y los veterinarios no son actualmente autoridad sanitaria.** Para estas dificultades se han planteado las siguientes propuestas de mejora: "potenciar al médico de AP como gestor del paciente", "redistribuir los cupos de población en los CS urbanos", "que no haya exclusivamente enfermeras de pediatría en los CS", "estudiar la posibilidad del copago simbólico" y "devolución del carácter de autoridad sanitaria a farmacéuticos y veterinarios".

En el ámbito de la *formación* se han planteado las siguientes dificultades/problemas: **falta de formación del personal sanitario en temas sociales, falta de formación de los cargos intermedios, falta de obligatoriedad de las sesiones clínicas, formación fuera del horario laboral, falta de sustitutos para la formación continuada, dificultades para tutores con cupos grandes, falta de reconocimiento de la docencia, en la universidad, medicina y enfermería la AP tienen poco valor y los CS rurales no pueden participar en la docencia pregrado.**

Frente a todas estas dificultades se formularon las siguientes propuestas de mejora: "formación socio-sanitaria de los EAP", "formación previa para cargos de gestión", "sesiones clínicas obligatorias en los EAP", "impartir la formación en horario laboral", "sustituciones para la formación", "disminuir los cupos de los tutores", "baremar la docencia en currículum vitae", "baremar la docencia más que la formación recibida", "AP asignatura obligatoria en la universidad" y "rotación de los alumnos de pregrado por los CS rurales".

En el ámbito de la *investigación* se han recogido los siguientes problemas/dificultades: **falta de incentivación y reconocimiento y falta de medios para la investigación,** para los que se han formulado las siguientes propuestas de mejora: "baremar la investigación para currículum", "incentivar la investigación" y "garantizar recursos para la investigación en AP".

En el ámbito de la *participación* se recogieron las siguientes dificultades: **no se hace comunitaria, falta de formación, problemas de los Consejos de Salud y los Consejos de Salud no se convocan,** siendo estas las propuestas de mejora: "necesidad de directrices, formación y protocolos de participación", "explorar alternativas a los Consejos de Salud", "poner de nuevo en funcionamiento los Consejos de Salud", "incorporar la participación comunitaria a la Cartera de Servicios de AP".

En el ámbito de la *planificación* se formuló la siguiente dificultad: **deficiencias de la cartera de servicios y falta de actualización**, y para mejorar esta dificultad se planteó la necesidad de "actualización de la cartera de servicios del SES".

En el ámbito de la p*romoción y prevención* se han formulado las siguientes dificultades: **exceso de actividad asistencial en detrimento de la prevención y promoción por falta de tiempo y falta de estímulos y motivación.** Las propuestas de mejora planteadas son: "limitar los cupos de población para poder hacer promoción y prevención", "incentivar la promoción y la prevención con días libres, sustituciones o jornadas de formación etc."

En el ámbito de los recursos humanos, las dificultades recogidas fueron: **funciones de miembros del EAP poco definidas y traslados desde el hospital de enfermeras sin conocimiento alguno de AP.** Las propuestas de mejora formuladas para resolver estas dificultades serían: "definir las funciones de todos los puestos de trabajo", "permitir autogestión parcial de la bolsa de trabajo por los CS, por ejemplo, dando prioridad a profesionales que terminan la especialidad", "no permitir traslados de profesionales de hospital a AP", "reconocimiento urgente de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y examen por la vía excepcional para acreditar a los antiguos", "baremar Enfermero Interno Residente (EIR) para

oposiciones y bolsas de trabajo, hasta que se consiga el reconocimiento de la categoría".

Por último, en el ámbito de *sistemas de información,* se plantearon las siguientes dificultades: **registro deficitario de la actividad realizada, falta de registros para promoción y prevención y falta de actualización del vademécum en JARA.**

Las propuestas formuladas para mejorar estos problemas son: "obligar a todos los profesionales a registrar todo el trabajo que hacen en JARA", "incluir actividades comunitarias en registros JARA" y "actualización frecuente del vademécum".

7. CONCLUSIONES

Los resultados de este Estudio ofrecen una "fotografía", reflejo de la situación de la AP del Área en el momento de su elaboración y 30 años después de la reforma de la misma. La metodología participativa con la que se ha llevado a cabo y el elevado número de participantes, de todas las categorías profesionales, aporta una visión detallada y poliédrica muy ajustada a la realidad.

- Su lectura pone de manifiesto la necesidad de actuación en numerosas áreas relacionadas con importantes carencias y disfuncionalidades, ligadas a la praxis y a la propia concepción de la Atención Primaria. Refleja un modelo fundamentalmente asistencialista, centrado en la demanda, en el que las funciones de promoción, prevención, participación, formación e investigación están escasamente implementadas.
- La ausencia de un modelo propio para la Atención Primaria en Extremadura y la falta de directrices claras desde la Consejería de Salud y Políticas Sociales y el SES, (Reglamento de funcionamiento de los EAP y Cartera de Servicios actualizada) se reflejan en un estado desidioso y acomodaticio.
- Se constatan numerosas carencias de tipo organizativo y de coordinación. Se hace necesaria una redefinición del perfil de los coordinadores de EAP, que debe traducirse en un claro compromiso con la organización y un liderazgo proactivo. La distribución de tareas y funciones, la reorganización de agendas y horarios, la elaboración de proyectos de centro y evaluación de los mismos, deben ser asumidos por los EAP. Es urgente implementar mecanismos de coordinación entre los EAP y las Unidades de Apoyo, el segundo nivel asistencial y la Gerencia de Área.
- La Salud Pública desarrollada en los CS necesita ser más visible y estar integrada en la actividad de los EAP, lo que requiere una planificación y coordinación conjunta entre las direcciones de Salud Pública y Atención Primaria, así como en los propios EAP.
- La gestión de los recursos humanos pasa por redefinir tareas y funciones de los distintos profesionales de los EAP, incluyendo en las mismas las actividades de prevención y promoción y la orientación hacia la comunidad. Del mismo modo, la gestión de los recursos humanos orientada hacia un modelo de Atención Primaria no asistencialista, requiere el reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en la reposición de plazas, así como evitar la incorporación masiva de enfermeras desde el ámbito hospitalario en los traslados.
- El desarrollo y equilibrio de funciones hace urgente la planificación y organización de la formación continuada de todos los profesionales, asegurando su implementación generalizada y claramente orientada hacia las carencias.
- El registro de la actividad en el entorno JARA hace imprescindible realizar cambios para que puedan ser reflejadas funciones de prevención, promoción y actividad comunitaria que actualmente no tienen cabida, para que todos los profesionales puedan utilizar esta herramienta para registrar su trabajo diario y para que los criterios sean claros y unificados.

- Deberían hacerse cambios en el sistema JARA que favorezcan su utilización: mayor agilidad en el proceso de registro, posibilidad de trabajar con distintos apartados de un paciente de forma simultánea, mejorar la explotación de datos, etc. Del mismo modo, habría que incorporar un sistema de alertas eficaz, mejorar la codificación y asegurar el acceso al sistema de todas las categorías profesionales que lo precisan.
- En general, los principales indicadores asistenciales recogidos presentan numerosas diferencias entre los diferentes EAP, estando en su conjunto en un rango aproximado al SES y en algunos casos mejorando este. Las actividades complementarias no están desarrolladas en todos los centros, por falta de recursos materiales y de formación y donde se realizan no cubren al 100% de la población.
- Todas estas carencias mediatizan e impiden el desarrollo equilibrado de las funciones de la Atención Primaria y conducen a una demanda hipertrofiada y al mal uso del sistema sanitario en este primer nivel por parte de los ciudadanos.
- Los participantes en este estudio han aportado múltiples propuestas de mejora en cada ámbito, por lo que la planificación futura hace necesario priorizarlas en diferentes líneas estratégicas y aplicarlas desde los diferentes niveles de ejecución.
- Para ello se precisa una clara voluntad política en cada nivel de ejecución de las mismas, con una adecuada dotación económica de la Atención Primaria, que garantice la formación continuada, la mejora de la eficiencia asistencial, la implantación progresiva de las actividades de promoción y prevención de la salud con participación de la comunidad, la coordinación entre niveles de atención y una gestión de los recursos humanos y materiales orientada hacia este nivel de atención.

8. BIBLIOGRAFÍA

Hernández I, Aibar C, Aranaz JM, Lumbreras B; Planificación y programación en atención a la salud; En: Piédrola G. et al. Medicina Preventiva y Salud Pública; 11ª edición; Madrid; Elsevier 2008.

INDICADORES CLAVE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Fichas Técnicas Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. Edición 2010.

JCM Cerdá, MAP Rodríguez, MH García, OS Gaspar. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria 13 (4), 312-319.1999.

MA Prieto Rodríguez, JC March Cerdá. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atención primaria 29 (6), 366-373. 2002.

Maqueda Lafuente J; Cuadernos de dirección estratégica y planificación; APD/Díaz de Santos; Madrid 1996

Pineault R, Daveluy C; La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias; Masson; Barcelona 1987.

Sociedad Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. SVMFIC. Criterios consensuados de adecuación de los cupos de Atención Primaria en Medicina Familiar. Valencia. Nov. 2007.

Demografía y población. Cifras de población y censos demográficos. Disponible en: http://www.ine.es/.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso. Madrid 2001. Disponible en http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/eap.pdf.

Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/sanidad/portada/home.htm.

9. PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS

Abelardo Rodríguez Martín; Adelina Blasco de Luna; Alejandra Tarriño Ortega; Ana Mª Fernández Hortelano; Ana María Villalta Doblas; Agustina Banda Parejo; Antonia Calderón Gago; Antonia García Carrasco; Antonio Carlos Ruiz Díaz; Antonio Macías Corbacho; Antonio Matador Castro; Antonio Peinado Rodríguez; Antonio Prudencio Gamino; Antonio Serrano Mangas; Ascensión Sotomayor Navas; Augusta Albarrán Sanz-Calcedo; Beatriz Hernanz Arroyo; Carmen Hernández Carballo; Claudio Peláez Vega; Cándido Sánchez Cabrera; Carlos López Bernáldez; Carlos Miguel Gómez García; Carmen Morillo Pantoja; Carmen Pinedo González; Cecilia Gómez Málaga; Consuelo Vilaplana García; Coronada Fernández Lozano; Cristina Guisado Muñoz Torrero; Diego Domínguez Llera; Diego Rodríguez Pardo; Dolores Rodríguez Rodríguez; Emilia Canelas Artaloytia; Enrique Casadomet Cortés; Esther Benito Alonso; Eulalia Hernández Hernández; Fátima Robledo González; Fco. Javier Herrador Sánchez; Felisa Acosta Hernández; Fernando Brioso Jerez; Fernando Pons Díaz; Fernando Soria González; Francisca Vizcaíno Jaén; Francisco Barragán Gil; Francisco Buitrago Ramírez; Francisco Javier Lillo Bravo; Gabina Cisneros Cordero; Gema María Palma Amador; Gloria Nieves López Valero; Gloria Parra Rodríguez; Guadalupe Palacio Rubio; Guadalupe Trujillo Grajera; Inés Ambrosio Flores; Inmaculada Fernández Carrasco; Inmaculada Escobar Basilio; Isabel Lorido Cano; Jaime Cuervo Valdés; Jesús Busons Gordo; Jesús Cobaleda Polo; Jesús Gómez Encinas; Jesús Morales Cuevas; Joaquín Sánchez Soto; José A. Gómez Ferreira; José Antonio Morales Ruiz; José Alfonso Cardenal Galván; José Guisado Macías; José Luis Alejandre Durán; José Luis Gutiérrez Méndez; José Luis Rodríguez Díaz; José Luis Silos Muñoz; José Luis Vicente Torrecilla; José Manuel Val Sánchez de León; José María Abejas Juárez; José Ramón Gallardo Albandor; José Rodríguez Canchado; Josefa Silva Sepúlveda; Josefa Barreto Chávez; Juan Antonio Sánchez Pérez; Juan Carlos Módenes Casillas; Juan de la Cruz Martínez; Juan José Esteban Márquez; Juan José Morell Bernabé; Juan José Torres Vázquez; Julia Pintor Toro; Julia Sayavera Cortés; Julio Comerón Pacheco; Leocadio Aparicio Palomino; Loreto Ruiz Muñoz; Lourdes Gallego Portales; Luciana Villafaina Muñoz; Luis López Santamaría Redondo; Luis Miguel Roco Méndez ; Mª del Mar Pablos García; Mª José Antúnez González; Mª José Carretero Corrales; Mª Ángeles Maynar Mariño; Manuel Cabanillas Ramiro; Manuel Carpi Abad; Manuel Espigares Arroyo; Manuel Galván Pérez; Manuel Lobo Guerrero; Manuel López Domínguez; Mari Ángeles Núñez Suarez; María de los Ángeles Arroyo Jiménez; María Ángeles Estévez Herrera; María del Carmen Jerez Gallardo; María del Rosario Martínez Mora; María Gil Llinás; María Jesús Folgado Carrillo; María Jesús Rangel Tarifa; María Jesús Tinoco González; María José Bermejo Rivero; María José Fernández Reyes; María José García de Vinuesa; María Luisa González Torres; María Peligro Folgado Cordobés; Mariano Peinado Rodríguez; Mercedes Barriga Rubio; Mercedes Matamoros Sánchez; Mercedes Reymundo García; Mercedes Santiago Fernández; Miguel Gallardo Lancho; Miguel Pedro Cacho Sánchez; Rosario Muñoz Núñez; Natividad Gamero Gandarias; Paloma Sánchez Zapata; Paloma Selgas Gutiérrez; Pedro Lozano Llamazares; Pedro Moriano Gómez; Pilar Gómez Meleno; Prado Leo Canzobre; Purificación Sánchez Duarte; Raquel Martínez Mendoza; Rosario Hornero Mesa; Samuel Bobadilla Gómez; Saturnino García Martín; Sixto García Risco; Susana Belén Blanco García; Teresa

Berzosa Castellanos; Teresa Nieto Hernández; Timotea Garrote Florencio; Tomás Pérez Torralba; Tomás Vegas Jiménez; Yolanda Piñero Rodríguez.

ANEXO 1

CUESTIONARIO ACTIVIDAD EAP

ACTIVIDADES EAP 2016						
Centro de Salud ……						
	enero	**febrero**	**marzo**	**abril**	**mayo**	**junio**
Número de sesiones de formación continuada realizadas por el equipo						
Número de sesiones de formación continuada realizadas por otros dispositivos						
Número de reuniones organizativas						

	SI	**NO**	**Nº**
Actividades de Educación para la Salud, promoción, prevención, para grupos de pacientes, familiares, asociaciones, etc.			

¿Se realizan estas técnicas diagnósticas?
**contestar sólo en caso de disponer de las mismas.*

	SI	**NO**
MAPA		
ESPIROMETRÍA		
ITB		

	SI	**NO**
¿Existe Reglamento de Régimen Interno?		

ANEXO 2

LOGROS

- La COBERTURA UNIVERSAL y la accesibilidad de toda la población, independientemente de su situación socioeconómica.
- Se ha producido una importante mejora de la ACCESIBILIDAD A LA AP por la implantación de los Centros de Salud y la ATENCIÓN CONTINUADA.
- El trabajo con PROTOCOLOS asistenciales y de procedimiento en la mayoría de los Centros de Salud.
- El acceso de los profesionales sanitarios a un mayor número de PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, ha mejorado mucho la capacidad de resolución de la AP.
- Mayor autonomía de los profesionales de enfermería gracias a la existencia de las CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN AP, con una labor asistencial muy importante.
- La implantación de programas para el ABORDAJE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.
- La incorporación de las MATRONAS a los EAP ha supuesto una mejora importante en la asistencia a la mujer embarazada así como en la promoción hábitos saludables durante el embarazo y de la lactancia materna.
- Los Trabajadores Sociales de los EAP han mejorado el ABORDAJE SOCIAL de la mayoría de los problemas de salud, así como la integralidad.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

AUMENTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

POR RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN

A la Administración solo le interesan los datos, el número de pacientes que se ven a diario y no ha informado a la población sobre lo que es la Atención Primaria. No se puede controlar la demanda de manera voluntarista.

POR DEPENDENCIA DEL SISTEMA

Estamos haciendo a los pacientes muy dependientes, dejando de asumir responsabilidades respecto a su propia salud. Esto provoca hiperfrecuentación, sobre todo de los pacientes crónicos, y un gran aumento de la medicalización.

NO SE SABE CONTROLAR LA DEMANDA

A pesar del descenso de tarjetas, sigue aumentando la demanda. Los profesionales no saben controlarla y no se les ha enseñado a hacerlo.

Enseñar estrategias para el control de la demanda.

POR DESCOORDINACIÓN ENTRE NIVELES

La falta de comunicación y descoordinación entre niveles asistenciales aumenta la demanda. La atención hospitalaria es poco resolutiva y en diagnóstico y tratamiento de agudos.

POR POCA RESOLUCIÓN EN URGENCIAS

Las urgencias de hospital no son resolutivas, lo que provoca nuevas consultas en AP

POR LISTAS DE ESPERA EN HOSPITAL

Las listas de espera del segundo nivel provocan más consultas en el primer nivel.

DIFERENTE CARGA ASISTENCIAL ENTRE PROFESIONALES

CUPOS DESIGUALES

Los cupos son muy desiguales entre profesionales, debido a muchos factores: libre elección de médico, edad de los pacientes, clase social, etc. y la administración no puede intervenir para corregir estas diferencias.

Redistribuir los cupos de población en los Centros Urbanos.

DIFERENTE CARGA ASISTENCIAL ENTRE TRABAJADORES SOCIALES

No se ha definido el número de habitantes por trabajador social, provocando grandes diferencias en la carga asistencial entre los mismos, dependiendo de la ZBS. Algunos incluso atienden a varios centros.

MUCHA CARGA DE TRABAJO DE VETERINARIOS Y FARMACÉUTICOS EN CENTROS URBANOS

La carga asistencial de veterinarios y farmacéuticos en los centros urbanos es muy superior a la que se tiene en centros rurales.

FALTA DE PROGRAMAS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES

FALTA DE PROGRAMAS DE TRABAJO SOCIAL

Se trabaja atendiendo la demanda y sin programas, que se dejaron de hacer hace unos años, poniendo el énfasis en el número de pacientes atendidos.

FALTA DE PROTOCOLOS ACREDITADOS

La falta de protocolos acreditados puede poner en riesgo la práctica profesional, lo que está provocando en muchos profesionales que no hagan más cosas.

Organizar grupos de trabajo para elaborar protocolos asistenciales y que sean aprobados por la Gerencia.

Establecer protocolos con criterios unificados desde la Gerencia.

FALTA DE COMPROMISO DE LOS PROFESIONALES

FALTA DE COMPROMISO

Poco compromiso de los profesionales con la Atención Primaria. En muchos casos han elegido la especialidad como segunda opción.

PROBLEMAS CON LOS COPF

Mejorar accesibilidad al Centro de Planificación Familiar.

LISTAS DE ESPERA

Las listas de espera en los Centros de Planificación Familiar provoca problemas a algunas pacientes, ocasionando a su vez que se tengan que asumir desde Primaria algunas consultas y pruebas para evitar retrasos.

POCA ACCESIBILIDAD

Los Centros de Planificación Familiar dificultan la accesibilidad por obligar a ir directamente al centro a pedir cita.

CIERRE DEL COPF DE JEREZ

El cierre del COPF de Jerez provoca un aumento de citas a la matrona de la ZBS.

LA ENFERMERÍA DE PEDIATRÍA GENERA DISFUNCIONES

ENFERMEROS DE ADULTOS NO CAPACITADOS PARA ATENDER PEDIATRÍA

Hay problemas para atender la consulta de enfermería de pediatría cuando hace falta, por falta de preparación, lo que genera miedo.

NO DEBERÍA HABER ENFERMERÍA ESPECÍFICA DE PEDIATRÍA

Esta organización genera problemas cuando falta la enfermera de pediatría, porque no se considera una consulta de enfermería como las demás.

Que no haya enfermera exclusivamente de pediatría en los CS.

POCA MOTIVACIÓN DEL RESTO DE ENFERMEROS PARA ATENDER PEDIATRÍA

Existe poca motivación a hacer revisiones del niño sano por el resto de enfermeros cuando no hay enfermera de pediatría, esperando que se cubra esta plaza.

POCO TIEMPO PARA CADA CONSULTA

SOBRECARGA DE TRABAJO

El tiempo de atención es muy limitado para hacer las cosas bien. Hay demasiada demanda para tan poco tiempo. Diez minutos por consulta es muy insuficiente.

EL MÉDICO ES RESPONSABLE DEL PACIENTE EN TODOS LOS NIVELES

Ser el responsable del paciente en todos los niveles del Sistema no es posible con el poco tiempo disponible.

Potenciar al médico de Atención Primaria como gestor del paciente.

MENOR SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Muchas veces los pacientes no se van satisfechos porque el tiempo es insuficiente.

POBLACIÓN MUY ENVEJECIDA

POBLACIÓN MUY ENVEJECIDA

La población muy mayor provoca mucha carga asistencial, por pluripatologías y muchos avisos a domicilio.

MAL USO DEL SISTEMA SANITARIO

Informar a hiperfrecuentadores del mal uso de recursos.

