



2024

# 76 PROPUESTAS PARA MEJORAR EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Consejo Andaluz de Colegios de Médicos



## 1.- FALTA DE MÉDICOS

### 1.1. Previsión de médicos en el futuro

Actualmente se están incrementando plazas en las facultades de Medicina sin un estudio serio de las necesidades de profesionales en el futuro. Las previsiones actuales nos alertan que en los próximos años habrá un excedente de graduados en medicina que no van a solucionar el problema actual.

1. Realizar un estudio de las necesidades de médicos a medio y largo plazo teniendo en cuenta las jubilaciones y el aumento actual de las reducciones de jornada. Para ello el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos aportará la información demográfica que posee.
2. Equilibrar el número de graduados con el número de plazas MIR para no dejar a un importante excedente de graduados en Medicina sin salidas profesionales.

### 1.2. Estabilización de profesionales en el SSP

3. Oposiciones cada 2 años.
4. Disminuir la duración de los procesos selectivos.
5. Equipar los méritos a las OPE con las bolsas de empleo.
6. Traslados permanentes.
7. Objetivo a medio plazo una estabilización superior al 90%.
8. Fomentar el liderazgo dentro de los equipos.
9. Mejorar las condiciones laborales y homogeneizar las retribuciones a las del resto de España, especialmente con las Comunidades Autónomas cercanas a Andalucía.
10. Es de gran importancia un correcto funcionamiento de una bolsa única, que se actualice con agilidad y donde estén equiparados los méritos para todos los concursos de empleo temporales y permanentes.
11. Conocer previamente a la oposición, las plazas previstas.

### 1.3. Plazas de difícil cobertura

12. Establecer las plazas de difícil cobertura teniendo en consideración aquellos centros que no cubren las necesidades de profesionales y aquellos que tienen una renovación continua de plantilla.
13. Reconocimiento para traslados de estas plazas de difícil cobertura.
14. Retribuciones que sirvan como incentivo para su cobertura.

## 1.4. Estabilidad y adaptación de las plantillas

15. Hay que asegurar que los centros mantengan estable su plantilla estructural, sustituyendo las reducciones de jornada, bajas de larga duración (más de 15 días) y jubilaciones de forma inmediata, hasta que sean ~~cubierta~~ de forma definitiva.

16. Adaptar las plantillas a las necesidades de la población, realizando un ajuste de cada unidad y el tiempo de respuesta óptimo para cada patología. Las listas de espera son un reflejo de la escasa adecuación de los recursos a las necesidades de la población.

## 2.- AUMENTAR LA EFICIENCIA

### 2.1. Fomentar la cultura de la eficiencia

Los médicos somos responsables del gasto sanitario y debemos contribuir a la eficiencia del sistema. Para ello proponemos:

17. Establecer un programa que recoja propuestas de eficiencia de los profesionales sanitarios. La propuesta debe ser analizada valorando el impacto y la viabilidad de la propuesta. En un breve plazo debe tener el profesional una respuesta a la propuesta, con los plazos para su implantación en el caso que sea favorable.

18. Formación en “que no hacer”, planteándolo como un objetivo personal para el Complemento de Rendimiento Profesional.

19. Revisar el acuerdo que limita el número de citas diarias por agenda en base a la experiencia acumulada.

20. Eliminar dentro los Objetivos de los Servicios / UGC objetivos económicos sobre capítulo I y II puesto que, al carecer los equipos capacidad de gestión acerca de los mismos, no se realiza ningún esfuerzo en conseguirlos. Cambiar estos objetivos con la implantación de medidas de eficiencia con el análisis del impacto sobre la salud y el gasto.

21. Informar a los profesionales del coste que suponen las analíticas, las pruebas diagnósticas, los medicamentos, la tecnología quirúrgica... Existe un desconocimiento general del coste de lo que hacemos en el día a día.

22. Asegurar que los médicos de Atención Primaria tienen acceso a aquellos medios diagnósticos y terapéuticos que permitan culminar el proceso asistencial en dicho nivel.

23. Evitar duplicidades de pruebas diagnósticas mediante sistemas de alerta informáticos en los peticionarios.

24. Implantar una política de personal adecuada donde se valore el impacto en salud de cada medida.

## 2.2. Gasto farmacéutico

25. Incorporar a las oficinas de farmacia en el control del gasto farmacéutico. Son muchas las ocasiones en que pacientes acumulan medicamentos que le han sido administrados por el farmacéutico sin tener necesidad de estos.
26. Incorporar al programa de prescripción farmacéutica utilidades para que el propio programa calcule las presentaciones menos costosas para la dosis y la duración en el tiempo que el médico ha prescrito.
27. Fomentar el conocimiento en la prescripción para ser eficientes.
28. Evitar la medicación innecesaria.
29. El paciente debe ser informado del coste real de la medicación que se le esté administrando con la información de lo financiado.

