

Revitalización de la Atención Primaria del futuro

Posted By *semfyc* On 1 junio, 2016 @ 11:56 In Publicaciones | [No Comments](#)

Autores

Grupo de Trabajo Jornadas de Primavera 2015 «La Atención Primaria del Futuro»

Consejo asesor

Albert Planes Magrinyà

Asensio López Santiago

Carmen Moliner Prada

Mario Soler Torroja

Miguel Melguizo Jiménez

Vicenç Thomas Mulet

Asunción Prieto Orzanco

Manuel Ferran Mercadé

Luis de la Revilla Ahumada

Tomás Gómez Gascón

Alberto López García-Franco (Presidente Sdad. Madrileña)

Sergio Minué Lorenzo (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Josep Casajuana Brunet (Cordinador del

Junta Permanente de semFYC

Josep Basora Gallisà (Presidente)

Salvador Tranche Iparraguirre (Vicepresidente 1º)

María Fernández García (Vicepresidenta 2ª)

Francisco Javier Castro Martínez (Secretario)

Elena Polentinos Castro (Vicesecretaria)

Carmen Fernández Merino (Vicepresidenta 3ª)

Pascual Solanas Saura (Tesorero)

Francisco Ángel Guirao Salinas (Vocalía Residentes)

José Miguel Bueno Ortiz (Sección Internacional)

Josep Lluís Piñol Moreso (Sección Investigación)

Enrique Álvarez Porta (Sección Jóvenes Médicos de Familia)

Juan V. Quintana Cerezal (Sección Desarrollo Profesional Continuo)

Juntas Directivas de las Sociedades Federadas semFYC

documento)

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Cántabra de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Vasca de Medicina Familiar y

Presentación

El documento semFYC *La revitalización de la Atención Primaria del futuro* es otro ejemplo de un trabajo participativo entre semFYC y sus Sociedades Federadas. Ha surgido de un grupo de discusión de las Jornadas de Primavera y de un encargo específico al Consejo Asesor, con la intención de dar algunos pasos para que aquello que no parece posible actualmente, acabe siendo posible, haciendo buenas así las palabras de Nelson Mandela: **«Todo parece imposible hasta que es posible»**.

La semFYC se posiciona una vez más mostrando su convencimiento y deseo de que la Atención Primaria sea verdaderamente el eje del Sistema Nacional de Salud. Nuestra premisa es la defensa de los valores clave de la Atención Primaria, como la equidad, la accesibilidad y la longitudinalidad. Para algunos, son solo palabras, pero para nosotros son el quehacer diario de nuestra práctica. Sabemos que con ello defendemos la medicina centrada en la persona, en su salud y sus condicionantes sociales. La opción alternativa ya la conocemos: es la fragmentación del sistema con multiplicidad de programas y proyectos, con la consecuente pérdida de longitudinalidad e integralidad en la atención, y el hospitalcentrismo basado en más tecnología.

Hay un mensaje triste que parece haber calado entre los médicos de familia y comunitaria, y que a veces se manifiesta con un aire de resignación y otras con un aire reivindicativo. Con este documento queremos recoger lo mejor de la reivindicación y además trasladar esta fuerza más allá de las proclamas, con una asunción de responsabilidades y una llamada a la acción. Sabemos que los valores intrínsecos de nuestra profesión nos pueden mover a realizar pequeños logros para conseguir nuestro objetivo. En este documento se analiza el presente como algo necesario para afrontar el futuro.

El investigador chileno Humberto Maturana dice «La posibilidad de innovar siempre está ahí, si uno está dispuesto a reflexionar, a soltar la certeza en la que está parado y preguntarse si quiere estar donde está». No queremos ni debemos pararnos donde estamos, pues necesitamos actuar,

y estoy seguro de que lo haremos conjuntamente todo el colectivo de médicos de familia con el resto de profesionales de la Atención Primaria, y con el objetivo de conseguir un futuro mejor. Para ello apelamos a nuestro profesionalismo y a una forma concreta de entender la Medicina.

Josep Basora Gallisà

Presidente de semFYC

1. Introducción

Los sistemas de salud orientados a la Atención Primaria (AP) ofrecen mejores resultados en salud, con mayor satisfacción y con un coste menor. Por ello, numerosos documentos oficiales destacan la importancia de disponer de una AP fuerte, que pueda sentarse «en el asiento del conductor», y más en la actual coyuntura en la que se dice que la AP es «más necesaria que nunca».

Sin embargo, la realidad en nuestro país no se ajusta a la aparente importancia de las palabras y recomendaciones oficiales. Aunque el discurso de nuestros políticos sí que se muestra en línea con esa «gran importancia de la AP», los hechos («obras son amores y no buenas razones») no demuestran coherencia alguna con las palabras. Y no estamos hablando de una situación nueva derivada de la presente situación económica, sino que se trata de hechos que llevan años repitiéndose, y de ese modo la AP se ha convertido en la «Cenicienta» del sistema.

Es cierto, y debe reconocerse, que ha habido iniciativas oficiales loables como el proyecto Estrategia AP XXI, promovida por el Ministerio de Sanidad y con participación de las sociedades científicas de AP y numerosos profesionales. Sin embargo, su impacto en la práctica no parece haber ido mucho más allá de la publicación de un documento (Ministerio de Sanidad 2007) con pobres resultados en cuanto a cambios tangibles. «Una vez más fue un magnífico ejercicio de salón que quedó cuidadosamente colocado en los vistosos anaqueles de madera del ministerio, y cuyo grado de aplicación real en las diferentes comunidades autónomas y servicios regionales de salud fue cercano a cero».

Paralelamente a la publicación de los documentos que resaltan la importancia de la AP, se iban publicando diversos artículos de opinión y documentos abordando la necesidad de renovación o refundación de nuestra AP.

Es en este marco de crisis no resuelta y un tanto cronificada en el que la Sociedad Española de la Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) encargó a su Consejo Asesor el desarrollo de un documento que pueda contribuir a transformar la situación de la AP, proponiendo acciones que renueven y fortalezcan la AP actual y que nos permitan visualizar un futuro cercano con una AP que realmente ejerza un papel central en el Sistema de Salud.

2. Características y objetivo del grupo de trabajo

Aunque en un principio el encargo se realizaba al Consejo Asesor de la semFYC, se tomó la decisión de incluir algunos miembros más, básicamente jóvenes médicos y médicas de familia (JMF), con la intención de poder incorporar una visión que pudiera aportar distintos matices en cuanto al análisis de la situación actual y las propuestas de cambios necesarios.

De forma apriorística podría considerarse que el grupo presentaba varios sesgos en su composición y, por ello, no era representativo de la realidad tanto desde un punto de vista demográfico (n = 17, mujeres 3, jóvenes 3) como profesional, por las características propias de los implicados, pues los miembros del Consejo Asesor no son seleccionados al azar, lógicamente. Sin embargo, no se trataba de formar un grupo representativo del conjunto de los médicos y médicas de AP de España, sino un grupo con los conocimientos y la capacidad adecuados para poder desarrollar el encargo con garantías.

Como punto de partida, se distribuyó entre los miembros del grupo, previamente a la reunión presencial, una documentación que fuese de utilidad para ir calentando motores sobre la temática que se debía abordar y que ofreciera un amplio abanico de visiones. Constaba de los siguientes documentos:

Dos artículos de Borrell-Gené y Gervas-Pérez publicados en 2008 en *GCS* que nos dan de forma clara y resumida dos visiones diferentes de la situación.

La publicación de las propuestas de los grupos de trabajo que participaron en Atención Primaria XXI.

Un conjunto de entrevistas a diferentes profesionales de AP seleccionados por Juan Simó, y que fueron publicados en su blog. Al tratarse de entrevistas, con respuestas a título individual, se disponía de una gama de valoraciones y propuestas más amplia que la que puede obtenerse de

un documento de consenso de un grupo de trabajo.

La publicación «La renovación de la AP desde la consulta», que insiste en la idea de que muchas de las propuestas deberían hacerse a nuestros profesionales, pues ellos son la fuerza fundamental que debe liderar los cambios.

Un muy reciente documento del NHS que se plantea, a su vez, el futuro de la AP en el Reino Unido.

La reunión presencial del grupo de trabajo tuvo lugar el 27 de marzo de 2015. Se comentaron y consensuaron algunos aspectos de carácter general que debían impregnar el documento:

La visión que, en muchas ocasiones, las soluciones tienen que venir de dentro, tienen que partir de los profesionales.

La necesidad de transmitir optimismo e ilusión. A menudo, ante las dificultades, tenemos la tendencia de mostrarnos tristes o resignados, y esta actitud no sirve para estimular ningún tipo de cambio.

Cabe señalar, por último, que aunque no se pactó de entrada ningún nivel de cambio, el talante que se percibió de forma más general en el grupo era de carácter evolucionario más que revolucionario, y por ello las diferentes propuestas que se plantean en este documento buscan el cambio, pero sin ser rompedoras.

Posteriormente, este documento se ha abierto a las contribuciones de la Junta Directiva de la entidad, y tras su publicación *online*, se invita a los asociados y asociadas de la semFYC a realizar nuevas aportaciones.

La forma en que se presenta este documento es una relación de inconvenientes o dificultades a las que se enfrentan día a día los médicos y médicas de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), acompañadas, cada una de ellas, de una relación de acciones, propuestas para los diferentes actores del sistema, con las que se puede mejorar la situación actual de la AP.

3. Situación actual: los síntomas de la Atención Primaria

Como ya comentamos en la introducción, se han venido publicando desde hace ya bastantes años diferentes artículos, documentos y multitud de opiniones sobre la situación de la AP en España.

Una muestra de ellos podría ser la extensa relación que se hacía hace un par de años en el blog *Salud Comunitaria*, bajo el epígrafe *¿Cuanto más se escribe sobre Atención Primaria peor conseguimos que vaya esta?*

Así pues, como la situación de la AP española es bien conocida, el que la analicemos también en este documento tiene como objetivo establecer puntos concretos sobre los cuales plantear propuestas para su mejora.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español está compuesto por 17 sistemas sanitarios autonómicos con algunos aspectos de su desarrollo significativamente distintos que generan una realidad que muestra una notable variabilidad. Por ello, a la hora de hacer este breve esbozo diagnóstico, vamos a distinguir entre aspectos generalizables (que son comunes al conjunto del SNS) y aspectos no generalizables (que tienen especificidades propias en los distintos sistemas autonómicos).

3.1. Aspectos generalizables

Enumeramos a continuación algunos de los inconvenientes más relevantes de nuestra AP en opinión del grupo de trabajo y hacemos propuestas concretas para abordarlos.

INCONVENIENTE: Desmotivación / desmoralización / desprofesionalización

En los profesionales de la MFyC, se observa desmotivación, falta de alicientes, de encontrar motivos que ayuden a hacer el esfuerzo de un cambio necesario; así como desmoralización, entendida como falta de ánimo, debido a una percepción de maltrato y a la pérdida de valores; y desprofesionalización, ya que se prioriza el horario o el turno por encima de otros alicientes profesionales, por la pérdida de sentimiento de que «el paciente es la responsabilidad del médico o médica de familia (MF)» o por permitir (e incluso promover) la pérdida de áreas de influencia como agentes de salud del paciente («que haga las recetas el “especialista”», la gestión de la incapacidad temporal [IT], etc.). El profesional no alcanza las expectativas (falsas) que se había planteado inicialmente. En realidad, el desencanto no es específico de los MF, pero sí que parece que en este colectivo está más generalizado.

En este punto, se debe tener presente que puede haber dos tipologías de profesionales con un nivel bajo de motivación, que en buena parte son consecuencia de realidades muy distintas: 1) el profesional joven en situación de precariedad laboral, con una visión de «no futuro» mantenida a lo largo de mucho tiempo, sin opción de acceder al sistema con una mínima estabilidad, con trabajo solo asistencial de sustituciones, sin longitudinalidad ni *feedback* de su actividad; 2) en el otro extremo, se podría situar a profesionales ya veteranos, con silla fija, con pérdida de la ilusión y la moral, sin un objetivo profesional más allá de superar el día a día. Estos serían dos puntos extremos, pero la realidad muestra una escala de grises muy amplia y variada entre una tipología y la otra, y las prevalencias de los diferentes tipos parecen ser bastante variables según la comunidad autónoma.

Las propuestas que se plantean en este apartado pretenden, en conjunto, ofrecer soluciones que incidan en las dos tipologías de profesionales:

ACCIONES (para la mejora en los campos de profesionalización, autogestión, reconocimiento, respeto)

Para los profesionales

Profesionalización:

Implicación en proyectos de desarrollo profesional (actividades de docencia, investigación, educación para la salud, actividades comunitarias, presencia en medios de comunicación, grupos de trabajo, etc.).

Avanzar en la carrera profesional a partir de una reacreditación periódica del profesional, en la que se tengan en cuenta méritos (de docencia, investigación, etc.), más allá del tiempo trabajado.

Autogestión:

Participación con los compañeros en la gestión del equipo de Atención Primaria (EAP) (diseño de agendas, proyectos, organización para tener días de formación adicionales).

Reconocimiento:

Incentivación por objetivos, de forma que la diferencia entre cumplir indicadores o no se vea suficientemente valorada. La docencia, la investigación y las publicaciones no solo deben valorarse con incentivos económicos, sino también en baremación en traslados, ofertas de empleo público,

etc.

Dignificar el trabajo: los ratios de población deben estar adaptados a la población que se atiende y ser adecuados.

Desburocratización de las consultas.

Motivación:

Tomar conciencia de cambio compartiendo herramientas entre los propios profesionales, apoyándose unos a otros e intentando participar de forma activa.

Motivación a través de otras tareas, como coordinar proyectos y otras que vayan más allá de lo meramente asistencial.

Empoderarse y compartir espacios con los pacientes, quienes son muchas veces fuente de motivación directa de los profesionales cuando los valoran positivamente y muestran satisfacción por el trabajo que realizan al ver atendidas sus necesidades en salud.

Potenciación de los espacios de contacto y convivencia en los centros de salud («momento café», reuniones lúdicas, etc.) de cara a mejorar las relaciones personales y el trabajo entre profesionales.

Estas acciones pueden resumirse en mejorar la autogestión, favorecer la estabilidad laboral, el reconocimiento y la incentivación, y apoyar la actualización y la formación continuada de los profesionales de AP.

Para la semFYC

Visibilizar los valores profesionales de la AP con propuestas como el código ético de la semFYC o el de oposición a la exclusión sanitaria, etc.

Inclusión de JMF en las estructuras de la semFYC (buscando y proponiendo de forma activa que se incorporen en juntas directivas, grupos de trabajo y programas, en proyectos docentes y de investigación, etc.) para tener un relevo generacional.

Fomentar el valor de la reacreditación periódica.

Ofertar actividades formativas en las que se impartan herramientas que ayuden al profesional a dar respuesta a las necesidades de los pacientes de una forma motivadora.

Ser un nexo de unión y comunicación con las instituciones.

Demandar a las administraciones la aplicación de la carrera profesional, con una adecuada baremación tanto del título de especialista, como de aspectos ligados a la formación, la

investigación, etc.

Reconocer mediante premios o distinciones a los MF y/o profesionales de la AP que aporten resultados innovadores a la MFyC o a la AP.

Potenciar la conciencia de pertenencia y de grupo entre los socios.

Realización de campañas en positivo en la que se haga incidencia sobre mensajes que puedan suponer un refuerzo positivo para los profesionales de la AP: anuncios para promover los proyectos de desarrollo profesional (actividades de docencia, investigación, educación para la salud, actividades comunitarias, presencia en medios de comunicación, grupos de trabajo, etc.).

Para los gestores

Incentivar individual y grupalmente la buena práctica profesional y los buenos resultados asistenciales:

Los incentivos pueden ser de tipo económico y no económico, como tiempo de formación, reconocimientos de aportaciones para mejoras de organización, etc.

Incentivar aspectos de resultados clínicos y actividades de promoción de la salud, docencia e investigación.

Facilitar la incorporación de la actividad docente e investigadora a la asistencial.

Potenciar el reconocimiento de la AP y su autonomía en la toma de decisiones.

Colaboración y trabajo de gestión con especial atención a las necesidades de los profesionales:

Colaboración muy estrecha con los profesionales asistenciales en las medidas para la mejora a través de un acercamiento a los mismos, por ejemplo, con visitas periódicas a los centros, para la toma de decisiones en la resolución de problemas de los profesionales y de la AP. Incluir siempre a los profesionales en la búsqueda de soluciones.

Trabajar con los profesionales de AP en una coordinación entre niveles (diseño e implementación de circuitos) que sean eficientes (con especialistas hospitalarios, unidades de apoyo o unidades de servicios centrales, creación de grupos de expertos de AP en protocolos entre AP y atención hospitalaria [AH]).

Reforzar positivamente y reconocer el trabajo diario (por ejemplo, a través de escritos de apoyo, felicitaciones) de forma periódica para dar visibilidad a los resultados y logros profesionales y al buen hacer en el trabajo diario.

Favorecer la asistencia a congresos o actividades de formación continuada según cumplimiento de objetivos (puede ser una herramienta de incentivación).

Racionalización del trabajo:

Dimensionar y organizar adecuadamente los recursos humanos en los centros de salud. Las plantillas deben estar adecuadamente dimensionadas y formadas por una mayoría de profesionales con trabajo estable que puedan dar cobertura a las ausencias del centro por motivos docentes (cursos, congresos) y laborales (comisiones y grupos de trabajo en los servicios de salud, vacaciones, etc.).

Favorecer la conciliación de la vida familiar y laboral, adaptar los turnos de trabajo (aumentar donde sea necesario los turnos de trabajo de mañana con jornada deslizando a la tarde alguna vez a la semana).

Promover el trabajo en equipo en los centros de salud en un clima respetuoso y de circuitos/protocolos para una mejor coordinación intranivel (entre los MF y los profesionales de enfermería, administrativos, matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.).

Para la Administración

Promocionar la estabilidad laboral. El EAP debe estar formado por un conjunto de profesionales estable y suficiente para que sea mínima la necesidad de sustitutos, la plantilla habitual debería ser suficiente para poder dar respuesta a las necesidades de sustituciones (por ausencias de los profesionales para formación, vacaciones, etc.).

Aumentar la autonomía de los profesionales y del EAP incrementando la autonomía de gestión.

La dirección del EAP debe asumirla un líder clínico y organizativo, y ha de contar con la aquiescencia de los miembros del equipo.

Reconocer el trabajo de los profesionales con mejoras en su carrera profesional y mediante incentivos por objetivos.

La formación, en todas las etapas, debería ajustarse a la realidad para generar expectativas realistas.

Reconocer la labor de los tutores y los esfuerzos en investigación con reconocimientos formales, reducción de la tarea asistencial o incluso, si se puede, remuneración económica.

Negociar con los sindicatos desde la cooperación y no desde el enfrentamiento.

Reconocer los méritos profesionales (cumplimiento de indicadores, publicaciones proyectos de investigación) con la oferta de empleo público y traslados.

Desburocratizar las consultas.

Asignar un nivel de recursos cercano al 25% del presupuesto en sanidad.

Apostar por unidades docentes de MFyC fuertes y con profesionales preparados para la docencia.

Promocionar un papel de la AP efectiva (no solo en el plano teórico). Para ello los MF deben

participar en la toma de decisiones de políticas de mejora dentro de la Administración.

INCONVENIENTE: Baja autoestima / complejo de inferioridad

Los MF no creen en el papel fundamental que desempeñan en el sistema. Hay una cierta sensación de que el «especialista» del hospital es alguien dotado de un conocimiento superior sobre cualquier situación (y sobre el paciente) en relación con el campo de conocimiento de su especialidad, también existe una frecuente sensación de fatalismo ante las cosas (la demanda, la prescripción inducida, etc.).

ACCIONES (para aumentar la autoestima)

Para los profesionales

Reconocer públicamente su labor diaria y potenciarles. Facilitar tiempo para el desarrollo de otras actividades no directamente asistenciales.

Trabajar y formarse en técnicas de comunicación, asertividad, etc.

Mejorar la competencia en áreas novedosas tanto tecnológicas (ecografía, dermatoscopia, etc.) como de comunicación (psicoterapia, entrevista motivacional, etc.).

Recuperar competencias perdidas (atención a embarazos, planificación, implantación del dispositivo intrauterino [DIU], de implantes con anticonceptivos).

Trasladar el mensaje de que los MF son los profesionales más capacitados para la atención a urgencias.

Tener acceso a la universidad, tanto para prácticas como para formación teórica en aulas.

Desarrollar la parcela comunitaria.

Tomar conciencia corporativa.

Implicarse en proyectos para la búsqueda de protocolos y herramientas de ayuda en la consulta.

Analizar los resultados en mejora de la salud en el cupo, centro de salud.

Para la semFYC

Mayor presencia en los medios de comunicación, como sociedad (semFYC o federadas), como figura experta en temas de salud.

Presencia en mesas y foros de debate sanitario.

Proyección de la figura del MF como director de orquesta.

Desarrollar proyectos formativos para mejorar competencias.

Reivindicar ante la Administración la capacitación en áreas reservadas a los especialistas hospitalarios.

Desarrollar con otros especialistas guías clínicas en las que los contenidos pivoten en torno a AP.

Seguir haciendo gestiones para entrar y para desarrollar el papel de la MFyC y la AP en la universidad.

Marketing en medios de comunicación: en cualquier tema de salud, que los profesionales que informen sean los médicos y médicas de familia.

Reforzar mensajes dirigidos a los socios de áreas en los que los médicos y médicas de familia actúen como líderes. Campaña Líderes en Salud.

Promover el empoderamiento de los MF a través del desarrollo de herramientas para la consulta.

Analizar los resultados en mejora de la salud en el cupo, centro de salud.

Para los gestores

Equiparar la figura del coordinador con las de los jefes de servicio (en muchos casos, el coordinador de un centro tiene más profesionales a su cargo que muchos jefes de servicio), y la figura del gerente de AP con la del gerente/director de hospital.

Replantear las comisiones de coordinación asistencial de las áreas constituyendo comisiones mixtas en las que participen los jefes de servicio del hospital y los directores/coordinadores de EAP.

Igualdad de trato con los especialistas hospitalarios.

Fomentar encuentros profesionales interniveles (AP y AH).

Analizar los procesos existentes para simplificarlos y hacerlos más eficientes, con el fin de que el/la MF pueda asumir nuevas competencias dejando de hacer aquello cuya cumplimentación no está suficientemente demostrada en términos de eficacia.

Facilitar la formación por competencias en áreas innovadoras y la llegada de la tecnología a los centros de salud.

Incorporar gestores MF.

Para la Administración

Obligar a los residentes de todas las especialidades a rotar por AP (cuando conocen lo que hacen los MF y lo que se necesita saber para ser MF, respetan más la especialidad).

Fomentar encuentros humanos interniveles.

Inversión en AP para dotarla de capacidad resolutive, de ratios adecuados y de circuitos eficientes, etc.

Publicar normas tendentes a la desburocratización de las consultas de AP.

Permitir el acceso a herramientas de apoyo para la consulta.

INCONVENIENTE: Falta de liderazgo

En los primeros años de la reforma de la AP existía un liderazgo fuerte alimentado por una motivación trascendente que era la sensación de estar contribuyendo a un cambio radical de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, ahora parece que «los líderes se han retirado». El liderazgo debería empezar en los directores de los equipos, que en muchas comunidades autónomas (CCAA) siguen llamándose «coordinadores». Lo cierto es que, en general, la figura del director de EAP no está prestigiada, está poco incentivada y parece que se busca más un gestor administrativo que un líder profesional.

ACCIONES (para incrementar la capacidad de liderazgo)

Para los profesionales

Reconocer la función directiva de los MF como punto indispensable en la autonomía de gestión.

Reconocer la labor de los directivos en los EAP.

Liberación para el desarrollo de actividades de dirección fuera de la consulta.

Reconocimiento de los directores favoreciendo su carrera profesional.

Promover que los directores de equipo sean elegidos por el propio equipo («de abajo arriba»), y que, en este proceso, sean valorados según criterios de meritocracia clínica y de gestión.

Elegir a los directores de equipo basándose en los proyectos.

Elaboración de la relación con enfermería.

Normalizar y personalizar la figura referente de los profesionales de AP en el segundo nivel.

Ejemplos:

Presencia en el hospital del MF cuando su paciente se encuentra hospitalizado.

Visibilizar a los profesionales de AP en el hospital: personalizar el informe de alta o informes de seguimiento en el hospital dejando los nombres y apellidos registrados («seguimiento por: nombres de sus profesionales de AP»).

Actitud proactiva en la búsqueda de líderes de referencia entre los profesionales.

Para la semFYC

Reclamar desde la semFYC (tras elaborar un informe de la situación en las distintas CCAA) el modelo que se considere más acorde con el liderazgo que deben tener los directores.

Proponer criterios para la selección de directores.

Abanderar propuestas en cambio de gestión y autonomía de la AP respecto al hospital.

Priorizar la colaboración con las sociedades y asociaciones de directivos (por ejemplo, Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública [FADSP]).

Potenciar y popularizar figuras de liderazgo en la AP a nivel nacional.

Proyectos coordinados desde la semFYC sobre gestión clínica.

Buscar de manera activa líderes de opinión en cada comunidad y facilitar la colaboración con la semFYC.

Generar acciones formativas dirigidas a los socios y socias con perfil directivo.

Trabajar con los directores y directoras que ya hay (contribuir a su desarrollo: «Liderazgo de los medianos»).

Orientar, influir y recordar las funciones de los directores tanto a profesionales como a gestores y Administración.

Para los gestores

Incentivar y favorecer la actividad de gestión teniendo como objetivo la autonomía de gestión:

Gestión dentro de los centros de salud de profesionales del propio centro y colaboración con otros gestores.

Los líderes deben contar con tiempo de forma reglada para llevar a cabo labores de gestión, ver reducida su carga administrativa y ser liberados parcialmente de su labor asistencial.

La elección de los directores de equipo debería ser por el propio equipo o al menos contar con el respaldo expreso del EAP («de abajo a arriba»). También, en este proceso, han de ser valorados según criterios de meritocracia clínica y en base a proyectos.

Equiparar la dirección de EAP a jefaturas de servicios hospitalarios.

Incentivar económicamente y en carrera profesional la actividad gestora.

Las palabras no son neutras: hemos de hablar de director/a o equipo directivo.

Normalizar la convivencia de ponentes y asistentes de ambos niveles en todos los encuentros:

Cursos de gestión conjuntos para cargos de AP y AH.

Habilitar en todos los encuentros un espacio «familiar y comunitario» a cargo de un/a MF.

Para la Administración

Conseguir que la figura de director de equipo sea deseada, reconocida y recompensada.

Facilitar y retribuir la labor gestora de los directores de centros de salud al igual que los jefes de unidad/servicio.

Profesionalización de la actividad gestora.

Formación en gestión a profesionales dentro de la AP.

Organizar el SNS en torno a la AP dotándola de recursos.

INCONVENIENTE: Poco prestigio profesional / poca capacidad de influencia

Estos son dos asuntos que requieren un abordaje excepcional. Un buen ejemplo que ilustra esta situación es el relatado por J. Simó como «descremado social de la AP», donde describe el hecho de que muchos ciudadanos influyentes no disfrutaban de la AP (políticos, funcionarios, militares, periodistas, etc.) debido a la existencia de otros sistemas de cobertura sanitaria (como MUFACE). Además, existe un desconocimiento de la MFyC por parte de los estudiantes de medicina, debido, entre otras cosas, a la escasa presencia de la misma en las universidades. El resultado es que la preferencia por la MFyC en la elección MIR es baja.

Además, y a pesar de ser una de las especialidades que, bien desarrollada, resulta de las más completas, el prestigio de la MFyC ante profesionales hospitalarios y gestores es menor, situación que se retroalimenta por la, en ocasiones, respuesta negativa en el trato que le dan los gestores sanitarios.

Por último, el prestigio a nivel social también resulta de menor relevancia. Se puede asegurar que el/la MF está legitimado y bien considerado por sus pacientes, como demuestran las encuestas de satisfacción, aunque no es raro que el paciente se sienta en determinadas ocasiones más convencido con el deslumbramiento tecnológico de la AH que con la longitudinalidad y proximidad que ofrece el MF.

Y todo esto resulta evidente en la escasa presencia de la MFyC en los medios de comunicación. La resultante directa del poco prestigio es la poca capacidad de influencia. A pesar de ser la especialidad mayoritaria y la más cercana al paciente, su repercusión externa es escasa.

Es necesaria, además, una apuesta decidida por la especialidad, que se enfrenta a algunas dificultades que disminuye su capacidad de influencia también en la docencia. **La docencia actual en MFyC también se enfrenta a algunas dificultades**, que dependen de tres factores:

Hay que formar más residentes para cubrir al elevado porcentaje de MF que tienen previsto jubilarse en la próxima década.

Habrà escasez de tutores, dado que en los próximos años se jubilarán aproximadamente la mitad de los actuales.

La reforma de la troncalidad supone que los MIR de las 17 especialidades del tronco médico deberán rotar durante al menos 2 meses por los centros de salud.

Es llamativa la diferencia de pirámide poblacional en la especialidad de MF respecto a las otras y llama la atención el envejecimiento y el bajo recambio.

ACCIONES (para aumentar el prestigio profesional y la capacidad de influencia)

Para los profesionales

Asumir la prescripción. Debe desterrarse, de forma conceptual, la errónea idea de que prescriban los especialistas, la autolimitación por la falsa creencia de la prescripción inducida.

Asumir la IT.

Aumentar la participación del MF en todos los niveles: colegios de médicos, sindicatos, asociaciones con especialistas hospitalarios, partidos políticos, etc.

El MF debe «creer en sí mismo», y defender la MFyC y la AP en todas las oportunidades que se presenten (por ejemplo, ante compañeros de otras especialidades, gerentes, y equipos directivos del área, Administración pública, residentes, alumnos, pacientes, etc., incluido el ámbito familiar y social), por su capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud de las personas y su papel fundamental dentro del sistema sanitario.

Tener en las consultas a estudiantes. Esto ayuda enormemente a que conozcan y admiren el trabajo que realizamos.

Desarrollar la faceta comunitaria de la especialidad.

Reivindicar el valor de la MFyC ante los pacientes y también ante el conjunto de la sociedad a través de medios de comunicación nacionales o locales; mejorar la capacitación profesional en áreas técnicas diagnósticas (ecografía, dermatoscopia, etc.), terapéuticas (infiltraciones, cirugía

menor, psicoterapia) y en participación comunitaria; reivindicar la AP ante los estudiantes en la universidad y ante los residentes, sin actitudes de inferioridad en relación con los especialistas hospitalarios (modificando los tratamientos con los que no hay acuerdo, no derivando para competencias que son asumidas desde la consulta del MF, etc.).

Mostrarse siempre próximo, tanto en la consulta como con la comunidad.

Buscar la excelencia en la actividad asistencial.

Aprovechar la influencia en el medio comunitario para fortalecer la presencia en la sociedad.

Implicarse en actividades de comunicación para mostrar al MF como referente de salud.

Para la semFYC

Avanzar en el camino de una sociedad científica de MFyC única, así como sinergias con otras sociedades vinculadas a la AP.

No aceptar cualquier tipo de gestión conjunta AP-AH.

Fomentar la asunción de la prescripción y la IT.

Crear estructuras propias de investigación.

Dar a conocer la MFyC y la AP a aquel sector que habitualmente no usa sus servicios.

Invitar a las actividades formativas a personas «influyentes» (decanos de facultades y otros profesores universitarios, personas de relevancia en la Administración), pero no para que inauguren o clausuren las actividades, sino para que participen en ellas y puedan apreciar la calidad del trabajo.

Proponer un ciclo de artículos a periodistas o escritores que tengan alguna experiencia con la AP pública.

Presencia y apoyo en materias competentes en asociaciones de ciudadanos.

Propiciar la presencia en la universidad.

Mejorar la formación en competencias novedosas.

Mejorar la política de comunicación y prensa.

Aumentar la presencia y visibilidad en medios de opinión pública.

Potenciar líneas de actuación comunes con el ámbito universitario.

Establecer una línea de comunicación con la medicina privada que facilite el intercambio de información entre los dos modelos potenciando el papel de la MFyC en ambos.

Potenciar nuestro liderazgo en: actividades preventivas y comunitarias, cronicidad, asistencia domiciliaria, etc.

Reforzar una Academia de Medicina de Familia (AMFE) para que se transforme en un elemento proactivo. Además, la semFYC debe ejercer con los interlocutores válidos su poder de *lobby* para conseguir mayor reconocimiento y participación de médicos y médicas de familia en el pregrado: promoción de plazas de titular/catedrático; reconocimiento de departamentos específicos.

Establecer contactos con los medios de comunicación para colaboraciones como asesores de temas de salud.

Para los gestores

No aceptar cualquier tipo de gestión conjunta AP-AH.

Participación de los profesionales en los elementos de incentiviación.

Crear estructuras propias de investigación.

Legitimar el papel del MF en la comunidad.

Visibilizar a los profesionales de AP en el hospital.

Mejorar la capacidad resolutoria (acceso a pruebas diagnósticas).

Formación para los médicos y médicas de familia liderada por médicos y médicas de familia.

Circuitos «facilitadores» entre los médicos y médicas de familia y los especialistas hospitalarios.

Exigencia de buenos tutores en la formación de residentes.

Potenciar el papel de la AP en las decisiones estratégicas. Lanzar mensajes reconociendo el papel protagonista y líder del nivel asistencial.

Reconocer la actividad investigadora y docente en la actividad ordinaria de los centros de salud.

Deben favorecer la labor de aquellos profesionales de AP que dedican parte de su tiempo a la labor del pregrado. La implicación en el pregrado debe ser de todo el equipo asistencial.

Para la Administración

No aceptar cualquier tipo de gestión conjunta AP-AH.

Contar con capacidad de compra en el sistema.

Potenciar el uso de la AP en aquellos sectores que habitualmente no utiliza sus servicios.

Aumentar y consolidar el protagonismo en la universidad.

Visibilizar a los MF en los medios de comunicación.

Entrada en la universidad de la MFyC.

Fomentar políticas en las que el SNS pivote sobre la AP.

Potenciar el reconocimiento de la MFyC como especialidad con ámbito competencial propio.

Formación para AP por médicos y médicas de familia. Potenciar la formación desde AP y desde las Unidades Docentes de Atención Familiar.

Suprimir los sistemas de cobertura distintos para sus propios profesionales (tipo MUFACE).

ACCIONES específicas para mejorar la situación de la docencia en Medicina Familiar y Comunitaria

Para los profesionales

Formarse y acreditarse como tutores.

Para la semFYC

Innovar en técnicas docentes y liderar la formación de tutores.

Para los gestores

Facilitar la estabilidad y movilidad interna a los profesionales que se ofrezcan como tutores.

Para la Administración

Reconocer la labor tutorial en la carrera profesional, oposiciones y movilidad.

INCONVENIENTE: Escasez presupuestaria

La escasez presupuestaria no es en sí el problema, lo que realmente representa un problema es que, ante esta situación, el reparto de presupuestos entre las diferentes partes del sistema ha sido más perjudicial para la AP, a pesar de que partía de una situación de desventaja frente a la AH.

ACCIONES (para obtener una dotación presupuestaria justa, necesaria y eficiente para la Atención Primaria)

Para los profesionales

Exigir siempre el umbral mínimo del 25% del presupuesto.

Reclamar la cobertura para todas las ausencias, empezando con las colaboraciones con la Administración, sociedades y organismos, siendo condición esta para ausentarse del puesto de trabajo.

Rentabilizar recursos, dejando de hacer lo superfluo.

Trabajar en equipo, delegando en otros profesionales del EAP funciones compartidas.

Desburocratizar.

Luchar por la igualdad de prestaciones entre profesionales de la misma categoría.

«Despriorización» de la medicina hospitalaria.

Implicación en el propio presupuesto, materiales y recursos de la unidad de gestión.

Analizar los resultados de gasto.

Para la semFYC

Reivindicación y exigencia de estos mínimos (25% del presupuesto) con datos que avalen esta reclamación.

Presionar para que las coberturas se adecúen a las características de la plaza.

En centros docentes priorizar a los MF dispuestos a atender residentes en ausencia del tutor.

Trabajar en foros estratégicos para mejorar la presupuestación de la AP.

Demandar a la Administración un presupuesto adecuado para el buen desarrollo de la AP (mínimo del 25%), independiente y autónomo.

Priorizar en el Foro de AP este compromiso del 25% del presupuesto.

Promoción en sindicatos, colegios profesionales y en la Administración de aquellos activos que comparten los valores de la MFyC.

Continuar reclamando incremento presupuestario en AP y, a la vez, promover en los profesionales la cultura de la corresponsabilidad en el gasto.

Para los gestores

Separar claramente el presupuesto de AP y del hospital.

Evitar la precariedad:

Los contratos temporales deben tener herramientas que permitan fidelizar a los profesionales temporales en los mismos centros.

Contar con las necesidades personales de los eventuales.

Trabajar potenciando la autonomía de los equipos.

Potenciar el trabajo en equipo de los profesionales.

Los circuitos entre AP y especializada deben tener criterios de eficiencia.

Apuesta decidida por la autonomía de gestión en AP.

Propuestas concretas de presupuesto de AP en nuevos campos (pruebas diagnósticas, atención domiciliaria para evitar hospitalizaciones, etc.).

El presupuesto de AP no puede ser de tipo reduccionista (farmacia, recursos en personal, etc.), también debe tener en cuenta actividades de formación, educación para la salud, intervención comunitaria, investigación, etc.

Para la Administración

Replanteamiento de los presupuestos:

Partida económica propia para la AP en los presupuestos.

Adecuada presupuestación de la AP dentro del sistema nacional de salud.

Aumentar el presupuesto de personal con el objetivo de mejorar la actividad de promoción y prevención.

Eliminación de «bolsas de ineficiencia»:

En zonas con mucha ruralidad el elevado número de consultorios locales que se mantienen abiertos para poblaciones muy pequeñas suponen una importante ineficiencia.

Eliminar MUFACE y similares.

Exponer estudios/información (jornadas, documentos) en el que se presenten los resultados económicos y clínicos de forma abierta a profesionales, etc.

Analizar los presupuestos (gastos) según su procedencia (AP/AH).

Priorizar la cobertura de recursos humanos en AP.

Invertir el ahorro de los centros de salud que realizan gestión eficiente en recursos humanos.

Priorizar los presupuestos a los centros de salud implicados en los objetivos y proyectos de la organización y el desarrollo de la AP.

INCONVENIENTE: Sobrecarga asistencial, el problema más importante para muchos profesionales

Por ello, es la mayor fuente de malestar laboral. La sobrecarga asistencial se vive como el inconveniente más relevante y acaba condicionando la tendencia a «sobrevivir» en la consulta, sin ser conscientes de que se puede modificar de forma importante. Este aspecto es valorado tanto

desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa. En cualquier caso, el contenido de la consulta depende en buena parte de factores organizativos sobre los que puede actuar el profesional, así como el equipo. Entendemos sobrecarga asistencial como una asignación excesiva de pacientes en función del tiempo asistencial contratado. En la actual situación podría establecerse en 1.500 pacientes, con los necesarios ajustes derivados de las características demográficas y socioeconómicas de la población de referencia. Es cierto que la presión asistencial ha aumentado por la propia evolución de la atención, pero ese aumento no parece que se haya distribuido de forma racional en el conjunto del sistema. Además, parece no estar bien resuelta la interrelación medicina-enfermería en cuanto a contenido, actividad y liderazgo.

ACCIONES (para reducir la sobrecarga asistencial)

Para los profesionales

Eliminar actividades (sin evidencia).

Mejorar la distribución del trabajo en equipo.

Mejorar el trabajo del microequipo (medicina-enfermería).

Definir actividades, responsables y tiempos.

Gestión «inteligente» de la agenda, lo que incluye gestión de sus agendas.

Potenciar el uso de la consulta no presencial (teléfono, correo electrónico, etc.).

Convertir las demandas de salud en necesidades de salud que sean atendidas por distintos profesionales (según capacitación y competencias).

Conseguir la implicación de las personas en los cuidados de su salud.

Racionalización de las ratios. Tener en cuenta aspectos socioeconómicos y de dependencia en los umbrales de los cupos.

Desburocratización de las consultas.

Autonomía de gestión de los centros de salud.

Formarse en gestión de tiempos en consulta.

Proveer de autonomía profesional.

Establecer en los centros listados de funciones de los diferentes profesionales.

Para la semFYC

Respaldar la eliminación de actividades sin evidencia.

Buscar alianzas estratégicas con otras sociedades científicas vinculadas a la AP, como son las relacionadas con la enfermería.

Exigencia de agendas razonables con datos sobre calidad asistencial.

Campañas de desmedicalización.

Búsqueda de documentación sobre indicadores clínicos, umbrales adecuados, ratios, etc.

Crear un grupo de trabajo de desburocratización o gestión de la consulta.

Liderar, como voz autorizada, el debate científico y riguroso en torno a nuevos modelos de autonomía profesional.

Para los gestores

Limitar cupos a dedicación horaria.

Mejorar la distribución del trabajo en equipo.

Definir actividades, responsables y tiempos.

Potenciar el papel de otros profesionales: enfermería, para la gestión de la demanda urgente y el seguimiento de los crónicos y los inmovilizados; redefinir el papel de los administrativos, con una mayor presencia en la atención a los pacientes y en el manejo de la burocracia.

Permitir que los profesionales gestionen las agendas.

Para las consultas no presenciales, es imprescindible poder llamar desde las consultas.

Trabajar potenciando la autonomía de los equipos, el trabajo en equipo de sus profesionales y circuitos eficientes entre AP y especializada.

Limitar el número de pacientes por cupo y facilitar las medidas de desburocratización.

Nueva reorganización de zonas básicas de salud (ZBS), potenciando profesionales que puedan dedicar más tiempo a realizar visitas en domicilios.

Reorganización de personal, con cupos no superiores a 1.500 tarjetas por cupo.

Citas de al menos 10 minutos.

Formación en gestión de la demanda.

Para la Administración

Limitar cupos a dedicación horaria.

Eliminar actividades (sin evidencia).

Redimensionar las plantillas, porque en muchos sitios son inadecuadas.

Recuperar un sistema de sustituciones que garantice la continuidad y una mínima calidad asistencial. Bajas sustituidas por un mismo profesional durante toda su duración.

Hay que redefinir el cálculo de la carga asistencial. Se debe tener en cuenta el número de pacientes y su edad, y también:

El porcentaje de pacientes en los distintos estratos de estratificación de la cronicidad.

Si se trata de un cupo docente.

Si se tiene algún proyecto de investigación en curso.

Potenciar y desarrollar el papel educador de enfermería en AP, derogando el RD 954/2015 por el que se regula la prescripción de enfermería, llevando a cabo campañas informativas de autocuidados y desmedicalización, reforzando el papel de enfermería y repartiendo competencias.

Adecuada presupuestación de la AP dentro del SNS.

Garantizar mediante normas la limitación del número de pacientes y las medidas de desburocratización.

Apostar por la autonomía profesional.

Cursos de mejora de trabajo en equipo.

INCONVENIENTE: Medicalización de la sociedad

La medicalización tiene un impacto directo en la sobrecarga asistencial (cuantitativa, pero también cualitativa), como ya se ha comentado, y se ha convertido en uno de los problemas de salud más prevalentes en los países desarrollados (refSenn). La población acude al sistema sanitario buscando soluciones a los malestares de la vida diaria. Esa demanda, originada en unas expectativas exageradas e infundadas sobre el sistema sanitario, tiene dos consecuencias principales: la yatrogenia (sobre los propios pacientes) y el incremento de la demanda asistencial (sobre el propio sistema de asistencia sanitaria).

ACCIONES (para la desmedicalización de la sociedad)

Para los profesionales

Cambio de cultura desde todos los niveles: destacar el rol de liderazgo de la MFyC en las terapias de los pacientes («el médico/a del segundo nivel propone y el médico/a de familia dispone») para evitar la sobreactuación del sistema.

Estrategia NO HACER: visibilizar y actuar:

Replantear lo que no hay que hacer (ni los MF ni nadie).

Actuación consecuente en el día a día.

Educación sanitaria:

Fomentar los estilos de vida saludables y establecer colaboraciones con agentes sociales para promoverlo sin necesidad de acudir al centro de salud.

Reservar/planificar tiempo para la promoción y la educación sanitaria grupal adaptadas a las demandas de la comunidad.

Promover el papel de la enfermería en la educación sanitaria.

Difundir la evidencia científica sobre la efectividad de la educación para volcar esfuerzos en ello.

Estrategias DES-medicalizadoras en la atención sanitaria:

Normalizar la revisión y retirada de medicamentos en pacientes polimedicados.

Formación y actualización en uso racional de medicamentos.

No realizar actividades preventivas no pertinentes.

Potenciación de recomendaciones basadas en la evidencia, como las recomendaciones que actualiza periódicamente el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS).

Defensa de la prevención cuaternaria.

Evitar polifarmacia y pruebas diagnósticas innecesarias.

Evitar fármacos de evidencia no suficientemente demostrada.

Cooperación con los pacientes:

Favorecer la comunicación con el paciente.

Establecer alianzas comunitarias.

Desarrollo de actividades de educación para la salud y escuelas de pacientes y paciente experto.

Animar a los pacientes a unirse en asociaciones de pacientes (preferentemente, aquellas que promuevan una actitud crítica hacia la creciente medicalización de la sociedad).

Actitud crítica hacia los sectores o actividades potencialmente «medicalizadoras»:

Solicitar la declaración de actividades o conflicto de intereses a quienes difunden conocimiento, principalmente relacionado con medicamentos.

Favorecer capacidad resolutoria de AP y asunción de nuevas competencias, con el fin de derivar lo menos posible a atención especializada.

Filtro de farmaindustria.

Formación e investigación:

En cultura de seguridad del paciente.

En medicina basada en la evidencia.

Promover estudios que permitan ponderar la influencia del consumo de fármacos como causa directa de iatrogenia y morbimortalidad.

Para la semFYC

Liderar la desmedicalización del sistema como línea estratégica clave.

Los grupos y servicios de la semFYC, como publicaciones o comunicados de expertos, deben ser coherentes con la desmedicalización.

Disponer de personas clave en los grupos de trabajo, líderes de «no hacer», que condicionen a los «expertólogos».

Formación encaminada a cambiar la cultura del «es mejor hacer» por la de «si no tenemos evidencia, en general es mejor no hacer».

Impulsar actividades de educación para la salud como la Semana del Autocuidado.

Divulgación:

Potenciar la Campaña NO HACER.

Difusión de actividades de eficacia demostrada desmedicalizadoras (estrategia de impregnación en guías, canales de la semFYC, prensa, encuentros, jornadas, foros, etc.).

Campañas de información a los pacientes.

Inculcar la cultura de transparencia y declaración de intereses.

Continuar con el desarrollo del PAPPS.

Establecer alianzas con sociedades afines que estén sensibilizadas con la desmedicalización.

Investigación:

Liderar proyectos derivados de la prevención cuaternaria.

Promover estudios que permitan ponderar la influencia del consumo de fármacos como causa directa de yatrogenia y morbimortalidad.

Para los gestores

Replantear lo que no hay que hacer:

Revisión de incentivos o incluso incentivos negativos para eliminar lo que «no hay que hacer».

Apoyo explícito para la concienciación de la sociedad. Aumento de la red de apoyo social.

Velar y facilitar una formación independiente y sin conflictos de intereses.

Incluir la desmedicalización en los objetivos de todos los servicios médicos.

Favorecer la capacidad resolutoria de AP.

Impulsar la toma de decisiones basada en procesos, mediante la implementación de guías y protocolos.

Desarrollo de la medicina comunitaria y la educación para la salud:

Permitir agendas para poder desarrollar la educación para la salud.

Impulsar grupos de pacientes, escuelas de pacientes y la formación continuada de estos.

Priorizar que en el centro de salud se realicen actividades comunitarias.

Para la Administración

Replantear lo que no hay que hacer (en todos los niveles).

Promoción del «no hacer» en medios de comunicación.

Desarrollar un plan de formación y divulgación que fomente los autocuidados.

Acceso a todas las pruebas complementarias desde la AP, como medida para llegar al diagnóstico y establecer mayor proporción de tratamientos (y/o no tratamientos) desde AP que desde el hospital.

Controlar la publicidad y prohibir la publicidad demostrada engañosa.

Prohibir la visita médica en jornada laboral y supervisar estrechamente la formación patrocinada por la industria farmacéutica.

Impulsar políticas sanitarias no medicalizadoras.

Excluir de la subvención pública prácticas no basadas en la medicina basada en la evidencia.

Promover políticas de seguridad del paciente, impulsando el papel de liderazgo de la MFyC y la AP como las más indicadas para defender el concepto de conciliación y seguridad, en términos de continuidad en la atención.

Impulsar consejos de salud a nivel local/comunitario.

Apostar por las actividades comunitarias y la participación comunitaria.

Apoyarse e interaccionar con los municipios en acciones y estrategias de salud comunitaria.

INCONVENIENTE: Pérdida de competencias

Una de las características de la AP es la integralidad. Sin embargo, en España venimos observando una evolución en sentido contrario, con una pérdida de competencias propias que, además, ha sido en determinadas ocasiones aceptada o incluso demandada por los profesionales (como, por ejemplo, la atención domiciliaria al paciente terminal, la gestión de la IT, la prescripción hospitalaria, etc.).

Llevando al extremo este tipo de planteamientos, no es de extrañar que algunos gestores propongan estructurar la atención a partir de sorprendentes e inéditas parcelaciones de la población según su «salud basal», de modo que cada subconjunto de pacientes sea atendido por distintos equipos de profesionales, un abordaje que resulta incompatible con el modelo de atención biopsicosocial completa de la AP actual.

ACCIONES (para invalidar la pérdida de competencias)

Para los profesionales

Asegurar tiempo y formación en materias específicas.

Asumir competencias nuevas en procesos diagnósticos como ecografía, dermatoscopia, psicoterapia breve, y aquellas de las que históricamente se ha ocupado el MF (atención al embarazo, planificación, atención al terminal, atención comunitaria, etc.), retomando campos que se han ido cediendo en algunas ocasiones: paliativos, embarazo de bajo riesgo, anticonceptivos, actividad comunitaria, cronicidad, geriatría, cirugía menor, etc.

Establecer alianzas y protocolos con los servicios-unidades ya creados.

Para la semFYC

Difusión de las multicompetencias del MF y de su eficiencia y polivalencia frente a la superespecialización.

Profundizar en la formación tanto de competencias novedosas como clásicas.

Participar en foros en los que se analicen estrategias sanitarias, programas de salud y líneas estratégicas.

Liderar los proyectos como atención al crónico.

Difundir las competencias definidas en el programa de la especialidad y potenciar el papel que la sociedad (semFYC) siempre ha jugado en las Comisiones Nacionales, especialmente en el Programa del Tronco Médico (pendiente de publicar en el momento de realizar este documento).

Velar para mantener las competencias esenciales del MF: atención domiciliaria, atención al final de la vida, liderazgo de la cronicidad, etc. Para el mantenimiento de las competencias, es necesario proteger y a la vez consolidar las iniciativas formativas encaminadas a ello.

Reeditar el documento de perfil profesional del MF.

Para los gestores

Facilitar estrategias de coordinación primaria y especializada.

Potenciar la formación en competencias propias.

Establecer las actividades de cada profesional en el centro de salud.

Para la Administración

Facilitar estrategias de coordinación primaria y hospitalaria.

Apostar por la AP como un nivel asistencial eficiente y facilitar el desarrollo normativo que lo permita.

Cambio en el modelo de financiación.

INCONVENIENTE: No participación de los ciudadanos en el sistema

Nuestro SNS puede considerarse en numerosas ocasiones enmarcado en las bases del despotismo ilustrado: «todo para el paciente, pero sin el paciente». En un contexto de servicios limitado por su coste, la participación e implicación de unos ciudadanos adecuadamente informados, formados y empoderados en las decisiones es por el momento una parcela no cubierta.

ACCIONES (para aumentar la participación de los ciudadanos en el sistema)

Para los profesionales

Desarrollar estrategias de acercamiento al paciente tanto desde la consulta como con la comunidad.

Desde la consulta:

Abandono del rol paternalista.

Detectar en nuestros cupos los pacientes implicados en asociaciones y reforzarlos.

Estimular a los pacientes para que se empoderen (a través de la formación, asociaciones, grupos de la comunidad, etc.).

Formar grupos de atención en el propio centro.

Medicina Comunitaria:

Coordinación con enfermería para realizar estrategias comunitarias.

Facilitar la creación y participar en foros de pacientes independientes, foros comunitarios y en los núcleos de interés de la zona (polideportivos, residencias, colegios, institutos, farmacias, etc.) con objetivos claros.

Participación en los foros de salud de la zona básica.

Realizar actividades de participación comunitaria.

Ofrecer a los profesionales de la MFyC como expertos en las escuelas de pacientes.

Los profesionales, en el marco de los equipos y por medio de sus directores de equipo, deben participar en los consejos de salud (de barrio, de territorio, de municipio, etc.).

Implicación máxima entre los equipos asistenciales y las comunidades, tanto para abordar problemas de accesibilidad como para problemas clínicos que permitan un abordaje comunitario (por ejemplo, soledad, aislamiento social, sedentarismo, etc.).

Para la semFYC

Realizar actividades compartidas con las asociaciones de pacientes:

Facilitar la creación y participación en foros de pacientes y foros comunitarios independientes con objetivos claros.

Trabajar con los pacientes en enfermedades concretas: los pacientes, a través de los expertos de dichas sociedades, buscan comprensión y soluciones.

Acciones de acercamiento de la semFYC a las asociaciones de pacientes con el objetivo de que estos visualicen experticia, confianza, accesibilidad y capacidad de resolución.