Estudiar la posibilidad copago simbólico.

SE CONSULTAN MUCHAS BANALIDADES

Se atienden muchos procesos banales, la población consulta por todo.

ABUSO DE SERVICIOS Y HORARIOS

El paciente sabe que se le tiene que atender, acude a destiempo, demanda pruebas.

EXISTE DEMASIADA ACCESIBILIDAD

La accesibilidad sin límite no es buena porque complica la asistencia.

DEPENDENCIA

Los pacientes han perdido la autonomía para tomar decisiones, esperan a que se les diga todo, se les enseñe todo.

MEDICALIZACIÓN

No asumir la enfermedad ni el malestar provoca la medicalización de la vida y el exceso en la utilización de los recursos sanitarios.

DEPENDENCIA POTENCIADA POR LOS PROPIOS PROFESIONALES.

Los profesionales están favoreciendo, sin ser conscientes, el mal uso, insistiendo en que se les consulte por todo. Enfermería ha acostumbrado a sus pacientes a que acudan frecuentemente.

FALTA DE RESPETO A LOS PROFESIONALES

Cada vez hay más faltas de respeto hacia los profesionales, favorecido por los medios de comunicación y por los políticos.

NO SE HA INFORMADO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

No se ha informado a la población sobre los recursos sanitarios, sobre la diferencia entre urgencias, emergencias, atención primaria, etc.

Informar a los usuarios de los servicios y las actividades que existen.

POR LA GRATUIDAD

La gratuidad provoca el uso abusivo de los servicios.

SE LES HA HECHO EXIGENTES

Políticas que han llevado a los pacientes a creer que tienen derecho a todo.

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN LOS MÉDICOS

EXCESIVO PROTAGONISMO DEL MÉDICO

Los Centros están organizados desde la asistencia médica, provocando desequilibrio entre las funciones de médicos, enfermeras y resto de profesionales. El nuevo modelo de AP no ha calado en los equipos. Muy pocos médicos se creen la Medicina de Familia. El médico es el centro y el máximo responsable, lo que va en contra del modelo que se quería promover.

Hacer cribaje de la demanda por enfermería en Atención Primaria.

EXCESO DE BUROCRACIA

EXCESO DE BUROCRACIA

La alta carga burocrática de Primaria redunda en una menor atención al paciente y está provocada en muchas ocasiones por demandas de la propia administración (justificantes, informes médicos, etc.)

LA ATENCIÓN A LA MUJER NO ES INTEGRAL

ATENCIÓN A LA MUJER NO INTEGRAL

Sólo se atienden los embarazos, no hay atención al puerperio, lactancia, menopausia.

FALTA DE MATRONAS Y FISIOTERAPEUTAS

FALTA DE MATRONAS Y FISIOTERAPEUTAS

Sólo atienden algunos días y en algunas Zonas.

PRÁCTICA DE LA MEDICINA DEFENSIVA

PRÁCTICA DE LA MEDICINA DEFENSIVA

El miedo a la denuncia y el no sentirse apoyados legalmente, provoca más derivaciones, con el consiguiente aumento de las listas de espera.

DISFUNCIONES EN LA ATENCIÓN CONTINUADA

FALTA DE CRITERIOS CLAROS Y COMUNES PARA LA ATENCIÓN CONTINUADA

No está claro el concepto de atención continuada, ni para los pacientes ni para los profesionales. Si se ponen tratamientos por la tarde en los Centros, los pacientes no van por la mañana. Muchos acuden por la tarde porque trabajan y no pueden ir por la mañana. No existen criterios unificados al respecto.

Implantar protocolos de actuación para Atención Continuada en la ZBS.

HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN CONTINUADA

Acuden muchos inmigrantes. En muchos casos se satura por no haber citas de mañana.

LOS EQUIPOS EXTERNOS AL EAP NO SON ADECUADOS PARA LA ATENCIÓN CONTINUADA

No es bueno que haya equipos diferentes para la atención.

PERSONAL NO VALORADO

Este personal está quemado, no se siente valorado.

PROBLEMAS PARA TOMAR DECISIONES EN SALUD PÚBLICA

LOS VETERINARIOS NO SON ACTUALMENTE AUTORIDAD SANITARIA

Los veterinarios son "agentes de la autoridad sanitaria", no autoridad sanitaria con competencias para tomar algunas decisiones inmediatas: decomisos, cierres, etc.

Devolución del carácter de autoridad sanitaria a farmacéuticos y veterinarios.

Buzón de sugerencias para los usuarios.

Innovación TICS: recoger Tarjeta Sanitaria en administración y recetas sin consulta presencial.

Utilizar las redes sociales para los usuarios.

Facilitar solicitud de medicación extranjera.

Sistematizar los consentimientos informados.

Tener acceso a test de estreptococo en pediatría de Atención Primaria.

Fomentar el uso racional del medicamento desde la Gerencia.

Implantar consultas no presenciales.

Cumplir el programa del polimedicado.

No especializar más la asistencia en Atención Primaria.

Innovación en el abordaje de la cronicidad.

Realizar las prestaciones asistenciales cada uno en su consulta.

Organizar la atención a urgencias en el horario de consulta.

LOGROS

- Destacado PAPEL DE LA ENFERMERÍA en las actividades de promoción y prevención a nivel individual y grupal, así como en Centros Educativos.
- La implantación del PROGRAMA DE SALUD BUCO-DENTAL en la Comunidad Autónoma.
- La creación de ESCUELAS DE MADRES en distintas zonas de salud del Área ha supuesto una mejora en la Atención infantil y del adolescente.
- La consolidación del PROGRAMA DEL NIÑO SANO y el programa de CRIBADO NEONATAL.
- Los Programas de DETECCIÓN PRECOZ de Ca Mama, Cérvix y Colon.
- El aumento generalizado de la COBERTURA VACUNAL en la población infantil.
- Las campañas de VACUNACIÓN DEL ANCIANO.
- La incorporación a los EAP de los FARMACÉUTICOS Y VETERINARIOS ha incrementado la realización de actividades de Promoción de la Salud y Prevención Primaria.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

EXCESO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN DETRIMENTO DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

POR FALTA DE TIEMPO

Se aprovecha la consulta para hacer prevención y promoción, pero por presión del tiempo no se hace con claridad. La asistencia acapara todo el tiempo. Y estas funciones requieren preparación previa y dedicación.

Limitar los cupos de población para poder hacer promoción y prevención.

CONCEPCIÓN DE LA PRIMARIA MUY ASISTENCIALISTA

Atrofiadas la prevención y promoción por una concepción muy asistencialista de la Primaria. Se ha disminuido el tiempo de dedicación a estas funciones por exceso de asistencia y se han olvidado las raíces. Se centra el trabajo en resolver problemas agudos.

ALTA DEMANDA ASISTENCIAL

La alta demanda, querer llegar a tanta gente, la presión asistencial, la hiperfrecuentación, tanta accesibilidad… provocan que no pueda hacerse nada de prevención y promoción.

Limitar los cupos de población para poder hacer promoción y prevención.

AUSENCIA DE ACTIVIDADES DE GRUPO

La formación en grupo está muy bien, pero después tienes más presión en la consulta por el tiempo dedicado. Se hace de manera individual en la consulta. No es lo mejor.

Implementar educación para la salud grupal.

EXCESO DE PRUEBAS Y TÉCNICAS

Cada vez se están introduciendo en Primaria más pruebas y técnicas nuevas que consumen también tiempo de dedicación en detrimento de estas funciones fundamentales.

DIFICULTAD PARA PROGRAMAR EN LA AGENDA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

Dificultades para programar actividades de Educación Grupal porque es difícil coordinar esto con la agenda a medio, largo plazo. La demanda interfiere mucho.

Especificar distintos tiempos en agenda promoción y prevención.

PROBLEMAS DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

ESCASA FORMACIÓN DEL EQUIPO

Los profesionales no están preparados, no se sabe hacer educación grupal. No se tiene formación en promoción de la salud. Falta formación teórica y práctica.

ENFERMEROS CON FALTA DE FORMACIÓN

Aunque haya enfermeros con buena disposición, les falta formación. Este personal es clave para las funciones de prevención y promoción, pero su formación está muy orientada a las técnicas y a la asistencia.

DIFERENTE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La formación es desigual, y cada uno hace lo que puede y sabe a su manera.

BAJA MOTIVACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

BAJA MOTIVACIÓN EN GENERAL

Hay poca motivación en general hacia estas funciones. Cuando se hicieron se dejaron de hacer por este motivo. Se considera que ya es suficiente con la asistencia. Para estas tareas es necesaria una alta motivación.

PLANTILLAS ENVEJECIDAS

Hay profesionales cercanos a la jubilación que ya no tienen ganas de cambiar las cosas, ni de iniciar actividades, ni de formarse.

FALTA DE MOTIVACIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermería no está motivada para hacer estas funciones. No se han creído que les correspondan, son los que tienen que iniciar estas actuaciones y "tirar del carro".

DESMOTIVACIÓN POR PAGO POR CUPOS

Hay profesionales que consideran que su trabajo está ligado a la atención a su cupo (se les paga por este concepto) y el resto de funciones no le corresponden.

MODELO TRADICIONAL POR ACOMODACIÓN

La inercia, el acomodo, la poca exigencia de los profesionales han llevado a la Primaria al modelo tradicional.

SE DEJA DE HACER POR NO HABER CONSULTA DE TARDE

Cuando había consulta de tarde se organizaban actividades de prevención y promoción. Ahora no, porque supondría utilizar tiempo fuera del horario laboral.

ENFERMERÍA CADA VEZ MÁS CENTRADA EN LO ASISTENCIAL

Estas funciones deberían ser las principales de enfermería en Primaria, pero cada vez es más asistencial.

TRABAJADORES SOCIALES QUE NO ASUMEN LA FUNCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

No abordan estas funciones, no las tienen por escrito, no las tienen interiorizadas. Estos profesionales no han entendido su papel en Primaria.

DELEGACIÓN EN FARMACÉUTICOS Y VETERINARIOS POR PARTE DE MÉDICOS Y ENFERMERAS

A pesar de que médicos y enfermeras tienen más contacto con los pacientes, delegan estas funciones en farmacéuticos y veterinarios.

ESCASO TRABAJO EN EQUIPO MÉDICO/ENFERMERO

Las UBAS son fundamentales para trabajar en el ámbito de la población de cada cupo y no es así.

Que las Unidades Básicas Asistenciales compartan actividades y responsabilidades en el desarrollo de promoción y prevención de la salud.

PERTENENCIA FUNCIONAL DE ALGUNOS TRABAJADORES A DIFERENTES CENTROS

Compartir Centros no permite el trabajo a largo plazo ni abordar la prevención y promoción, por exceso de trabajo y presión asistencial.

