

Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria



Fundada en 1911

ACTUALIDAD MÉDICA

www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O

AÑO 2023 · NÚMERO 819 (108) SUPL
DOI: 10.15568/am.2023.819.sup11

DOCUMENTO ESTRATÉGICO FORO ANDALUZ DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023



INTRODUCCIÓN

GRUPOS DE TRABAJO:

1. BUROCRACIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO DISMINUIRLA?
2. AGENDAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
3. DOCENCIA MIR
4. RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL
5. TELECONSULTA
6. CONSULTA DE ACOGIDA Y TRABAJO EN EQUIPO

DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN MÉDICA DE ANDALUCÍA EN 2022. ESPECIALIDADES MFYC Y PEDIATRÍA

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS RETRIBUCIONES DE LOS MÉDICOS DE ANDALUCÍA CON RELACIÓN A ESPAÑA

MÉDICOS DE FAMILIA EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA

ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA QUE ACABARON SU RESIDENCIA ENTRE 2019 Y 2022

ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MFYC QUE ACABARON SU RESIDENCIA ENTRE 2019 Y 2022

REVISTA EDITADA POR



Real Academia de Medicina
y Cirugía de Andalucía Oriental



Real Academia de Medicina
de Cádiz



Real Academia de Medicina
de Sevilla

Publicación cuatrimestral

(3 números al año)

© 2023. Actualidad Médica

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Actualidad Médica, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Actualidad Médica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Disponible en internet:

www.actualidadmedica.es

Atención al lector:

infoam@actualidadmedica.es

Actualidad Médica.

Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.

Protección de datos: Actualidad Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Papel ecológico libre de cloro. Esta publicación se imprime en papel no ácido. This publication is printed in acid-free paper. Impreso en Europa.

Depósito Legal: GR-14-1958

ISSN: 0365-7965

DOI: 10.15568/am

Actualidad Médica incluida en Latindex, Índices CSIC y Google Scholar

Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de los términos médicos, Actualidad Médica recomienda consultar el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina

Revista editada por:



COMITÉ EDITORIAL

Editores

Miguel Ángel Martín Piedra. Facultad de Medicina de Granada. España
Antonio Cárdenas Cruz. Hospital de Poniente de Almería. España

Editores adjuntos

Fernando Leiva Cepas. Facultad de Medicina de Córdoba. España
Antonio Santisteban Espejo. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. España
Miguel Sola García. Hospital Alta Resolución Alcalá la Real, Jaén. España
David González Quevedo. Hospital Regional Universitario de Málaga. España

COMITÉ RECTOR

Editores

Dr. Jorge Fernández Parra. Presidente del Consejo Andaluz del Colegios de Médicos
Prof. Armando Zuluaga Gómez. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental
Prof. José Antonio Girón González. Presidente de la Real Academia de Medicina de Cádiz
Prof. Carlos A. Infantes Alcón. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

COMITÉ CIENTÍFICO Y ASESOR

Manuel Díaz-Rubio. Real Academia Nacional de Medicina de España. Madrid. España
Jorge Alvar Ezquerro. OMS. Ginebra. Suiza
Manuel L. Martí. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. Argentina
Pasquale Quattrone. Istituto Nazionale dei Tumori. Milán. Italia
Ismael Ángel Rodríguez. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina
Antonio Rendas. Universidad Nova de Lisboa. Portugal
Duarte Nuno Vieira. Universidad de Coímbra. Coímbra. Portugal
Alice Warley. King's College. Londres. Reino Unido
Sebastián San Martín. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile
Antonio Alcaraz Asensió. Hospital Clínic. Barcelona. España
Francisco Gómez Rodríguez. Universidad de Cádiz. H. U. de Puerto Real. España
Andrés M. Lozano. University of Toronto. Toronto Western Hospital. EEUU
Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviéjo. Especialista en Cardiología en Jaén. España
Francisco Gómez Rodríguez. Universidad de Cádiz H. U. de Puerto Real. Español. Cádiz. España
Andrés M. Lozano. Toronto Western Hospital. University of Toronto. Canadá
José Antonio Castilla Alcalá. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada. España
Christian Flotho. Hematología y Oncología Pediátrica. H.U. de Friburgo. Alemania
Cristina Verónica Navarrete Godoy. National Health Service NHS. Leeds. Reino Unido
Manuel Casal Román. Profesor Emérito. Universidad de Córdoba. España
Luis Rodríguez Padial. Jefe de Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Virgen de la Salud. Toledo. España
José Miguel Montero García. MSc NSCI University of Central Lancashire. Reino Unido
José Antonio García Viudez. Medicina Interna y Reumatología. Almería. España
José Antonio Ortega Domínguez. Jefe del Servicio de Oncología. Clínica Quirón-Salud. Málaga España
Moisés Javier Mieles Cerchar. Urología Pediátrica. HMI Carlos Haya. Málaga. España
Carlos Ortiz Leyba. Medicina Interna. Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla. España
Alfonso Rodríguez Herrera. Consultant Paediatrician. Assistant Clinical Professor. School of Medicina, University College Dublin. St Luke's General Hospital Irlanda. Dublín. Irlanda

COMITÉ DE REDACCIÓN

Luis Javier Aróstegui Plaza · M. Nieves Gallardo Collado · Montse López Ferres

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

ARP Producciones

COMITÉ CIENTÍFICO SUPLEMENTO

Jorge Fernández Parra. Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)
Gloria Armenteros Delgado. Vocal Autonómica de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)
Maria Rosa Sánchez Pérez. Presidenta Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
Higinio Flores Tirado. Presidente Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)
José Murcia García. Presidente Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
Cristóbal Coronel Rodríguez. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)
Jesús Pardo Álvarez. Presidente Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
Manuel Pérez Sarabia. Secretario General Técnico - Letrado Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

ÍNDICE DE AUTORES

Jorge Fernández Parra.

Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Gloria Armenteros Delgado.

Vocal Autonómica de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

María Rosa Sánchez Pérez.

Presidenta Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)

Higinio Flores Tirado.

Presidente Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

José Murcia García.

Presidente Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)

Cristóbal Coronel Rodríguez.

Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)

Jesús Pardo Álvarez.

Presidente Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

Manuel Pérez Sarabia.

Secretario General Técnico Letrado Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Juan Sergio Fernández Ruiz.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)

Enrique Gamero de Luna.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)

María José Castillo Moraga.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)

Francisco Atienza Martín.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)

Ana Cabrerizo Carvajal.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)

Enriqueta Quesada Yáñez.

Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

Rafael A. Castro Jiménez.

Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

Ignacio Merino de Haro.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

Francisco José Rodríguez Arnay.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

José Luis Hernández Galán.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

Filomena Alonso Morales.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

Antonio Manuel Carmona González.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

María Aguado Toscano.

Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Silvia Rodríguez Moreno.

Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Fernando Ramírez Gómez.

Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

María Pedrosa Arias.

Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Ana María Gómez Martín.

Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Belén Muñoz Díaz.

Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Vicente Matas Aguilera.

Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada

Verónica Fernández Pereira.

Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

María Conde Alcañiz.

Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Eva María Repetto Montero.

Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
GRUPO DE TRABAJO: BUROCRACIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO DISMINUIRLA?	9
Gloria Armenteros Delgado; María Aguado Toscano; Juan Sergio Fernández Ruiz; José Murcia García; Cristóbal Coronel Rodríguez; Ignacio Merino de Haro; Enriqueta Quesada Yáñez	
GRUPO DE TRABAJO: AGENDAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	13
Fernando Ramírez Gómez; Enrique Gamero de Luna; Silvia Rodríguez Moreno; Francisco José Rodríguez Arnay; Cristóbal Coronel Rodríguez; José Murcia García; Enriqueta Quesada Yáñez	
GRUPO DE TRABAJO: DOCENCIA MIR	15
Silvia Rodríguez Moreno; María Pedrosa Arias; Higinio Flores Tirado; Francisco Atienza Martín; José Murcia García; Cristóbal Coronel Rodríguez; José Luis Hernández Galán	
GRUPO DE TRABAJO: RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL	17
María José Castillo Moraga; Rafael A. Castro Jiménez; José Murcia García; Filomena Alonso Morales; Cristóbal Coronel Rodríguez; Ana María Gómez Martín	
GRUPO DE TRABAJO: TELECONSULTA	19
Ana Cabrerizo Carvajal; María Pedrosa Arias; Belén Muñoz Díaz; Rafael A. Castro Jiménez; José Murcia García; Antonio Manuel Carmona González; Cristóbal Coronel Rodríguez; María Aguado Toscano	
GRUPO DE TRABAJO: CONSULTA DE ACOGIDA Y TRABAJO EN EQUIPO	21
María Rosa Sánchez Pérez; Fernando Ramírez Gómez; Jesús Pardo Álvarez; Enriqueta Quesada Yáñez; José Murcia García; Cristóbal Coronel Rodríguez	
DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN MÉDICA DE ANDALUCÍA EN 2022.	23
ESPECIALIDADES MFYC Y PEDIATRÍA	
María Conde Alcañiz; Eva María Repetto Montero; Vicente Matas Aguilera; Manuel Pérez Sarabia	
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS RETRIBUCIONES DE LOS MÉDICOS DE ANDALUCÍA CON RELACIÓN A ESPAÑA	29
Vicente Matas Aguilera	
MÉDICOS DE FAMILIA EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA	39
Jorge Fernández Parra; María Pedrosa Arias	
ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA QUE ACABARON SU RESIDENCIA ENTRE 2019 Y 2022	43
Manuel Pérez Sarabia; Eva María Repetto Montero; María Conde Alcañiz	
ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MFYC QUE ACABARON SU RESIDENCIA ENTRE 2019 Y 2022	45
Manuel Pérez Sarabia; Eva María Repetto Montero; María Conde Alcañiz	
INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA	49
NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN	



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

INTRODUCCIÓN

Hay consenso en afirmar que la Atención Primaria contribuye de forma importante en la salud de nuestros ciudadanos y que una Atención Primaria fuerte contribuye al sostenimiento de nuestro sistema sanitario.

Pero también hay acuerdo en afirmar que actualmente la Atención Primaria está en crisis y, desde luego, hay que salir cuanto antes de esta situación. Este problema afecta a toda España, en mayor o menor medida. La situación actual es motivo de preocupación entre la sociedad, los profesionales sanitarios que trabajan en ella, las sociedades científicas, los colegios profesionales y los responsables políticos.

Por este motivo, nace el foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria, con el objetivo de identificar los problemas, pero sobre todo de plantear soluciones. Este documento pretende ser de ayuda a la Consejería de Salud para implantar medidas que mejoren la Atención Primaria. Es evidente que muchas de estas propuestas ya están en otros documentos elaborados por distintos grupos de trabajo, incluso algunas se han propuesto en diferentes reuniones por la propia Consejería de Salud. En el Foro hemos buscado el consenso entre todas las sociedades científicas de Atención Primaria y el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Aportamos propuestas sobre las agendas de Atención Primaria, sobre la consulta de acogida, sobre un tema tan debatido como la desburocratización, la teleconsulta y la docencia MIR.

Hemos detectado que un problema importante es la diferente implantación de las propuestas en los Centros de Salud, funcionando en unos, pero no en otros. Creemos que es muy importante una evaluación continua de las reformas que se implantan en Atención Primaria, así como el impacto que tienen sobre la salud de la población.

En este documento también se aportan otras informaciones de interés, un estudio de las retribuciones de los médicos de Atención Primaria, aportamos una encuesta realizada a médicos que han finalizado su formación como médicos de atención primaria o pediatría, y un estudio realizado en la provincia de Granada sobre la situación actual de los médicos de familia.

Estamos en un momento trascendental. Para salir de la crisis se necesitan medidas urgentes y con una implantación homogénea. Hay que devolver la ilusión a los médicos de familia y pediatras que trabajan en Atención Primaria y que están agotados. Hay que hacer la medicina de familia atractiva para que sea elegida por las promociones más jóvenes de médicos, y para que se queden en Atención Primaria al finalizar su formación.

Este documento será actualizado cada vez que sea necesario con el objetivo de adaptarse a los cambios que se vayan produciendo.

El Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria nace con el objetivo de ayudar, de construir, de mejorar la Atención Primaria y, por tanto, de mejorar la salud de los andaluces y contribuir a mantener nuestro sistema sanitario de salud.

Jorge Fernández Parra

Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

GRUPO DE TRABAJO: BUROCRACIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CÓMO DISMINUIRLA?

Gloria Armenteros Delgado¹; María Aguado Toscano²; Juan Sergio Fernández Ruiz³; José Murcia García⁴; Cristóbal Coronel Rodríguez⁵; Ignacio Merino de Haro⁶; Enriqueta Quesada Yáñez⁷

1. Vocal Autonómica de Atención Primaria del CACM
2. Vocalía Atención Primaria del CACM
3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
4. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
5. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)
6. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
7. Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 9-11

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Tiene por objeto la eliminación de aquellas actividades burocráticas en el ámbito de la Atención Primaria, así como simplificar y homogeneizar los procedimientos administrativos.

INCAPACIDAD TEMPORAL

1. En cumplimiento del RD 624/2014, la declaración de la baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, que se inicien estando el paciente ingresado, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente parte médico de baja, expedido por el médico del servicio público de salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador. El facultativo de Atención Hospitalaria deberá especificar el plan de actuación previsto para el paciente y la duración estimada de la baja en el informe de alta hospitalaria, para un seguimiento compartido con Atención Primaria.
2. En caso en el que el paciente esté ingresado en un Hospital privado, será la Inspección Médica quien gestione la Incapacidad Temporal de este durante todo el proceso, a la vista del correspondiente informe clínico emitido por el facultativo del centro sanitario privado.

MATERNIDAD Y RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

1. La documentación necesaria para la solicitud de la prestación de maternidad, debe ser entregada por el Servicio que atiende el parto (informe de

maternidad y alta por inicio de maternidad, en el caso de encontrarse en situación de Incapacidad Temporal). Si el parto tiene lugar en un centro sanitario privado, la baja será realizada por la Inspección Médica.

2. Los informes referentes a la situación de embarazo y la fecha probable de parto serán realizados por la matrona encargada del seguimiento de la gestante.
3. La valoración y reconocimiento de la situación de riesgo para el embarazo en función de la actividad desarrollada y las condiciones del puesto de trabajo, corresponde a los médicos de empresa o, en su defecto, a las mutuas.

PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

1. Emisión de primeras recetas: La emisión y correcta cumplimentación de la receta corresponde al profesional que realiza la indicación del tratamiento. Aplicable sin excepción a todos los profesionales.
2. Recetas de continuación de tratamiento: Garantizar la seguridad y continuidad de asistencia del paciente que haya sido atendido en Atención Hospitalaria hasta el alta de consultas externas o seguimientos hospitalarios, que deba continuar tratamiento bajo la supervisión de su médico de atención primaria.

REVISIÓN DEL CIRCUITO DE VISADO

Los visados de múltiples productos farmacéuticos, generan una enorme burocracia en la Atención Primaria por parte de las farmacias de los Distritos.

Para facilitar los visados de las prescripciones que van sujetos a ellos, se propone visados autorrellenables con pestañas creadas con los motivos por los cuales se visan determinado fármaco.

Creación de alerta en el visado de fármacos de prescripción exclusiva hospitalaria.

INTERCONSULTA CON ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. Cuando un paciente precise ser derivado por su médico de familia a una consulta hospitalaria, sólo se realizará petición de interconsulta para la primera visita
2. Las posteriores visitas de seguimiento, con independencia de su periodicidad, deberán ser programadas a criterio del facultativo especialista de atención hospitalaria y organizadas en su propio nivel asistencial. No debe tramitarse ninguna consulta medico de AP, para revisión ni para resultados de pruebas solicitadas
3. En cada consulta de Atención Hospitalaria serán emitidos los documentos necesarios para la realización de cualquier prueba complementaria, hasta la siguiente revisión o alta de esa consulta; para seguimiento por su Médico de Atención Primaria.
4. En caso que el facultativo especialista considere que el paciente necesita ser valorado por un facultativo de otra especialidad, para complementar estudio del proceso específico, deberá solicitar la oportuna interconsulta.
5. En Atención Primaria no se recabará el consentimiento informado para pruebas solicitadas por otros profesionales.
6. En caso de que el paciente solicite una segunda opinión médica deberá dirigirse exclusivamente a los servicios de atención al usuario.
7. *Demora en revisión o citas perdidas:* Deben ser gestionadas por servicio de citación del hospital y/o atención hospitalaria.
8. Recordatorio de citas próximas: Por SMS al usuario con el fin de no perder citas.

TRANSPORTE SANITARIO

1. Los documentos acreditativos de la necesidad de transporte sanitario serán emitidos en el nivel asistencial que originalmente formule la indicación (Urgencias, Consultas Externas Hospitalarias, Centro de Salud) y firmados por el facultativo solicitante. Si ha llegado por carta al domicilio, será el enfermero de enlace o gestor de casos, el que tramite la necesidad de transporte.

2. Cuando el paciente deba regresar a un centro sanitario para revisión y se prevea que necesitará utilizar transporte sanitario, el facultativo hospitalario responsable deberá facilitarle el impreso correspondiente para la fecha prevista. Si ocurre algún problema, redirigir la demanda desde el centro de salud, salud responde, o en la aplicación. Será el enfermero de enlace o gestor de casos, el que tramite la necesidad de transporte.

EMISIÓN DE JUSTIFICANTES E INFORMES

1. Los justificantes de atención sanitaria, de presencia en el Centro de Salud o de asistencia para acompañantes que se soliciten en el ámbito de la AP serán emitidos por la Unidad de Atención al Usuario o descargados por el propio paciente desde las Apps de Salud.
2. Sólo se emitirán justificantes o informes de ausencia a centros educativos en caso de que la patología existente limite al menor para la realización de una determinada actividad, o cuando la práctica de ésta fuese perjudicial para el menor.
3. No se emitirán justificantes a posteriori, salvo que el paciente acredite una valoración sanitaria previa.
4. No se realizarán reconocimientos, exámenes o pruebas biológicas solicitadas voluntariamente o realizadas por interés de terceros, ni Informes de fe de vida.
5. No se expedirán justificantes de falta de asistencia al trabajo, relativos a procesos que no generen Incapacidad Temporal en las consultas del centro.
6. Se propone hacer una declaración responsable de salud a nivel laboral, ante ausencias laborales por problemas leves de salud.

LAS APLICACIONES (APPS)

Deben de estar preparadas para redirigir la demanda y asignar cita mediante desplegables, al profesional que mejor pueda resolver la demanda, por la que consulta el usuario: Médico, enfermero, auxiliar, administrativo, trabajador social, enfermero de enlace, matrona, odontólogo.

ADMINISTRATIVO SANITARIO

Creación de un perfil de administrativo sanitario.

LA TELECONSULTA

No puede ni debe generar más burocracia en la consulta del Médico de Atención Primaria, las pruebas que se precisen

deben solicitarlas y valorarlas el profesional que las solicite para un correcto diagnóstico de la patología del paciente.