Potenciar el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).

Potenciar la representación de asociaciones de pacientes en los grupos de trabajo.

Promover cursos de formador de formadores en promoción de la salud.

Página web oficial de la semFYC con información al paciente.

Para los gestores

Contar con los pacientes en las decisiones.

Facilitar la creación y participación de los profesionales en foros de pacientes y foros comunitarios independientes con objetivos claros.

Acercamiento a las mesas de salud de los municipios.

Favorecer estrategias comunitarias desde los centros de AP.

Integrar en la agenda actividades de promoción (educación para la salud y actividades comunitarias).

Incentivar actividades de prevención y promoción con la ciudadanía.

Habilitar las condiciones que favorezcan actividades de educación para la salud.

Promover formación de formadores en promoción de la salud.

Para la Administración

Favorecer la conectividad entre centros de salud, ayuntamientos y CCAA para desarrollar estrategias compartidas de participación comunitaria.

Comunicación y coordinación directa con los pacientes:

Tener canales de comunicación o reuniones de forma normalizada con los representantes de pacientes.

Facilitar la creación y participación en foros de pacientes y foros comunitarios independientes con

objetivos claros.

Potenciar los mecanismos de participación de los pacientes: tener en cuenta a los pacientes y asociaciones de pacientes en las decisiones (por ejemplo, a través de un consejo asesor de pacientes).

A un nivel territorial (micro), la participación de los pacientes debería hacerse efectiva en los municipios por medio de los consejos de salud, con representación de ciudadanos-pacientes, representantes de AP y hospitales, proveedores sanitarios y Administración, para conocer las necesidades del territorio y emprender acciones preventivas, de promoción de la salud y de carácter comunitario.

Potenciar los programas de salud comunitarios y las actividades comunitarias.

INCONVENIENTE: Precariedad laboral

Es una realidad que actualmente viven los médicos y médicas de familia, especialmente las generaciones más jóvenes. Esto supone un condicionante vital a la hora de plantearse los aspectos laborales y el propio proyecto vital de los profesionales. Este es uno de los motivos por los que muchos MF optan por buscar trabajo fuera de España.

Y otros muchos MF optan por repetir el examen MIR para realizar otra especialidad (hospitalaria normalmente) que les ofrezca una mejor proyección de su futuro laboral o incluso para contar con 4-5 años más de estabilidad económica que le permita conciliar vida personal y familiar (con el coste que supone para el Estado formar por segunda vez a un médico/a especialista). Esto supone desvincularse de la MF, aunque pudieran haberla escogido vocacionalmente.

La precariedad laboral es uno de los mayores determinantes actuales de la imposibilidad de mantener uno de los valores clave de la AP: la longitudinalidad.

ACCIONES (para combatir la precariedad laboral)

Para los profesionales

Autonomía de gestión.

Adecuar servicios y objetivos a cada realidad.

Cambiar la visión del contrato de 37,5 horas por la del contrato por tiempo de dedicación variable (que comporta un volumen de actividad variable).

Exigencias sindicales.

Condicionar la participación en proyectos/reuniones de la Administración a la cobertura 100% de las ausencias.

Mejorar la acogida de los eventuales.

Integrar a los eventuales en la dinámica del equipo, con las mismas responsabilidades y tareas (con la misma carga que los fijos).

Autonomía de gestión que facilite la contratación razonable de profesionales ante situaciones de bajas, vacaciones, cursos, etc.

Exigir medidas de estabilización laboral.

Integrar a los sustitutos-refuerzos en los equipos.

Para la semFYC

Promover medidas de prevención del desgaste profesional: «cuidar al profesional».

Mapeo de la situación laboral por CCAA.

Portal/web: información sobre ofertas de trabajo.

Promover condiciones profesionalmente favorables para que el MF se sienta bien.

Aprovechar todas las oportunidades, redes sociales y actos que tengan la mínima repercusión en los medios para poner en la agenda la precariedad.

Apoyo expreso y denuncia.

Difundir los problemas y soluciones de la precariedad.

Defender en los foros en los que participe la adecuada política de contratación.

Potenciar el papel del JMF mediante vocalías propias en las federadas.

Establecer reuniones informativas con los colectivos sindicales.

Exigir un incremento de plazas de médicos/as de familia dentro de los sistemas sanitarios, así como desplazar la ratio de médicos/as de familia/especialistas hospitalarios.

Promover un estudio sobre la precariedad laboral: conocer la situación laboral de los médicos y médicas de familia que han finalizado la especialidad en los últimos 7 años, coincidiendo con el inicio de la gran crisis.

Posicionarse sobre los efectos negativos de la precariedad.

Para los gestores

Autonomía de gestión.

Evitar las sobrecargas y medidas de prevención del desgaste.

Cuidar a los profesionales (evitar la precariedad y favorecer la longitudinalidad y la participación).

Gestores profesionales por meritocracia y fórmulas de selección justas que preserven, entre otras cosas, la paridad de género en relación con el acceso.

Evaluar y reconocer según la carga de trabajo y los resultados.

Mecanismos de incentivación no solo económicos.

Cubrir las ausencias al 100%. Contratos a tiempo completo. Previsión de necesidades y personas para avisarles con tiempo y que puedan organizar su vida personal. Tener en cuenta la conciliación familiar y laboral de los eventuales.

Bolsas actualizadas. Adecuada baremación. Dotación de recursos.

Potenciar las medidas de estabilización laboral.

Integrar a sustitutos en zonas concretas.

Para la Administración

Remuneración variable (módulos de horas, a precios diferentes según horarios).

Ajustar la organización según los períodos vitales. Que se pueda crecer/desarrollarse como MF en los años del ciclo vital de la «crianza», conciliación vida familiar-laboral.

Gestores profesionales (por sus méritos) y fórmulas de selección justas.

Carrera profesional que no implique solo remuneración, sino liberación para otras dedicaciones profesionales.

Promover la figura del «libero-estatutario»[®]: libre acceso y selección por los equipos. Variabilidad en la contratación según tiempo de dedicación. Remuneración variable. Acceso a plaza por oposición, pero con posibilidad de salida si hay incumplimientos.

Aumentar el esfuerzo económico en cobertura de AP. Previsión de las necesidades de recursos humanos en los próximos 10 años y adaptación paulatina de plantilla fija y eventuales.

Fidelizar a los MF con contratos largos y adjudicación a centros de salud fijos.

Priorizar eventuales docentes en centros de salud docentes.

Ofertas de empleo público con periodicidad bienal. Impulsar las ofertas de empleo público.

No permitir excesos en condiciones laborales.

3.2. Situaciones donde la variabilidad es más amplia entre las distintas comunidades autónomas

INCONVENIENTE: Desigual capacidad de organización y autonomía de gestión

Los EAP deberían poder organizarse para poder dar respuesta a las necesidades de su población ajustándose a la realidad de cada entorno.

La dirección del equipo sería la responsable de su organización interna y de los resultados obtenidos. El perfil bajo de liderazgo que observamos en las direcciones de muchos EAP no se puede considerar favorecedor de un buen nivel de autonomía organizativa.

Quizás el factor que condiciona una mayor limitación es la injerencia de las estructuras de gestión en la organización interna de los equipos. Las gerencias deberían facilitar las propuestas organizativas que plantean los EAP, sin embargo no es infrecuente que se planteen su intervención directa y a veces su uniformidad (como, por ejemplo, un mismo modelo de agenda).

ACCIONES (para combatir la desigual capacidad de organización y autonomía de

gestión)

Para los profesionales

Autonomía de gestión.

Unión con el resto de profesionales y asociaciones de AP para reivindicar la igualdad de condiciones.

Potenciar las competencias de gestión.

Promover la autonomía profesional, empezando por aquellos equipos motivados para hacerlo, en el marco de un sistema de salud público, universal y gratuito.

Presentar proyectos concretos e iniciativa del director/a.

El profesional que sea director/a debe ser nombrado en función de un proyecto.

Gestión de agenda (ha de estar en manos del profesional).

Para la semFYC

Crear un grupo de trabajo que valore el impacto de los diferentes modelos de gestión en términos de indicadores.

Continuar avanzando en las líneas de autonomía de gestión ya definidas y promover nuevos objetivos de autonomía de gestión.

Apoyo a la autonomía y denuncia cuando se realizan acciones encaminadas a limitar la gestión de los profesionales.

Llevar a cabo un debate científico de la cuestión lo más alejado posible de influencias políticas.

Para ello, en algunas CCAA se dispone de datos suficientes para conocer los resultados en salud que se obtienen en función del modelo de gestión. Difundir las experiencias con buenos resultados y asumirlas: esto puede implicar cambios en aspectos tratados en este documento como la desmotivación o desmoralización, la baja autoestima o el complejo de inferioridad.

Priorizar la autonomía profesional como piedra de toque que permita dar impulso a la MFyC.

Formar a los profesionales en la gestión de su consulta y de su centro de salud.

Para los gestores

Facilitar la autonomía en la gestión y el reconocimiento de contratos de gestión propios.

Favorecer estructuras organizativas no complejas en las que las gerencias de AP gocen de la suficiente autonomía con respecto a los hospitales, y con sistemas gerenciales que permitan la coordinación entre el nivel primario y el secundario y terciario.

Escuchar a los profesionales.

Permitir que los centros de salud elijan a sus directores.

Permitir proyectos de gestión en el centro de salud.

Gestión de agenda (ha de estar en manos del profesional).

Para la Administración

Publicar normas que garanticen la asignación presupuestaria independiente e implantación de modelos de gestión clínica eficientes.

Implantar líneas de formación en gestión para los profesionales.

Asumir con valentía modelos más efectivos y eficientes fundamentados en resultados en salud.

INCONVENIENTE: Desigual acceso a pruebas complementarias por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria

Es otro de los asuntos que debe ser abordado. Una de las funciones de la AP actuando como primer nivel del sistema es la de resolver la mayor parte de los problemas de salud de los ciudadanos. El acceso a las pruebas diagnósticas es, evidentemente, indispensable para tener una adecuada capacidad resolutoria. Sin embargo, la accesibilidad a esas pruebas por parte del MF es altamente variable según la CCAA, e incluso en diferentes zonas de una misma CCAA.

No se trata de definir un catálogo de pruebas a las que puede acceder el MF, sino de eliminar las barreras a ese acceso, siempre, claro está, desde un uso razonable y eficiente de las mismas.

ACCIONES (para igualar el acceso a pruebas complementarias en las distintas comunidades autónomas)

Para los profesionales

Unión con el resto de profesionales y asociaciones de AP para reivindicar la igualdad de condiciones.

Favorecer la capacidad resolutive y el libre acceso a pruebas complementarias.

Uso racional de pruebas complementarias.

Establecer protocolos de solicitud de pruebas diagnósticas.

Para la semFYC

Apoyo y denuncia.

Promover la mejora en la capacidad resolutive y el libre acceso a pruebas complementarias.

Establecer un grupo de trabajo que defina la cartera de servicios ideal en AP basada en la evidencia disponible, y única para todo el territorio nacional.

Organizar acciones formativas encaminadas al buen uso de las pruebas complementarias y de nuevas tecnologías, fundamentadas en un uso basado en la evidencia científica. Es necesario introducir esa valoración en las guías de práctica clínica.

Promover estudios que permitan la evaluación de pruebas y tecnologías sanitarias.

Realizar protocolos.

Para los gestores

Contratar los servicios directamente, sin depender de los servicios hospitalarios.

Favorecer la capacidad resolutive y el libre acceso a pruebas complementarias.

Facilitar canales de comunicación ágiles entre los niveles asistenciales e historia única del paciente.

Cartera de servicios común y establecida de común acuerdo con diferentes actores: gestores y profesionales.

Trasladar la capacidad de compra de pruebas complementarias y de servicios hospitalarios a la AP.

Eliminar las limitaciones a la solicitud de pruebas diagnósticas.

Para la Administración

Favorecer la capacidad resolutoria y el libre acceso a pruebas complementarias.

Unificar por norma las carteras de servicios.

Trasladar la capacidad de compra de pruebas complementarias y de servicios hospitalarios a la AP.

Análisis de resultados tras acceso de AP a pruebas diagnósticas.

INCONVENIENTE: Variabilidad de disponibilidad de tecnología al servicio de los profesionales

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación tiene un impacto espectacular también en la práctica de la actividad asistencial. La historia clínica electrónica, las ayudas en consulta, la receta electrónica, las nuevas formas de comunicación, etc., ofrecen un amplio abanico de posibilidades en la actividad del día a día. Sin embargo, su nivel de desarrollo es muy distinto según la CCAA (por ejemplo, el grado de implantación de la receta electrónica es muy diferente dependiendo de la CCAA). La variabilidad entre las distintas historias clínicas también es notable en cuanto a su ergonomía, herramientas de ayuda en la consulta, sistema de información para la gestión clínica, etc. Incluso existen limitaciones de acceso a internet desde la consulta en algunas CCAA, lo que es totalmente incomprensible.

ACCIONES (para la mejora de la variabilidad de disponibilidad de tecnología al servicio de los profesionales)

Para los profesionales

Compartir y referenciar experiencias de éxito (copiar de los mejores).

Facilitar nuevos tipos de consulta que puedan ayudar a ser más eficientes y cercanos: consulta vía correo electrónico, WhatsApp, teléfono (que debe poder ser fácilmente utilizado).

Utilizar en el control de crónicos la vía telemática.

Perfil profesional del MF en las redes sociales, dentro del marco institucional, para una interacción más directa y eficiente con sus pacientes (resolver dudas, educación en salud, etc.).

Historias clínicas con criterios y características de calidad:

Única. La existencia de historias clínicas soportadas por *softwares* distintos compromete la continuidad asistencial y puede ser generadora de pruebas complementarias innecesarias.

Compartida. Es decir, que permita la continuidad asistencial, gracias al acceso desde distintos puntos de atención al paciente.

Amable. El propietario de los datos de la historia clínica es el paciente. El equipo asistencial es su usuario y depositario. Por lo tanto, la historia clínica debe ser amable, en términos de usabilidad, con sus usuarios, es decir, los profesionales.

Confiable. Es deber (también desde el punto de vista deontológico) de todos los profesionales sanitarios que los datos que se recojan sean fidedignos.

Segura. Los datos almacenados en la historia clínica son propiedad del paciente. Cualquier uso de los mismos con fines distintos a los asistenciales (investigación, especialmente) debe ser justificado mediante el debido protocolo de investigación, aprobación del Comité Ético de Investigación Científica (CEIC) y consentimiento informado.

Ordenada: donde se encuentre la información relevante sin dificultad.

Unión con el resto de profesionales y asociaciones de AP para reivindicar la igualdad de condiciones.

Formación específica en el área de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

Propuestas de acceso a canales de información médicos.

Para la semFYC

Portal para pacientes. Canales digitales y en redes sociales dirigidos a pacientes/población.

Denuncia de las desigualdades entre servicios de salud o entre centros respecto al acceso a tecnologías.

Potenciar la formación en ecografía y telemedicina.

Realizar estudios de coste/efectividad demostrando el valor añadido del acceso a la tecnología en el primer nivel asistencial por el MF.

Historia clínica con criterios y características de calidad (véase el anterior apartado «Para los profesionales»).

Delimitar canales de información realmente útiles.

Para los gestores

Prescripción electrónica (universal) con una mejora continua (sistemas de alerta, receta electrónica única para toda España).

Referenciar experiencias de éxito y copiar de los mejores.

Facilitar las herramientas para el apoyo en la consulta: aprovechar y mejorar las herramientas existentes para tener ayudas en los programas informáticos de las consultas: interacciones, ayuda al diagnóstico, planes terapéuticos, recomendaciones, etc.

Historia clínica con criterios y características de calidad (véase el anterior apartado «Para los profesionales»).

Desarrollar la historia compartida: favorecer todas las posibilidades de compartir la información de la que ya se dispone (informes clínicos, de pruebas complementarias), y acceso a la historia de otras especialidades y del hospital, para lo que además se deben eliminar las limitaciones de acceso a información médica.

Normalizar las consultas telemáticas: correo electrónico, WhatsApp, etc., sin olvidar el teléfono.

Utilizar en el control de crónicos la vía telemática.

Escuchar las necesidades y demandas de los profesionales.

Crear o promocionar una figura de gestor de historia clínica y de sistemas de información en las gerencias.

Para la Administración

Tarjeta e historias clínicas compatibles en todo el territorio nacional e incluso iniciar este objetivo a nivel europeo.

Acceso del paciente a la historia clínica (con las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias para profesionales y ciudadanía).

Desarrollar la historia compartida: favorecer todas las posibilidades de compartir la información de la que ya se dispone (informes clínicos, de pruebas complementarias), y acceso a la historia de otras especialidades y del hospital, para lo que además se deben eliminar las limitaciones de acceso a información médica.

Establecer partidas específicas extraordinarias que permitan la dotación de equipamiento necesario en los centros de salud para acceder a nuevas tecnologías (ecógrafos, eco-Doppler, etc.).

Las actividades «virtuales» o telemáticas deben ser ponderadas en los balances de actividad.

4. Bibliografía

Blog: Salud, dinero... y Atención Primaria. Entrevistas sobre la Atención Primaria de salud española. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2014/11/todas-las-entrevistas-sobre-aps-en-un.html> ^[1]

Borrell Carrió F, Gené Badia J. La Atención Primaria española en los albores del s. XXI. En: Gestión clínica y sanitaria 2008; vol. 10, núm. 1.

Casajuana J, Gérvas J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Editorial Springer Healthcare; 2012.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid; 2007.

Royal College of General Practitioners. The 2022 GP. A Vision of General Practice in the Future NHS. London; 2013.

Article printed from e-Documentos: <http://e-documentossemfyc.es>

URL to article: <http://e-documentossemfyc.es/revitalizacion-de-la-atencion-primaria-del-futuro/>

URLs in this post:

[1] <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2014/11/todas-las-entrevistas-sobre-aps-en-un.html>:
<http://saluddineroy.blogspot.com.es/2014/11/todas-las-entrevistas-sobre-aps-en-un.html>