POCA IMPLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN

A LA ADMINISTRACIÓN LE INTERESA MÁS LA ASISTENCIA

A la administración le interesan los datos. No se controla el trabajo que se hace. Solo interesa la tecnología, el hospital, la asistencia.

FALTA DE ESTÍMULO Y MOTIVACIÓN

No se ha promovido hacer prevención y promoción en la consulta, ni en grupos. Incluso con contratos de gestión se incentiva menos que la asistencia. Poco apoyo y estímulo.

Incentivar la promoción y prevención con días libres, sustituciones o jornadas de formación, etc.

LA POBLACIÓN NO DEMANDA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

A LOS CIUDADANOS SOLO LES IMPORTA LA ASISTENCIA

A la población solo le interesa la asistencia. Piden resolución de problemas inmediata, pruebas, especialistas, etc. La población no reconoce lo que se hace en prevención y promoción.

FALTA DE CONCIENCIA DE PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN

A la población no le importa su salud. Han delegado los cuidados en los sanitarios. No comprenden la importancia de su papel.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SON LOS QUE INFORMAN

La información está en los "medios" y no se puede influir. Así es más difícil educar a los pacientes con tanta información incorrecta a su disposición.

EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN NO PARTICIPAN LOS QUE MÁS LO NECESITAN

Los pacientes que más lo necesitan son los que menos acuden a actividades de prevención y promoción. Es mejor hacerlo en la consulta porque tampoco participan en actividades de grupo.

DIFICULTAD PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN CON PACIENTES SIN RECURSOS

Cuando se trata de pacientes sin recursos es más difícil hacer prevención y promoción.

PREVENCIÓN. PROBLEMAS CON LAS VACUNAS

DESINFORMACIÓN DE LOS SANITARIOS SOBRE VACUNAS

Los profesionales están desinformados sobre algunas vacunas. No se comunican las novedades desde la Gerencia de manera adecuada.

ZONAS CON VACUNACIÓN DEFICIENTE

En algunas Zonas aún no se han alcanzado las tasas de vacunación deseadas.

FALTA DE PROGRAMAS Y PROTOCOLOS

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN REALIZADAS DE MANERA INDIVIDUAL Y NO PROTOCOLIZADA

Enfermería hace este trabajo de manera individual, desorganizada, no reglada.

Disponer de guías de actuación para la promoción y prevención.

FALTA DE DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Hay campañas obsoletas y falta de protocolos. Esto provoca que cada Zona de Salud trabaje de manera diferente. No se han abordado programas para pacientes en riesgo de padecer diabetes, EPOC, etc. Los programas que se diseñan no se aplican. Hace mucho que se dejó de trabajar por Programas.

Disponer de guías de actuación para la promoción y prevención.

ACTIVIDADES EN ADULTOS NO BIEN DESARROLLADAS

Las actividades de prevención y promoción no están bien desarrolladas para la población adulta a pesar del envejecimiento de la población.

NO HAY COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y CENTROS

No existe colaboración entre los diferentes niveles asistenciales. Que Planificación Familiar esté fuera de los Centros ha provocado que no se actúe en la adolescencia.

DESCONOCIMIENTO EN PRIMARIA DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX.

Los médicos no conocen el protocolo y piden pruebas a quien no deben.

Cumplir el Programa de cáncer de cérvix.

INCORRECTA INTERVENCIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS

Sin Programa de Salud Escolar se ha dejado de intervenir en los Centros Educativos. Cuando se hace es de manera muy puntual y poco eficaz.

Programa de prevención para la adolescencia en los Institutos de forma continuada.

PROBLEMAS CON EL REGISTRO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN CONSULTA QUE NO SE REGISTRAN

Estas actividades, cuando se hacen de manera individual y en la consulta, pero no se registran. No se reconoce porque no se registra ni computa.

FALTA DE RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

ACCESO LIMITADO A INTERNET PARA RECURSOS EDUCATIVOS

No se tiene acceso a algunos recursos de promoción que existen en Internet por limitación de permisos. Vídeos, páginas de asociaciones, etc.

FALTAN RECURSOS SOCIOSANITARIOS PARA LA PROMOCIÓN

Ni recursos humanos ni prestaciones. Detectada la necesidad, no se puede hacer nada.

DEFICIENCIAS EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

INSUFICIENTE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

En esta franja de edad, la promoción es altamente insuficiente.

Programa de prevención para la adolescencia en los Institutos de forma continuada.

POCA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES

La información que se ofrece a los pacientes en las consultas es muy deficitaria y no se complementa con otro tipo de actuaciones, como talleres, sesiones de grupo, etc.

Difundir información sobre la prevención de problemas de Salud Pública.

ACTIVIDADES NO ADECUADAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA

Las actividades de prevención y promoción no están bien desarrolladas para la población adulta a pesar del envejecimiento de la población.

INCERTIDUMBRE SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

DESCONOCIMIENTO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN

No sabemos que asimila el paciente. Está muy discutida la efectividad de los programas grupales. Es muy difícil evaluar y cuantificar estos programas. No conocemos los logros de los programas preventivos.

DESCONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA FORMACIÓN EN COLEGIOS

Se desconoce si sirve para algo lo poco que se hace en los centros educativos. Tampoco se conocen otros intereses ni necesidades de formación.

LA EDUCACIÓN SANITARIA NO FUNCIONA

Porque se atienden a muchas personas cada día y la demanda sigue creciendo.

Asumir todo el Equipo la promoción y prevención, cubriendo los huecos asistenciales cuando otros hacen trabajo comunitario.

Aumentar los talleres de educación para la salud en patologías.

Implementar grupos de lactancia materna.

Hacer boletines farmacoterapéuticos.

Actualizar el protocolo de la rabia.

Apoyo técnico a inspecciones sanitarias complicadas.

Normativa clara para las inspecciones.

Requisitos para inspecciones de actividades no reguladas.

Restituir la atención continuada de 15 a 22 h. para veterinarios.

LOGROS

- La existencia de la ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD, la apuesta firme de las SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE AP por la formación continuada, así como la realización de SESIONES CLÍNICO-BIBLIOGRÁFICAS en la mayoría de los CS.
- La creación de las ESPECIALIDADES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
- La AMPLIACIÓN a 4 años de la ESPECIALIDAD de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Mayor CAPACITACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA de los profesionales de medicina y enfermería de los EAP.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

FORMACIÓN CONTINUADA. DEFICIENCIAS EN LA PLANIFICACIÓN

FORMACIÓN CONTINUADA REPETITIVA

Se lleva años haciendo los mismos cursos, con pocas variaciones. Muy reducida a determinada temática.

Oferta de programa de formación variada.

NO SE RECICLA A TODOS LOS TRABAJADORES POR CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO

En determinados traslados no se forma al personal para incorporarse a Primaria y es necesario planificar esta formación para todos.

Protocolo de acogida y formación adaptativa del profesional incorporado a los EAP.

Programar cursos para adaptación al puesto de trabajo.

NO SE ORIENTA HACIA LAS CARENCIAS

No se ha evaluado qué necesidades formativas reales tienen los profesionales. No se puede basar solo en lo que se pide, sin valorar lo que se necesita realmente.

Detectar necesidades formativas de trabajadores y cargos.

HAN CESADO LAS ROTACIONES FORMATIVAS EXTERNAS

Las rotaciones hacían más resolutivas las consultas y esto ya no se puede hacer.

FALTA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES EN FORMACIÓN

No hay coordinación en la planificación de formación entre los niveles asistenciales.

Reglar sesiones formativas entre niveles.

LA FORMACIÓN RECIBIDA NO REVIERTE EN LOS EQUIPOS

No se ha establecido el mecanismo para que la formación recibida revierta en los Equipos.

Revertir la formación recibida en el EAP.

NO SE PIDEN PROPUESTAS DE FORMACIÓN

No se pregunta a los profesionales sobre sus necesidades formativas.

POCA OFERTA FORMATIVA PARA ALGUNOS PROFESIONALES

Trabajadores sociales, matronas, personal de administración, etc. tienen una oferta formativa muy reducida.

Ofertar cursos para matronas.

FORMACIÓN CONTINUADA. CARENCIAS FORMATIVAS

FALTA DE FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN TEMAS SOCIALES

Los sanitarios derivan problemas sociosanitarios a los trabajadores sociales, creyendo que son únicamente problemas sociales. Hay mucho desconocimiento.

Formación sociosanitaria del EAP.

FALTA DE FORMACIÓN DE LOS CELADORES PARA ATENDER AL USUARIO

Son los primeros profesionales que atienden a los pacientes y les falta formación para hacerlo bien y evitar problemas.

FALTA DE FORMACIÓN DE LOS CARGOS INTERMEDIOS

No están formados.

Detectar necesidades formativas de trabajadores y cargos.

Formación previa para cargos gestión.

ESCASA FORMACIÓN DEL EQUIPO EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Los profesionales no están preparados, no se sabe hacer educación grupal. No se tiene formación en promoción de la salud. Se ha invertido muy poco en estos temas. Falta formación teórica y práctica.

ENFERMEROS CON FALTA DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Aunque haya enfermeros con buena disposición, les falta formación. Este personal es clave para las funciones de prevención y promoción, pero su formación está muy orientada a las técnicas y a la asistencia. Se nota la diferencia cuando llegan profesionales formados en la especialidad. En estas funciones enfermería en general es un fracaso total.

DIFERENTE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La formación es desigual, y cada uno hace lo que puede y sabe a su manera.

FORMACIÓN CONTINUADA.
BAJA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

POCO INTERÉS DE LOS PROFESIONALES POR LA FORMACIÓN

Los profesionales muestran poco interés por la formación, se demanda poco.

FORMACIÓN CONTINUADA.
PASIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN

FALTA DE OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS

No se han establecido objetivos para la formación continuada, ni se planifican las necesidades formativas de los profesionales.

FALTA DE INTERÉS

La formación y la docencia interesan muy poco a la administración.

FALTA DE INCENTIVACIÓN

No se incentiva la formación como debiera.

FORMACIÓN CONTINUADA.
DIFICULTADES PARA REALIZAR LAS SESIONES CLÍNICAS

FALTA DE RECURSOS TÉCNICOS

No hay medios técnicos para las sesiones (ordenador, proyector, etc.), y esto dificulta mucho la realización de las sesiones.

ENFERMERÍA NO PARTICIPA

Enfermería en los últimos años participa poco o nada en las sesiones formativas en muchos centros.

Participar todos los grupos profesionales del EAP en la formación continuada.

LAS SESIONES CLÍNICAS NO SE HACEN POR NO SER OBLIGATORIO

Se hace por propia voluntad, y eso no funciona. Se suelen preparar sesiones por parte de los residentes. Como no es obligatorio, no se exige y no lo hace todo el equipo.