INFORMES:	A QUIÉN DEBE SOLICITARSE:
Maternidad	Médico que atiende el parto
Gestación con fecha probable de parto y evolución	Matrona
Riesgo del embarazo	Mutua/ médico de empresa
Incapacidad temporal en paciente ingresado en hospital del SAS	Médico responsable del paciente durante el ingreso hospitalario
Incapacidad temporal en paciente ingresado en hospital no SAS	Inspección Médica
Continuidad de incapacidad temporal en paciente que precisó ingreso	Médico de Atención Primaria
Justificantes de no asistencia a colegios/ institutos	Padres o tutores legales del menor
Repetición de recetas de pacientes con patología en seguimiento en consultas externas hospitalarias	Médico especialista hospitalario
Repetición de recetas de pacientes con patologías estudiadas y dado de alta de consulta externas hospitalarias	Médico de Atención Primaria
Resultados de pruebas complementarias solicitadas a nivel hospitalario	Médico que solicita la prueba

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Armenteros Delgado G, Aguado Toscano M, Fernández Ruiz JS, Murcia García J, Coronel Rodríguez C, Merino de Haro I, Quesada Yáñez E. Grupo de trabajo: Burocracia en Atención Primaria. ¿Cómo disminuirla?. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 9-11



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

GRUPO DE TRABAJO: AGENDAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fernando Ramírez Gómez¹; Enrique Gamero de Luna²; Silvia Rodríguez Moreno¹; Francisco José Rodríguez Arnay³; Cristóbal Coronel Rodríguez⁴; José Murcia García⁵; Enriqueta Quesada Yáñez⁶

1. Vocalía Atención Primaria del CACM
2. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
3. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
4. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)
5. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
6. Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 13-14

INTRODUCCIÓN

Como punto de partida hay que entender que la realidad en los diferentes puntos de atención es muy diversa y no puede establecerse un único modelo que dé respuesta a todas las particularidades.

Por otra parte, la gestión de las agendas no consiste solo en decidir un tamaño de esta, sino que debe formar parte de un cambio en la organización y prestación de los servicios para los que son necesarios, además de la voluntad, modificaciones de la estructura y dotación presupuestaria.

PROPUESTAS DE MEJORA

1. Las agendas deben contar con un número de citas limitado y realista, con tiempos definidos para cada tarea y con adaptaciones locales dependiendo de la actividad, demora y Recursos humanos. En este sentido:
 - a. Todas las tareas del médico de Atención Primaria deben estar agendadas y contempladas en su ordenación funcional.
 - b. Todas las tareas deben estar medidas en tiempos, métodos y recursos necesarios para llevarlas a cabo.
 - c. Las agendas de atención a la demanda no deben superar las 2/3 partes de la jornada de trabajo.
 - d. La atención en el domicilio forma parte del trabajo médico y debe encontrarse dotada de tiempos y recursos.
2. Las agendas paralelas, duplicadas o solapadas deben estar prohibidas, al igual que las citas insertadas o duplicadas.

3. Las agendas deben disponer de espacios colchón y de tiempos reservados para absorber la no conformidad, entendiendo ésta como una excepcionalidad en el trabajo del M/PF.
4. El M/PF debe tener autonomía en la gestión de su agenda, si bien la ordenación de la demandada debe ser una tarea para realizar por todo el equipo del Centro y los equipos gerenciales del Distrito Sanitario y/o área de salud, priorizándose la necesidad de la atención sobre las conveniencias de cuando recibirla.
5. Junto con el control y adecuación de la agenda deben realizarse cambios organizativos y rediseño de los flujos de trabajo. En este sentido:
 - a. Deben redefinirse los roles profesionales, tanto de administrativos, como de auxiliar de clínica y de enfermería, asegurando acciones finalistas.
 - b. Deben organizarse flujos de trabajo para atender las actividades no asistenciales:
 - i. La teleconsulta debe estar normalizada.
 - ii. La burocracia delegada debe solventarse fuera de la consulta por personal no facultativo. Si fuera precisa la intervención del M/PF deberá crearse una agenda de atención burocrática donde citar también la realización de informes, teleconsultas, auditorias, revisión de casos, ...
 - iii. Las tareas burocráticas deben desaparecer de la consulta del médico.
 - c. Es preciso crear, según las particularidades de cada centro, circuitos operativos precisos para la gestión de la demanda. En este sentido hay que contemplar la situación de centros con un muy escaso número de profesionales.

- d. Es necesario la implicación de otros profesionales, incluyendo a las direcciones de los Centros, que deben velar por el correcto funcionamiento de los circuitos establecidos, previniendo el uso perverso de los mismos.
 - e. Incorporación de otras disciplinas como odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales para dar respuesta a otras demandas no exclusivamente médicas.
6. Deben establecerse circuitos específicos y resolutivos para dar respuesta a la demanda fuera de agenda:
- a. La demanda de atención urgente (prioridad 1 y 2) deberán ser atendidas de manera inmediata en un espacio específico destinado para ello.
 - b. Las demandas de atención demorada (prioridades 3 y 4) deberán ser atendidas por su M/PF, no por otros. Para ello, las agendas deben contar con espacios reservados para este fin.
 - c. Deben existir circuitos definidos para la atención a pacientes desplazados.
 - d. La no conformidad debe ser resuelta en cada Centro según sus particularidades, sin afectar a las actividades diarias. Es decir, la no conformidad debe ser una tarea más, dimensionada, administrada y agendada igual que el resto de las tareas y no ser una tarea añadida más.
 - e. La denominada Consulta de Acogida de Enfermería debe tener un sentido finalista en la atención, sea como resolución de la demanda/consulta por parte enfermería o de no ser posible, su emplazamiento en lugar, momento y profesional más adecuado para ello. Como ayuda en esa labor se le puede dotar de:
 - i. Herramientas (listas de comprobación algoritmo, protocolos,...) que permitan establecer prioridades, iniciar procesos diagnósticos y proveer de asesoramiento finalista.
 - ii. Agenda propia y exclusiva para esta tarea. Así como realizar periódicamente auditorías dentro de un proceso de evaluación y mejora continua.
7. La ausencia de un M/PF deberá estar cubierta a través de la continuidad asistencial. Cuando esta no sea posible, deberán articularse mecanismos organizativos para que la atención de pacientes de otros cupos no afecte a la atención del cupo propio, así como, establecer mecanismos de compensación económica basados en el acúmulo de cupos, de tareas o de tiempos que implica el asumir, como añadido, las tareas de otros profesionales.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Ramírez Gómez F, Gamero de Luna E, Rodríguez Moreno S, Rodríguez ArnayFJ, Coronel Rodríguez C, Murcia García J, Quesada Yáñez E. Grupo de trabajo: Agendas de Atención Primaria. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 13-14

GRUPO DE TRABAJO: DOCENCIA MIR

**Silvia Rodríguez Moreno¹; María Pedrosa Arias¹; Higinio Flores Tirado²; Francisco Atienza Martín³;
José Murcia García⁴; Cristóbal Coronel Rodríguez⁵; José Luis Hernández Galán⁶**

1. Vocalía Atención Primaria del CACM
2. Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)
3. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
4. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
5. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)
6. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 15-16

INTRODUCCIÓN

Los problemas analizados por este grupo en relación con la docencia en Atención Primaria tienen que ver con el desinterés de los actores implicados, tanto los tutores como los futuros profesionales que estarían llamados a desarrollar su labor en este nivel asistencial. Lo que a su vez guarda relación con la deriva sufrida en las últimas décadas.

LOS PROBLEMAS DETECTADOS SON LOS SIGUIENTES

1. No previsión de recambio generacional en Atención Primaria entre los tutores de MFyC y Pediatría de AP, lo que conllevará a una pérdida de tutores en un plazo temporal cercano.
2. Falta de conocimiento de la medicina que se realiza en los centros de salud por parte de los estudiantes de Medicina, lo que hace que queden plazas vacantes en la elección de los MIR, sobre todo en MFyC.
3. La sobrecarga asistencial que se vive actualmente en AP hace que el tiempo que se puede dedicar a la docencia sea mucho menor, lo que provoca que muchos especialistas recién formados no escogen este nivel asistencial para realizar su labor profesional.
4. La labor docente es un aspecto que no cuenta, o cuenta poco, en el currículo de los profesionales de AP para Bolsas de Empleo, Carrera Profesional, oposiciones...
5. La no existencia de plazas con perfil docente no garantiza la capacidad docente de los centros, siendo esta situación aún más acuciente en los centros rurales y zonas de difícil cobertura.
6. En ocasiones los residentes están tutorizados por médicos con un perfil docente no adecuado al

tratarse de extracomunitarios o incluso tienen una especialidad diferente a la MFyC y a la Pediatría. Esto ocurre con mucha frecuencia en las urgencias.

PROPUESTAS DE MEJORA

Incentivar la labor de tutorización en AP mediante las siguientes medidas:

1. Mejorar las condiciones del tutor motivando su labor mediante remuneración económica, reconocimiento en carrera profesional y baremación en OPE.
2. Reservar en los procesos de selección de trasladados y OPE un número determinado de plazas para tutores MIR en los centros de Atención Primaria que estén acreditados como docentes.
3. Aumentar el número de plazas en las futuras convocatorias del MIR para facilitar el recambio generacional de los profesionales. Tenemos el problema que un porcentaje importante de MIR, cuando terminan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se vuelven a presentar al MIR y terminan realizado otra especialidad por lo que además de aumentar plazas de MIR lo fundamental sería mejorar las condiciones laborales de los Médicos de Familia actuales para evitar fuga de profesionales.
4. Adaptar las agendas de los tutores para permitir una formación de calidad.
5. Favorecer las rotaciones de reciclaje del tutor mientras el MIR-4 cumple su itinerario formativo pasando la consulta del tutor.
6. Crear plazas diferenciadas de tutores en los centros docentes.
7. Incrementar el número de centros acreditados en las zonas rurales.

8. Que los centros dispongan de los recursos adecuados para la docencia.
9. Mejora permanente de las técnicas y los instrumentos de evaluación del residente.
10. Promover la rotación de los estudiantes por los centros de salud, sin olvidar las consultas de Pediatría.
11. En el caso de **Pediatria de Atención Primaria**, además de lo anterior implementar las siguientes medidas:
 - a. Facilitar la incorporación de los tutores de los centros de salud a las comisiones de docencia hospitalarias.
 - b. Incrementar a seis meses la rotación de todos MIR por AP.
 - c. Diseñar una rotación específica durante el último año de formación, para aquellos MIR de Pediatría que decidan trabajar en un centro de salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Rodríguez Moreno S, Pedrosa Arias M, Flores Tirado H, Atienza Martín F, Murcia García J, Coronel Rodríguez C; José Luis Hernández Galán JL. Grupo de trabajo: Docencia MIR. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 15-16

GRUPO DE TRABAJO: RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL

María José Castillo Moraga¹; Rafael A. Castro Jiménez²; José Murcia García³; Filomena Alonso Morales⁴; Cristóbal Coronel Rodríguez⁵; Ana María Gómez Martín⁶

1. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
2. Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)
3. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
4. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
5. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)
6. Vocalía Atención Primaria del CACM

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 17-18

BARRERAS BÁSICAS ACTUALES EN LA RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL

1. Falta de agilidad en la resolución de las teleconsultas y no disponibilidad de ellas en algunas especialidades.
2. Falta de protocolos adaptados a las diversas realidades locales para la gestión de los diferentes procesos asistenciales entre AP y Hospital.
3. No uniformidad en la formación de profesionales de distintas áreas en diferentes patologías.
4. Falta de referentes hospitalarios de las diferentes especialidades que puedan facilitar la comunicación con Atención Primaria.
5. Tiempo de espera excesivos para diversas especialidades médicas y quirúrgicas.

PROPIUESTA DE LÍNEAS DE ACCIÓN A DESARROLLAR

1. Potenciar la teleconsulta como herramienta importante de comunicación y asesoramiento entre AP y hospital con criterios de inclusión flexibles y acordados entre los dos niveles, y unos tiempos de respuesta ágiles. Creación de grupos de mejora que trabajen sobre las incidencias y desarrollen protocolos sobre las posibles respuestas, para evitar que sobrecarguen la labor del médico de AP.
2. La teleconsulta puede tener la finalidad de una derivación o de un asesoramiento. Pero es fundamental mantener la derivación presencial en todas las especialidades para garantizar que se atiende el criterio del médico de AP y del paciente.
3. Designación de referentes en las diferentes especialidades que ejerzan un papel de comunicación activa bidireccional con AP, con tiempo designado específicamente para ello.

4. Realización de formación conjunta reglada para especialistas de Atención Primaria y Hospitalaria.
5. Información al usuario sobre los tiempos de espera para especialidades médicas y quirúrgicas.
6. Hacer reuniones periódicas vía circuito entre todos los pediatras de área y diferentes subespecialidades.
7. Exposición de casos clínicos y modelos de derivación desde AP al hospital y viceversa.
8. Acceso a todas las pruebas diagnósticas desde AP.
9. Posibilitar la prescripción de fórmulas infantiles y medicación específica mediante visado, no de receta hospitalaria.
10. El médico prescriptor asumirá sus prescripciones hasta la próxima revisión.
11. Las derivaciones interconsulta deben ser realizadas por el profesional que las indica y justifica.
12. Las citas perdidas de revisión hospitalaria deben gestionarse desde el hospital sin pasar por AP. Así como que los teléfonos de contacto que se facilitan desde el hospital sean realmente atendidos.
13. Los resultados de las pruebas serán informados por parte de quien las solicita.
14. Actualización permanente de los listados de contacto: mail y teléfono, especificando el horario para consulta de todas las unidades hospitalarias.
15. No rechazar derivaciones, sin consultar previamente con el médico que la haya realizado.
16. Permitir al médico de AP el acceso completo a toda la historia clínica del paciente, con el fin de mejorar la atención y evitar problemas de seguridad clínica.

17. En todos los informes de Atención Hospitalaria debe aparecer el médico responsable.
18. Si se indican revisiones, anuales o con una periodicidad menor, no se debe extender el alta desde Atención Hospitalaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Castillo Moraga MJ, Castro Jiménez RA, Murcia García J, Alonso Morales F, Coronel Rodríguez C, Gómez Martín AM. Grupo de trabajo: Relación Atención Primaria y Hospital. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 17-18

GRUPO DE TRABAJO: TELECONSULTA

Ana Cabrerizo Carvajal¹; María Pedrosa Arias²; Belén Muñoz Díaz²; Rafael A. Castro Jiménez³; José Murcia García⁴; Antonio Manuel Carmona González⁵; Cristóbal Coronel Rodríguez⁶; María Aguado Toscano²

1. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
2. Vocalía Atención Primaria del CACM
3. Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)
4. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
5. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
6. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 19-20

INTRODUCCIÓN

La teleconsulta se ha revelado como una extraordinaria herramienta para mejorar la comunicación y la interacción entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, que puede ayudar a priorizar patologías urgentes o graves, a permitir el asesoramiento en la atención a los pacientes y a agilizar esa atención.

Las distintas formas de implantación han dejado patente que existen algunas cuestiones cruciales para que se puedan alcanzar esos objetivos y no se convierta en una sobrecarga más para los médicos implicados ni en una forma de limitar el acceso de los pacientes a los especialistas hospitalarios o de cuestionar el criterio de los médicos y pediatras de Atención Primaria.

Planteamos a continuación una serie de propuestas con las claves.

PROPUESTAS

1. Clarificar el marco jurídico de la teleconsulta como derivación y/o consulta de asesoramiento.
2. Mantener vías alternativas de derivación en todas las especialidades para garantizar que se atiende el criterio del médico de familia/pediatra AP y del paciente.
3. La implantación de cualquier novedad en teleconsulta debe acordarse por consenso, especialmente lo que respecta a los criterios de inclusión.
4. Cualquier cambio debe informarse a los profesionales con el tiempo y medios suficientes para su adecuada implantación.
5. La información necesaria para poder realizar la teleconsulta debe simplificarse y evitar plantillas excesivamente largas o exploraciones muy específicas.

6. La respuesta por parte del especialista hospitalario debe realizarse en un plazo máximo de 30 días.
7. Las actuaciones que se propongan por el especialista hospitalario en su respuesta a la teleconsulta, con solicitud de más pruebas complementarias que excedan lo acordado en la información básica que se ha de aportar, deben ser solicitadas e informadas al paciente desde los servicios hospitalarios.
8. Los resultados de pruebas complementarias solicitadas por el especialista hospitalario, y las indicaciones o tratamientos que se propongan en la respuesta de la teleconsulta deben ser informados al paciente desde los servicios hospitalarios.
9. Si de la teleconsulta se necesita una consulta presencial, esta se debe cursar directamente desde el servicio donde se indique esta presencialidad.
10. Las agendas de Atención Primaria deben incluir tramos para gestionar las respuestas de la teleconsulta que actualmente entran en el buzón del profesional.
11. Son necesarios grupos de mejora que incluyan facultativos hospitalarios y médicos representantes de diversos Centros de Salud adscritos al área hospitalaria, que actúen de interlocutores directos sobre incidencias y líneas de mejora.
12. Se deben habilitar herramientas para hacer seguimiento de la teleconsulta. Con señalamiento de la situación del documento remitido, abierto, respondido, etc., resuelta y cerrado.
13. Las derivaciones y/o interconsultas a otros servicios deben hacerse directamente desde los servicios hospitalarios o bien justicando de forma razonada el porqué se recomienda realizarla desde AP.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Cabrerizo Carvajal A, Pedrosa Arias M, Muñoz Díaz B, Castro Jiménez RA, Murcia García J, Carmona González AM, Coronel Rodríguez C, Aguado Toscano M. Teleconsulta. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 19-20

GRUPO DE TRABAJO: CONSULTA DE ACOGIDA Y TRABAJO EN EQUIPO

María Rosa Sánchez Pérez¹; Fernando Ramírez Gómez²; Jesús Pardo Álvarez³; Enriqueta Quesada Yáñez⁴; José Murcia García⁵; Cristóbal Coronel Rodríguez⁶

1. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
2. Vocalía Atención Primaria del CACM
3. Delegación en Andalucía de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)
4. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria (AndAPap)
5. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
6. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 21

1. **Trabajo en Equipo.** El trabajo que se genera en el Centro de Salud es responsabilidad de todos los profesionales del equipo y cada miembro del equipo debe dar respuesta en función de sus competencias profesionales. Toda la demanda no puede terminar en el médico de familia y/o pediatra.
2. **Reforzar los Administrativos sanitarios** que pregunten al paciente el motivo de consulta y resuelvan o deriven al profesional correspondiente. Asignar administrativos de referencia a cada UAF (equipo médico - enfermera - administrativo).
3. **Formación** en los centros de salud sobre los objetivos y finalidad de la consulta de acogida. Potenciar la formación continuada en el abordaje de la mayoría de las patologías que son motivo de consulta no demorable en la actualidad.