## 2.3. Asignar funciones burocráticas a personal administrativo

30. Incorporar el administrativo clínico en los centros sanitarios
31. Implementar los sistemas de cribado de una forma centralizada y sin que signifique un incremento de carga asistencial para los médicos de primaria ni de hospitalaria.
32. Implementar las medidas para evitar la burocracia propuestas en el documento del Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria.

## 2.4. Establecer las necesidades sanitarias de la población de una forma objetiva

Con frecuencia, las presiones sociales y políticas hacen que se tomen decisiones de política sanitaria contrarias a la eficiencia del sistema. Por este motivo proponemos:

33. Creación de un grupo de trabajo en el Consejo Interterritorial que analice las necesidades de la apertura de una unidad, centro sanitario o ampliación de la cartera de servicios en función de las necesidades sanitarias reales de la población.
34. Analizar si la actual distribución de los pediatras de atención primaria por los centros de salud urbanos (uno, dos o tres por centro) es eficiente. Las frecuentes situaciones de IT, ausencias, licencia por maternidad, etc. conducen a una casi constante infradotación con la sobrecarga inherente.
35. Hay que evaluar, la posibilidad de «concentrar» los recursos pediátricos en centros «ad hoc» en los que no sólo se aseguraría una ratio suficiente de profesionales, sino que, con el apoyo de los nuevos enfermeros de atención infantil y la dotación de recursos diagnósticos específicos (eco con sondas infantiles, RX adaptada, equipos de diagnóstico oftalmológicos y otológicos, etc.) se podría prestar una atención pediátrica de altísima calidad; pudiendo, inclusive, incorporar en dichos centros unidades como la de Atención Infantil Temprana, Violencia en el ámbito del menor, Psiquiatría infantil y juvenil, etc.

36. Implementar tecnología que sea eficiente o mejore la calidad / seguridad de los pacientes.

### 3.- COORDINACIÓN

#### 3.1. Coordinación Atención Primaria y hospitalaria.

37. Utilización de un programa informático conjunto en el que se comparta información. El sistema actual en que Atención Primaria y Atención Hospitalaria tiene dos programas diferentes supone una pérdida de tiempo para los profesionales, además de un problema de seguridad del paciente.
38. Utilización de la teleconsulta para coordinación entre niveles siguiendo una serie de pautas y conductas que han sido reflejadas en la propuesta del Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria.
39. Debe asegurarse un canal de derivación preferente real para aquellos casos en que no quepa la demora.
40. Posibilidad de contactar entre profesionales de ambos sistemas por medio del sistema de comunicación informático o mediante correo corporativo.
41. Impulsar y desarrollar los Procesos Asistenciales Integrados.
42. Facilitar a los médicos de Atención Primaria el acceso a pruebas diagnósticas (ecografía, TAC, RMN, laboratorios, EMG-EEG, etc.) con los protocolos y elementos de autocontrol necesarios.

#### 3.2. Medicina penitenciaria

43. Acelerar el proceso por el cual los médicos funcionarios de prisiones puedan acceder al historial clínico del Servicio Andaluz de Salud para poder tratar a sus pacientes y conocer bien su historia clínica y garantizar su derecho a la protección de la salud, como ya ocurre en algunas prisiones de Andalucía, como son las de Córdoba y el ~~puerto~~ de Santa María.
44. Asimismo, es fundamental la integración de estos médicos en el Servicio Andaluz de Salud y que se haga cargo de la asistencia médica en prisiones.

### 4.- MAL USO DE LA SANIDAD

#### 4.1. Abuso / mal uso

45. Campañas educativas para fomentar el buen uso del sistema sanitario.
46. Advertencias informativas para aquellos usuarios que no hagan un buen uso del sistema sanitario (ausencia a citas sin revisar previamente).
47. Conocimiento del coste de la atención sanitaria por los ciudadanos.

## 4.2. Citas

48. Se hace imprescindible implementar un mecanismo que facilite la anulación con un recordatorio automatizado previo vía SMS o MAIL, con información de los perjuicios causados de no asistir sin avisar.

## 5.- PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN

49. La dificultad de la gestión en sanidad hace que los profesionales que se dediquen a la gestión deberían demostrar conocimientos amplios sobre este tema. Se podría crear un cuerpo de gestores al igual que existe el de inspectores en educación, con un sistema de acceso al que pueda optar cualquier profesional con los conocimientos adecuados.

50. El nombramiento y cese de gestores (directores gerentes o directores del distrito) debe regirse por criterios objetivos y debe tener mayor transparencia.