Participar todos los grupos profesionales del EAP en la formación continuada.

Sesiones clínicas obligatorias en EAP.

FALTA DE TIEMPO PARA PREPARAR LAS SESIONES

Las sesiones se preparan en casa, porque en el trabajo no hay tiempo para hacerlo.

EN CENTROS RURALES HAY POCAS SESIONES

La dispersión de consultorios hace muy difícil que se realice formación en el equipo a través de sesiones clínicas.

INTERFERENCIA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LAS SESIONES CLÍNICAS

Las citaciones en el horario de sesiones y el horario de la ruta de recogida de pruebas de laboratorio en los consultorios impiden la asistencia de todos.

FORMACIÓN CONTINUADA. DIFICULTADES PARA ASISTIR A LOS CURSOS DE FORMACIÓN

FORMACIÓN FUERA DEL HORARIO LABORAL

La empresa no programa la formación en horario laboral. La formación por la tarde es difícil compaginarla con la vida personal.

Impartir la formación en horario laboral.

FALTA DE SUSTITUTOS PARA LA FORMACIÓN CONTINUADA

No se ponen sustitutos para la formación y el trabajo recae en los compañeros. Y cuando se puede sustituir no se encuentran sustitutos, sobre todo para los rurales.

Sustituciones para la formación.

FALTA DE TIEMPO. POCOS DÍAS

Es difícil formarse con pocos días y poco tiempo para este fin.

FUERA DE LA LOCALIDAD

Sobre todo para los EAP de centros rurales, complicado asistir a los cursos en Badajoz.

PROBLEMAS EN LA FORMACIÓN POSTGRADO

FALTA DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE CALIDAD

No existe control sobre la docencia, ni se cumplen los programas. No se supervisa el trabajo de los residentes de manera adecuada.

FALTA DE CRITERIOS COMUNES ENTRE LOS TUTORES

No existen criterios comunes entre los tutores, no se han establecido. La administración no ha dado directrices.

DIFICULTADES PARA TUTORES CON CUPOS GRANDES

Los cupos de los tutores de centros urbanos suelen ser muy grandes, lo que dificulta compaginar esta actividad con la asistencia.

Aumentar tiempo por paciente en consulta de tutores.

Reparto de cupos adecuado para docencia.

FALTA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN METODOLÓGICA DE LOS TUTORES

No se ha formado a los tutores pedagógicamente, no tienen preparación para enseñar. En enfermería no hay formación adecuada, muchos tutores que no son especialistas.

FORMACIÓN MUY ORIENTADA A LA ASISTENCIA

La formación de los residentes está orientada a la asistencia, no es una formación completa en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

POCA INCENTIVACIÓN PARA LOS TUTORES

Cada vez hay menos profesionales que quieran ser tutores, porque hay muy poca incentivación para asumir esta responsabilidad.

FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD EIR

En las contrataciones, sustituciones y traslados no se tiene en cuenta que existe una especialidad de enfermería de Primaria.

FALTA DE ACREDITACIÓN DE ESPECIALIDADES

No están acreditadas ni pediatría, ni farmacia ni veterinaria de primaria.

POCO COMPROMISO DE LOS RESIDENTES

En general los residentes llegan con la idea de hacer currículum, con actitud muy competitiva, con poco compromiso con la Primaria.

DEFICIENCIAS DE LA FORMACIÓN PREGRADO

LAS RETRIBUCIONES POR DOCENCIA GENERAN MALESTAR

Unos profesionales cobran por tener alumnos y otros no y esto altera el funcionamiento del centro y provoca malestar: profesores asociados de la UEX que cobran y sin embargo todo el centro atiende a los alumnos.

FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LA DOCENCIA

No se reconoce adecuadamente la docencia. Debería ser más incentivada que participar como alumno en la formación y no es así.

Baremar docencia en currículum.

Baremar la docencia más que la formación recibida.

Reconocimiento de profesores colaboradores en docencia.

EN LA CARRERA LA ATENCIÓN PRIMARIA TIENE POCO VALOR

La Primaria en la carrera no es obligatoria en muchas facultades y, sin embargo, la mayoría de médicos termina en Primaria.

Atención Primaria asignatura obligatoria en la Universidad.

TRABAJADORES SOCIALES SIN FORMACIÓN SANITARIA

En la carrera los trabajadores no reciben formación sanitaria y, sin embargo, se les considera personal sanitario en Primaria.

POCO TIEMPO PARA LOS ALUMNOS EN PRIMARIA

Las prácticas de los alumnos de medicina y enfermería en Primaria son más cortas que en hospital y eso es negativo para su formación.

LOS ALUMNOS NO ESTÁN CON FARMACÉUTICOS NI VETERINARIOS

Hace mucho tiempo que ya no pasan los alumnos por estas consultas.

LOS CENTROS RURALES NO PUEDEN PARTICIPAR EN LA DOCENCIA

No está organizada la docencia para que puedan participar los centros rurales.

Rotación formativa rural de alumnos de enfermería.

Ejercer la docencia pregrado todos los profesionales de los CS.

Reconocer docencia de trabajadores sociales.

Remuneración profesores colaboradores.

Programa docente para alumnos de enfermería.

Los CS deben tener programa docente.

Evaluar a los tutores.

Contar con pediatras para organizar rotaciones docentes.

Promover acreditación docente en pediatría.

Revisar la acreditación docente de los CS.

Reconocer la docencia como mérito curricular.

Incentivar CS docentes.

Incentivar a los tutores docentes.

Rotación formativa rural de las matronas.

Crear el estatuto del tutor docente.

Programar formación práctica y útil para todo el equipo.

Programar formación obligatoria sobre reanimación cardiopulmonar en los EAP.

Impartir las sesiones formativas todo el EAP.

Regular la figura del responsable de formación.

Dotar de recursos técnicos para la formación.

Formar profesionales referentes de funciones y tareas.

Todos los profesionales formados en pediatría.

Formación en participación comunitaria y en atención a la comunidad.

Formación en metodología de educación para la salud.

Implementar la formación online.

Formación en salud pública y salud comunitaria.

Formación en metodología de promoción de la salud reglada y obligatoria.

Acreditación de todas las actividades formativas posibles.

Retribuir desplazamientos para la formación.

Rescatar los quince días de formación externa para los centros rurales.

Acercar la formación a los centros rurales.

Acceso a la formación en la Escuela de Administración Pública.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

FALTA DE FORMACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN

FALTA DE FORMACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN

No se sabe hacer investigación, no se tiene formación en metodología, no se sabe qué investigar, ni se conocen opciones de investigación, ni recoger datos, ni publicar.

Formación en investigación.

FALTA DE TIEMPO PARA LA INVESTIGACIÓN

FALTA DE TIEMPO PARA LA INVESTIGACIÓN

En Primaria es muy difícil investigar porque no hay disponibilidad de tiempo. Si alguien lo quiere hacer tiene que hacerlo fuera del horario laboral.

Facilitar investigación en horario laboral.

FALTA MOTIVACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

FALTA MOTIVACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

No existe motivación e implicación para investigar. No forma parte de la cultura de AP.

LABORATORIO DEL SES NO ACREDITADO

LABORATORIO NO ACREDITADO PARA FORMACIÓN EN EL MINISTERIO

El laboratorio del SES no tiene estructura orgánica ni está acreditado para investigación, por lo que no nos servimos de él.

FALTA DE INCENTIVACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

FALTA DE INCENTIVACIÓN Y RECONOCIMIENTO

La investigación no se reconoce para traslados. Cuando se hace investigación no se obtiene feed-back de los resultados, ni se agradece haber colaborado.

Baremar la investigación para currículum.

Incentivar la investigación.

FALTA DE MEDIOS PARA LA INVESTIGACIÓN

FALTA DE MEDIOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Algunas investigaciones se paran por falta de medios (Ej. ecógrafo retirado en Zona Centro, con el que se estaba investigando)

La Administración debe ofrecer recursos para la investigación.

INVESTIGACIÓN CONTAMINADA POR LA INDUSTRIA

INVESTIGACIÓN CONTAMINADA POR LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La investigación está muy contaminada por la industria, por lo que se trabaja para objetivos favorables a las mismas y eso no sirve.

ENFERMERÍA NO PUEDE INVESTIGAR SIN APOYO DEL MÉDICO

ENFERMERÍA NO PUEDE INVESTIGAR SIN APOYO DEL MÉDICO

Los enfermeros encuentran muchas trabas para investigar sin la colaboración de los médicos.

EL COMITÉ DE ÉTICA PARALIZA LAS INVESTIGACIONES

EL COMITÉ DE ÉTICA PARALIZA LAS INVESTIGACIONES

Incluso cuando se consigue tiempo para investigar, el Comité de Ética paraliza las investigaciones.

FALTA DE CONVOCATORIA PARA PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN

FALTA DE CONVOCATORIA PARA PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN

No se convocan Programas de Investigación.

INVESTIGACIÓN ENFOCADA A HACER CURRICULUM

INVESTIGACIÓN ENFOCADA A HACER CURRICULUM

Se ha estimulado hacer publicaciones, pero no pensando en el beneficio de los pacientes, sino para hacer curriculum personal.

LA INVESTIGACIÓN NO ES ADECUADA PARA PRIMARIA

NO ADECUADA PARA PRIMARIA

La investigación está muy orientada a la dedicación exclusiva y a la especialización, por lo que no es adecuada para la Atención Primaria.

NO HAY INVESTIGACIÓN SOBRE ZOONOSIS

NO HAY INVESTIGACIÓN SOBRE ZOONOSIS

La investigación sobre Zoonosis está aparcada desde hace muchos años.

POCO INTERÉS DE LA ADMINISTRACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN

POCO INTERÉS DE LA ADMINISTRACIÓN POR LA INVESTIGACIÓN

La Administración no muestra interés por la investigación de sus profesionales.

PROBLEMAS BUROCRÁTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN

PROBLEMAS BUROCRÁTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Cuando se quiere hacer investigación se plantean muchos problemas burocráticos.

PROBLEMAS PARA COORDINAR A DISTINTOS PROFESIONALES

PROBLEMAS PARA COORDINAR A DISTINTOS PROFESIONALES

Es muy difícil coordinar y poner de acuerdo a diferentes profesionales.

Formar grupos de trabajo para investigación.

RESISTENCIAS PARA HACER INVESTIGACIÓN

RESISTENCIAS PARA HACER INVESTIGACIÓN

Hay muchos profesionales que plantean resistencias para hacer investigación.

Crear líneas de investigación por EAP.

Necesidad de tutores de investigación.

Diseñar herramientas de investigación para el programa Jara.

Que FUNDESALUD ayude a desarrollar la investigación.

LOGROS

El funcionamiento de algunos CONSEJOS DE SALUD de Zona y la existencia en alguna Zona de ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (Comisión Comunitaria de Salud).