“Las consultas de acogida, realizadas por enfermeras de atención primaria, realizan una primera valoración de las personas que acuden de forma presencial al centro con una demanda clínica no demorable sin que se trate de una urgencia vital o muy grave. Este tipo de consultas tiene como objetivo la resolución y/o reorientación de la demanda de una manera colaborativa con el médico de referencia.”
4. El circuito de atención a los **pacientes no demorables** (sin urgencia vital o grave) al centro de salud deben seguir el circuito que ya está establecido y no se cumple en la mayoría de los centros:
 - a. Administrativo sanitario que resuelve lo administrativo o deriva al profesional correspondiente.
 - b. Enfermera de consulta de acogida que valora y resuelve las consultas que son de su competencia o deriva al médico de AP.
 - c. Médico de AP.
5. Las **enfermeras de la consulta de acogida** deben ser siempre las mismas y no rotatorias para disminuir la variabilidad y aumentar la resolución. Las enfermeras contratadas en los centros para estas consultas deben dedicarse a la consulta de acogida.
6. El **horario de la consulta de acogida** debe abarcar el tiempo completo de atención del centro de salud y debe incluir la atención a adultos, niños y embarazadas.
7. **Evaluación y seguimiento** del grado de resolución de las consultas de acogida para implantar las medidas de mejora necesarias en cada caso.
8. **Campañas de difusión** dirigidas a la población informando sobre los circuitos asistenciales de administrativos sanitarios y consulta de acogida y de la necesidad de aumentar los conocimientos y el autocuidado de la población para patologías de baja complejidad que no precisan de la valoración de un médico.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

María Rosa Sánchez Pérez MR, Ramírez Gómez F; Pardo Álvarez J, Quesada Yáñez E, Murcia García J, Coronel Rodríguez C. Consulta de acogida y trabajo en equipo. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 21



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN MÉDICA DE ANDALUCÍA EN 2022. ESPECIALIDADES MFYC Y PEDIATRÍA

María Conde Alcañiz¹; Eva María Repetto Montero²; Vicente Matas Aguilera²; Manuel Pérez Sarabia³

1. Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)
2. Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada
3. Secretario General Técnico - Letrado Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 23-27

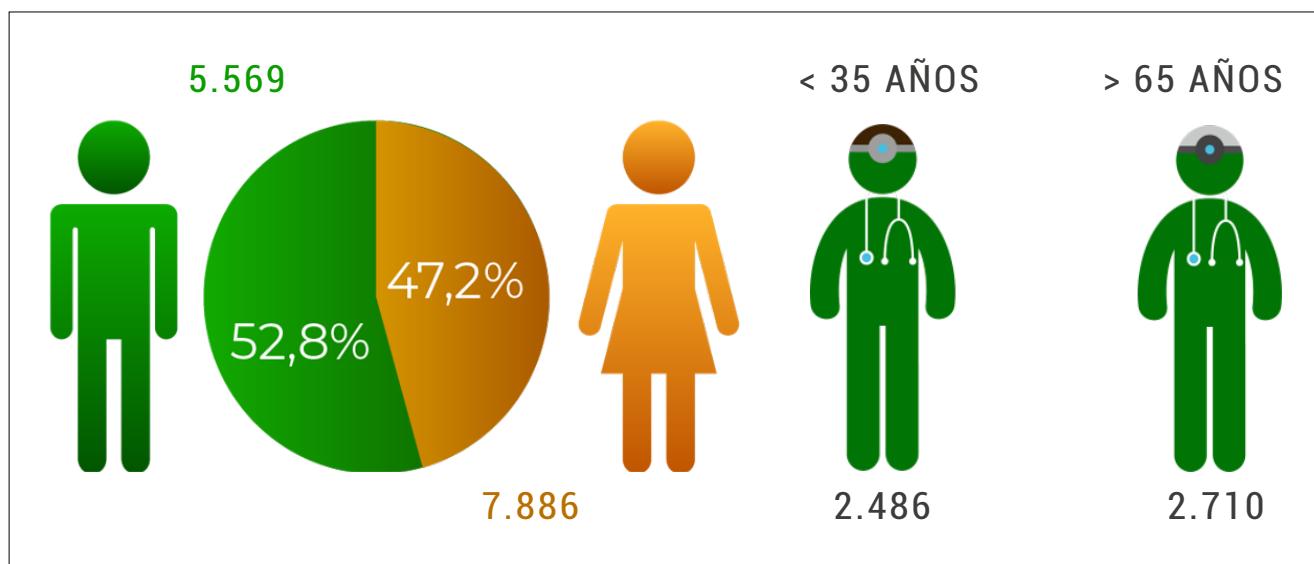


Figura 1. Fotografía de la colegiación Médica en Andalucía Medicina Familiar y Comunitaria Pediatría.

Número de colegiados totales: 46.417

Total de Médicos Activos MFyC y Pediatría: 10.533

COLEGIO DE MÉDICOS	COLEGIADOS
ALMERÍA	3.094
CÁDIZ	6.275
CÓRDOBA	4.375
GRANADA	5.883
HUELVA	2.381
JAÉN	2.662
MÁLAGA	9.742
SEVILLA	11.842
	46.417

Tabla 1. Colegiados por provincias

COLEGIO DE MÉDICOS	Colegiados activos	Médicos de Atención Primaria	Pediatras	Habitantes*
ALMERÍA	2.678	734	156	729.201
CÁDIZ	4.125	1.140	194	1.260.204
CÓRDOBA	3.634	1.000	190	776.582
GRANADA	4.596	838	228	932.248
HUELVA	2.053	604	66	533.989
JAÉN	2.132	716	110	620.762
MÁLAGA	8.339	1.823	447	1.722.388
SEVILLA	8.054	1.743	544	1.962.999
TOTAL	35.611	8.598	1.935	8.538.373

Tabla 2. Colegiados activos por número de habitantes

*Cifras oficiales de población resultantes del padrón municipal a 1 julio de 2022 (INE)

ESPECIALIDAD		PRIVADO	PÚBLICO	MIXTO
Medicina Familiar y Comunitaria	8.598	807	7.304	487
Pediatría y sus áreas Específicas	1.935	329	1.388	218

Tabla 3. Colegiados activos por especialidad y ámbito de trabajo

COLEGIO DE MÉDICOS	Público	Privado	Mixto	TOTAL
ALMERÍA	649	41	44	734
CÁDIZ	1.025	87	28	1.140
CÓRDOBA	844	70	86	1.000
GRANADA	746	70	22	838
HUELVA	552	30	22	604
JAÉN	659	21	36	716
MÁLAGA	1.372	322	129	1.823
SEVILLA	1.457	166	120	1.743
	7.304	807	487	8.598

Tabla 4. Colegiados activos MFyC

COLEGIO DE MÉDICOS	Público	Privado	Mixto	TOTAL
ALMERÍA	110	21	25	156
CÁDIZ	151	31	12	194
CÓRDOBA	144	18	28	190
GRANADA	177	34	17	228
HUELVA	51	7	8	66
JAÉN	92	6	12	110
MÁLAGA	270	116	61	447
SEVILLA	393	96	55	544
	1.388	329	218	1.935

Tabla 5. Colegiados activos Pediatría

COLEGIO DE MÉDICOS	<35	35-44	45-54	55-64	65-69	70 y más
Medicina Familiar y Comunitaria	2003	2009	2456	2423	1253	492
Pediatría y sus áreas Específicas	483	499	359	513	311	654

Tabla 6. Colegiados activos por edad

ESPECIALIDAD		H	M
Medicina Familiar y Comunitaria	10.636	4.441	6.195
ESPECIALIDAD		H	M
Pediatría y sus áreas específicas	2.819	1.128	1.691

Tabla 7. Colegiados por especialidad y sexo

ESPECIALIDAD MFyC		COLEGIADOS
Colegiados con especialidad		10.639
Colegiados en ocupación		7.787
Especialistas en formación (MIR)		1.274
ESPECIALIDAD Pediatría		COLEGIADOS
Colegiados con especialidad		2.818
Colegiados en ocupación		2.164
Especialistas en formación (MIR)		226

Tabla 8. Colegiados en activo por especialidad

	PLAZAS MIR ADJUDICADAS EN ANDALUCÍA EN LA CONVOCATORIA 2021-2022								
	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	TOTAL
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	26	57	43	57	24	53	78	72	410
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	5	7	7	13	4	3	12	23	74
TOTAL ANDALUCÍA	84	175	142	206	69	100	244	319	1.339

	PLAZAS MIR CONVOCADAS EN ANDALUCÍA EN LA CONVOCATORIA 2022-2023								
	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	TOTAL
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	26	58	43	57	32	57	85	72	430
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	5	7	7	13	4	4	13	23	76
TOTAL ANDALUCÍA	89	188	147	212	77	105	267	330	1.415

Tabla 9. Plazas MIR

CONCLUSIONES FINALES

Tanto en Andalucía como en España en general, nos encontramos con un grave problema de un importante número de **jubilaciones de médicos de Atención Primaria** (Médicos de Familia y Pediatras) que, por la falta de planificación hace diez/doce años, no se pueden reponer con los MIR que están terminando en estos años y los siguientes hasta el 2027 o 2028.

Aunque la edad de jubilación en España, para los médicos varía entre los 63 años (jubilación anticipada), los 65 y 67 años (jubilación ordinaria) y los 70 años (jubilación demorada), tanto con los datos del Ministerio de Sanidad, en su informe sobre demografía médica de 2021, como en el informe del CACM queda de manifiesto que, en estos años y durante algunos más, el número de jubilaciones es inusualmente alto, al llegar las promociones de los años ochenta, pasados unos años este número descenderá de forma importante.

El problema es que, en estos años han podido terminar un **número insuficiente de residentes**, tanto de Medicina de Familia como de Pediatría, en concreto en 2018 pudieron terminar, si habían completado su periodo de formación, un total de 282 Médicos de Familia y 60 Pediatras y para el año 2027 pueden ser 430 Médicos de Familia y 74 Pediatras, los incrementos que se han dado fundamentalmente, a partir del año 2019 han llegado tarde y suponen un 52,5% para Medicina de Familia y un 23,3% para Pediatría. Hay que tener en cuenta que no todos terminan y de los que terminan hay algunos que marchan a sus países de origen.

Andalucía ha hecho un gran esfuerzo para convocar **más plazas MIR**, pero queda realizar un esfuerzo importante para conseguir que de los que terminan su formación, la mayoría ejerzan en Atención Primaria y no se marchen a otros sectores, CCAA o al extranjero. Necesitamos más presupuesto, más plantilla para mejorar las excesivas cargas de trabajo y estabilidad, ofreciendo a los que terminan contratos de larga duración, convocando todas las plazas vacantes en junio de cada año a OPES y resolviéndolas en meses y no en años.

Mientras se equilibra el número de jubilados, que debe descender dentro de muy poco y los que terminan el MIR que están creciendo cada año, se pueden **incentivar la prolongación** en el servicio activo de médicos de AP, mediante la jubilación demorada o la jubilación activa, a la vez que se mejoran las cargas de trabajo, limitando las agendas como está acordado y facilitando las continuidades asistenciales voluntarias para reducir las demoras. También es importante incentivar los centros de difícil cobertura e incrementar las plazas de EBAP que son más solicitadas por los nuevos especialistas, que los dispositivos de apoyo, pues no permiten una buena conciliación de la vida laboral y familiar.

De cara al año 2036 y siguientes es necesario, seguir haciendo informes sobre demografía médica teniendo en cuenta las jubilaciones y las posibles necesida-

des de incrementos de plantilla, pues de seguir convocando muchos años el número de plazas MIR de esta convocatoria o incrementándolas nos podemos encontrar, en esos años, con un **superávit de médicos especialistas** que, como en los años ochenta y noventa, estarían parados todo el año para trabajar unos meses en verano o navidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS RETRIBUCIONES DE LOS MÉDICOS DE ANDALUCÍA CON RELACIÓN A ESPAÑA

Vicente Matas Aguilera

Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 29-37

Este informe pretende conocer la **evolución de las retribuciones fijas de médicos de Atención Primaria de Andalucía con relación al resto de CCAA**, desde el año 2009 hasta este año, aunque hemos de advertir que los datos de este año aún son provisionales pues se están produciendo acuerdos y hay pendientes algunos que podrán modificar los importes, hemos aplicado los acuerdos de Madrid y Navarra, que han supuesto incrementos lineales de 450 y 400 euros al mes y que hacen que los médicos de AP de estas dos CCAA avancen de forma importante y recuperen mucho de lo perdido por los grandes recortes de los años 2010 y 2012 de los gobiernos del PSOE y del PP con los presidentes Zapatero y Rajoy.

Para obtener los datos se han comparado **cuatro tipos de Médico**: Los dos primeros, al inicio de su actividad profesional, con contratado temporal, 30 años o más de edad, sin o con exclusiva.

El tipo 3 está a la mitad de la misma, con 40 años o más de edad, con exclusiva y II nivel retribuido de carrera. Finalmente, el tipo 4 está ya en la última etapa de su vida profesional, con 55 años o más de edad, diez trienios, exclusiva y nivel IV de Carrera profesional.

Hay que aclarar que en Andalucía y Navarra existen 5 niveles de carrera y al II nivel retribuido corresponde el nivel III de estas CCAA y al nivel IV de carrera retribuido corresponde el nivel V, es un claro ejemplo de la coordinación de nuestros 18 Servicios de Salud, que forman un SNS un tanto asimétrico, con diferencias en temas fundamentales, que afectan a profesionales y ciudadanos.

Los cuatro tipos de médico realizan su labor, en una zona básica urbana, con grado de dispersión geográfica G-1 o el menor que exista en el Servicio de Salud y tienen asignado un cupo de 1.500 pacientes, en el caso de los médicos rurales suelen tener cupos más pequeños pero un mayor grado de dispersión y, en ocasiones, varios consultorios que atender distantes varios kilómetros.

Se separan claramente lo que son **retribuciones de jornada ordinaria**, con importes netos anuales, pues han crecido mucho menos que los brutos, por no deflactar del IRPF y, al fin y al cabo, es lo que finalmente llega a la cuenta del médico y con lo que tienen que seguir pagando otros impuestos y tasas (IVA, IBI, circulación...).

Conviene también recordar ahora que en España para trabajar en el SNS, como médico especialista, es necesario tener el título y llegar a **obtenerlo significa recorrer un largo camino formativo**, sin comparación con el resto de las profesiones universitarias:

- **La nota para acceder a los estudios de medicina**, un año tras otro es de las mayores de todas las titulaciones de nuestra universidad.
- Seis años de **estudios universitarios** con 360 créditos, que se corresponde con el nivel 3 del Marco Español de Cualificaciones (MECES) y al nivel 7 del Marco Europeo de Cualificaciones (Máster).
- Un año de preparación para acceder a la formación del **sistema MIR**.
- Entre cuatro y cinco años de **formación como MIR** dependiendo de la especialidad.

EVOLUCIÓN DE LAS RETRIBUCIONES FIJAS NETAS DE LOS MÉDICOS SIN GUARDIAS

Como podemos ver en la tabla y los gráficos siguientes, en el caso del médico tipo 1, que inicia su actividad en Andalucía, sin dedicación exclusiva, sin guardias y sin carrera, el importe neto de la retribución fija en cómputo anual, hasta septiembre del año 2020, estaba en el último lugar y tras la implantación del complemento de productividad para médicos compatibles, ha llegado a estar un poco por debajo de la media y aún muy alejado del máximo, con diferencias que llegan en algunos años a más de 14.000 euros anuales antes del complemento, que se ha reducido unos 8.000 o 9.000 euros netos al año.

En el caso del **médico tipo 2** que inicia su actividad en Andalucía, con dedicación exclusiva, sin guardias y sin carrera, el importe neto de la retribución en cómputo anual estaba en torno a la media antes de los recortes y se sitúa por debajo de la media después de los mismos y aún están alejados del máximo, con diferencias que llegan en algún año a más de 7.500 euros netos al año.

En el caso del **médico tipo 3** propietario, que está en la mitad de su carrera laboral, con 40 años o más de edad, cinco trienios, nivel II de nivel de carrera retribuido (en Andalucía y Navarra corresponde al nivel III), dedicación exclusiva y sin guardias, el importe neto de retribución en cómputo anual, estaba algo por debajo de la media antes de los recortes y se ha empeorado con relación a la media después de los mismos y aún están bastante alejados del máximo, con diferencias que llegan en algún año a superar 7.000 euros netos.

En el caso del **médico tipo 4** propietario, en la etapa final de su carrera laboral, con 55 años o más de edad, cinco trienios, nivel IV de nivel de carrera retribuido (en Andalucía y Navarra corresponde al nivel V), dedicación exclusiva y sin guardias, el importe neto de retribución en cómputo anual, estaba levemente por encima de la media antes de los recortes y se ha colocado por debajo de la media después de los mismos y aún están alejados del máximo, con diferencias que llegan en casi todos los años a superar 6.500 euros netos.

Centro de Estudios  Sindicato Médico Granada	Médico 1 temporal sin guardias, sin exclusiva y sin carrera						Médico 2 temporal sin guardias, con exclusiva y sin carrera					
	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023
Netas Andalucía	26.551	23.955	25.651	26.168	33.384	35.201	35.175	29.974	33.023	33.648	35.013	36.446
Media netas	32.384	29.684	31.988	32.638	34.501	35.712	34.870	31.951	34.031	34.793	36.465	37.872
Máxima netas	39.094	35.429	39.666	40.423	42.939	43.515	39.061	35.429	39.666	40.423	42.565	43.441
Mínimas netas	26.551	23.955	25.651	26.168	28.753	29.610	31.254	27.977	31.001	31.666	33.046	34.034

Fuentes: Resoluciones de retribuciones, y/o presupuestos de las CCAA y otras fuentes. (e) Vicente Matas Centro Estudios Sindicato Médico Granada.

Figura 1.

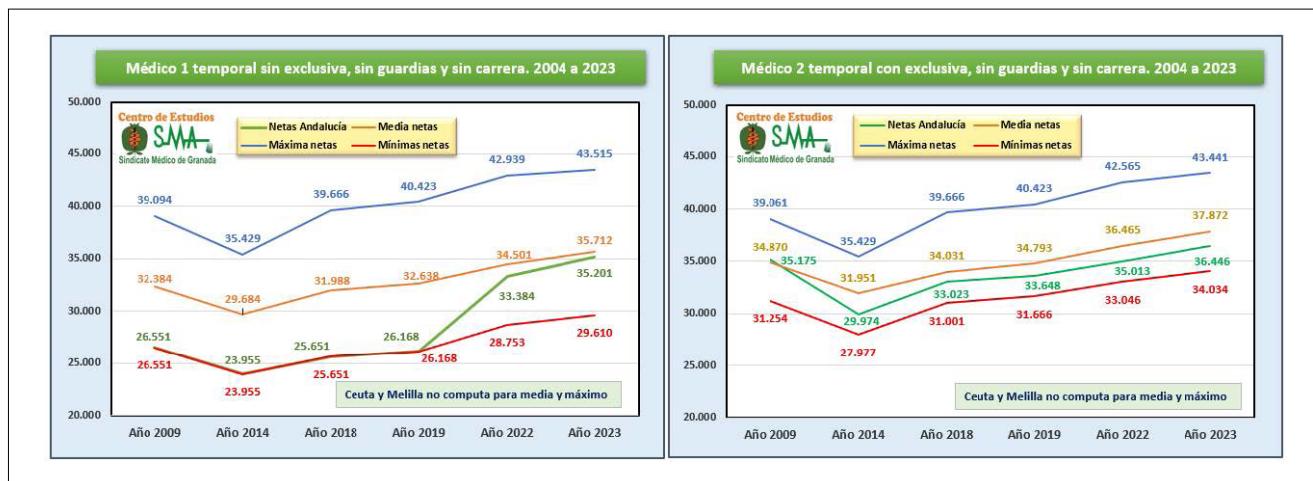


Figura 2.

