

**1<sup>as</sup> JORNADAS NACIONALES  
“POR LA CALIDAD Y DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA”**

**COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA  
Paseo de los Ruiseñores, n ° 2  
ZARAGOZA (ESPAÑA)**

**22 y 23 DE MARZO DE 2002**

**“CAMPAÑA 10 MINUTOS y MASIFICACIÓN DE LAS CONSULTAS:  
LA SOLUCIÓN PRAGMÁTICA DEL SIMAP”**

**DR. D. JUAN BENEDITO ALBEROLA**  
Presidente del Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP)

**SIMAP**

C/ General Urrutia, 24-9<sup>a</sup>. 46006 VALENCIA  
Teléfono/Fax: 96/398 77 41

Página Web: [www.simap.es](http://www.simap.es)

Correo electrónico: [simap-cv@teleline.es](mailto:simap-cv@teleline.es)

**1<sup>as</sup> JORNADAS NACIONALES**  
**“POR LA CALIDAD Y DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA”**  
Zaragoza 2002  
Sábado 23 de marzo de 2002, 12 horas  
Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Paseo Ruiseñores, nº 2

**“CAMPAÑA 10 MINUTOS y MASIFICACIÓN DE LAS CONSULTAS:  
LA SOLUCIÓN PRAGMÁTICA DEL SIMAP”**

Dr. D. Juan Benedito Alberola

Presidente del SIMAP (Sindicato de Médicos de Asistencia Pública)

**RESUMEN:**

La reforma de la Atención Primaria en España acometida en el año 1984 no ha solucionado los problemas de la asistencia médica a los ciudadanos. Aunque es evidente que se ha producido una mejoría, se le pueden objetar numerosas críticas.

La masificación de las consultas médicas presente en la actualidad cuestiona la esencia de la Medicina y condiciona una relación médico-enfermo conflictiva. La Campaña 10 minutos supone un fundamentado y serio intento de variar la situación.

El SIMAP (Sindicato de Médicos de Asistencia Pública) se ha marcado una pauta de actuación para, de una forma progresiva, efectuar una serie de iniciativas que den una solución pragmática al tema. En la línea de lo ya conseguido, en defensa de la Medicina, en el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (asunto SIMAP) y en el Tribunal Supremo.

**SIMAP**

C/ General Urrutia, 24-9<sup>a</sup>. 46006 VALENCIA  
Teléfono/Fax: 96/398 77 41

Página Web: [www.simap.es](http://www.simap.es)

Correo electrónico: [simap-cv@teleline.es](mailto:simap-cv@teleline.es)

**1<sup>as</sup> JORNADAS NACIONALES**  
**“POR LA CALIDAD Y DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA”**  
Zaragoza 2002  
Sábado 23 de marzo de 2002, 12 horas  
Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Paseo Ruiseñores, nº 2

**“CAMPAÑA 10 MINUTOS y MASIFICACIÓN DE LAS CONSULTAS:  
LA SOLUCIÓN PRAGMÁTICA DEL SIMAP”**

Dr. D. Juan Benedito Alberola

Presidente del SIMAP (Sindicato de Médicos de Asistencia Pública)

SUMARIO: I. La reforma de la Atención Primaria no ha solucionado los problemas.  
II. La masificación de las consultas cuestiona la esencia de la Medicina.  
III. La solución pragmática del SIMAP.  
Anexo A: Solicitud de adhesión a la Campaña 10 Minutos.  
Anexo B: Solicitud de limitación del cupo máximo.

**I. La reforma de la Atención Primaria no ha solucionado los problemas.**

*“Quan, entre gents, estic mut i pensiu”*

La reforma de la Atención Primaria fue acometida en año 1984 con la publicación del Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud, luego reproducido en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986. Las bases ideológicas de la reforma se encuentran en la declaración de Alma Ata, de 12 septiembre de 1978, promovida por la Organización Mundial de la Salud bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, a pesar de que esta declaración tenía otros fines y estaba dirigida a países con una asistencia sanitaria en nada parecida a la nuestra (en concreto era una declaración de mínimos para los países del tercer mundo). Para poder llevar a cabo la reforma, el Real Decreto 3303/78 creó la especialidad de Medicina de

Familia y Comunitaria. Este Real Decreto fue interpretado de modo integrista y creó el cisma entre la antigua Medicina General española y la nueva Medicina de Familia y Comunitaria, situación que todavía padecemos.

La reforma fue acometida con gran entusiasmo y vehemencia desde su inicio, y posteriormente ha continuado siendo aplicada a pesar del cambio del partido gobernante. Se consiguió ilusionar inicialmente a un elevado porcentaje de los profesionales de la Medicina, de la misma manera que a 20 años vista ha conseguido desencantarlos.

Es evidente que ha producido una mejoría de la Atención al Usuario allí donde ha sido implantada. En estos momentos todavía no tiene una implantación total. Sin embargo, tal y como cabía suponer, dado su diseño teórico encaminado fundamentalmente a solucionar los problemas de la medicina en el tercer mundo, continúan existiendo abundantes anomalías en su desarrollo y aplicación.

Así tenemos que podemos criticar:

1. Continúa la mentalidad de beneficencia estatal: Los funcionarios y los trabajadores de élite de las empresas no acuden a los centros de salud, pues prefieren la comodidad hostelera de las consultas privadas.
2. No se ha adaptado a las demandas y preferencias de las clases medias y urbanas: Los ciudadanos buscan más tiempo para exponer sus problemas, un trato más personalizado, un confort razonable y una atención a los detalles.

3. Los centros de salud son centros rígidos y burocráticos basados en un trabajo despersonalizado en torno a programas y protocolos, donde el que menos manda es el médico.
4. Pérdida de la ayuda de la enfermera en las labores burocráticas de la consulta, sin que hayan desaparecido dichas labores.
5. Los cargos directivos y gestores crecen en un número sin freno y sin que exista constancia de ninguna traba económica para dicho crecimiento, sin que los profesionales asistenciales descubran las ventajas de la hipertrofia directiva.
6. No se ha programado una Carrera Profesional para los Facultativos, no se ha regulado la integración de los Centros de Salud en la docencia pregrado y continúa insuficientemente reconocida la docencia postgrado a los futuros especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria.
7. La Atención Continuada al usuario fue semánticamente interpretada de una forma confusa, arbitraria y abusiva pasando a ser de facto una Atención Continuada del médico con una retribuciones ridículas y una dedicación horaria imposible de soportar (únicamente donde el SIMAP lo ha conseguido por vía judicial, la libranza es obligatoria y remunerada, continuando en la mayoría de los territorios de España como no existente).
8. La masificación de las consultas resulta evidente, la cita previa telefónica se ha mostrado ineficaz y a pesar de existir una citación de 5-6 pacientes cada 15 minutos, continúan existiendo los llamados pacientes sin número (a pesar de los intentos gestores de disfrazarlos con eufemismos varios: pacientes no demorables, pacientes sin cita, ...).

9. La participación de los Pediatras en los Equipos de Atención Primaria continúa siendo una cuestión no pacífica por la voluntad de la Administración de no afrontar la situación. La obligatoriedad de los Pediatras de asistir a pacientes adultos durante la Atención Continuada y la ampliación de la edad pediátrica de forma no consensuada son motivo de conflicto.
10. La nueva problemática surgida con el paso del tiempo no ha sido abordada, siendo paradigmático el tema de la asistencia a la muy numerosa población inmigrante con derecho a ser asistida, siendo portadora de una patología propia de épocas pasadas de nuestro país, y sobre el que no hay nada previsto.

## **II. La masificación de las consultas cuestiona la esencia de la Medicina.**

*“Mas no encontrem lo carrer”*

La relación médico-enfermo (RME) es la relación directa del médico con el enfermo y constituye el principio y fundamento permanente de la experiencia del médico. Es el encuentro entre un hombre al que una situación vital aflictiva (la enfermedad) ha trocado en menesteroso y otro hombre capaz de prestarle ayuda técnica (el médico). El médico afronta este encuentro con cuatro disposiciones:

- a. *Amistosa*: Ayuda a un prójimo que sufre.
- b. *Científica*: Fruición de dominar a la naturaleza mediante la ciencia.
- c. *Económico-profesional*: Apetito de lucro y prestigio.
- d. *Funcionarial*: Servicio a una organización política o social.

Esta RME es *inmediatamente cuasidiádica*. Las relaciones interhumanas son desde *duales objetivas* (una relación de negocios) hasta *diádicas subjetivas* (una relación de amistad). Aquí la relación se efectúa para algo que afecta muy vivamente a la otra persona, que es su salud.

Esta RME es *mediatamente social*. Ambos, médico–enfermo están insertos en la sociedad.

El sucesivo contacto entre médico y enfermo va aportando diversas dimensiones:

1. Un momento cognoscitivo (*diagnóstico*) y un momento operativo (*tratamiento*).
2. Un momento afectivo (*transferencia o vinculación*).
3. Un momento ético (*comportamiento*).

Con todo ello se produce la experiencia escrita de esta relación médico enfermo que es la *historia clínica o patografía*.

La RME acaba siendo con todos estos condicionamientos una relación *favorable o conflictiva*.

La RME favorable necesita de la mirada y la palabra. Sin ellas no hay RME. Sin ellas lo que se establece es una medicina veterinaria, o sea, una *relación médico-organismo*. No será buen médico quien no sepa mirar y ser mirado, hablar y escuchar.

**III. La solución pragmática del SIMAP.**

*“Ens demanen silenci, quan ens queden encara tantes coses per dir”*

Los diccionarios nos definen pragmático como *“práctico, referente a la acción y no a la especulación”* y también como *“dícese del jurista que interpreta y conoce las leyes vigentes”*.

La masificación de las consultas provoca, de hecho, la instauración de una *relación médico-enfermo conflictiva*. Así ha sido percibida desde hace mucho tiempo por los profesionales de la Medicina. Los médicos, como siempre, nos ilusionamos con las promesas de una efectiva reforma de la Atención Primaria que solucionara de una vez la despersionalización de la consulta médica. Ya en los estatutos generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos publicados en Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, se recoge este mandato al regular las competencias específicas de los Colegios Provinciales en su artículo 34, letra n): *“instar a los organismos públicos y privados para que doten en el ejercicio profesional a los colegiados de los mínimos de material y personal necesarios para ejercer una medicina de calidad”*. Sin embargo, ni esta intención ni posteriores reflejadas en los documentos de la reforma de la Atención Primaria se han plasmado en soluciones concretas al problema.



En los últimos tiempos de forma espontánea y desde la base (desde los médicos asistenciales) ha surgido un movimiento que intenta dar soluciones al problema. La **Campaña 10 minutos** por paciente ha calado rápidamente en la opinión pública dada la bondad de sus presupuestos ideológicos y la situación límite de la consulta médica pública.

Tras unas primeras iniciativas de apoyo por parte de algunas organizaciones, una vez comprobada la “incontrolabilidad” política de la campaña y el hecho de que sí que podía modificar lo fundamental, fue abandonada a su suerte.

El SIMAP (una Organización de Médicos que actúa, sola y sin ayuda, a favor de la Medicina, o sea, a favor de una relación médico-enfermo favorable), sin embargo, ha continuado con su apoyo incondicional y colabora en primera línea con los promotores de la Campaña.

Esta **Campaña 10 minutos** se concreta en:

1. Reclamar un tiempo mínimo de atención del médico al paciente que podría calcularse en 10 minutos de promedio, pero que en definitiva sería *“a cada paciente el tiempo que necesite”*.
2. Reclamar la definición de un cupo máximo de pacientes por facultativo médico en cada Centro de Salud, produciéndose un incremento del número de facultativos cada vez que el cociente entre la población

atendida y número de médicos supere el cupo máximo estipulado. Este cupo lo cuantificamos en 1325 tarjetas sanitarias individuales.

3. Reclamar la capacidad de autogestión del cupo, con sometimiento evidente a unas pautas evaluadoras consensuadas acerca del funcionamiento de la consulta médica.

Para ello el SIMAP se ha marcado una pauta de actuación y de forma progresiva está efectuando:

1. La recogida y posterior presentación de solicitudes pidiendo la limitación de la cita previa de número de pacientes por día (evaluado en una cantidad no superior a 25), para poder dedicar como mínimo 10 minutos de promedio por paciente y poder continuar desarrollando las actividades científicas y docentes que deben acompañar al trabajo asistencial del médico.
2. La recogida de solicitudes pidiendo el cierre de la asignación de nuevos usuarios a los cupos cuando hayan rebasado las 1325 tarjetas sanitarias individuales para adaptarse a los número óptimos recomendados por la Organización Mundial de la Salud.
3. El inicio de una Campaña de movilización de los Facultativos Médicos en defensa de una medicina de calidad, en colaboración con las Sociedades Profesionales verdaderamente interesadas e implicadas en los presupuestos de defensa de una Medicina Pública de Calidad.

Esta serie de actuaciones van a complementar lo ya conseguido por el SIMAP en defensa de *la calidad de la asistencia y la dignidad de los profesionales* que se objetiva en la obligación de la Administración de cumplir las Sentencias Judiciales del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en el Asunto SIMAP C-303/98 y del Tribunal Supremo de 15 de febrero de 1999 y la recomendación del Sindic de Greuges de la Comunidad Valenciana que establecen para **todos** los Médicos:

- a. La existencia de una jornada de trabajo máxima anual para los médicos.
- b. La libranza obligatoria y remunerada tras una jornada laboral de guardia.
- c. La exención de los turnos de guardias para las mujeres médicos embarazadas.

Evitando que se produzca una discriminación por razón de profesión en contra de los Médicos.

**AL DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA Nº  
DE LA CONSELLERIA DE SANITAT**

....., médico de Atención Primaria (.....), con DNI. nº ....., destinado en el Centro de Salud de ..... y con domicilio a efectos de notificaciones en .....

**EXPONGO:**

- 1.- Que es necesario limitar el tiempo máximo de atención presencial a los pacientes, de modo que parte del tiempo de la jornada laboral habitual la pueda dedicar a labores de formación y trabajo en equipo, de acuerdo con la Declaración de Dublín de 1982 (Comisión Permanente de las Organizaciones Médicas de la Comunidad Europea).
- 2.- Que también es necesario dedicar, al menos, 10 minutos de atención a cada paciente, por término medio, de acuerdo con las recomendaciones de toda la doctrina científico-médica.
- 3.- Que, en consecuencia, el número de pacientes máximo que debería atender diariamente es de 25.
- 4.- Que sobrepasar este número de 25 pacientes diarios supone un deterioro claro de la calidad asistencial y que favorece la existencia de errores médicos.
- 5.- Que, todo lo expuesto, no perjudicará mi actual dedicación y asistencia a todos los pacientes que me sean asignados, con todos los recursos de que dispongo.

Por ello, le

**TRASLADO** mi preocupación por la situación descrita, para su conocimiento y con el ruego de que la traslade a los órganos competentes de la Conselleria de Sanitat, a fin que dicten las medidas oportunas para la mejora de la calidad asistencial y que eviten posibles errores médicos consecuencia de una organización del tiempo de trabajo incompatible con la citada calidad asistencial consagrada en el art. 43 de nuestra Constitución.

Valencia, a ... de ..... 2002

## AL COORDINADOR DEL CENTRO DE SALUD

.....

.....  
médico de EAP, con destino en el Centro de Salud de .....

en la Especialidad de .....

con DNI .....

y con domicilio a efectos de notificaciones en .....

.....

**EXPONE:**

1. En la actualidad tiene asignados, según registro SIP, un total de ..... usuarios, lo que representa una consulta diaria de .....pacientes/día, según se deduce del registro SIGAP y una demora resultante de ..... días.
2. El número considerado como óptimo según la OMS y la OMC es el de 1.500 pacientes/médico.
3. Que el número máximo a retribuir según Ley 11/2000 (DOGV 29 de diciembre de 2000), en su anexo de tablas retributivas, es de 1.325 tarjetas.
4. Que la Circular 3/1999, de 20 de diciembre, que contiene las Instrucciones sobre la regulación de las prestaciones sanitarias que desarrollan el Decreto 126/1999, de 16 de agosto, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional (SIP), establece en su instrucción número 28 que: *“Los facultativos de Medicina General y Pediatría podrán solicitar la anulación de las asignaciones de nuevos usuarios mediante escrito motivado a la Coordinación del Centro”*, estando la competencia para decidir atribuida a la Dirección General de Prestación Asistencial, según la instrucción 27.

Por ello, al amparo de la citada instrucción 28,

**SOLICITA:**

Que **no se le asignen más usuarios** y, en consecuencia, que se le cierre su cupo y se mantenga con el número de usuarios que tiene en la actualidad.

Valencia, a ..... de ..... 2002