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

PROBLEMAS DE LOS CONSEJOS DE SALUD

Explorar alternativas a los Consejos de Salud.

CONSEJOS DE SALUD MUY POLITIZADOS

Están muy politizados. Dependen mucho de los cambios de signo político en los ayuntamientos. Están muy marcados políticamente.

NO SE CONVOCAN

Hace mucho tiempo que no se celebran porque no se convocan.

Poner de nuevo en funcionamiento los Consejos de Salud.

SIN RESULTADOS

Cuando se hacían reuniones no se obtuvieron resultados.

COMPONENTES QUE NO SON DE LA ZONA

Muchos de los componentes de los Consejos de Salud no son de la Zona.

NO SE PUEDEN ATENDER LAS EXPECTATIVAS QUE CREAN

En los Consejos se pedían cosas y se hacían demandas que no se pueden satisfacer. En muchas ocasiones las demandas requieren recursos económicos que no existen.

FORMALISTAS

Por su funcionamiento son demasiado formalistas.

SIN DEBATE

El orden del día lo hace el presidente y no se fomenta el debate, solo la votación.

FALTA DE ASISTENCIA DE LA COMUNIDAD

Cuando se celebran no acuden los representantes de la comunidad, solo acude la administración y los responsables del CS.

BAJA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

DESMOTIVACIÓN SOCIAL E INDIVIDUALISMO

La comunidad espera que se les resuelvan los problemas, no responde cuando se les plantea participar. La sociedad es pasiva, demandante, interesada en lo personal.

FALTA DE ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

La sociedad cada vez tiene menos órganos de participación, ni se organizan para conseguir objetivos comunes, por lo que es difícil convocar.

FALTA DE IDENTIDAD DE BARRIO

En muchos barrios no existe identidad de barrio, porque no se "vive" el barrio, no hay motivación para trabajar por mejorarlo.

FALTA DE RECURSOS EN LA COMUNIDAD

En muchos sitios no existen asociaciones, ni recursos públicos suficientes.

DIFICULTADES PARA LAS RELACIONES CON LA COMUNIDAD

DIFICULTAD PARA LLEGAR A LA COMUNIDAD

No existen cauces de participación. Hay falta de comunicación para conocer los programas y actividades que existen, no hay interlocutores en muchos sitios.

FALTA DE COMUNICACIÓN CON LOS CENTROS EDUCATIVOS

Hay poca comunicación entre los centros educativos y el CS.

MOTIVOS POR LOS QUE NO SE HACE COMUNITARIA

FALTA DE FORMACIÓN

La participación comunitaria es una función muy desconocida y no hay formación para hacerla. Se desconoce su metodología y los mecanismos para potenciar la participación.

Necesidad de directrices, formación y protocolos de participación comunitaria.

Necesidad de formación para la participación comunitaria.

HAY FALTA DE INTERÉS Y MOTIVACIÓN

En los centros existe la "ley del mínimo esfuerzo" y no se puede obligar a la gente a hacer comunitaria si no están interesados en ello.

FALTA DE TIEMPO POR MUCHA DEMANDA ASISTENCIAL

Existe excesiva carga asistencial, sobre todo de los médicos, para hacer comunitaria.

Reestructurar y gestionar el tiempo en agendas para la participación comunitaria.

POSIBLE AMENAZA PARA LA ADMINISTRACIÓN

La administración ve peligros en la participación, porque las demandas pueden entrar en colisión con su organización, aunque sean demandas lógicas y razonables (p. ej. consulta de tarde)

LA POBLACIÓN NO DEMANDA LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La población se mueve por lo inmediato, por sus necesidades personales, no demanda que exista participación.

LA ADMINISTRACIÓN NO CREE EN LA COMUNITARIA

No hay apoyo ni estímulo por parte de la administración, ni la de salud ni la municipal.

DEPENDE DEL VOLUNTARISMO

Lo que se haga se hace por voluntarismo, si no es así no se puede hacer nada.

ENFERMERÍA NO QUIERE HACER COMUNITARIA

Enfermería tiene más tiempo libre para esta función pero no está interesada ni quiere.

MÁS SENCILLO CENTRARSE EN LA ASISTENCIA

Es más cómodo enfocar todo el trabajo en la asistencia que en buscar la participación.

FALTA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Se desconoce que haya evidencia científica sobre la utilidad de la intervención comunitaria para la mejora de la salud, por lo que hay que hacer cosas que estén respaldadas por la evidencia.

FALTA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

El trabajo social en los centros no está organizado para este fin.

Organizar trabajo de trabajadores sociales para dejar tiempo para la participación.

FALTA DE TRABAJADORES SOCIALES CAPACITADOS

No hay trabajadores sociales en algunos centros preparados suficientemente para esto.

LOS CENTROS DE SALUD SON ASISTENCIALES

No se considera que sea una función de los CS.

REQUIERE HORARIO DE TARDE

Las actividades con la comunidad tienen que ser por la tarde.

Conocer los problemas de la comunidad.

Una persona del EAP, o de fuera del EAP, liberada de asistencia y que dinamice la participación comunitaria.

Incentivar a quien se implica en la participación.

Incorporar la participación comunitaria en Cartera de Servicios.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

DEFICIENCIAS DE LA CARTERA DE SERVICIOS

USO DESIGUAL DE LA CARTERA DE SERVICIOS

No hay unificación de criterios, se está aplicando de manera desigual. Está muerta.

FALTA DE ACTUALIZACIÓN

La cartera de servicios es buena, pero no está actualizada, no se ha modificado nada. Habría que desgranarla y ver qué interesa o no mantener.

Actualizar la Cartera de Servicios del SES.

POCO CONTROL DE SU CUMPLIMIENTO

No se evalúan los programas, no se controlan.

INADECUADA CONCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

LA ADMINISTRACIÓN NO CREE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los gestores no se han creído nunca la filosofía de Alma Ata. Todo se orienta hacia la asistencia y hacia el segundo nivel. La administración no se cree que la Primaria sea el puntal fundamental. Se funciona por inercia y con una visión asistencialista.

FALTA DE PLAN ESTRATÉGICO

Hay muy buenos profesionales, pero no se ha orientado hacia dónde ir, no hay un Plan Estratégico que defina objetivos y la ruta a seguir.

DEMANDAS DE LOS PROFESIONALES EN CONTRA DEL CONCEPTO DE PRIMARIA

En muchos casos las demandas de los profesionales van en contra del concepto integral de la Primaria (no querer nada de burocracia, no querer hacer avisos domiciliarios…)

RESISTENCIAS AL CAMBIO

El modelo de organización y los sistemas de trabajo que se han ido implementando se han afianzado tanto que hay muchas resistencias a los cambios.

FALTA DE CONTRATO DE GESTIÓN

FALTA DE OBJETIVOS

El contrato de gestión era la herramienta que marcaba los objetivos y al desaparecer se pierden los objetivos a seguir.

LA FALTA DE CONTRATO DE GESTIÓN NOS LLEVA AL MODELO ASISTENCIAL

Si no existe el contrato de gestión, solo se valora lo asistencial, porque el resto de funciones no se refleja ni incentiva en ningún sitio, porque no hay registros, ni evaluación.

Llevar a cabo la libre elección de enfermera.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

FALLOS EN LA COORDINACIÓN DE CATEGORÍAS PROFESIONALES

FALTA DE COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE TRABAJADORES SOCIALES

No hay coordinación. Los profesionales desconocen el trabajo de los demás.

FALLOS EN LA COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES

ENTRE EL SES Y EL AYUNTAMIENTO

Falta de coordinación y criterios para la apertura de establecimientos. El ayuntamiento no avisa de la apertura y se provocan muchas disfunciones.

Coordinación directa de Salud Pública con ayuntamientos.

INADECUADA COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS

DISPARIDAD DE CRITERIOS

Existen diferentes criterios en el funcionamiento de los centros.

FALTA DE COORDINACIÓN CON UNIDADES DE APOYO

Dificultades para la coordinación con las unidades de apoyo.

POCA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE DIFERENTES CENTROS

Poca relación y comunicación entre profesionales de diferentes centros.

DEFICIENCIAS EN LA COORDINACIÓN ENTRE LOS CENTROS Y LA GERENCIA

FALTA DE RETROALIMENTACIÓN

No llegan datos desde la Gerencia, lo que dificulta el trabajo de los responsables de enfermería.

FALTA DE REUNIONES PERIÓDICAS CON LA DIRECCIÓN DE SALUD

No hay reuniones técnicas periódicas con la Dirección de Salud.

Empezar reuniones técnicas periódicas con la Dirección de Salud.

NO HAY INTERCONEXIÓN

No hay una relación fluida con la Gerencia.

NO SE DAN PAUTAS

Las instrucciones y pautas llegan tarde a los centros o no llegan.

Unificar criterios de inspecciones sanitarias.

SENSACIÓN DE ABANDONO EN LOS CONSULTORIOS

En los consultorios existe sensación de abandono por parte de la Administración.

DEFICIENTE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

DESCONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS

No se conocen en general los recursos sociosanitarios que hay en el Área de Salud.

Guía de recursos sociosanitarios para el Área.

FALTA DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Existe falta de coordinación con la atención sociosanitaria.

FALTA DE PROTOCOLO DE MEDICACIÓN A RESIDENCIAS DE MAYORES

La medicación de las residencias se revisa sin protocolo, sin papeles, de manera verbal.

FALLOS EN LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

AUSENCIA DE COORDINACIÓN ENTRE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL EN ENFERMERÍA

No existe coordinación entre enfermería de Primaria y de Hospital ni seguimiento de los pacientes. No se hacen informes de alta de cuidados de enfermería ni se hace educación sanitaria en el hospital para los autocuidados.

Elaborar Informe de Enfermería al alta hospitalaria.

BUROCRACIA POR DERIVACIÓN DE HOSPITAL

Existe prescripción inducida. Los especialistas del segundo nivel no mantienen los tratamientos, lo que provoca mayor carga de trabajo.

Que los médicos de Atención Hospitalaria asuman su carga administrativa.

DERIVACIÓN DE CITOLOGÍAS IMPROCEDENTES A LA MATRONA DESDE GINECOLOGÍA

Los ginecólogos no hacen las citologías correspondientes, según se recoge en el Programa, debiendo hacerlas la matrona en el centro.

Crear grupo de trabajo multidisciplinar para gestión unificada de programas para la mujer.

EN EL HOSPITAL SE REPITEN PRUEBAS QUE HACE AP

En el hospital se cuestionan algunas pruebas que se hacen en Primaria, repitiéndose pruebas como electrocardiogramas, espirometrías, etc.