Centro de Estudios  Sindicato Médico Granada	Médico 3 propietario sin guardias, con exclusiva y II carrera retrobuido						Médico 4 propietario sin guardias, con exclusiva y IV carrera retrobuido					
	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023
Netas Andalucía	41.089	35.042	38.694	39.371	41.625	42.917	46.572	40.011	44.290	45.010	47.489	48.838
Media netas	40.959	37.301	40.132	40.917	42.952	44.488	45.768	41.485	45.251	46.391	48.552	50.028
Máxima netas	44.712	41.992	45.510	46.316	48.715	49.447	50.307	46.601	48.770	51.744	54.147	55.504
Mínimas netas	38.526	34.000	38.067	38.851	40.368	41.316	43.475	36.471	42.866	44.858	46.172	47.447

Fuentes: Resoluciones de retribuciones, y/o presupuestos de las CCAA y otras fuentes. (e) Vicente Matas Centro Estudios Sindicato Médico Granada.

Figura 3.

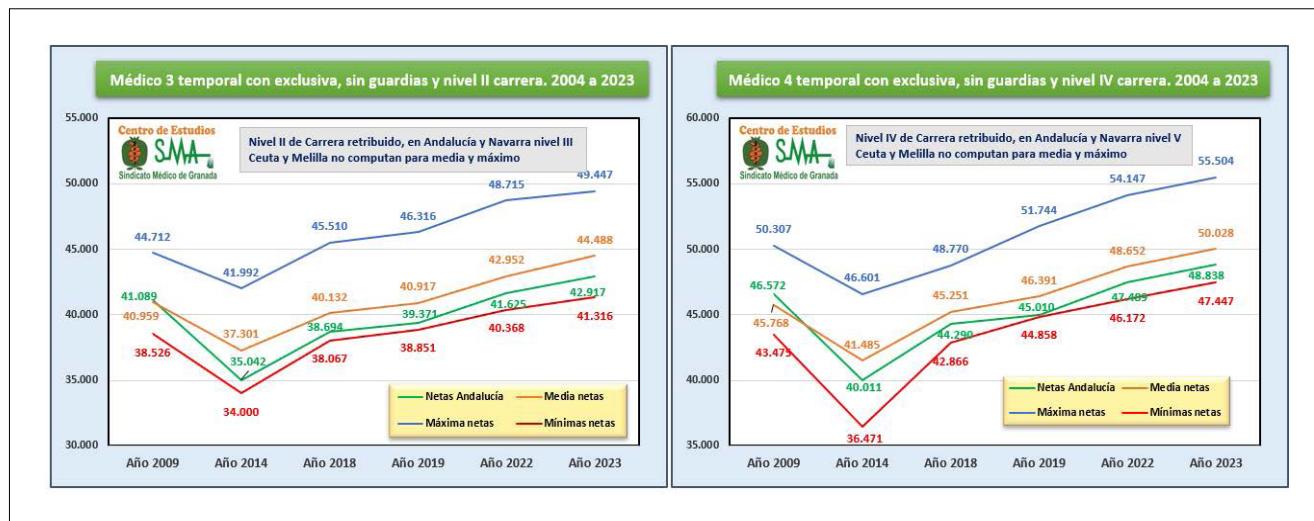


Figura 4.

En cuanto, a la **carrera profesional en Andalucía**, comentar que es una de las más exigentes y complicadas de avanzar de todas las CCAA y al principio con un grave problema, podía ser **reversible** si no se cumplían ciertos requisitos, si bien los tribunales dejaron sin efecto esta perversión, única en todo el SNS. También es única la exigencia de **certificación mediante la ACSA**, aún vigente inexplicablemente, que es especialmente complicada, trabajosa y exigente.

El resultado es que el nivel V de carrera, lo disfrutan un porcentaje mínimo de médicos, mientras que, en otras CCAA, se ha llegado o se llega, con servicios prestados o poco más. Este nivel se corresponde al IV del resto de Servicios de Salud (excepto Navarra que también lo tiene).

EVOLUCIÓN DEL IMPORTE BRUTO/HORA DE ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS EN LABORABLE)

La mayoría de los médicos de AP, sobre todo en el medio rural, tienen la **OBLIGACIÓN** de realizar Atención Continuada (guardias) y estudiaremos los importes por hora, en día laborable desde el año 2004 hasta este año, aunque los datos de este año, como ya hemos advertido pueden aumentar y esperemos que mucho, pues este tremendo esfuerzo, para garantizar la **continuidad asistencial, la equidad, la accesibilidad y la sostenibilidad** de los Servicios de Salud, generalmente se realiza en **horarios especialmente penosos**: por las tardes, las noches, en sábados, domingos y festivos. Son horarios que impiden al médico disfrutar del ocio y la conciliación familiar de forma adecuada.

Se realizan de forma adicional a la jornada ordinaria de trabajo (la mayoría de las veces desde las 15

horas hasta las 8 horas del día siguiente) y en sábados, domingos y festivos las 24 horas.

Son horas similares a las horas extraordinarias de los trabajadores de otros sectores y de otras categorías, aunque a diferencia de ellas, se retribuyen en general, por un importe menor que el de las horas ordinarias mientras que, las horas extraordinarias se abonan al 175% de la hora ordinaria en cualquier sector, además no tienen el límite de las 80 horas al año de las extraordinarias y lo que es más importante **son generalmente obligatorias, al contrario que las extraordinarias que son voluntarias**.

A los médicos andaluces, en la mayoría de los años, se han retribuido por el importe mínimo a nivel nacional y desde los incrementos de seis euros en tres años, que comenzaron en enero de 2020, se ha llegado a retribuir por importes cercanos a la media, aunque un poco inferior. Sin duda se irán ajustando con los incrementos que se están produciendo en otras CCAA.

Hay que destacar, que a ser horas adicionales a la jornada ordinaria, **no computan como tiempo trabajado para la futura pensión**, lo que resulta tremadamente injusto, pues un médico, que realiza guardias durante 30 años, hace una jornada de 40 o más años de cualquier trabajador o del facultativo o sanitario que no hace guardias. Además, como en la mayoría de los casos, el importe de las guardias está por encima de la base máxima de cotización, que este año es de 4.495,50€/mes (53.946 €/año), **tampoco en general, cotizan para la futura pensión** y para agravar la situación ahora la Seguridad Social va a imponer una **“cotización solidaria”** del 6% sobre los importes que superan la base máxima de cotización, del cual el 5% lo pagará el Servicio de Salud y el 1% el médico, sin ninguna repercusión sobre la pensión.

Centro de Estudios SMA Sindicato Médico de Granada	Importe bruto por hora de Atención Continuada (guardias) laborable										
	Año 2004	Año 2007	Año 2009	Año 2011	Año 2012	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023
Andalucía	12,35	17,34	18,04	17,19	15,47	16,86	17,28	22,43	22,63	25,14	26,15
Media SNS	12,11	17,74	22,64	21,98	21,79	22,87	23,62	24,33	24,70	25,41	27,26
Máxima SNS	17,08	23,63	27,54	26,61	26,61	27,63	28,32	28,90	29,17	29,76	31,05
Mínimas SNS	10,53	13,43	18,04	17,19	15,47	16,86	17,28	20,76	20,95	21,37	22,24

Fuentes: Resoluciones de retribuciones CCAA y otras (e) Vicente Matas Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada.

Figura 5.

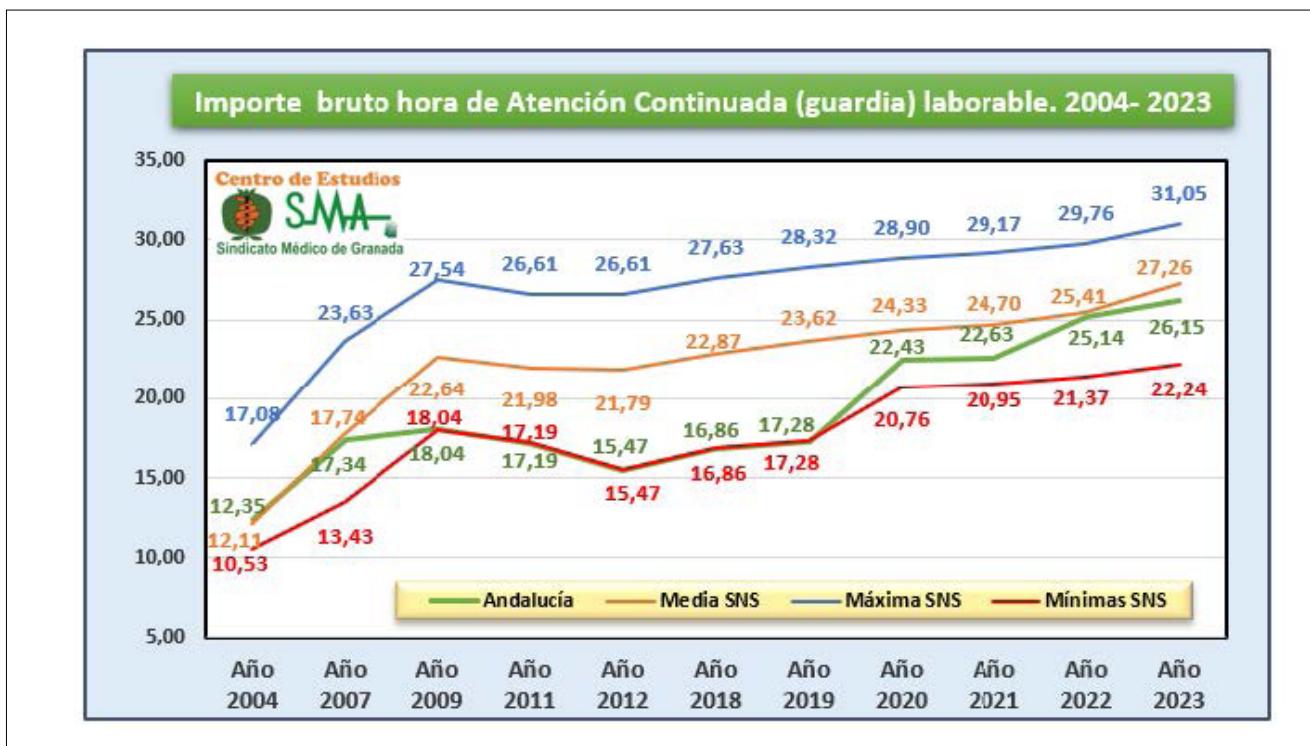


Figura 6.

Pero estos importes son brutos, al médico le llega una cantidad muy inferior, pues el IRPF es progresivo, yo diría que fuertemente progresivo, en la tabla siguiente podemos ver los tramos aplicables este año, una vez descontados al importe bruto del total de la nómina del médico, el importe de la Seguridad Social y el mínimo personal, nos queda lo que será la base para aplicar el IRPF al hacer la declaración, que se aplica para calcular las retenciones y los ingresos por las guardias, generalmente les corresponden los tramos 4º y 5º por lo que le corresponde pagar un 37 o 45%, este es el motivo por el que cuanto más guardias se hacen más se incrementa el porcentaje de retención sobre toda la nómina.

Con un ejemplo lo entenderemos mejor, un médico que tenga unos ingresos brutos de 60.000 €/año,

que descontando IRPF y SS (4,9 % para propietarios o 6,45% para temporales) queda en unos 40.000 €/año netos, le corresponde una retención aproximada del 25%, si realiza 50 horas de guardias el mes, sus ingresos pueden incrementarse, dependiendo de los festivos y la CCAA, entre 15.000 y 20.000 euros y su retención pasará a ser superior al 29%, con lo que del importe de las guardias va para hacienda directamente el 42%, por ese incremento de cuatro puntos de retención sobre todo el importe de la nómina.

En resumen, de una media bruta de unos 27 euros hora se queda en unos 14 o 15 euros/netos, con lo que, si es necesario contratar a una persona para cuidar a los hijos, apenas sobran unos euros, en el mejor de los casos, para el tremendo esfuerzo y sacrificio que supone la guardia.

IRPF 2023 por base imponible	Estatal	CCAA (*)	Tipo total
Hasta 12.450 euros	9,50%	9,50%	19,00%
De 12.450 euros a 20.199 euros	12,00%	12,00%	24,00%
De 20.200 euros a 35.199 euros	15,00%	15,00%	30,00%
De 35.200 euros a 59.999 euros	18,50%	18,50%	37,00%
De 60.000 euros a 299.999 euros	22,50%	22,50%	45,00%
A partir de 300.000 euros	24,50%	22,50%	47,00%

Hay que tener en cuenta que en la columna de "Tipo autonómico" figuran los tipos aplicables a los contribuyentes por IRPF que no residen en España. Mínimo personal 5.500 para menores de 65 años y 6.700 para mayores de 65 años. Los contribuyentes que residen en España deberán sustraerlos por la escala que haya aprobado la comunidad autónoma en que tenga que declarar, superior o inferior.

Figura 7.

★SERVICIO DE CANGURO:	
De Lunes a Viernes:	
8,00h a 22,00h	-----8,00€/hora
22,00h a 8,00h	-----9,50€/hora
Sábados, Domingos y Festivos:	
8,00h a 22,00h	-----12,00€/hora
22,00h a 8,00h	-----15,00€/hora

Figura 8.

EVOLUCIÓN DE LAS RETRIBUCIONES FIJAS NETAS CON ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS)

Una vez vista la evolución de los importes de las guardias entre el año 2004 y 2023 (provisional) ahora vamos a estudiar los cuatro tipos de médico con el incremento por las guardias, a la hora de hacer los cálculos, estimamos el equivalente a 50 horas/mes de presencia física, de ellas 12 en festivo y 12 en sábado.

En el caso del **médico tipo 1** que inicia su actividad en Andalucía, sin dedicación exclusiva, con guardias (50 horas al mes) y sin carrera, el importe neto de la retribución en cómputo anual, hasta año 2020, estaba en el último lugar y tras la implantación del complemento de productividad para médicos compatibles y el incremento del importe de las guardias (seis euros entre 2020 y 2022), ha llegado a estar un poco por debajo de la media y aún alejados del máximo, con diferencias que llegaban en algunos años a más de 19.000 euros anuales antes de las modificaciones se ha reducido a poco más de 9.000 euros netos al año.

Centro de Estudios SMA Sindicato Médico Granada	Médico 1 temporal con guardias, sin exclusiva y sin carrera						Médico 2 temporal con guardias, con exclusiva y sin carrera					
	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023
Netas Andalucía	34.845	29.996	32.347	32.681	43.931	45.301	42.335	35.894	39.756	40.412	45.205	46.464
Media Netas	41.453	38.141	41.114	42.065	44.685	46.403	43.709	40.349	43.302	44.314	46.702	48.370
Máxima Netas	49.205	45.041	49.964	50.872	53.896	54.478	49.176	45.041	49.964	50.872	53.542	54.414
Mínimas Netas	34.845	29.996	32.347	32.681	37.983	40.287	40.486	35.894	39.756	40.412	42.911	43.913

Fuentes: Resoluciones de retribuciones, y/o presupuestos de las CCAA y otras fuentes. (e) Vicente Matas Centro Estudios Sindicato Médico Granada.

Figura 9.



Figura 10.

En el caso del **médico tipo 2** que inicia su actividad en Andalucía, con dedicación exclusiva, con guardias (50 horas al mes) y sin carrera, el importe neto de la retribución en cómputo anual, hasta año 2020, estaba en el último lugar la mayoría de los años y tras la implantación del incremento del importe de las guardias (seis euros entre 2020 y 2022) que puso en marcha la Dra. Pilar Bartolomé como Directora General de Profesionales, ha dejado el último lugar y ha llegado a estar un poco por debajo de la media, aunque aún alejados del máximo, con diferencias que llegaban en algunos años a más de 10.000 euros anuales antes del incremento de la hora de guardias y se ha reducido a unos 8.000 euros netos al año.

En el caso del **médico tipo 3** propietario, que está en la mitad de su carrera laboral, con 40 años o más de edad, cinco trienios, nivel II de nivel de carrera retribuido (en Andalucía y Navarra corresponde al nivel III), dedicación exclusiva y con guardias, el importe neto de retribución en cómputo anual, estaba en el último lugar hasta la implantación del incremento del importe de las guardias (seis euros entre 2020 y 2022) que llegó a estar algo por debajo de la media y aún están bastante alejados del máximo, con diferencias que llegan en algún año a superar 8.000 euros netos.

En el caso del **médico tipo 4** propietario, en la etapa final de su carrera laboral, con 55 años o más de edad, cinco trienios, nivel IV de nivel de carrera retribuido (en Andalucía y Navarra corresponde al nivel V), dedicación exclusiva y con guardias, el importe neto de retribución en cómputo anual, estaba levemente por debajo de la media antes de los recortes y la implantación del incremento del importe de las guardias y aunque ha mejorado algo, sigue por debajo de la media y aún están alejados del máximo, con diferencias que llegan en casi todos los años a superar 8.000 euros netos.

PÉRDIDAS RETRIBUTIVAS POR LOS RECORTES Y DE PODER ADQUISITIVO POR EL IPC

Ahora vamos a ver cuanto se ha perdido desde el año 2009 tanto en relación con los recortes, que no se han revertido. Los incrementos desde entonces, se han hecho sobre los importes recortados, mientras que, en otras categorías de ingresos más bajos, que no tuvieron recortes o fueron muy pequeños, los incrementos han recuperado muchos más que los facultativos y con relación al IPC que desde enero de enero de 2009 a febrero de 2023 ha sido del 29,8%.

Centro de Estudios SMA Sindicato Médico Granada	Médico 3 propietario con guardias, con exclusiva y II carrera retrobuido						Médico 4 propietario con guardias, con exclusiva y IV carrera retrobuido					
	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023	Año 2009	Año 2014	Año 2018	Año 2019	Año 2022	Año 2023
Netas Andalucía	47.682	40.844	45.394	45.994	50.726	52.197	53.054	45.231	50.280	50.980	56.144	57.838
Media Netas	49.167	45.057	48.648	49.663	52.230	54.079	53.993	48.917	53.222	54.632	57.418	59.489
Máxima Netas	54.640	50.942	55.108	56.160	59.056	60.189	60.234	55.552	58.373	61.594	64.506	66.124
Mínimas Netas	47.062	40.844	45.394	45.994	48.491	50.659	51.035	44.768	50.280	50.980	53.495	56.300

Fuentes: Resoluciones de retribuciones, y/o presupuestos de las CCAA y otras fuentes. (e) Vicente Matas Centro Estudios Sindicato Médico Granada.

Figura 11.

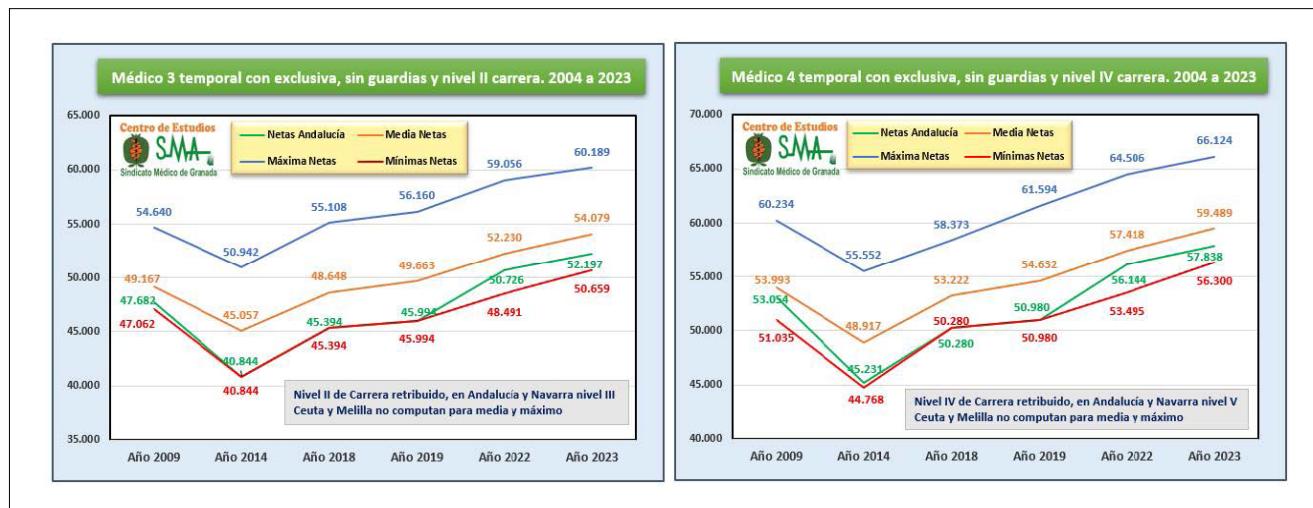


Figura 12.



Figura 13.

Los **recortes en el año 2010** con el Gobierno del PSOE presidido por Zapatero fueron progresivos, la media era del 5%, pero para los facultativos estaban cercanos al 9 o 10%. Luego vinieron los **recortes de 2012** con el gobierno del PP presidido por Rajoy a los que se sumaron los **recortes adicionales de las diferentes CCAA**, que fueron diferentes y distintos entre las mismas, en el caso de Andalucía, con el gobierno del PSOE presidido por Griñán y Aguayo al frente de la Consejería de Hacienda (ambos condenados por el Supremo en el caso ERE), estos recortes adicionales fueron especialmente contundentes con los médicos, bajo la carrera, las guardias, complemento específico... De estos recortes aún no se ha recuperado prácticamente nada, con excepción de las 35 horas en Andalucía y en algunas otras CCAA, no en todas, el específico en las extras y muy poco más. Especialmente injusto y discriminatorio es el **recorte en las extras**, en las que el sueldo base se recorta un 40% y es inferior al de enfermería y los trienios tienen un gran recorte y queda similar a enfermería.

Es necesario volver a los importes de todos los conceptos de mayo de 2010 y aplicarles los diferentes incrementos retributivos porcentuales lineales, pues de

otra forma **los médicos y resto de facultativos jamás recuperaran los importantes recortes que sufrieron un sueldo**. Desde junio de 2010 se han producido seis años con los sueldos congelados, incluso el gobierno de Zapatero, lo congelo un año para los pensionistas y luego se produjeron los siguientes incrementos porcentuales lineales: En el año 2016 el 1%, en el año 2017 el 1,75%, en 2018 el 2,5%, en 2019 el 2,5%, en 2020 el 2%, en 2021 el 0,9%, en 2022 el 3,5% y en 2023 el 2,5% y un incremento adicional sujeto a condiciones que muy posiblemente no se producirán.

Pues bien, los médicos en las diferentes CCAA tenían las siguientes retribuciones fijas anuales en el año 2019 y 2023 (aún provisional), como podemos observar en la tabla y el gráfico siguientes, **las diferencias son muy importantes** y además al no deflactar las tablas de IRPF cada subida del importe bruto, supone un incremento en la retención y las retribuciones netas se incrementan en mucha menos cuantía. En los médicos que inician su labor asistencial del importe bruto de las subidas salariales, el 37% o más va directamente a Hacienda mediante el incremento en un punto o más de la retención del total de la nómina.

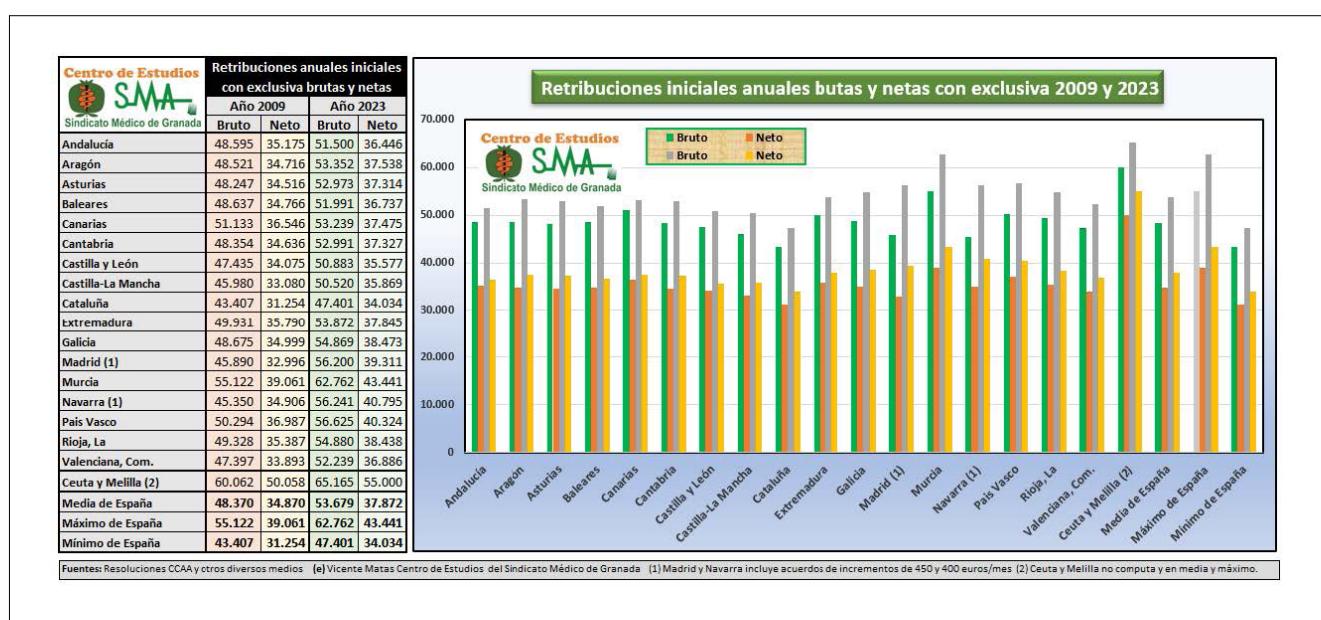


Figura 14.

En Andalucía el incremento en estos catorce años ha sido del 5,98% y sin embargo el incremento neto se queda en un ridículo 3,61%, en el caso de la media de los dieciocho Servicios de salud, el incremento en el bruto ha sido del 11,04% y el incremento neto ha sido del 8,64%.

Los mayores incrementos los presentan Madrid y Navarra; en el caso de Madrid, con el incremento lineal en el acuerdo de 450 euros/mes, incluidas extras con el 33,47% en ingresos brutos y en ingresos netos y en el caso de Navarra con el incremento lineal por acuerdo de 400 euros/mes en ingresos brutos el incremento es del 24,42% y en ingresos netos del 16,87%.

Sería justo que en Andalucía y el resto de CCAA se produjeran incrementos lineales de este nivel para recuperar una gran parte de los recortes de 2010 y 2012.

Los recortes fueron muy progresivos y en ese momento se entendió y resultaba posiblemente fue necesario, recortar más a los sueldos más altos y recortar menos o no recortar a los sueldos más bajos; **pero pasada la crisis debieron revertirse esos recortes asimétricos y progresivos** para partir de los importes de mayo de 2010 y a partir de esas cantidades aplicar los incrementos porcentuales lineales.

Como no se hizo así, **las pérdidas han sido muy importantes** y llegan hasta un máximo de 5.178 euros/año (el 21,1%), con una media de 2.875 (el 6,9%). En el caso de Andalucía la perdida es de 4.607 euros (el 11,2%). Pero como hemos visto antes, según el INE, desde enero de 2009 a febrero de 2023 el IPC se ha incrementado en un 29,8% y por tanto la **pérdida de poder adquisitivo** para los médicos ha sido muy importante, la máxima es de 9.975 euros/año (el 21%), la media de 7.532 (el 16,2%) y el mínimo de 3.517 euros/año (el 8,2%), este mínimo se da en Madrid, debido al incremento de 450 euros/mes que lo hemos incluido anualizado.

CONCLUSIONES FINALES

En resumen **los médicos de Andalucía han estado en muchos años en los últimos lugares** por el complemento de incompatibilidad y por el importe de la hora de guardias, desde el año 2020 **se ha avanzado hasta estar en torno a la media**, pero **hay mucho camino que recorrer** y sobre todo hay médicos que no les afecta el complemento de compatibilidad, sin guardias y es necesario un incremento que afecte a estos profesionales y haga posible que **se gane competitividad con relación a otras CCAA y con los países de nuestro entorno** y la mayoría de los MIR que terminen en mayo próximo, que como máximo pueden ser 1.096, de ellos un máximo de 360 de Medicina de Familia y un máximo de 69 de Pediatría, se queden.

En Atención Primaria **hay que aumentar de forma importante las plazas de Médicos de Familia y Pediatras** para disminuir los cupos y las cargas de trabajo, como una forma de **mejorar las condiciones** del ejercicio de la profesión y **hacer más atractiva la Atención Primaria** para los nuevos especialistas. El incremento de plazas de médicos de AP, sería muy inferior a los 7.000 enfermeros que según nuestra Consejería se ha incrementado la plantilla, posiblemente con 1.000 plazas puede ser suficiente, una vez creadas las plazas se pueden ofertar a los nuevos especialistas y convocar oposiciones para ocuparlas de forma definitiva.

Tanto en España como en Andalucía **es necesario invertir más en Sanidad Pública** y en Atención Primaria se debe llegar al 20% del presupuesto sanitario público lo antes posible y al 25% como horizonte de futuro.

Andalucía invirtió en el año 2020, según el Ministerio de Sanidad el 17,7%, para este año desde la Consejería se habla del 25% pero, habrá que verlo en el informe del Ministerio en 2025.

Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada	Pérdida por recortes y poder adquisitivo						Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada	Pérdida por recortes y poder adquisitivo						
	Pérdida recortes			Pérdida IPC (29,8%)				Pérdida recortes			Pérdida IPC (29,8%)			
	Neto	Dif.	%	Neto	Dif.	%		Neto	Dif.	%	Neto	Dif.	%	
Andalucía	41.053	-4.607	-11,2%	45.658	-9.211	-20,2%	Galicia	40.848	-2.375	-5,8%	45.429	-6.956	-15,3%	
Aragón	40.517	-2.978	-7,4%	45.061	-7.522	-16,7%	Madrid (1)	38.510	802	2,1%	42.829	-3.517	-8,2%	
Asturias	40.283	-2.969	-7,4%	44.801	-7.487	-16,7%	Murcia	45.588	-2.147	-4,7%	50.701	-7.260	-14,3%	
Baleares	40.575	-3.838	-9,5%	45.126	-8.389	-18,6%	Navarra (1)	40.738	57	0,1%	45.308	-4.513	-10,0%	
Canarias	42.652	-5.178	-12,1%	47.136	-9.961	-21,0%	País Vasco	43.167	-2.813	-6,6%	48.009	-7.685	-16,0%	
Cantabria	40.424	-3.097	-7,7%	44.958	-7.631	-17,0%	Rioja, La	41.300	-2.863	-6,9%	45.933	-7.495	-16,3%	
Castilla y León	39.769	-4.191	-10,5%	44.229	-8.652	-19,6%	Valenciana, Com.	39.557	-2.671	-6,8%	43.953	-7.108	-16,2%	
Castilla-La Mancha	38.607	-2.738	-7,1%	42.937	-7.068	-16,5%	Medias, máximo y mínimos por recortes y perdida poder adquisitivo por IPC							
Cataluña	36.477	-2.443	-6,7%	40.568	-6.534	-16,1%	Media de España	41.681	-2.857	-6,9%	46.356	-7.532	-16,2%	
Ceuta y Melilla	58.422	-3.423	-5,9%	64.975	-9.975	-15,4%	Máximo de España	58.422	-5.178	-12,1%	64.975	-9.975	-21,0%	
Extremadura	41.770	-3.925	-9,4%	46.455	-8.610	-18,5%	Mínimo de España	36.477	802	2,1%	40.568	-3.517	-8,2%	

Fuentes: Resoluciones CCAA y otros medios (e) V. Matas Centro Estudios Sindicato Médico Granada (1) Madrid y Navarra incluye acuerdos de incrementos de 450 y 400 euros/mes

Figura 15.

Por otro lado, **durante muchos años Andalucía ha sido la última en inversión por habitante y año**, esto se está corrigiendo paulatinamente, en los presupuestos iniciales de 2022 ya estamos por delante de tres CCAA, pero **es necesario seguir incrementando la inversión de forma más rápida**.

Las retribuciones en Andalucía aún son bajas, las diferencias con otros Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas importantes y los grandes recortes continúan, necesitamos una rectificación es urgente. Es una medida esencial equiparar urgentemente la retribuciones básicas de los médicos especialistas de Atención Primaria a las retribuciones de los médicos de especialidades hospitalarias, en idéntica cuantía total. La diferencia retributiva, de más de 9.000 euros anuales, afecta gravemente, desprestigia y desincentiva.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Matas Aguilera V. Evolución histórica de las retribuciones de los médicos de Andalucía con relación a España. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 29-37



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

MÉDICOS DE FAMILIA EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA

Jorge Fernández Parra¹; María Pedrosa Arias²

- Presidente del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)
- Vocal de Atención Primaria Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 39-41

Se ha realizado una muestra personalizada en la provincia de Granada que sirve como introducción a las encuestas con carácter general realizadas a los colegiados andaluces de Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría.

Hay pocos datos sobre el desarrollo profesional de los residentes de familia que finalizan su especialidad. Con este motivo el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos ha elaborado una encuesta que se presenta en un documento adjunto.

Como complemento, el Colegio de Médicos de Granada ha realizado un estudio sobre la situación actual de los médicos de familia que finalizaron su residencia desde el año 2016 al año 2020 en nuestra provincia.

El **objetivo principal** de este estudio es conocer la situación profesional actual de aquellos médicos de familia que finalizaron su periodo de formación de la especialidad en los años 2016 a 2020. Para ello se ha tenido en cuenta la situación actual de estos médicos de familia en el Colegio y se ha contactado telefóni-

camente con los que no están colegiados en nuestra provincia. La muestra la componen 190 médicos que finalizaron la residencia de medicina de familia en Granada entre los años 2016-2020 y que han podido ser contactados por el Colegio.

RESULTADOS

Actualmente la mayoría de los residentes de familia que han finalizado la residencia trabajan en atención primaria (45%) (figura 1). Un 42% trabaja en Urgencias Hospitalarias. Sólo el 5% han realizado una segunda especialidad. Un 3% trabajan de forma exclusiva en el ejercicio privado.

Año	Número de residentes de familia colegiados en COMG	Contactados por el Colegio
2012-2016	43	33
2013-2017	41	35
2014-2018	45	41
2015-2019	44	38
2016-2020	45	43
Total	218	190

Tabla 1.

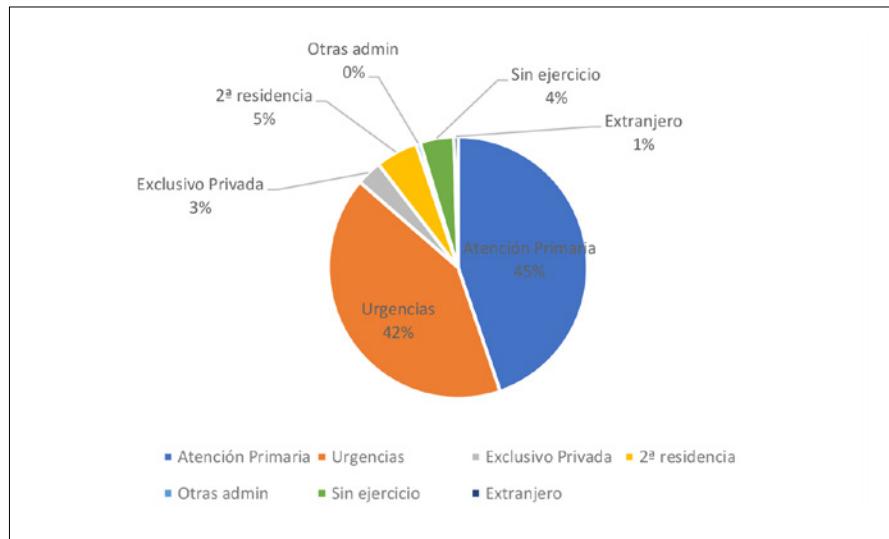


Figura 1. Ejercicio profesional al finalizar la residencia de medicina familia (años 2016-2020).

En la evolución a lo largo de los años observamos cambios. A partir de la promoción que finaliza en el año 2019 observamos que la mayoría de los residentes eligen el ejercicio en los centros de salud, mientras que en las promociones anteriores la elección prioritaria eran las urgencias (figura 2).

Una de las cuestiones que también se plantea, es el lugar geográfico en que ejercen los residentes de familia cuando realizan su ejercicio en Atención Primaria

(figura 3). En este sentido podemos afirmar que los médicos de familia deciden ejercer de forma mayoritaria en Granada y en Andalucía.

Son pocos los que van hacia otras comunidades, siendo anecdótico el ejercicio en el extranjero.

Todavía es mayor el número de médicos que deciden ejercer en las urgencias hospitalarias /EPES en Granada y Andalucía (figura 4).

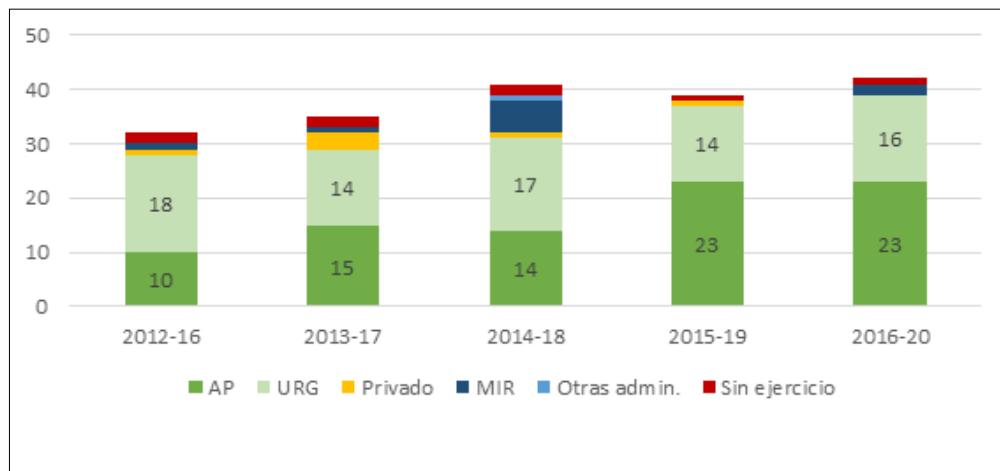


Figura 2. Ejercicio profesional al finalizar la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

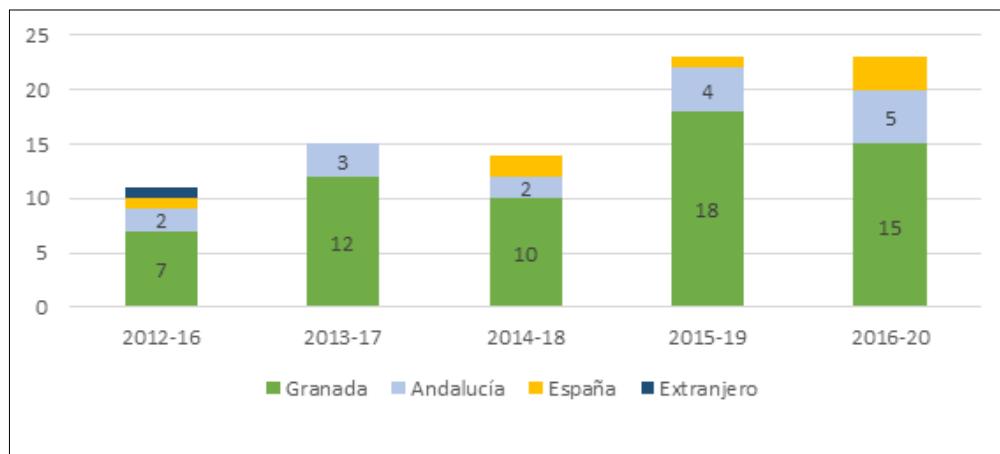


Figura 3. Distribución geográfica del ejercicio en Atención Primaria.

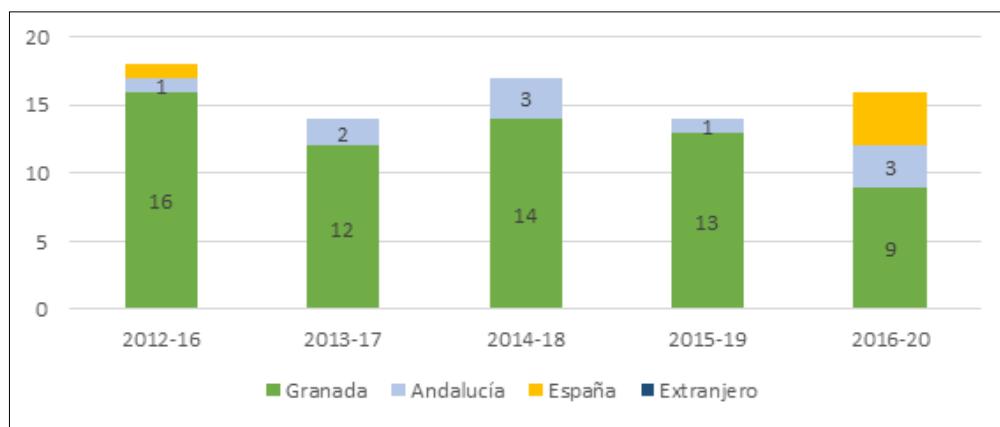


Figura 4. Distribución geográfica del ejercicio de las urgencias hospitalarias/EPES.

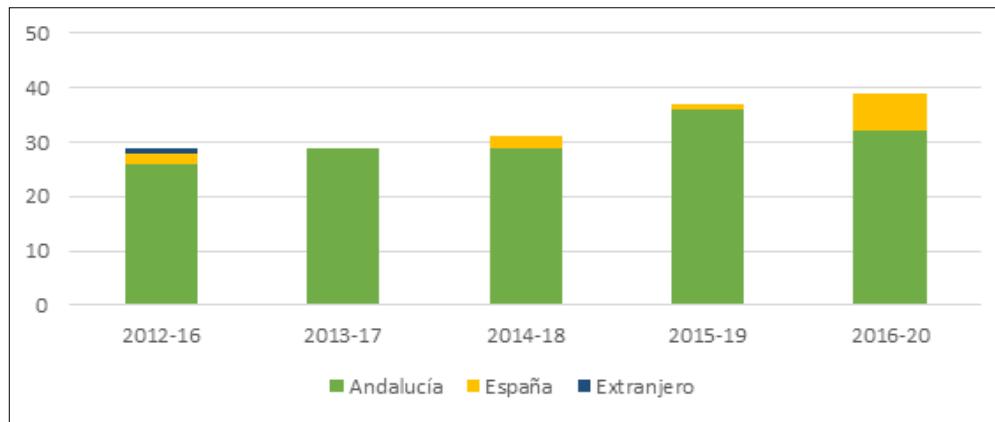


Figura 5. Ejercicio profesional de los médicos de familia que finalizaron su formación en Granada.

En resumen, los médicos de familia deciden trabajar en Granada y Andalucía al finalizar su formación en medicina familiar y comunitaria, independientemente de elegir ejercer en atención primaria o en urgencias (figura 5). Sin embargo, en el año 2020 hubo un incremento de médicos que decidieron trabajar fuera de Andalucía respecto a lo ocurrido en años anteriores.

Son pocos los residentes que deciden realizar otra especialidad al finalizar su periodo de formación. Fueron 1 en 2012-2016, 1 en 2013-2017, 6 en 2014-2018 y 2 en 2016-2020. En 2015-2019 ningún residente está realizando otra especialidad, según los datos recogidos.

De igual forma, sólo 1 residente de la promoción 2014-2018 trabaja en otras administraciones y sólo 1 residente de la promoción 2012-2016 trabaja fuera de España.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

CONCLUSIONES MÉDICOS DE FAMILIA EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA

1. Los médicos de familia deciden trabajar en Centros de Salud en mayor proporción que en urgencias. Hay una tendencia a elegir Atención Primaria por encima de urgencias en los últimos años.
2. Los médicos de familia eligen trabajar en Granada y Andalucía, tanto si trabajan en atención primaria como en urgencias.
3. No hemos observado una fuga de médicos al extranjero.
4. Son pocos los residentes que realizan otra especialidad (5%). También son pocos los médicos que ejercen de forma exclusiva en la medicina privada (3%). Habría que profundizar en el 4% que actualmente no tienen ejercicio.

Como limitación a este estudio está el no haber podido tener respuesta de 28 médicos que se colegiaron en nuestro Colegio y que no han contestado a los requerimientos realizados.

Si desea citar nuestro artículo:

Fernández Parra J, Pedrosa Arias M. Médicos de familia en el Colegio de Médicos de Granada. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 39-41



www.actualidadmedica.es

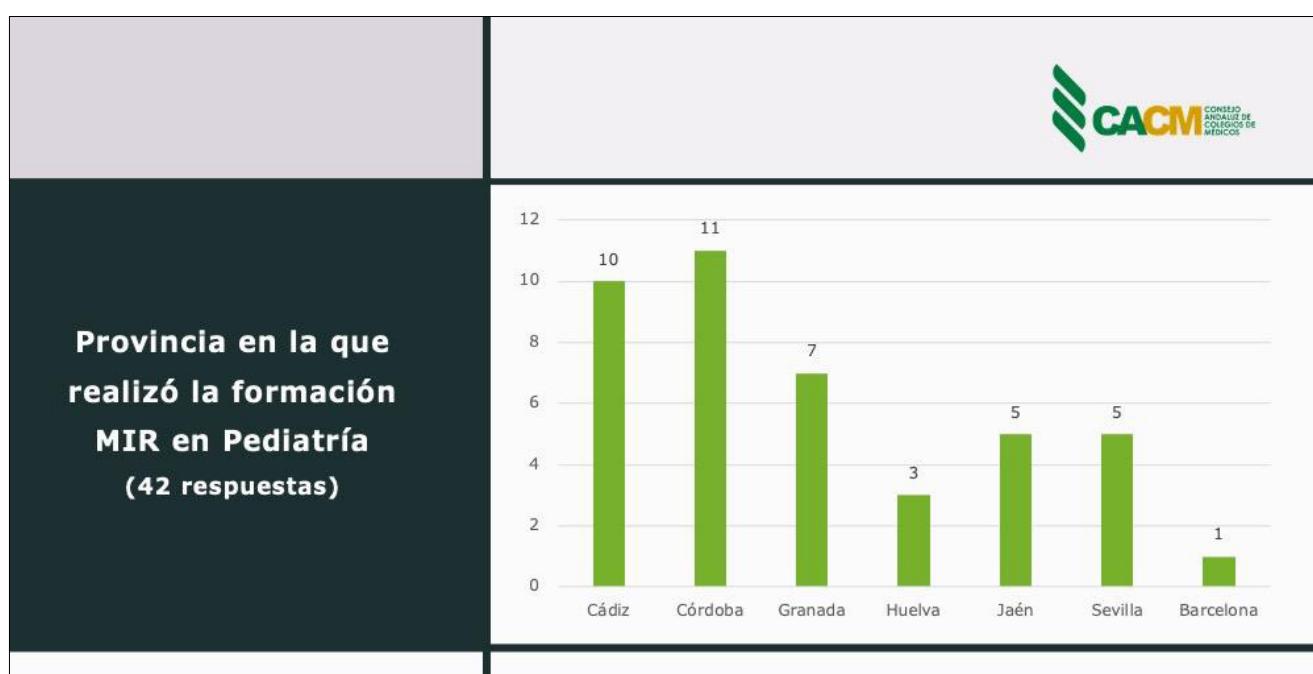
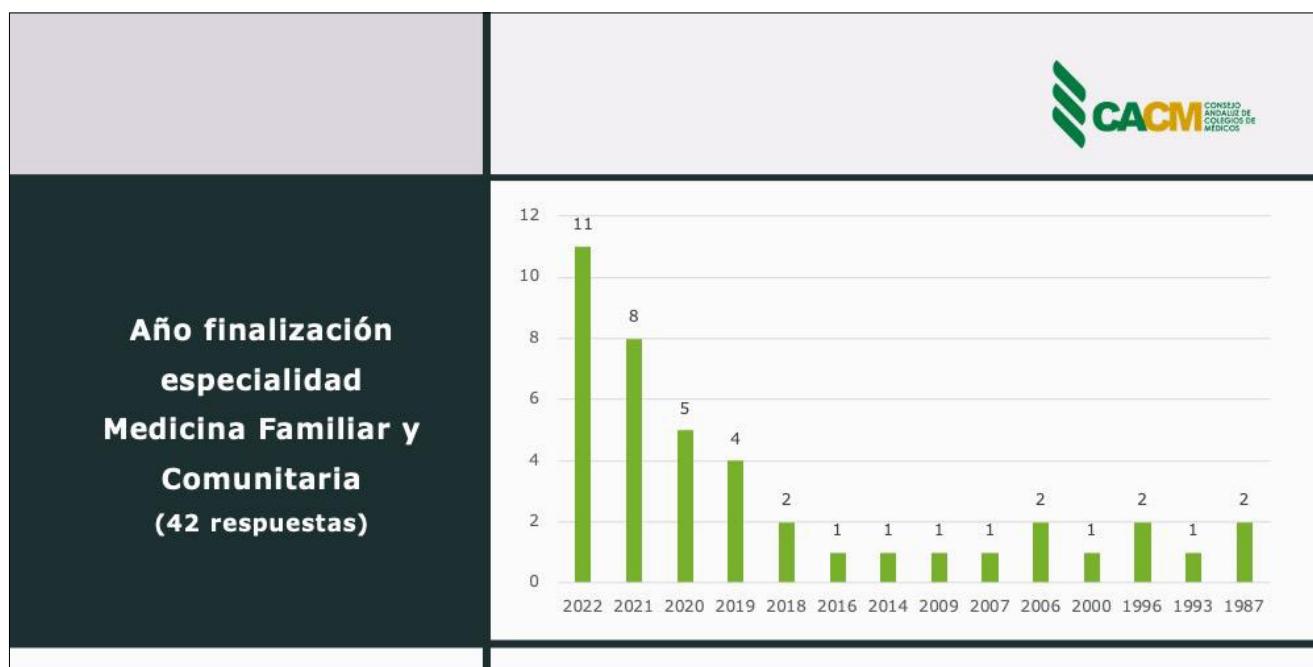
S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

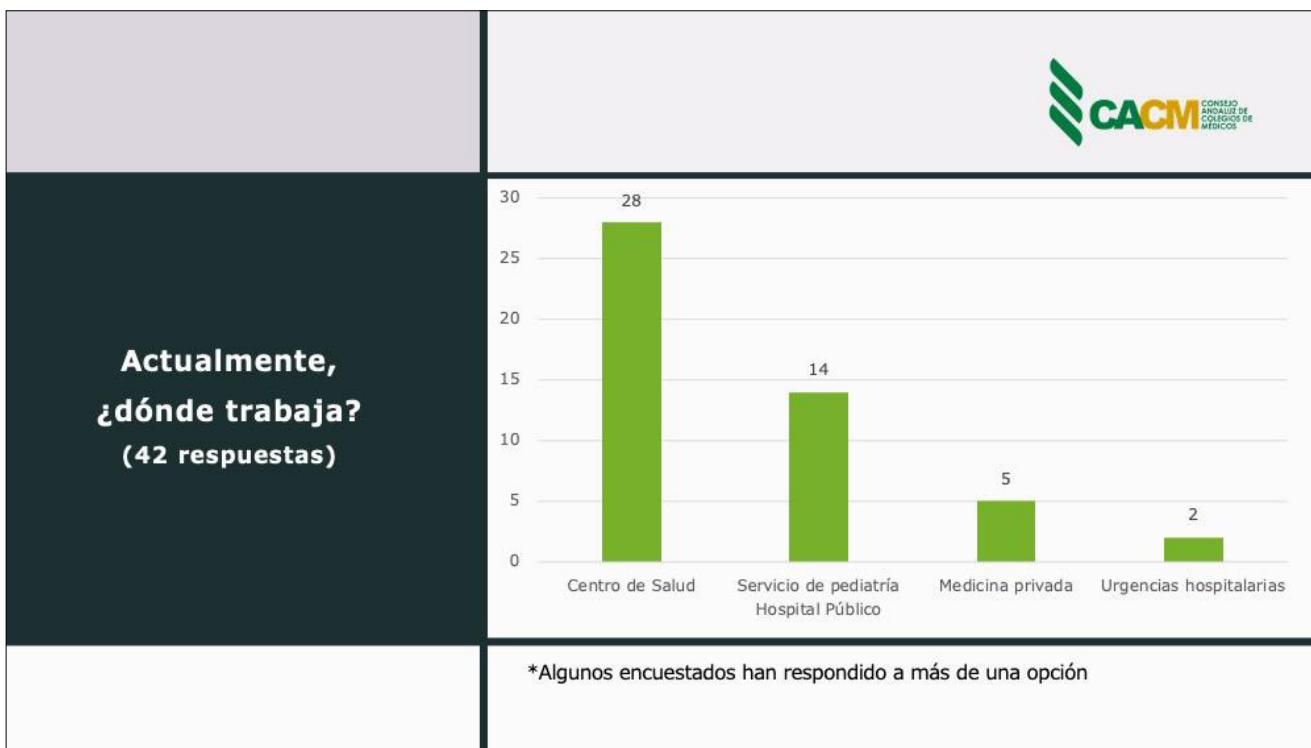
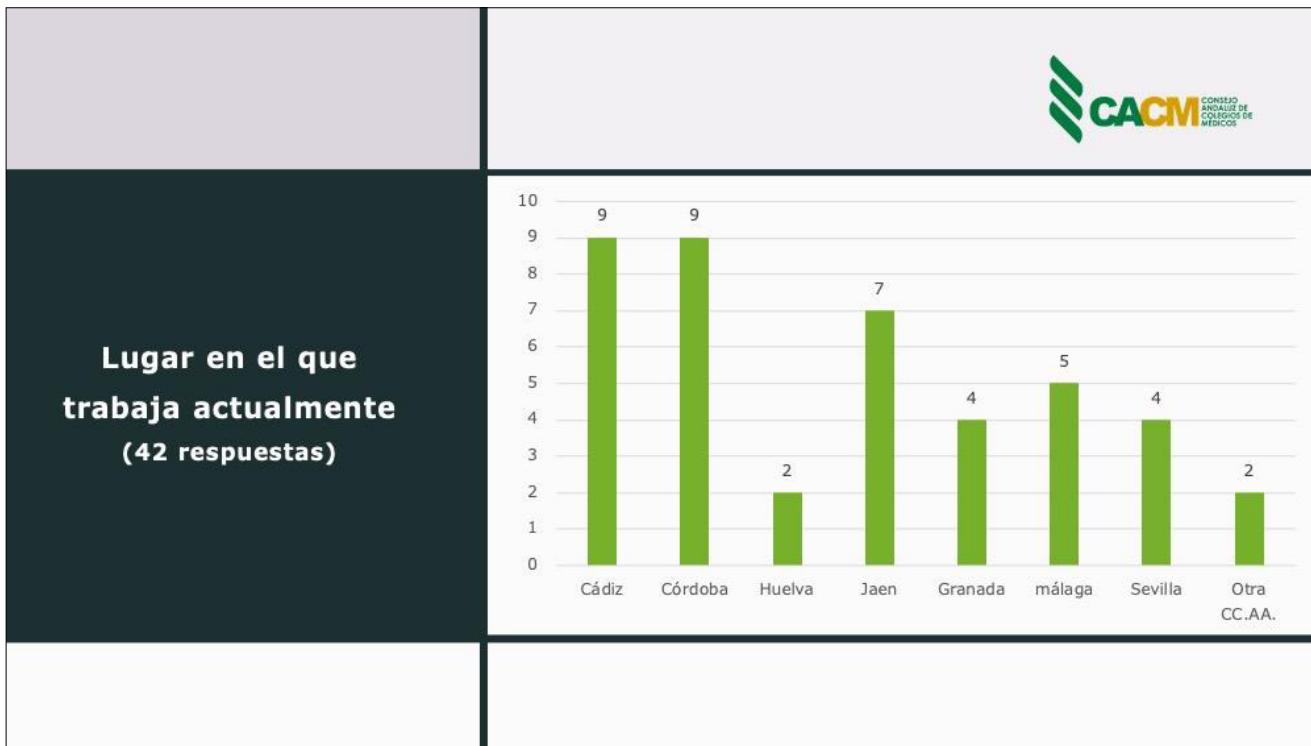
ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA QUE ACABARON SU RESIDENCIA ENTRE 2019 Y 2022