## 6.- CALIDAD ASISTENCIAL

51. Evaluación real de la calidad asistencial de cada Centro de Salud y cada Servicio hospitalario o Unidad de Gestión Clínica. Debería realizarlo la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

52. Implantar medidas de mejora en aquellos Centros o Unidades que no consiguen el objetivo mínimo establecido.

53. Centralizar patología infrecuente en unidades de referencia que puedan dar una respuesta de calidad a los pacientes. Estas unidades deben estar dotadas en personal e infraestructuras. Para ello es necesario realizar un estudio de prevalencia/incidencia y de resultados en salud.

54. Simplificar los procesos de acreditación de Unidades y Profesionales acercándolos a la realidad de la asistencia diaria.

55. Recuperar las encuestas externas de satisfacción de ciudadanos en Atención Primaria y Hospitalaria.

## 7.- MÉDICOS TUTORES Y DOCENTES. FORMACIÓN DE PROFESIONALES

### 7.1. Formación continuada

56. La formación a los profesionales debe estar remunerada, bien a través del complemento de rendimiento profesional o bien a través de cuatrienios/sixenios docentes como ocurre en educación.

57. Oferta de cursos sobre buenas prácticas clínicas en el ejercicio de la medicina para mejorar la calidad asistencial.

58. Implicar a IAVANTE en la formación imprescindible de los médicos que ejercen en el SSPA (soporte vital, utilización racional de antibióticos, cirugía, anestesia...).

59. Instauración prueba de capacitación de profesionales extracomunitarios a través del SAS. Profesionales del sistema remunerados harían una especie de acogida para tener un mínimo de calidad.

60. Colaboración con los Colegios de Médicos para realizar actividades formativas conjuntas.

## 7.2. Formación MIR

61. Asegurar el tiempo de tutorización de los tutores disminuyéndoles de carga asistencial.

62. Constituir una acreditación específica de médico docente/tutor que haga inidentificable su función vocacional y su responsabilidad, así como al jefe de estudios / coordinador docente.

63. Que la actividad como médico docente/tutor se valore como mérito baremable para todos los concursos y oposición.

64. Establecer una carrera de docentes/tutores dentro del Servicio Andaluz de Salud de modo que se permita reconocer como mérito a toda la actividad docente/tutorización. En este sentido se sugiere que podría estructurarse como un "CUATRIENIO DOCENTE" para cuya consecución sería necesario alcanzar una serie de requisitos entre los que se baremarían: Actividad docente, formación recibida, tutela realizada de trabajos de fin de residencia, de grado, o de máster y otros méritos.

65. Facilitar formación continuada específica para los médicos tutores (con especial preferencia para las competencias transversales) entre las que incluyan como válidas las realizadas desde el Consejo General de Colegios Médicos, el Consejo Andaluz de Colegios Médicos o los diferentes Colegios provinciales y las diferentes Sociedades Científicas.

66. Establecer formulas mediante las que los méritos como docente/tutor de MIR tengan validez y sean baremables en la carrera docente universitaria, y viceversa, que los méritos como docente/tutor universitario sean baremables en la carrera profesional y docente en el SAS.

67. Valorar la formación de los médicos durante su formación MIR, incluyendo a la formación acreditada por la ACSA que realizan los Colegios de Médicos como méritos en el futuro.

## 8.- DATOS SANITARIOS

A pesar de la importancia que en líneas generales tiene el Big Data, en sanidad no hay datos reales de la actividad asistencial que se realiza en Andalucía. Para ello es imprescindible:

68. Mejorar los programas informáticos para conocer la actividad asistencial, así como los resultados en Salud. Para ello es fundamental perfeccionar las posibilidades de acceso a la historia clínica única.

69. Promover y facilitar la recogida de datos sobre nuestras actuaciones (por ejemplo, bases de datos de morbilidad...).

70. Acceso a los datos para realizar análisis que nos permitan mejorar la calidad asistencial y ser más eficientes.

## 9.- SALUD

El impacto de los sistemas sanitarios sobre la prevención y buen hábito en salud es bajo. Es muy importante generar un cambio en hábitos dietéticos, hacer nuestras ciudades más saludables y hacer responsables a los ciudadanos sobre el cuidado de la Salud.

71. Formación en colegios e institutos sobre hábitos saludables.
72. Divulgación de hábitos saludables en televisión, radio, prensa, redes sociales, en pantallas de los Centros de Salud y de las salas de espera de los hospitales.
73. Incorporar decididamente la figura del psicólogo clínico a los centros de salud, con un indudable impacto en la salud mental de la población, en la reducción de los recursos farmacológicos, la potenciación de GRUSE y GRAFA (grupos de ayuda a personas con depresión o ansiedad) y la reducción de interconsultas y/o ingresos en unidades hospitalarias.

## 10.- RENOVACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y TECNOLÓGICAS

74. Plan de renovación periódica de instalaciones y material en los centros, programando la obsolescencia de la tecnología.
75. Evaluación de tecnología que tenga impacto en la salud de los ciudadanos.
76. Distribución de la tecnología con eficiencia y equidad.