FALTA DE PLANIFICACIÓN ENTRE NIVELES

Aunque se ha intentado en ocasiones, no existe planificación entre niveles de atención.

Establecer protocolos de comunicación y coordinación entre los niveles de atención.

FUNCIONES DERIVADAS DEL HOSPITAL QUE SUPONEN SOBRECARGA ASISTENCIAL

En el hospital se están dejando de hacer cosas que recaen en Primaria: trabajo administrativo, citas, extracción de sangre, bombas de insulina, telemedicina, etc.

FUNCIONES DERIVADAS DEL HOSPITAL SIN FORMACIÓN SUFICIENTE

No se ha formado para el manejo de técnicas derivadas del hospital.

Formación en técnicas hospitalarias.

Reciclaje formativo por los servicios del hospital.

PRUEBAS PREOPERATORIAS DERIVADAS A PRIMARIA

Estas pruebas aumentan la carga asistencial

PROTOCOLOS NO ACTUALIZADOS

Protocolos que no están actualizados y que son poco ágiles, lo que dificulta aún más la coordinación entre niveles.

Actualizar los tratamientos del paciente al alta hospitalaria.

Establecer protocolos para el seguimiento de pacientes.

DEFICIENCIAS EN LA COORDINACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EAP

DESCONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE OTRAS CATEGORÍAS

No se conoce el trabajo de los diferentes miembros del equipo. En ocasiones se olvida que en el equipo hay diferentes profesionales con diferentes funciones.

Realizar reuniones organizativas y motivacionales en el EAP.

DICOTOMÍA EN FUNCIONAMIENTO ENTRE MEDICINA Y ENFERMERÍA

En la mayoría de los Centros, medicina y enfermería funcionan por separado, no hay equipo de trabajo.

Criterios unificados en las Unidades Básicas Asistenciales.

FALTA DE COORDINACIÓN EN SALUD PÚBLICA ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES

Los profesionales no están formados para el trabajo conjunto en salud pública y no se hace.

FALTA DE TRABAJO EN EQUIPO

Se ha vuelto al trabajo individual, han dejado de funcionar como equipos. El trabajo conjunto no existe. No existe proyecto de trabajo común en ningún ámbito. No se hacen reuniones del equipo.

Realizar reuniones organizativas y motivacionales en el EAP.

LOS MÉDICOS NO PIDEN COLABORACIÓN A LOS FARMACÉUTICOS

No se pide colaboración para estudiar los tratamientos. El programa del polimedicado está mal planteado, porque debería hacerse junto a los médicos.

NO SE RESPETAN LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL EQUIPO

En muchas ocasiones no se respetan los protocolos establecidos en el propio equipo, los circuitos de derivación, los acuerdos.

POCA INTEGRACIÓN EN EL EQUIPO DE LOS VETERINARIOS

Los veterinarios no se sienten parte del Equipo.

Coordinación permanente entre Direcciones de Atención Primaria y Salud Pública.

Implantar consultas de alta resolución entre especialidades.

Instaurar consultas telefónicas entre Atención Primaria y Hospitalaria.

Disponer de autogestión de agendas para citas.

Permitir derivación por matrona a otras consultas.

Nombrar especialistas de cabecera para agilizar la solución de problemas.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

RRHH. PROBLEMAS POR LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PROFESIONALES

Organigrama que explique la dependencia funcional de veterinarios, farmacéuticos y trabajadores sociales en AP.

INCERTIDUMBRE DE LOS TRABAJADORES SOCIALES SOBRE SU DEPENDENCIA FUNCIONAL

Ha ido cambiando la dependencia funcional de estos profesionales, desconociendo éstos a quién recurrir en la administración para resolver sus problemas.

INCERTIDUMBRE DE FARMACÉUTICOS Y VETERINARIOS SOBRE SU DEPENDENCIA FUNCIONAL

Estos profesionales tienen confusión respecto a la doble dependencia: Dirección de Salud y Coordinación del Centro de Salud.

RRHH. FALTA DE INCENTIVACIÓN

FALTA DE INCENTIVACIÓN

Existen carencias importantes en la motivación e incentivación de los profesionales. Hay refuerzos, al margen del económico, que motivan a los trabajadores y no se utilizan.

PERSONAL INSUFICIENTE EN CENTROS RURALES

AUXILIARES DE ENFERMERÍA, CELADORES, ADMINISTRATIVOS

La ausencia de este personal provoca sobrecarga de trabajo y asumir funciones que no se asumen en los centros urbanos. Estar solos en el consultorio atendiendo a todo.

RRHH. RETRIBUCIONES DESIGUALES

RETRIBUCIONES POR CARRERA PROFESIONAL

Crea mal ambiente en los Equipos que haya trabajadores que cobran la carrera profesional y otros no a pesar de tenerla reconocida.

ACÚMULOS HECHOS Y SIN COBRAR

Se dice que no hay opción de acúmulos, pero cuando se hacen no se cobran en todos los casos.

RRHH. PROBLEMAS POR LAS FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES

FUNCIONES DE MIEMBROS DEL EQUIPO POCO DEFINIDAS

No están bien definidas las funciones de los diferentes miembros del equipo, lo que provoca disfunciones.

Definir las funciones de todos los puestos de trabajo.

FUNCIONES DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA POCO DEFINIDAS

Hay muchas funciones que podrían hacer que no hacen porque no quieren o dicen no saber hacer y porque no están recogidas en ningún sitio (colocar medicamentos, controlar temperatura de las cámaras, revisar suministros de farmacia, etc.)

DESCONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE VETERINARIOS Y FARMACÉUTICOS POR PARTE DEL EAP

Los compañeros del centro desconocen las funciones que desempeñan los veterinarios y farmacéuticos.

DESCONOCIMIENTO DE SUS FUNCIONES POR PARTE DE LOS CELADORES

No conocen sus funciones ni existen protocolos de actuación para esta categoría.

COORDINADORES. DIFICULTADES PARA COMPAGINAR CON LA ASISTENCIA

Compaginar la coordinación con la asistencia es complicado, sufriendo a veces las consecuencias los pacientes asignados a sus cupos.

COORDINADORES. DEFICIENTE DIRECCIÓN DE EQUIPO

Los coordinadores deberían dirigir al equipo y no ejercen dicha dirección ni coordinación.

COORDINADORES. TAREAS EXCESIVAS DE GESTIÓN

La búsqueda de sustitutos ocupa mucho tiempo y dedicación que se resta de las funciones que realmente deberían desempeñar.

COORDINADORES. EN LOS CENTROS RURALES SIN LIBERACIÓN

Los coordinadores rurales no tienen horas de liberación y si las tienen los urbanos.

Liberación parcial de los coordinadores rurales.

ENFERMERÍA. PROBLEMAS REAL DECRETO DE PRESCRIPCIÓN

La asistencia se bloquea y se están haciendo funciones que no les corresponde según lo legislado. Se ha dado un paso atrás. Incertidumbre y sensación de indefensión.

ENFERMERÍA. PAPEL EN PRIMARIA DESCONOCIDO

Llegan enfermeros a Primaria sin conocer el trabajo que se debe realizar y con expectativas de trabajar menos que en el hospital.

ENFERMERÍA. FUNCIONES POCO DEFINIDAS

No están bien definidas sus funciones y está infrautilizada.

MÉDICOS. MUCHA CARGA ADMINISTRATIVA

Excesiva carga administrativa para los médicos.

RESPONSABLES ENFERMERÍA. ASUMEN TAREAS QUE NO LES CORRESPONDEN

Se hacen funciones de almacén, de transporte, de administración, etc. cada vez más funciones y más responsabilidad en tareas que deberían hacer otros.

RESPONSABLES ENFERMERÍA. CARGO INFRAVALORADO

No se valora este cargo, a pesar de las responsabilidades que comporta.

RESPONSABLES ENFERMERÍA SIN COMPENSACIÓN NI LIBERACIÓN

Es un cargo que no tiene compensación ni liberación horaria, por lo que es muy difícil encontrar a personas que lo quieran asumir.

Liberación parcial para los Responsables de Enfermería.

FALTA DE ATENCIÓN HACIA LOS TRABAJADORES SOCIALES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN

No hay control ni evaluación de su trabajo. La administración desconoce sus tareas y su desempeño profesional.

TRABAJADORES SOCIALES. SIN DEFINICIÓN CLARA DE FUNCIONES

No ha habido criterios ni se han establecido las tareas concretas, por lo que cada profesional ha ido marcando sus tareas, en muchas ocasiones sin saber delimitar su trabajo en relación con los trabajadores sociales municipales.

TRABAJADORES SOCIALES. POCA VALORACIÓN EN EL EAP

El Equipo en general no valora su trabajo ni considera a estos profesionales como parte del mismo. No se conoce que también es personal sanitario.

RRHH. PROBLEMAS POR LAS SUSTITUCIONES Y CAMBIOS DE PERSONAL

DIFICULTAD PARA SUSTITUIR EN CUPOS DE MENOS DE 1200 TARJETAS

No los quiere sustituir nadie porque se cobra menos, suelen ser consultas complejas y están más alejadas de la ciudad.

PROGRAMAS A LARGO PLAZO INVIABLES

No se puede planificar ni hacer docencia ni prevención con tantos cambios de personal.

NO SE SUSTITUYE AL PERSONAL NECESARIO CORRECTAMENTE

Se hacen demasiados acúmulos, porque debería ser algo puntual. Las sustituciones no son suficientes por falta de recursos económicos para Primaria.

TRASLADOS DESDE HOSPITAL SIN CONOCIMIENTO DE PRIMARIA EN ENFERMERÍA

Hay enfermeras que se trasladan con una idea equivocada de Primaria y con poca motivación hacia el trabajo que hay que desempeñar.

Permitir autogestión parcial de bolsa de trabajo por CS, por ejemplo dando prioridad a profesionales que terminan la especialidad.

No permitir traslados de profesionales de hospital a Atención Primaria.

DIFICULTADES POR CAMBIOS DE PROFESIONALES EN LOS CENTROS

Con los constantes cambios de personal es muy difícil hacer educación sanitaria.

Reconocimiento urgente de la categoría de Especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria y examen por la vía excepcional para acreditar a los antiguos.

Baremar EIR para oposiciones y bolsa de trabajo, hasta que se consiga el reconocimiento de la categoría.

Integración de personal de Atención Continuada en equipos de AP.

Reconvertir las plazas de enfermera de los Centros de Planificación en plazas para matronas.

Cubrir primero sustituciones en los centros rurales en las vacaciones.

Que la enfermera atienda a la mujer embarazada cuando no esté sustituida la matrona.

Hacer triaje de la demanda por enfermería en atención continuada.

Unificación de criterios funcionales de actuación para las matronas.

Que sea obligatoria la enfermera de pediatría.

Proponer modelos elección de cargos en el EAP.