Manuel Pérez Sarabia¹; Eva María Repetto Montero²; María Conde Alcañiz²

1. Secretario General Técnico - Letrado Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)
2. Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 43-44





CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Pérez Sarabia M, Repetto Montero EM, Conde Alcañiz M. Encuesta a médicos especialistas en pediatría que acabaron su residencia entre 2019 y 2022. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 43-44

ENCUESTA A MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MFYC QUE ACABARON SU RESIDENCIA ENTRE 2019 Y 2022

Manuel Pérez Sarabia¹; Eva María Repetto Montero²; María Conde Alcañiz²

1. Secretario General Técnico - Letrado Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)
2. Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM)

Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 45-48

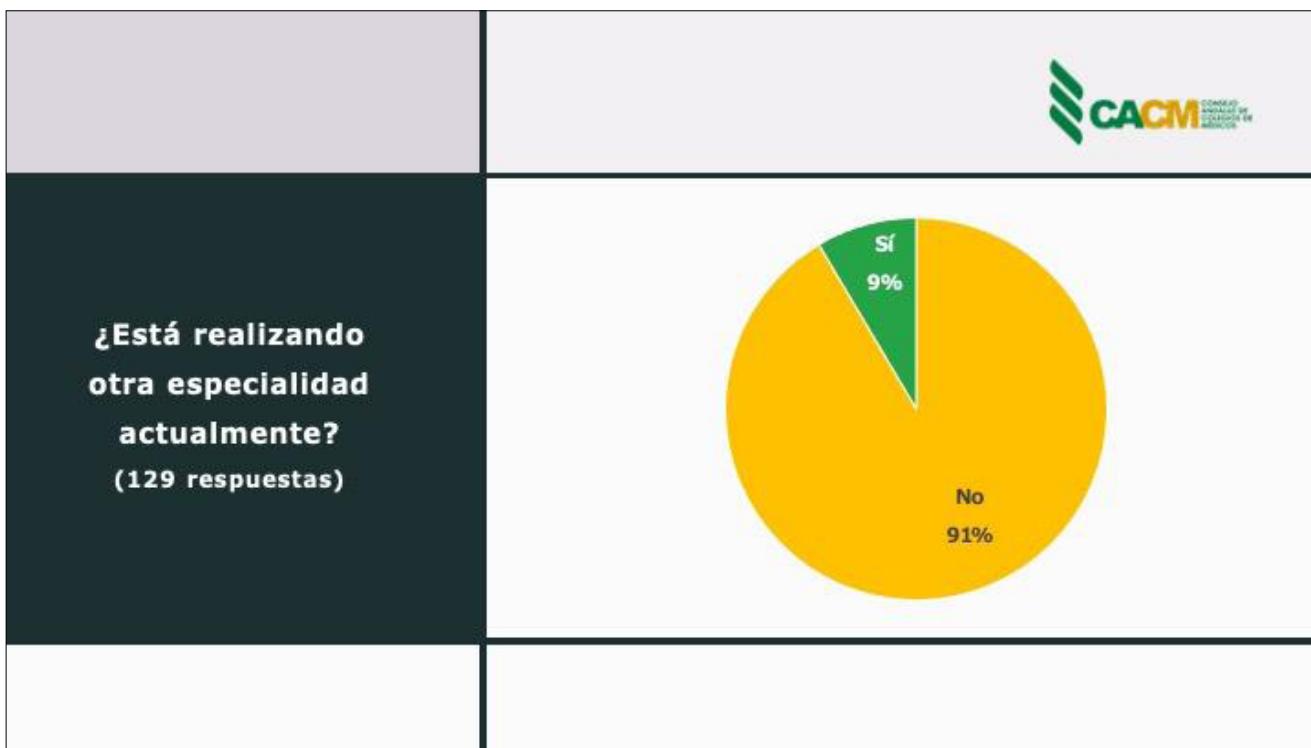
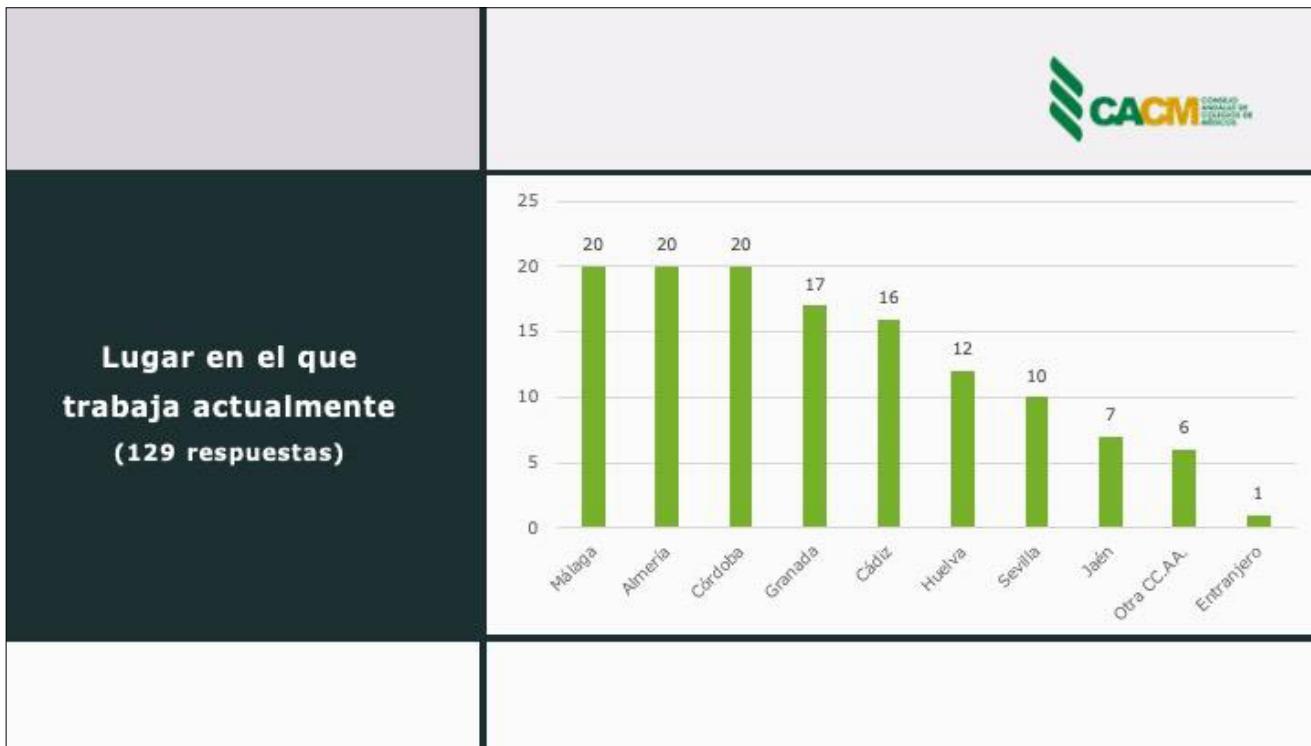


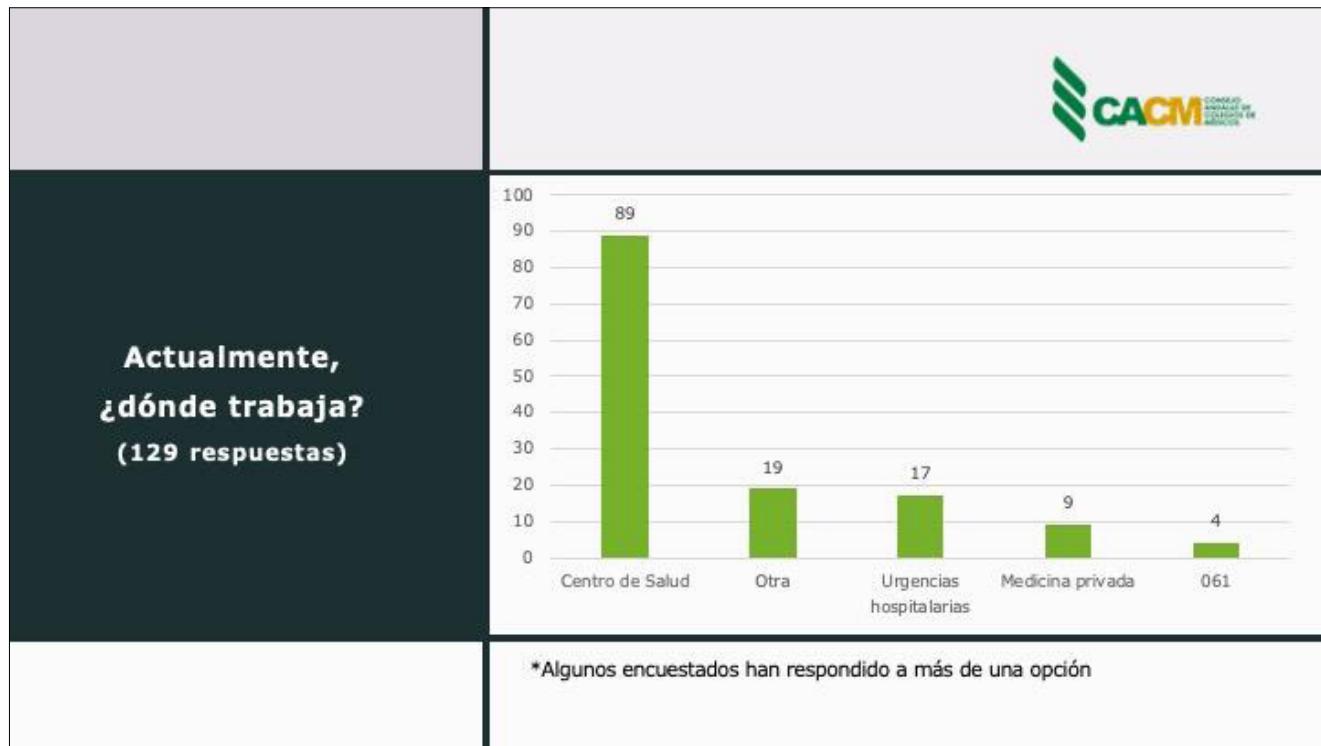
Año finalización especialidad Medicina Familiar y Comunitaria (129 respuestas)	Número de especialistas			
	2025	2023	2012	1998
	2	1	1	1
	23	1	1	2
	15	2	2	3
	27	1	2	1
	12	1	2	2
	5	2	2	1
	3	2	2	1
	2	2	3	1
	1	2	5	1
	4	1	1	2



Provincia en la que realizó la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria (129 respuestas)	Número de especialistas	
	Almería	Cádiz
	17	16
	22	21
	9	10
	10	16
	9	17

Provincia en la que realizó la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria (129 respuestas)	Número de especialistas	
	Palencia	1
	Valencia y Cádiz	1
	Melilla	1
	Las Palmas de Gran Canaria	1
	Alicante	1
	León	1
	Baleares	1
	Cantabria	2





CONCLUSIONES

En cuanto a los motivos a iniciar la formación MIR en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, los médicos han destacado la formación integral y la visión del paciente en su conjunto y en su entorno, el enfoque biopsicosocial de la persona completa, así como la cercanía el seguimiento del paciente con conocimiento sobre multitud de patologías.

Han destacado la importancia de conocer al paciente en su entorno familiar y coordinar su asistencia, acompañándolos y dándoles calidad de vida, estar a la cabecera del paciente y trabajar con la comunidad, y con amplias posibilidades de desempeñar la medicina siendo una de las especialidades más completas y cargada de vocación para la prevención y el abordaje de los problemas de salud de una forma transversal.

Por todo ello se coincide en general que no se deben contratar médicos sin especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria al igual que no se hace en otras especialidades, porque esto rompe la ilusión y las ganas de ser médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria que es esencial para tratar los problemas de las personas en su entorno, como una medicina que está al lado de la persona y en contacto con la población siendo un referente a nivel familiar y comunitario, y que además hace una atención a domicilio con diagnóstico y tratamiento de los estadíos iniciales de las enfermedades, una importante labor de prevención de patologías más graves, y ayu-

dando al paciente frágil y crónico, indicando que es una especialidad que cree en la medicina.

En cuanto a la pregunta de por qué no están trabajando en un centro de salud, los médicos de familia han desarrollado su respuesta en torno a la saturación constante y no poder desarrollar su profesión por el paciente, sin poder hacer una buena medicina como le gustaría.

También refieren la poca oportunidad y estabilidad de contratos y el excesivo papeleo y carga burocrática que da sensación de poca realización profesional y poco reconocimiento como dando la sensación de una mano de obra barata donde lo que importa son los números y no la mejor atención al paciente.

También se pone de manifiesto la necesidad de educación a la ciudadanía en salud, donde en ocasiones se acude por consultas banales y se tienen que sufrir faltas de respeto y falta de valoración. Se les está exigiendo a los médicos de familia más labores administrativas y burocráticas con menos medios, lo cual es inconcebible sanitariamente.

En cuanto a la opinión sobre la especialidad durante el periodo formativo los médicos consideran que faltan recursos y es un gran error enfocar la Atención Primaria para suplir las carencias del sistema. Si bien es unidades docentes muy bien organizadas es necesario apoyar a los médicos tutores y no utilizar a los residentes para eliminar la presión asistencial, no debiéndose contratar médico sin especialidad o darles interinidades por encima de los médicos de familia y, por contra, debe de valorarse el

periodo de formación de especialidad como Médico de Familia en las bolsas de empleo con puntuaciones realzando la importancia de esta especialidad que hace un abordaje multidisciplinar del paciente.

Por otro, lado aunque en general se reconoce un buen periodo formativo, sí se reivindica que en determinadas especialidades es muy escasa la formación y debe de potenciarse una formación adecuada en todas. Se debe disminuir o eliminar la burocracia y el papeleo y las labores administrativas, y mejorar el reconocimiento de los médicos, quitándole labores que no sean las asistenciales al paciente. Es necesario reforzar la atención médica de familia por seguridad del paciente y evitar proyectos sanitarios donde lo importante pudiera ser atender un gran número de pacientes independientemente de la capacidad de tiempo y atención de calidad. En sentido con la anterior es muy importante potenciar un espacio investigador mínimo, y hacer una gestión, con mejores retribuciones, contratos así como disminución radical del papeleo y la burocracia. Siendo muy importante en todo esto los médicos tutores, nuevamente, para transmitir la vocación en todos estos aspectos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Pérez Sarabia M, Repetto Montero EM, Conde Alcañiz M. Encuesta a médicos especialistas en MFyC que acabaron su residencia entre 2019 y 2022. Actual Med. 2023; 108(819). Supl1: 45-48

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA

NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

ACTUALIDAD MÉDICA es una revista centenaria (www.actualidadmedica.es) de ámbito científico nacional e internacional que publica artículos de investigación clínica o básica, artículos de docencia y de opinión, cartas al editor, editoriales y comentarios en relación con las enfermedades y patologías que afectan al ser humano fundamentalmente en el ámbito de la medicina interna y otras especialidades médica-quirúrgicas.

Es la revista oficial de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, edita 3 números al año, y acepta manuscritos en español e inglés. Tiene una versión impresa (español) y otra versión *on line* (español o inglés).

RESPONSABILIDADES Y ASPECTOS ÉTICOS EN LA PUBLICACIÓN

ACTUALIDAD MÉDICA considera que la negligencia en investigación o en publicación es una infracción ética seria y tratará este tipo de situaciones de la manera necesaria para que sean consideradas como negligencia. Es recomendable que los autores revisen el *Committee on Publication Ethics (COPE)* y el *International Committee of Medical Journal Editors* para mayor información a este respecto.

La revista **ACTUALIDAD MÉDICA** no acepta material previamente publicado. El plagio y el envío de documentos a dos revistas por duplicado se consideran actos serios de negligencia. El plagio puede tomar muchas formas, desde tratar de publicar trabajos ajenos como si fueran propios, copiar o parafrasear partes sustanciales de otro trabajo (sin atribución), hasta reclamar resultados de una investigación realizada por otros autores. El plagio, en todas sus formas posibles, constituye un comportamiento editorial no ético y, por tanto, se considera inaceptable. El envío/publicación duplicada ocurre cuando dos o más trabajos comparten la misma hipótesis, datos, puntos de discusión y conclusiones, sin que estos trabajos hayan sido citados mutuamente uno a otro.

INVESTIGACIÓN HUMANA Y ANIMAL

Toda información identificativa no deberá ser publicada en declaraciones escritas, fotografías o genealogías. Asimismo, no se podrán revelar nombres de pacientes, iniciales o números de historia clínica en materiales ilustrativos. Las fotografías

de seres humanos deberá ir acompañadas de un consentimiento informado de la persona y que dicha persona revise el manuscrito previo a su publicación, en el caso de que dicho paciente pueda ser identificado por las imágenes o los datos clínicos añadidos en dicho manuscrito. Los rasgos faciales no deben ser reconocibles. El Comité Editorial puede requerir a los autores añadir una copia (PDF o papel) de la aprobación de un Comité de Ética en el caso de trabajos con experimentación animal o ensayos clínicos (pacientes, material de pacientes o datos médicos), incluyendo una traducción oficial y verificada de dicho documento. Se debe especificar en la sección ética que todos los procedimientos del estudio recibieron aprobación ética de los comités de ética relevantes correspondientes a nivel nacional, regional o institucional con responsabilidad en la investigación animal/humana. Se debe añadir igualmente la fecha de aprobación y número de registro. En caso de que no se hubiera recibido la aprobación ética, los autores deberán explicar el motivo, incluyendo una explicación sobre la adherencia del estudio a los criterios propuestos en la Declaración de Helsinki. (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

AUTORÍA

Todos los datos incluidos en la presentación de un manuscrito deben ser reales y auténticos. Todos los autores incluidos deben haber contribuido de forma significativa a la elaboración del documento, así como tiene la obligación de facilitar retracciones o correcciones, si fuera necesario, cuando se encuentren errores en el texto.

En el caso de artículos de investigación original y artículos docentes, se recomienda un máximo de 6 autores, aunque se aceptan sugerencias concretas para más de 6 autores. Para otros tipos de manuscritos, 4 autores será considerado un número aceptable. Cada autor deberá especificar cómo desea que se cite su nombre (i.e., solo el primer apellido, los dos apellidos o unir ambos apellidos con guión). En caso de ser necesario, se requerirá que cada autor especifique el tipo y grado de implicación en el documento.

REVISIÓN CIEGA POR PARES

ACTUALIDAD MÉDICA publica documentos que han sido aceptados después de un proceso de revisión

por pares. Los documentos enviados serán revisados por revisores ciegos que no tendrán ningún tipo de conflicto de interés con respecto a la investigación, a los autores y/o a las entidades financiadoras. Los documentos serán tratados por estos revisores de forma confidencial y objetiva. Los revisores podrán indicar algunos trabajos relevantes previamente publicados que no hayan sido citados en el texto. Tras las sugerencias de los revisores y su decisión, los editores de la revista tienen la autoridad para rechazar, aceptar o solicitar la participación de los autores en el proceso de revisión. Tanto los revisores como los editores no tendrán conflicto de interés con respecto a los manuscritos que acepten o rechacen.

LICENCIAS

En el caso de que un autor desee presentar una imagen, tabla o datos previamente publicados, deberá obtener el permiso de la tercera parte para hacerlo. Este permiso deberá estar reflejado por escrito y dirigido a la atención del editor de la revista *ACTUALIDAD MÉDICA*. En caso de que una institución o patrocinador participe en un estudio, se requiere de forma explícita su permiso para publicar los resultados de dicha investigación. En caso de presentar información sobre un paciente que pueda revelar su identidad, se requiere el consentimiento informado de dicho paciente por escrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de un manuscrito son responsables de reconocer y revelar cualquier conflicto de intereses, o potencial conflicto de intereses, que pueda sesgar su trabajo, o pudiera ser percibido como un sesgo en su trabajo, así como agradecer todo el apoyo financiero y colaboraciones personales. *ACTUALIDAD MÉDICA* se adhiere a las directrices del *International Committee of Medical Journal Editors*, que está disponible en <http://www.icmje.org>, incluyendo aquellas de conflicto de intereses y de autoría. Cuando exista conflicto de intereses, deberá ser especificado en la Página de Título. De igual forma, el impreso de Conflicto de Intereses (ver impreso) deberá ser rellenado, firmado por todos los autores y remitido al editor *ACTUALIDAD MÉDICA*. Los autores deberán mencionar el tipo de relación e implicación de las Fuentes financieras. Si no existe conflicto de intereses, deberá especificarse igualmente. Cualquier posible conflicto de intereses, financiero o de cualquier otro tipo, relacionado con el trabajo enviado, deberá ser indicado de forma clara en el documento o en una carta de presentación que acompañe al envío.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el último párrafo de la sección Material y Métodos, los autores deberán comentar que los pacientes incluidos en el estudio dieron su consentimiento a participar después de haber sido informados

de forma concienzuda acerca del estudio. El editor de *ACTUALIDAD MÉDICA*, si lo considera necesario, puede requerir la presentación de este consentimiento informado a los autores.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán ser remitidos por internet a través de la dirección www.actualidadmedica.es en el enlace de **Envío de Manuscritos**, debiéndose previamente registrar en dicha página y siguiendo las normas e instrucciones que aparecen en la misma. El texto del manuscrito (incluyendo primera página o página de título, resumen, cuerpo del artículo, agradecimientos y referencias) deberán incluirse en un único archivo. Las figuras y tablas deberán adjuntarse en archivos separados, usando un archivo para cada tabla o figura.

El envío de manuscritos a la revista a través de la plataforma disponible no conlleva ningún tipo de cargo de envío. La eventual aceptación de un manuscrito no conlleva ningún cargo por parte del autor para justificar la edición del mismo.

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE ARTÍCULO

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Se considerarán trabajos de investigación clínica o básica todos aquellos relacionados con la medicina interna y con aquellas especialidades médico-quirúrgicas que representen interés para la comunidad científica. Los tipos de estudios que se estiman oportunos son los estudios de casos controles, estudios de cohortes, series de casos, estudios transversales y ensayos controlados. En el caso de ensayos controlados deberán seguirse las instrucciones y normativas expresadas en CONSORT disponible en <http://www.consort-statement.org>, o en otros similares disponibles en la web.

La extensión máxima del texto será de 3000 palabras que deberán dividirse en las siguientes secciones: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. Además deberá incluir un resumen de una extensión máxima de 300 palabras estructurado en Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusiones. Se acompañará de 3 a 6 palabras clave, recomendándose para las mismas el uso de términos MeSH (Medical Subject Headings de Index Medicus/ Medline disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>) y de términos del Índice Médico Español. Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de palabras médicas le recomendamos consulten el *Diccionario de Términos Médicos* editado por la Real Academia Nacional de Medicina. En total se admitirán hasta 40 referencias bibliográficas siguiendo los criterios

Vancouver (ver más adelante). El número máximo de tablas y figuras permitidas será de 6. Una figura podrá estar a su vez formada por una composición de varias.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO ORIGINAL DE DOCENCIA

Se considerarán artículos docentes originales aquellos encaminados a mejorar y aportar nuevos datos sobre un enfoque práctico y didáctico de los aspectos docentes más importantes en las Ciencias de la Salud que ayuden a mejorar la práctica docente diaria.

La extensión máxima del texto será de 2500 palabras que deberá dividirse en los mismos apartados descritos con anterioridad para los Artículos Originales. Se acompañará de un resumen no estructurado de hasta 250 palabras. Se incluirán de 3 a 6 palabras clave. El número máximo de referencias será de 20. Se podrá acompañar de hasta 3 tablas o figuras en los casos precisos.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Son artículos que de forma sistemática intentan mostrar las evidencias más actuales sobre un tema de interés médico o médico-quirúrgico, tratando de establecer una serie de pautas a seguir en determinadas patologías. Los artículos de revisión podrán ser solicitados al autor de forma directa por parte del Comité Editorial (Editor y Editores Asociados) o bien remitidos de forma voluntaria por los autores. Los artículos de este tipo serán revisados por el Comité Editorial, por algún miembro del Comité Asesor/Científico y por Revisores externos.

La extensión máxima del artículo será de 4000 palabras divididas en una Introducción, Cuerpo o Síntesis de la revisión (podrán usarse los apartados y subapartados que se estimen oportunos) y Conclusiones. El resumen no tendrá que ser estructurado, con un máximo de 300 palabras; Se añadirán de 3 a 6 palabras clave. Se permitirán hasta 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas o figuras.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CASOS CLÍNICOS

Se permitirá la elaboración y envío de casos clínicos interesantes y que tengan un mensaje que transmitir al lector. No se contemplarán casos clínicos habituales sin interés para la comunidad científica. La longitud máxima de los casos será de 1500 palabras distribuidas en una Introducción, Caso Clínico y Discusión. El resumen tendrá una extensión máxima de 150 palabras y no necesitará ser estructurado. Se permitirá un máximo de 3 figuras o tablas. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CARTAS AL EDITOR

Los artículos incluidos en esta sección podrán ser comentarios libres sobre algún tema de interés médico o bien críticas a artículos recientemente publicados (últimos 6 meses) en la revista ACTUALIDAD MÉDICA. Se aceptarán de manera excepcional críticas o comentarios publicados en otras Revistas si tienen un interés médico evidente. La extensión máxima del texto enviado serán 500 palabras sin estructurar. No es necesario incluir resumen ni palabras clave. Se podrá incluir 1 figura o tabla acompañando a la carta. Como máximo se permiten 5 citas bibliográficas.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CRÍTICA DE LIBROS

En esta sección se permitirá la crítica y comentarios sobre un libro de ámbito médico o médico-quirúrgico en el que se destacarán los aspectos formales y científicos más importantes, así como las aportaciones fundamentales del mismo a la práctica clínica. Su extensión máxima será de 500 palabras. No es necesario resumen, palabras clave y no se permitirán tablas ni figuras, salvo la portada del libro. El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx)

CARACTERÍSTICAS FORMALES EN LA REDACCIÓN DEL MANUSCRITO

Cada trabajo, en función del tipo de artículo anteriormente expresado, deberá estar estructurado según se ha comentado anteriormente. De forma general los trabajos deberán ir escritos en folios tamaño DIN A4 con una letra 10, tipo *Times New*

Roman, con unos márgenes de 2.5cm y un interlineado de 1.5 con una justificación completa. Los artículos podrán enviarse en Español o Inglés, que son los dos idiomas oficiales de la revista.

Durante la elaboración del manuscrito podrán realizarse abreviaturas, previamente especificadas y aclaradas durante la primera aparición de la misma. Se recomienda uso de abreviaturas comunes en el lenguaje científico. No se permitirá el uso de abreviaturas en el título ni el resumen, únicamente en el cuerpo principal del manuscrito. Se deberá hacer especial hincapié en la expresión correcta y adecuada de las unidades de medida.

Se considera fundamental y norma editorial la elaboración de un manuscrito que siga las instrucciones anteriormente mencionadas en cuanto a la estructura de cada uno de los tipos de artículos. La estructura general de envío de los artículos será la siguiente:

Página inicial o Página de Título

- Deberá incluirse un Título sin más de 90 caracteres que sea lo suficientemente claro y descriptivo
- Nombre y Apellidos de los autores
- Indicar las Instituciones en las que Trabajan o proceden los autores
- Incluir el nombre completo, dirección, e-mail y teléfono del Autor para la Correspondencia
- Título breve: Sin superar los 50 caracteres
- Añadir el número de palabras sin incluir el resumen y el número de tablas y figuras si procede

Segunda página o Página de Resumen y palabras clave

Se deberá incluir un Resumen si procede según el tipo de manuscrito elegido, en el que deberá incluirse unos Objetivos (indicar el propósito del estudio de forma clara y breve), Métodos (indicando el diseño del estudio, pruebas realizadas, tipo de estudio, selección de pacientes y estudio estadístico), Resultados (los más significativos con su estudio estadístico correspondiente) y Conclusiones (énfasis en lo más importante de lo obtenido en el estudio). A continuación se incluirán de 3 a 6 palabras clave.

Tercera página o Página de Resumen y palabras clave en Inglés

Siguiendo las mismas recomendaciones anteriormente descritas pero en Inglés.

- Texto y Cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados
- Introducción: Se incluirán los antecedentes más importantes, así como los objetivos del estudio a realizar.
- Material y Métodos: Es la parte fundamental y más crítica del manuscrito. Es conveniente especificar el periodo de estudio, el tipo de población, el diseño del estudio, los procedimientos e instrumentos utilizados en el estudio, así como especificar los criterios de inclusión y de exclusión en el estudio. Deberá incluirse el tipo de estudio estadístico realizado según las características de las variables analizadas y estudiadas. Además se añadirá si cumple con los requisitos éticos del comité del centro donde se ha llevado a cabo el estudio.
- Resultados: Deben ser claros, concisos y bien explicados. Se intentará resumir parte de ellos en tablas para evitar confusión durante su lectura. Se recomienda no repetir información de las tablas o gráficos en el texto.
- Discusión: Deberán discutirse los resultados obtenidos con respecto a los datos existentes en la literatura de una forma clara y científicamente adecuada. Se evitará repetir comentarios o datos contemplados en los apartados anteriores en la medida de lo posible.
- Conclusiones: Se deberán destacar los aspectos más importantes de los datos obtenidos de forma breve y con mensajes directos
- Agradecimientos

Referencias o Bibliografía: Se incluirán las citas que el autor o autores hayan utilizado en la elaboración del manuscrito y quede constancia de ellas en el texto. Deberán ser ordenadas según su aparición en el texto y ser incluidas dentro del mismo entre paréntesis y con números arábigos. En general, se deberán referenciar siguiendo las normas Vancouver. Se expresan diferentes ejemplos a continuación para facilitar la labor de los autores. En caso de que su tipo de cita no aparezca entre los ejemplos le rogamos revise las normas Vancouver.

- Artículo: Deberán incluirse todos, a menos que haya más de 6, en cuyo caso se pondrán los tres primeros y et al. Ej: Nisengard R, Bascones A. *Invasión bacteriana en la enfermedad periodontal*. *Avodontotoestomatol*. 1987; 3: 119-33
- Suplemento de un volumen: Shen HM, Zhang KF. *Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer*. *Environ Health Perspect*. 1994; 102 Supl 1: 275-82.

- Suplemento de un número: *Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann ClinBiochem. 1995; 32 (Pt 3): 303-6.*
- Artículo en prensa: Deberá referenciarse igual que un artículo, pero añadiendo en la medida de lo posible el doi del artículo. Ej: *Arrabal-Polo MA, Arias-Santiago S, Arrabal-Martin M. What is the value of bone remodeling markers in patients with calcium stones? Urol Res. doi: 10.1007/s00240-012-0511-1*
- Libros: *Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984*
- Capítulo de libros: *Takey H, Carranza FA Jr. Treatment of furcation involvement and combined periodontal endodontic therapy. En Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Saunders: Philadelphia; 1984.*
- Editores o compiladores como autores: *Norman JJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.*
- Documento de Internet: *Donaldson L, May, R. Health implications of genetically modified foods [citado 1 de enero. 2013]. www.doh.gov.uk/gmfood.htm*

Tablas

Deberán realizarse siguiendo los mismos criterios en cuanto a tamaño y tipo de letra, así como interlineado. Cada tabla será incluida en una página en solitario y deberá ser numerada de forma correlativa a su aparición en el texto con números arábigos. Deberá llevar un título explicativo del contenido de la misma de manera clara y concisa. El formato de realización de las tablas será .doc o .docx.

Figuras

Tanto gráficos como fotografías, dibujos o esquemas se consideran figuras. Deberán numerarse según el orden de aparición en el texto. Cada una de las figuras llevará un título explicativo de las mismas, que deberá incluirse en el cuerpo principal del manuscrito tras las Referencias o Bibliografía. Cada figura deberá enviarse en un archivo individual principalmente en formato .tiff o .jpg con una calidad de al menos 300 dpi. Se añadirá además un pie de figura explicativo.

DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y PROCESO EDITORIAL

COPYRIGHT

La Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, como propietaria de la revista *ACTUALIDAD MÉDICA* será responsable de custodiar los derechos de autoría de cada manuscrito. Los autores serán requeridos a completar un documento en lo que concierne a derechos de autoría y la transferencia de estos derechos a la revista *ACTUALIDAD MÉDICA* (mirar documento). El autor corresponsal está obligado a declarar si alguno de los autores es empleado del Gobierno de Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos de América o si tiene algún tipo de relación contractual con estas instituciones. En el caso de que un autor sea empleado de Estados Unidos de América, deberá especificar el número de contrato, así como si la investigación ha recibido fondos de Estados Unidos.

La firma y acuerdo de copyright incluye:

- Responsabilidad y garantía del autor: El autor garantiza que todo el material enviado a *ACTUALIDAD MÉDICA* es original y no ha sido publicado por otra revista o en otro formato. Si alguna parte del trabajo presentado ha sido previamente publicada, deberá especificarse en el manuscrito. El autor garantiza que ninguno de los datos presentados infringe los derechos de terceras partes y autoriza a *ACTUALIDAD MÉDICA* a usar el trabajo si fuera necesario.
- Transferencia de derechos de uso: El autor transfiere a la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental todos los derechos concernientes al uso de cualquier material derivado del trabajo aceptado para publicación en *ACTUALIDAD MÉDICA*, así como cualquier producto derivado respecto a la distribución, transformación, adaptación y traducción, tal y como figura en el texto revisado de la Ley de Propiedad Intelectual.

Por tanto, los autores no estarán autorizados a publicar o difundir trabajos aceptados para publicación en *ACTUALIDAD MÉDICA* sin la expresa autorización escrita de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

PROCESO EDITORIAL Y REVISIÓN

Los manuscritos enviados son recibidos a través de un sistema de envío mediante página web y, una vez recibidos, *ACTUALIDAD MÉDICA* informará a los autores si el manuscrito es aceptado, rechazado o requiere de un proceso de revisión. El proceso de revisión comienza tras la recepción y una evaluación formal del Editor o Editores Asociados. Posteriormente, el manuscrito será enviado a un

mínimo de dos revisores externos o miembros del Consejo Rector o del Comité Científico sin que aparezca el nombre de los autores, datos personales ni filiación de los mismos para asegurar un proceso de revisión apropiado y objetivo. Una vez que el informe del revisor externo se ha recibido, el Comité Editorial emitirá una decisión que será comunicada a los autores. El primer proceso de revisión no durará más de dos meses. Si un manuscrito requiere cambios, modificaciones o revisiones, será notificado a los autores y se les dará un tiempo para que realicen dichos cambios. La cantidad de tiempo dependerá del número de cambios que se requieran. Una vez que la versión revisada sea enviada, los autores deberán resaltar los cambios realizados en un color diferente y adjuntar una carta de respuesta a los revisores donde se argumentan de forma clara dichos cambios realizados en el manuscrito.

El Comité Editorial de *ACTUALIDAD MÉDICA* se reserva el derecho de hacer cambios o modificaciones al manuscrito con el consentimiento y aprobación de los autores sin hacer cambios en el contenido. El objetivo de estos cambios será mejorar la calidad de los manuscritos publicados en la revista.

Tras la aceptación de un artículo, este será enviado a prensa y las pruebas serán enviadas al autor. El autor deberá revisar las pruebas y dar su aprobación, así como indicar cualquier error o modificación en un plazo de 48 horas. Pasado este tiempo, no se admitirán cambios en el contenido científico, el número o el orden de los autores.

En caso de que aparezca errores tipográficos u otros errores en la publicación final, el Comité Editorial junto con los autores publicarán una aclaración apropiada en el siguiente número de la revista.

En el caso extremo en que los autores insistieran en hacer cambios no autorizados antes de la publicación final del artículo o violar los principios previamente mencionados, el Comité Editorial de *ACTUALIDAD MÉDICA* se reserva el derecho de no publicar el artículo.

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento, los revisores recibirán un diploma reconociendo su contribución a *ACTUALIDAD MÉDICA* (requiere solicitud al Editor). El Comité Editorial y Científico añadirán nuevos revisores cada año y están siempre abiertos a las sugerencias de los revisores para mejorar la calidad científica de la revista.

POLÍTICA EDITORIAL Y PUBLICIDAD

La revista *ACTUALIDAD MÉDICA* se reserva el derecho de admitir publicidad comercial relacionada con el mundo de las Ciencias de la

Salud si lo cree oportuno.

ACTUALIDAD MÉDICA, su Consejo Editorial y Científico y la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental no se hacen responsables de los comentarios expresados en el contenido de los manuscritos por parte de los autores.

El Comité Editorial.

4 de junio de 2018.



www.actualidadmedica.es

S U P L E M E N T O
DOCUMENTO ESTRATÉGICO DEL FORO ANDALUZ DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA 2023

Fundada en 1911

A C T U A L I D A D
M É D I C A

www.actualidadmedica.es

EDITADA POR