Organizar circuitos de derivación al trabajador social.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

FALTA DE RECURSOS MATERIALES

PARA TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN CENTROS RURALES

Faltan materiales imprescindibles, es necesaria una dotación mínima. Falta material de cura, pesos, espirómetro, MAPA, centrifugadora, pinzas para curas, etc.

SE UTILIZA COCHE PERSONAL

En muchos casos para trasladar pacientes, atender urgencias, etc.

PARA ASISTENCIA EN CARRETERA EN CENTROS RURALES

Falta de vestuario adecuado para esta asistencia, protecciones, etc.

Equipación adecuada para personal de guardia.

EN ATENCIÓN CONTINUADA

Falta de vestuario adecuado, férulas, ambulancia inadecuada, etc.

INSUFICIENTE MEDICACIÓN

Los listados de medicación no se han modificado hace mucho tiempo. En los Consultorios no hay suministros suficientes.

Dotación obligatoria de material y medicación en consultorios y centros.

FALTA DE VACUNAS EN CENTROS RURALES

Con frecuencia hay falta de vacunas en los centros rurales.

Mejorar abastecimiento de vacunas.

FALLOS EN EL SUMINISTRO DE VACUNAS

Muchas veces no hay vacunas, tardan en llegar, falla el suministro correcto.

Mejorar abastecimiento de vacunas.

DEFICIENCIAS EN LAS INFRAESTRUCTURAS

CONSULTAS COMPARTIDAS Y FALTA DE ESPACIO

En algunos centros hay que compartir los espacios, lo que provoca muchas disfunciones.

FALTA DE LAVABOS

Los lavabos son algo imprescindible y que falta en algunos centros y consultas.

FALTA DE LÍNEA TELEFÓNICA DIRECTA EN CONSULTAS

Tener que pasar por centralita para contactar con otros profesionales y con pacientes dificulta mucho la asistencia.

APARCAMIENTOS PARA LOS AVISOS

En Badajoz no se ha conseguido que el ayuntamiento entienda la necesidad de hacer avisos con coches particulares, permitiendo que estén identificados para evitar multas.

RECURSOS INADECUADOS

DESFIBRILADORES DE DIFERENTES MODELOS

En Olivenza hay seis modelos diferentes de desfibriladores.

SUEROS DE CRISTAL

En algunos consultorios aún hay sueros de cristal, lo que es un problema para llevarlos a la calle.

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN CON ALMACÉN

NO ESTÁN DEFINIDAS BIEN LAS TAREAS Y PROTOCOLO

Se crea malestar en las relaciones con almacén por tener que hacer funciones que se consideran no corresponden a los centros.

LOGROS

- La INFORMATIZACIÓN de las consultas de AP ha supuesto un importante salto de calidad en la gestión de la información y una mejora en la organización de los EAP.
- La implantación de la RECETA ELECTRÓNICA ha disminuido la carga asistencial en las consultas.

DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

MALA CALIDAD DE LOS REGISTROS

DISPARIDAD DE CRITERIOS PARA INTRODUCIR DATOS EN JARA

El registro no es uniforme, hay disparidad de criterios, cada uno registra a su manera.

Reciclaje en Jara unificando criterios.

,

REGISTRO DEFICITARIO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

Hay actuaciones que no registran y la consecuencia es que lo que no se registra no existe.

Obligar a todos los profesionales a registrar todo el trabajo que hacen en Jara.

CARENCIAS PARA LA CODIFICACIÓN EN JARA

DIFICULTADES PARA RECOGER INFORMACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN JARA

Los trabajadores sociales disponen de mucha información que no pueden volcar en Jara porque no hay registros para hacerlo. A pesar de que se ofrecieron aportaciones para su diseño, no se han llevado a cabo.

DIFICULTADES EN CODIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

Se puede recoger un diagnóstico de salud, pero no es correcto, porque son en realidad problemas de salud lo que vemos en el día a día, no necesariamente un diagnóstico final, y estos problemas no se pueden registrar adecuadamente.

PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES NO RECOGIDOS

Hay problemas de salud emergentes que hay que prevenir, que Jara no recoge en la anamnesis.

NO ES POSIBLE CITAR PARA CONSULTA DEL NIÑO SANO

No se pueden hacer a través de Jara las citas programadas para este programa de salud, tiene que hacerse por teléfono. Esto crea confusión en pacientes y en las citas.

FALTA DE REGISTROS PARA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

El programa Jara no contempla el seguimiento y control de la cartera de servicios, requiere mucho tiempo para registrar cualquier actividad. No es adecuado para estas funciones.

Incluir actividades comunitarias en registros Jara.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN CONSULTA QUE NO SE REGISTRAN

Estas actividades, cuando se hacen de manera individual y en la consulta, pero no se registran. No se reconoce porque no se registra ni computa.

DEFICIENTE FORMACIÓN EN JARA

FALTA DE FORMACIÓN EN HERRAMIENTA JARA

Profesionales que continúan utilizando la historia en papel porque no se les ha enseñado a utilizar Jara. Tampoco se actualiza la formación en su manejo.

DESCONOCIMIENTO DE JARA PARA ENFERMERÍA

La historia de enfermería en Jara es muy larga, poco intuitiva, y hace falta mucha formación para registrar bien.

SUSTITUTOS SIN FORMACIÓN EN JARA

Hay profesionales que sustituyen y no conocen el funcionamiento de Jara en Primaria, por lo que hay que enseñarles su funcionamiento, lo que supone una importante disfunción.

PROBLEMAS CON EL SISTEMA JARA

RESISTENCIAS AL CAMBIO. SE MANTIENE EL USO DEL PAPEL

Algunos profesionales siguen utilizando las historias en papel, no se hacen órdenes clínicas en Jara, el médico prescribe en papel. Se han generado malestar y resistencias a cambiar, sobre todo en los más mayores.

Obligar a todos los profesionales a registrar todo el trabajo que hacen en Jara.

FUNCIONA CON LENTITUD

No es un programa ágil, muy farragoso, tarda mucho en actualizar los datos introducidos.

DEFICIENTE CONEXIÓN A INTERNET QUE DIFICULTA ACCESO A JARA

En algunos pueblos, sin fibra óptica, es muy complicado su uso por deficiente conexión.

FALTA DE ACTUALIZACIÓN EN JARA DEL VADEMECUM

Los fármacos nuevos no aparecen en Jara, lo que ocasiona problemas con las recetas. Solo se actualiza por insistencia de los Laboratorios.

Actualización práctica del Vademécum.

NO SE AVISAN LOS CAMBIOS EN JARA

No se avisa a los profesionales sobre los cambios que se realizan en Jara.

Impartir formación en Jara para pediatría.

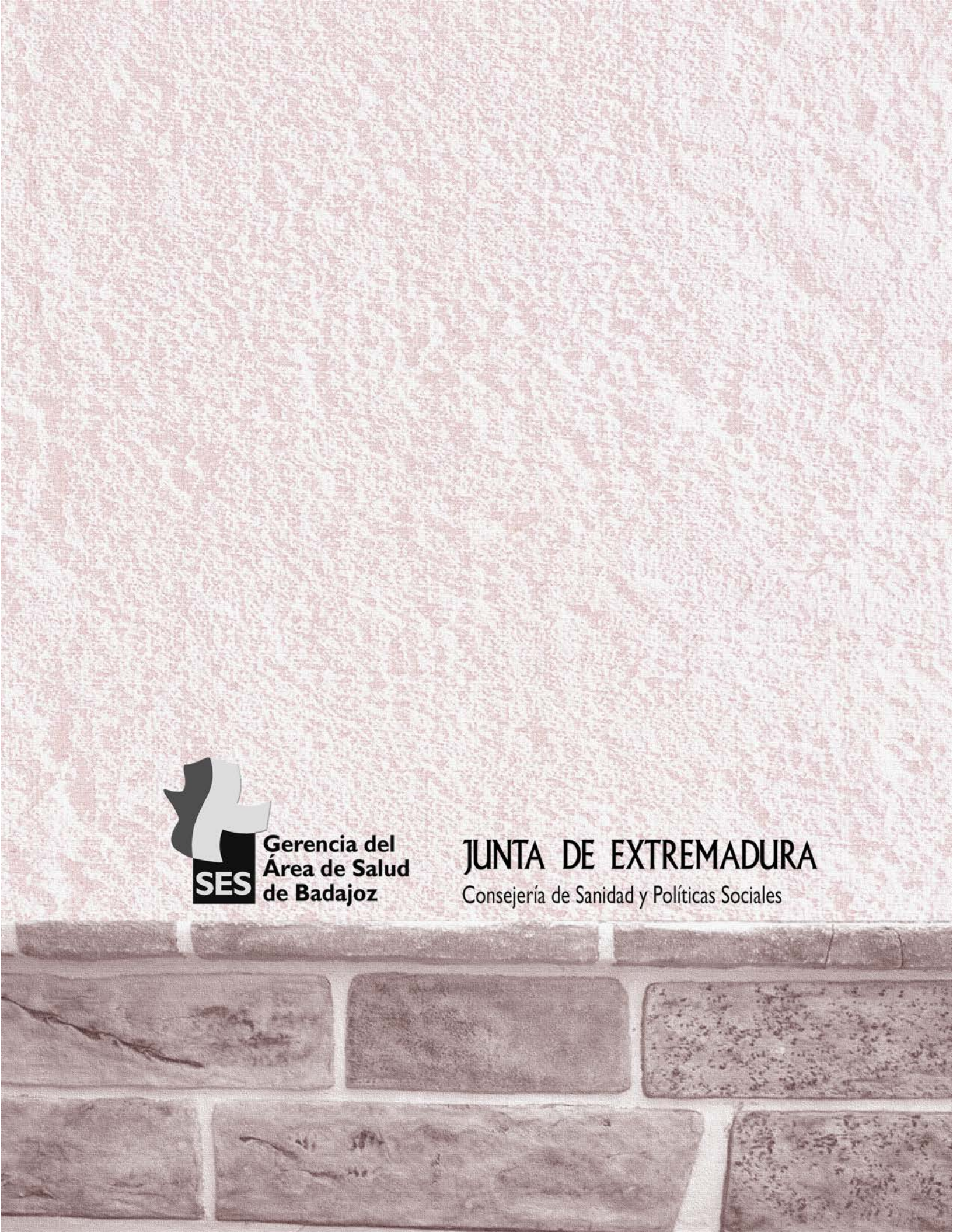
Visualizar en pantalla al profesional de enfermería que atiende.

Actualización puntual de calendario vacunal en Jara.

Incluir historia clínica en tarjeta sanitaria.

Limitar la privacidad de las historias clínicas.

Simplificar registro de historia de enfermería.


SES
Gerencia del
Área de Salud
de Badajoz
JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales