

La Atención Primaria de Salud en España en 2025

2017
Documentos
CGCOM

AP25



LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA EN 2025



Consejo General de Colegios Oficiales
de Médicos

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA EN 2025

GRUPO DE TRABAJO AP-2025-OMC

- Chao Escuer, Paula. Vocal de Médicos Titulares y Rurales del Colegio de Médicos de Madrid.
- Fernández-Pro Ledesma, Antonio. Representante Nacional de Médicos de Administraciones Públicas. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).
- Fumadó Queral, Josep. Representante Nacional de Atención Primaria Rural. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).
- Garavís González, José Luis. Vocal de Atención Primaria Rural del Colegio de Médicos de Salamanca.
- Garrote Díaz, Juan Manuel. Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).
- Marcos Carreras, Hermenegildo. Vocal de Atención Primaria del Colegio de Médicos de Zamora.
- Matas Aguilera, Vicente. Representante Nacional de Atención Primaria Urbana. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)
- Ortega Marlasca, Manuel María. Vocal de Atención Primaria del Colegio de Médicos de Cádiz.
- Repullo Labrador, José Ramón. Profesor de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.
- Rico Uríos, María Remedios. Vocal de Atención Primaria Rural del Colegio de Médicos de Tarragona.
- Sanmartín Sánchez, Esteban. Vocal de Atención Primaria Rural del Colegio de Médicos de Huesca.
- Torres Vázquez, Juan José. Vocal de Atención Primaria del Colegio de Médicos de Badajoz.

ÍNDICE DE TEMAS Y DE AUTORES

PRESENTACIÓN

Presidente de la OMC

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

PRESENTACIÓN DE LAS PARTES Y CAPÍTULOS DEL DOCUMENTO

José Ramón Repullo

PARTE I: ESTRUCTURAS SOLVENTES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

I.1. HACIA LA SUFICIENCIA FINANCIERA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Vicente Matas

I.2. PLANTILLAS SUFICIENTES PARA UNA ASISTENCIA EFICIENTE, EFICAZ Y SIN DEMORAS

Vicente Matas

I.3. CONDICIONES LABORALES Y RETRIBUTIVAS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROPUESTA DE MODELO RETRIBUTIVO

Vicente Matas

I.4. ASPECTOS SOCIALES E IMPLICACIONES LABORALES DE LA FEMINIZACIÓN DE LA PROFESIÓN

Paula Chao. Remedios Rico

PARTE II: ORGANIZACIÓN BASADA EN EL PROFESIONALISMO Y LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN

II.1. AUTONOMÍA ORGANIZATIVA. LIDERAZGO CLÍNICO. LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y OTRAS FORMAS DE GESTIÓN

Manuel M^a Ortega Marlasca

II.2. INCREMENTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Esteban Sanmartín

II.3. CONTINUIDAD ASISTENCIAL. RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA. RUTAS ASISTENCIALES

Esteban Sanmartín

PARTE III: INSTRUMENTOS PARA UNA PRÁCTICA CLÍNICA APROPIADA EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROPUESTAS PARA ABORDAR PROBLEMAS EMERGENTES

III.1. LA MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD. ELEVADO COSTE Y RIESGOS PARA LA SALUD. ELIMINAR LO SUPERFLUO

Juan José Torres

III.2. CRONICIDAD. LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

Juan José Torres

III.3. PREVENCIÓN CUATERNARIA. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Esteban Sanmartín

PARTE IV: INSTRUMENTOS PARA CONSTRUIR CAPITAL CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

IV.1. NUEVAS TECNOLOGIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hermenegildo Marcos

IV.2. LA FORMACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA: MEDICINA DE FAMILIA EN LA UNIVERSIDAD. EL MIR DE FAMILIA EN LA TRONCALIDAD. DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO. VALIDACIÓN PERIÓDICA DE LA COLEGIACIÓN. REACREDITACIÓN

José Luis Garavís

IV.3. LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Luis Garavís

CONCLUSIONES. PLAN AP 2025 - OMC PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

PROLOGO

El balance de la Atención Primaria en España desde sus reformas en los años 80 es claramente positivo. Una generación de profesionales dedicaron su esfuerzo y su ilusión al trabajo en los centros de salud, y consiguieron combinar el compromiso secular de los médicos de cabecera con los pacientes en su entorno familiar, con la modernidad científica de la medicina, y con las nuevas perspectivas del trabajo comunitario y en red.

Esta generación pionera compensó la debilidad del apoyo político e institucional, con un voluntarismo anclado en la convicción de que el reto merecía la pena. Y aunque en ocasiones se ha contado con el impulso de las instituciones, su debilidad e inconstancia ha ido haciendo lento y difícil el progreso.

La sociedad cambia; la evolución de nuestro país entre el expansionismo hospitalario de la primera década del Siglo XXI y la contracción económica que en la segunda década trajo la austeridad, han castigado doblemente a la Atención Primaria. En el primer castigo, la desmesura y desorientación de muchos políticos autonómicos les llevó a caer en la fascinación tecnológica; en un error de omisión y olvido de la Atención Primaria. En el segundo castigo, un sálvese quien pueda dejó en la cuneta al primer nivel asistencial, el que más podía haber contribuido a la sobriedad del gasto y a una austeridad que no dañara ni a la salud ni al sistema de salud.

Dos décadas donde el perfil del paciente cambia mucho: cronicidad, pluripatología, fragilidad: justo cuando más hace falta el enfoque integrador y sintético de la Atención Primaria, es cuando es más palmario el olvido y supeditación. Por no hablar del desplome del sector socio-sanitario; un gigante con un nombre evocador (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) pero con los pies financieros de barro.

No sabemos cuándo nos acercaremos al techo de los 70 mil millones de € de gasto sanitario público de 2009; hoy parece un objetivo lejano desde los 62 mil millones del 2014 (último dato de gasto real disponible). Pero según afirman algunos expertos, cuando en algunos años, con suerte, volvamos a esta frontera, algo más del 10%, unos 8 mil millones habrán cambiado de bolsillo: habrán abandonado la retribución de personal, y habrán engrosado el ya abultado gasto en medicamentos. Y atención primaria será perdedora entre los perdedores de esta disminución.

Además del debilitamiento en recursos, el comportamiento poco ejemplar de muchos líderes políticos, económicos y sociales han ido poniendo más difícil ejercer el voluntarismo romántico.

Creo que los médicos españoles (y los demás profesionales sanitarios) hemos demostrado tener un yacimiento notable de altruismo y buenos sentimientos. La moral de la atención primaria, doblemente castigada por el abandono en tiempos de vacas gordas, y luego también en el de vacas flacas, ha ido cambiando de la esperanza al abatimiento, pero también de la resignación a la indignación.

Es en este contexto que la Organización Médica Colegial ha querido pasar a la acción; por eso hemos convocado a un grupo de colegas del ámbito de la atención primaria y de diversos Colegios provinciales, para que nos ayuden a una reflexión seria sobre a donde va, y, sobre todo, a donde debe ir la Atención Primaria en España, con la perspectiva del año 2025.

Este es el texto que tienen ustedes a continuación. Un documento amplio y comprometido; que busca combinar reflexión y actuación, evidencia e inteligencia práctica, conocimiento y experiencia, mente y corazón...

Al grupo de autores les hemos pedido que nos elaboren un libro comprometido, que abra y articule dimensiones para el debate profesional: las estructuras solventes que la Atención Primaria necesita y exige; la organización autónoma y profesional que todos predicán pero que las instituciones deniegan en la práctica; los instrumentos que necesitamos para hacer la práctica clínica que es posible y necesaria hoy en la Atención Primaria; y los medios para construir el capital científico y tecnológico que asegure la generación y difusión de un saber y unas competencias que son singulares y específicas del primer nivel de atención sanitaria.

Los capítulos y recomendaciones tienen un alto valor en sí mismos; valor que se reforzará con el debate que queremos facilitar desde nuestras estructuras colegiales y contando con la revista Médicos y Pacientes. A través de la participación compartimos y mejoramos los contenidos; y además vamos extendiendo un mensaje contra la resignación, y a favor de la acción colectiva del mundo profesional.

En estos días nos enfrentamos a la dolorosa evidencia de las agresiones a sanitarios; desde el Observatorio Nacional de Agresiones, que creamos en 2010, cerca de 3.000 médicos españoles han comunicado a sus colegios profesionales algún tipo de agresión en su lugar de trabajo. Muchos de ellos están en Atención Primaria, donde la protección institucional es más tenue, donde se trabaja en distancias interpersonales tan cortas como delicadas. La solidez de la relación médico-paciente es clave, y depende en gran medida de la confianza y del respeto. El barómetro sanitario habla del aprecio que despierta la sanidad pública, y muy en particular la Atención Primaria, en la sociedad. Pero esto no significa que no haya signos claros de desapego de un segmento de pacientes.

Como decía antes, hay cambios sociales; la medicalización y *medicamentalización* del malestar conlleva también una distorsión del

concepto de enfermedad y atención sanitaria. No digo que no tengamos un poco culpa todos en este malentendido. Pero el *consumerismo*, el enfoque clientelar (el cliente siempre tiene la razón), el reduccionismo típico del mercado por el cual los servicios sanitarios se van convirtiendo en acciones episódicas, inmediatas y miopes,... tienden a convertir la medicina en un bucle corto demanda-tratamiento, a modo de consultas a pié de calle ("*walk in clinics*") donde prestar un servicio descontextualizado y sin proyección de continuidad.

Este camino no sirve para recuperar la confianza, ni para hacer buena medicina, por más que pueda satisfacer la hiperquinesia de consumidores sanitarios intoxicados por la cultura de la inmediatez y la pasividad consumerista. ¿Cómo blindar y asegurar la confianza y el respeto que antes, ahora y siempre va a necesitar la práctica de la buena medicina?.

Lo primero para salir del hoyo es dejar de cavar haciéndolo más profundo. Ante la atonía y absentismo de las autoridades sanitarias, quizá debemos dirigirnos al Ministro de Hacienda para explicarle que no se puede poner en el mismo saco a la sanidad y sus profesionales con otros sectores. Más aún, que es injusto el castigo infligido al Sistema Nacional de Salud, que es inclemente el particular correctivo presupuestario a la Atención Primaria, y que el maltrato en empleo y salario a los profesionales sanitarios es un abuso innoble, practicado a sabiendas de que nuestra vocación no nos permite desapegarnos de nuestras obligaciones con los pacientes.

No hablamos por hablar: diversos estudios indican que desde 2009 se han podido perder 10.000 puestos de trabajo entre los médicos y de 30.000 entre los enfermeros. A lo que se añade un problema de reposición o de no renovación de estos contratos, que genera una noria de contratación interina y eventual que desespera a médicos jóvenes, enfada a pacientes, y rompe el nexo de continuidad y longitudinalidad en la relación clínica; si esto es grave en el hospital, en la Atención Primaria es una catástrofe, ya que un instrumento esencial del trabajo del generalista es la relación continuada con los pacientes, las familias y la comunidad.

Los médicos jóvenes maltratados buscan un futuro; a veces haciendo la maleta. En los últimos cuatro años, 12.000 médicos solicitaron el certificado de idoneidad profesional para trabajar fuera de España, cuando en 2009 se fueron solo 600. Además, en los próximos ocho años 50.000 médicos nos vamos a jubilar. Si la tasa de reposición no nos cubre, vamos a tener serios problemas, porque no se ha hecho una política de recursos humanos.

Todos estos elementos nos están indicando claramente el final del voluntarismo y el romanticismo como yacimiento de energía para mantener un valioso sistema de Atención Primaria. Llegó el momento de la asignación de recursos, de la buena organización y gestión, y de una práctica clínica cimentada en instrumentos clínicos y de gestión del conocimiento. Sobre esta base, el profesionalismo médico, estará en condiciones de revitalizar el

contrato social con las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Por el bien de nuestros pacientes y conciudadanos, los médicos españoles debemos dar por concluida la etapa de la resignación, para exigir a los poderes públicos coherencia, responsabilidad y compromiso.

A este objetivo, estoy convencido que este documento va a prestar una enorme contribución; nuestro agradecimiento a los autores; y ahora es el momento de que los lectores participen en los debates y foros que van a tener lugar.

Serafín Romero Aguit

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

INTRODUCCIÓN

Tras la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 y el establecimiento de los Centros de Salud en los años inmediatamente posteriores, la Atención Primaria (AP) en nuestro país experimentó un gran desarrollo dando lugar a un nuevo modelo que ha supuesto mejoras importantísimas en los cuidados de salud de la población. En la actualidad, y tras una etapa de estancamiento, estamos asistiendo a una progresiva pérdida de peso del AP dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La falta de apoyos políticos, una financiación insuficiente, la dificultad de acceso a determinados medios diagnósticos, el escaso nivel de participación en la toma de decisiones sobre la gestión de los Centros de Salud, un cierto desprestigio de la especialidad en el que intervienen sin duda factores como su escasa presencia en la universidad y el empeoramiento de las condiciones laborales y retributivas, son algunos de los puntos clave que están conduciendo a la AP a esta situación de crisis como modelo y de desánimo profesional.

Sin embargo, la población concede año tras año una buena valoración a la AP en todas las encuestas de opinión, la contribución de la AP a los buenos resultados en salud de nuestro país resulta innegable y el médico de familia español es un profesional altamente cualificado y con una de las mejores formaciones médicas de Europa.

Si queremos que nuestro SNS continúe obteniendo unos resultados en salud que se encuentran entre los mejores del mundo y además a un coste que es uno de los más bajos de nuestro entorno, es preciso mantener los principios y valores de la AP - accesibilidad, longitudinalidad, puerta de entrada al sistema sanitario, continuidad asistencial, integralidad, hábil manejo de la incertidumbre, polivalencia profesional - y para ello es preciso implementar urgentemente cambios estratégicos dirigidos a resolver los problemas detectados en el modelo y a encarar los profundos y acelerados cambios sociales, profesionales, demográficos y tecnológicos que están teniendo lugar en nuestro país y en el mundo en los últimos años.

Son necesarios cambios a todos los niveles. Cambios en el sistema, aumentando los recursos de la AP, aumentando el número de profesionales que trabajen en ella. Cambios estructurales en los Equipos de AP ajustándolos mejor a la población a asistir, con espacios e infraestructuras adecuadas que permitan horarios ajustados a todos los profesionales y que posibiliten al mismo tiempo cumplir con las expectativas que tiene la población. Cambios en el modelo de gestión de estos equipos, tanto de la gestión económica como de la gestión de los procesos propios de la AP, como de su continuidad con Atención Hospitalaria. El modelo sanitario de España debe dejar de ser un modelo

hospitalocentrista y pasar a ser un modelo basado en la Atención Primaria.

Por todo ello, el grupo de trabajo de la Organización Médica Colegial (OMC) "AP-2025-OMC", ha elaborado este documento que pretende ser un instrumento para la reflexión y el debate sobre la AP que queremos. Para ello la OMC pondrá a disposición de los médicos colegiados y de los agentes sociales implicados en la sanidad, todos los medios de que dispone con el fin de ayudar en la difícil tarea de seguir avanzando en la mejora de la AP que nuestros ciudadanos reclaman y merecen.

OBJETIVOS

- Elaborar un documento que, avalado por la OMC, sea un referente para los médicos de AP, administraciones sanitarias, sindicatos, sociedades científicas y la sociedad en general, sobre el modelo de AP pública, de calidad, universal, eficiente y sostenible que los profesionales proponemos ante los retos que se nos presentan.
- Estudiar, desde la perspectiva de la profesión, los factores que van a incidir tanto positiva como negativamente sobre la AP en los próximos diez años.
- Proponer mecanismos correctores que eviten el posible declive de este nivel asistencial.
- Establecer las bases necesarias para que la AP de la próxima década sea sólida, sostenible y con los recursos que precisa realmente.
- Debatir ampliamente sobre el futuro de la AP. Para ello organizar foros de debate a nivel nacional, autonómico y provincial con los agentes sociales implicados en la sanidad.
- Elaborar estrategias de implementación de las medidas propuestas.

PRESENTACIÓN DE LAS PARTES Y CAPÍTULOS DEL DOCUMENTO

José Ramón Repullo

Los gobiernos adornan la atención primaria con declaraciones de relevancia y prioridad que contrastan con la decreciente asignación de recursos y el debilitamiento de la atención política e institucional cotidiana; las conductas acaban revelando preferencias reales, y no la retórica gastada de tanto uso.

El modelo ensayado en la estrategia de mejora de la Atención Primaria que lideró el Ministerio de Sanidad desde 2007 (AP21)¹ no ha sido

¹ Referencias a la "Estrategia AP-21"; el inicio de la AP21 fue la resolución del consejo inter-territorial del SNS 11 diciembre 2016; el Documento AP21 de 2007 puede descargarse en http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf ;

determinante para cambiar el rumbo anterior, y se ha manifestado incapaz de proteger eficazmente a la Atención Primaria de las políticas de austeridad.

Por ello, en este proyecto AP 2025, la Organización Médica Colegial pretende orientar la reflexión hacia la acción; buscar un auténtico Plan AP 2025 de acción para contener el deterioro de la Atención Primaria, introducir cambios estructurales que mejoren substancialmente la situación actual y por esta vía contribuir a la efectividad, calidad, y sostenibilidad del sistema público de salud.

El trabajo se organiza en cuatro grandes apartados: estructura, organización, instrumentos para la práctica clínica, e instrumentos para construir capital científico y tecnológico.

- Sin una **estructura** solvente todo es voluntarismo; y ha llegado el momento de cambiarlo por profesionalismo, recursos apropiados y organización.
- La **organización** administrativa y jerárquica sabemos que no sirve; lo sabemos todos, pero no se da el salto a modelos basados decididamente en la autonomía y el profesionalismo.
- Para fomentar una **práctica clínica apropiada** es preciso poner en las manos de la Atención Primaria nuevos instrumentos que le permitan ejercer el papel distribuidor e integrador de actividades sanitarias y socio-sanitarias que se precisa: tanto por la fragmentación clínica y organizativa del hospital y sus especialidades, como por el reto de la cronicidad, multimorbilidad y fragilidad. Además de puerta de entrada la primaria debe jugar un papel de "centrocampista" por el bien del conjunto del sistema sanitario.
- Y, finalmente, necesitamos construir **capital científico y tecnológico**: porque estos años de austeridad lo han erosionado, y porque se precisan cambios importantes en la generación y difusión del conocimiento, y en la adaptación de las tecnologías al nivel primario y poblacional.

Los trece capítulos de los diversos autores se integrarán en estos cuatro grandes apartados, y para cada uno de ellos se establecerán las cuestiones clave y las propuestas de mejora que son fruto de la reflexión conjunta del grupo redactor, y que se ofrecerán al mundo colegial y profesional para articular una propuesta consensuada y vigorosa de transformación sanitaria.

hay una Evaluación AP21 2012 oficial, con un conjunto de indicadores, que puede descargarse en:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_INFORME_2012.pdf.

PARTE I: Estructuras Solventes para la Atención Primaria

I.1. Hacia la suficiencia financiera de la Atención Primaria

El tránsito del voluntarismo a la organización apropiada exige revisar las estructuras que soportan el buen trabajo en Atención Primaria. La financiación es clave, pues lo que no figura en los presupuestos no está disponible para la acción; y se necesita un horizonte de estabilidad, mejora y solvencia presupuestaria para empezar a hablar en serio de mejorar la infraestructura de la primaria en España.

I.2. Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras

La visibilidad del gasto en prescripción farmacéutica lleva en ocasiones a imputar a Atención Primaria un gasto del cual es, en buena medida, administrador más que generador. Del auténtico gasto de los equipos de atención primaria, es el de personal el verdaderamente relevante. Por esto tenemos que hablar específicamente de la estructura de personal, para garantizar una coherencia de las cargas de trabajo con las dotaciones de puestos.

I.3. Condiciones laborales y retributivas de los médicos de AP. Propuesta de modelo retributivo

Las condiciones laborales y retributivas son fundamentales si queremos reponer un equilibrio justo dentro del sector, mejorar el atractivo y fidelizar a las jóvenes generaciones al trabajo en primaria; sin olvidar que una nueva gestión de recursos humanos puede promover la continuidad y longitudinalidad, que son instrumentos distintivos y esenciales de su modelo de intervención clínica.

I.4. Aspectos sociales e implicaciones laborales de la feminización de la profesión

En este sentido debemos dar un paso más: la conciliación entre la vida laboral y la particular es un tema clave en un ámbito altamente feminizado. La generación joven que hoy se incorpora a la atención primaria y que ha de tomar el relevo de la pionera que protagonizó las reformas de los años 80, debe contar con nuevos elementos y recursos que permitan ir substituyendo el voluntarismo por organización racional.

PARTE II: Organización Basada en el Profesionalismo y la Autonomía de gestión

II.1. Autonomía organizativa. Liderazgo clínico. Las UGC y otras formas de gestión

Aunque los centros de salud y los equipos de atención primaria tengan un formato y apariencia de entidades administrativas y jerárquicas, en realidad son organizaciones profesionales, aunque insertadas en una trama de funcionamiento procedimental de corte burocrático, y con modelos presupuestarios que añaden rigidez a la gestión de recursos y servicios. La tarea inaplazable es la deconstrucción de la burocracia ineficiente e inclemente, y la reconstrucción de los equipos como organizaciones profesionales dotadas de un alto nivel de autonomía para organizar su trabajo; dado el contexto, considerar las "unidades de gestión clínica" en AP como un vehículo para este rediseño organizativo puede ser una buena alternativa para catalizar el cambio necesario.

II.2. Incrementar la capacidad resolutive de la Atención Primaria

El principio de subsidiariedad debe llevar a que el nivel más próximo al paciente resuelva la mayor parte de los problemas; este principio se contradice con la práctica de retención de pacientes por las especialidades hospitalarias, y se beneficia de la existencia o disponibilidad de recursos diagnósticos, terapéuticos, de innovación, o de tecnologías de información y comunicación en manos de los profesionales de AP.

II.3. Continuidad asistencial. Relación Atención Primaria - Atención Hospitalaria. Rutas asistenciales

La fragmentación clínica de las especialidades y subespecialidades hospitalarias es un grave problema que se divisa con particular claridad en los pacientes que acuden a la AP. La lógica de los especialistas hospitalarios, en su orientación al episodio de enfermedad y al procedimiento específico, debe ir dejando lugar a una visión de subsidiariedad en relación al establecimiento de rutas asistenciales, y a la dirección del proceso asistencial. Lo anterior es compatible con la asunción del liderazgo clínico por una especialidad hospitalaria cuando aparece un cuadro grave, y mientras este sea dominante. Porque no se trata de un problema de poder, sino de organización clínica; es el corolario de pensar en la salud de nuestros pacientes, aunque no coincida necesariamente con todas sus preferencias en cada momento.

PARTE III: Instrumentos para una práctica clínica apropiada en AP. Propuestas para abordar problemas emergentes

III.1. Medicalización de la sociedad. Elevado coste y riesgos para la salud. Eliminar lo superfluo e ineficaz

El principio de subsidiariedad también se aplica al nivel de atención primaria, que debe impulsar la capacidad del paciente, usuario y familias para ser autónomos, protegiendo y promoviendo su propia salud y prevenir la enfermedad. La conversión de cualquier problema de la vida en un problema de salud es el exponente máximo de la alienación del control sobre el propio cuerpo y la propia vida. Es iluso plantearse desde la AP detener la ola masiva de medicalización del malestar promovida desde el espectáculo mediático con el impulso de los promotores de tratamientos, dietas, actividades o productos; pero sería indigno no desarrollar acciones en los escenarios clínicos para minimizar su impacto, o cuando menos no agravarlo; y también fomentar alianzas con poderes públicos para reducir la exposición a estos factores irracionales.

Paralelamente hemos de impulsar la reinversión desde lo más superfluo, innecesario o inefectivo, hacia lo que más valor añade a nuestros pacientes: nuestro tiempo, esfuerzo, talento y medios deben migrar en esta dirección de forma progresiva y sistemática; al igual que en la medicalización del malestar, la contribución de la AP estará en buena medida condicionada a la extensión de esta revisión de la práctica clínica en el conjunto de la red sanitaria.

III.2. Cronicidad. La Atención Primaria como eje de la Atención al paciente crónico pluripatológico

La mencionada fragmentación clínica de las especialidades hospitalarias muestra especialmente su cara más preocupante cuando enfrenta pacientes crónicos y pluripatológicos, ya que tiende a estructurar procesos paralelos e independientes en cada eje de morbilidad; la resistencia cultural a "devolver el paciente" a su Médico de Atención Primaria tras el alta del episodio de atención hospitalaria, o para valorar comorbilidades emergentes en la atención al problema principal, aumenta los pacientes en permanente y múltiple revisión en el hospital.

La respuesta típica de la atención especializada es seguir sub-especializando unidades para coser las roturas que la fragmentación ha ocasionado: atención domiciliaria tras el alta, *case-management* para pacientes frágiles, equipos de atención a pacientes terminales, etc. Pero esta estrategia acaba creando más problemas de solapamientos y descubiertos, porque se construye

fuera de la lógica realmente sintética e integradora de la AP. El SNS no puede ser neutro en este dilema, y debe apostar por una estrategia de cronicidad dirigida por el médico y la enfermera de atención primaria, dotándoles de medios necesarios (propios o movilizables por la AP).

III.3. Prevención Cuaternaria. Seguridad del paciente

Lo lógica de la medicina moderna entra frecuentemente en conflicto con las verdaderas necesidades de nuestros pacientes. La promoción de enfermedades nuevas desde el complejo industrial que rodea a la medicina contemporánea debe encontrar una actitud clara de contención por parte de los médicos; esta "prevención cuaternaria" de los daños que por imprudencia podemos causar a nuestros pacientes, se extiende a la epidemia diagnóstica, cribados que crean alarma y estigma sin resolver morbilidad, marcadores y chequeos no basados en resultados en salud, y otras intervenciones donde la debilidad de la evidencia y la posibilidad de daño debería llevarnos a compartir con el paciente los problemas para que pudiera tomar una decisión informada. Aunque este sea un desafío para toda la medicina, la AP está mejor situada que el hospital para este propósito, pues suele tener menores conflictos de interés, aunque su capacidad de influencia dependerá de construir y consolidar las relaciones de confianza con el paciente.

PARTE IV: Instrumentos para construir capital científico y tecnológico para la AP

IV.1. Las Nuevas Tecnologías: La historia clínica electrónica, receta electrónica, telemedicina, sistemas de información

Una serie de cambios tecnológicos suponen un reto, cargado claramente de oportunidades, y que pueden aprovecharse para mejorar la efectividad y calidad de nuestro quehacer profesional. Las Tecnologías de Información y Comunicación, bien aplicadas y adaptadas, suponen un capital esencial, una poderosa fuerza integradora de la información del paciente, permite mejorar la accesibilidad y facilita la monitorización del desempeño y la evaluación de nuestra práctica. Pero es una tecnología disruptiva, que obliga a un rediseño de la organización, que exige cambios en la estructura, organización y funcionamiento, tanto de las redes sanitarias como de los equipos de AP.

IV.2. La formación del Médico de Familia: Medicina de Familia en la Universidad. El MIR de familia en la troncalidad. Desarrollo Profesional Continuo. Validación Periódica de la Colegiación. Reacreditación

La preparación de los futuros médicos requiere una base generalista sobre la cual construir la diversidad de trayectorias de especialización; la cantidad de alumnos y calidad de la formación universitaria es una responsabilidad indelegable de los poderes públicos, y si las administraciones educativas no son capaces de asumirla, las sanitarias deberán tener un rol más ejecutivo. Es aquí donde la formación en medicina de atención primaria es esencial; y en la raíz de los troncos de formación especializada, particularmente en el médico, debe asegurarse un conocimiento directo de la práctica profesional en los centros de salud.

Además, el capital científico de los profesionales de la AP no se revitaliza sólo; la ingente producción científica es nominalmente accesible, pero su compilación, revisión y difusión activa exige recursos y cambios en la organización. Este objetivo debe ser internalizado por los servicios de salud de las CCAA, formar parte del trabajo de construcción de competencias en los equipos de atención primaria, e incluirse en objetivos y evaluación de desempeño anual; paralelamente hay que avanzar en la reducción de los conflictos de interés que sesgan la formación de los profesionales sanitarios por la industria farmacéutica y tecnológica. En este contexto la validación periódica de la colegiación aporta un referente de racionalidad técnica y responsabilidad corporativa que legitima a los Colegios para promover y liderar este tipo de cambios.

IV.3. La investigación en Atención Primaria

La generación de nuevo conocimiento científico a través de la investigación no es privativo de los laboratorios o los hospitales. Algunos ejemplos de fronteras de nuevo conocimiento a estudiar desde la atención primaria podrían ser: la investigación clínica orientada a la efectividad en condiciones de práctica habitual, el estudio de las intervenciones en condiciones de pluripatología, los diseños de investigación en servicios sanitarios, las acciones comunitarias, las intervenciones no medicamentosas, los modelos de autocuidados y cuidados informales, la combinación de intervenciones, los resultados a medio plazo de los procesos, los efectos adversos,... Los sistemas de información aportan nuevos instrumentos para hacer escrutinios desde la propia práctica clínica a preguntas que surgen de la observación de la realidad. Investigación e innovación pueden unirse en círculos virtuosos dentro de los centros de salud, y generar un cuerpo de doctrina de la medicina de atención primaria (y de la enfermería) que permita consolidar el nivel primario como un auténtico nivel especializado, permitiendo renombrar a los generalistas, como gustaba decir a *Barbara Starfield* como "supra-especialistas".

Pero para que investigación e innovación arraiguen y se desarrollen con carácter general como tercera pata de la AP hace falta algo más que la curiosidad científica y el compromiso con la generación del conocimiento. O se establecen nodos donde cristalicen y cimenten los proyectos, o no será posible de superar la barrera de lo vocacional y voluntarista; el dinero para proyectos de investigación, por sí sólo, tampoco asegura este salto cualitativo, ya que faltan las semillas sobre las cuales actúe la financiación a medio plazo.

PARTE I: ESTRUCTURAS SOLVENTES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

I.1. HACIA LA SUFICIENCIA FINANCIERA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Vicente Matas

Al hablar de **Servicios Sanitarios Públicos** en España, es importante que tengamos muy presentes dos artículos que definen tres de sus **principios básicos**: Igualdad, Equidad y Universalidad.

Constitución Española 1978. Artículo 14. Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Ley 14/1986, General de Sanidad. Artículo 3. 2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de igualdad efectiva.

Por tanto no deben existir: Desigualdades, asimetrías, exclusiones e inequidades. **Y nos preguntamos ¿existen?** Pues veamos...

En el año 2015 hay en España **13.094 centros** de Atención Primaria, **166 Áreas** y **2.704 Zonas Básicas de Salud** para atender a **casi 46 millones** de personas protegidas.

En el año 2015 había **84.686 profesionales** en las plantillas de Atención Primaria, de ellos **28.480 Médicos de Familia**, **6.408 Pediatras**, **29.441 Enfermeras** y **20.357 personal no sanitario**. Es necesario aclarar que **no siempre las plantillas están cubiertas o mejor dicho casi nunca.**

En el año 2015 había **84.686 profesionales** en las plantillas de Atención Primaria, de ellos **28.480 Médicos de Familia**, **6.408 Pediatras**, **29.441 Enfermeras** y **20.357 personal no sanitario**.

En el año 2015 realizaron una gran labor, con **más de 373 millones de consultas** atendidas. Con unas cargas de trabajo diarias medias de **29,53 consultas/días** para Médicos de Familia, **21,15 consultas/día** para Pediatras y **18,03** para enfermeras. Dato que es claramente inferior a la realidad de los centros pues se han calculado con las plantillas al completo (muchísimos días no están al completo).

Más de 373 millones de consultas atendidas. Con unas cargas de trabajo diarias medias de **29,53 consultas/días** para Médicos de Familia, **21,15 consultas/día** para Pediatras y **18,03** para enfermeras

La gran mayoría de la actividad se realiza en el **centro**, pero es muy importante también la que se hace en el **domicilio** del paciente, en concreto **3.466.991 visitas** en el caso de los Médicos y **9.931.359** en el caso de enfermería.

Hay que añadir **20.558.361 de urgencias** atendidas por los médicos y **8.117.356 por enfermería**. En ambos casos en muchos centros, sobre todo urbanos, existen equipos específicos o personal de apoyo que colaboran en estas labores.

Y ¿cuánto se invierte en nuestro Sistema Sanitario?

La inversión realizada en España en Sanidad Pública ha retrocedido hasta el 5,9% del PIB en 2014 y hay un compromiso de llegar hasta el 5,3%. En 2015 y 2016 ha existido un leve incremento, que en su mayor parte se ha destinado a farmacia.

Tabla 1. Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones de euros	69.400	68.034	64.138	61.710	61.947
Porcentaje sobre PIB	6,4%	6,4%	6,2%	6,0%	5,9%
Euros por habitante	1.493	1.458	1.370	1.321	1.332

Estos grandes recortes con la crisis, **han afectado especialmente en Atención Primaria**.

Entre los años 2010 y 2014, mientras que en la inversión sanitaria pública total se ha recortado el 10,7% (7.453 millones de euros), **en Atención Primaria el recorte ha sido muy superior, en concreto el 14,7% (1.551 millones de euros)**. Si nos fijamos, todos los años Atención Primaria ha perdido financiación, mientras que otros sectores en algunos años han recuperado.

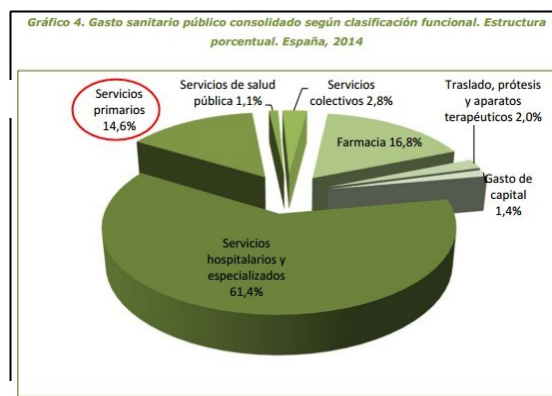
Tabla 3. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros. España, 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios hospitalarios y especializados	38.908	39.803	38.914	37.421	38.043
Servicios primarios de salud	10.596	10.169	9.484	9.135	9.045
Servicios de salud pública	758	747	698	664	653
Servicios colectivos de salud	2.058	2.088	2.014	2.027	1.720
Farmacia	13.406	12.333	10.708	10.480	10.388
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.467	1.393	1.248	1.133	1.236
Gasto de capital	2.205	1.500	1.072	850	862
Total consolidado	69.400	68.034	64.138	61.710	61.947

Finalmente la inversión en Atención Primaria supone **solo el 14,6% del total en el año 2014**.


La participación de Atención Primaria en la inversión sanitaria pública no ha parado de bajar y ya estamos en unos niveles difícilmente soportables.

Deben los gestores tomar buena nota, pues **si desde Primaria no se puede seguir resolviendo el 85-90% de la demanda que le llega, todo el SNS puede colapsar**



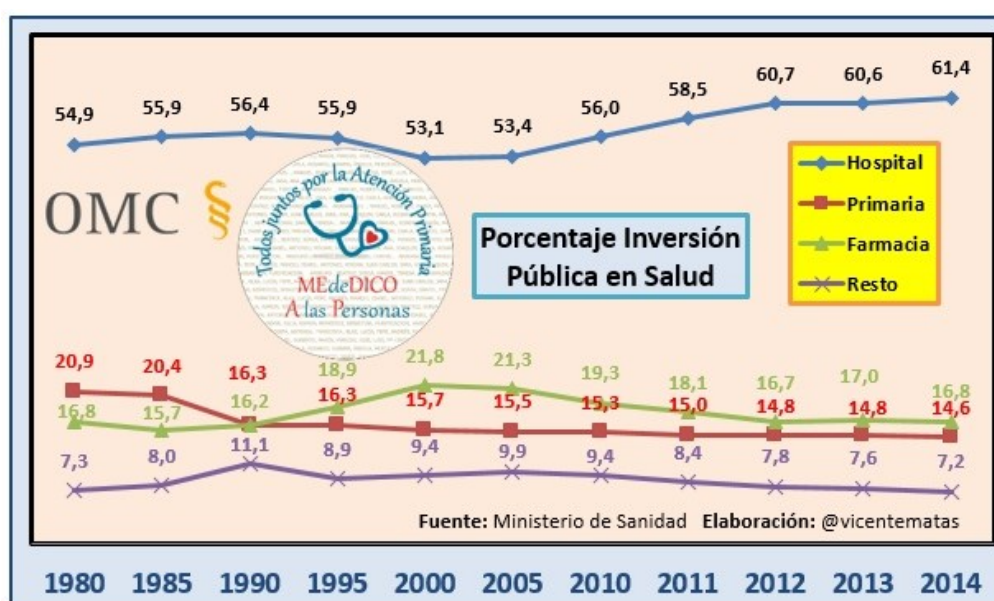
Las consecuencias las están sufriendo los pacientes y lo propios profesionales. Cargas de trabajo desmesuradas, acúmulos casi diarios por falta de sustituciones, consultas masificadas, demoras excesivas....

Inversión Sanitaria Pública en España 1982-2014 (Miles de €)

OMC  VOCALIA DE ATENCION PRIMARIA URBANA	Año 1982		Año 1992		Año 2002		Año 2012		Año 2014	
	€uros	%	€uros	%	€uros	%	€uros	%	€uros	%
Servicios hospitalarios/especializados	3.059.356	54,9	11.727.088	56,7	19.757.811	52,0	38.907.650	60,7	38.042.703	61,4
Servicios primarios salud	1.127.437	20,2	3.441.849	16,6	5.882.392	15,5	9.504.658	14,8	9.045.442	14,6
Farmacia	947.830	17,0	3.548.643	17,1	8.489.641	22,4	10.707.893	16,7	10.388.440	16,8
Resto del gasto	435.204	7,8	1.979.525	9,6	3.848.033	10,1	5.030.089	7,8	4.470.456	7,2
Total consolidado	5.569.827	100,0	20.697.105	100,0	37.977.878	100,0	64.150.289	100,0	61.947.041	100,0

Fuentes: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad y Centro Estudios CESM-Granada (e) V. Matas. Miles de euros

Atención Primaria pierde porcentaje en la inversión sanitaria año tras año y desde hace muchos años está por debajo del gasto en farmacia (recetas), que en 2015 y 2016 está incrementándose.



Hay grandes diferencias en inversión sanitaria pública entre CCAA que no se justifican completamente por factores como edad o dispersión. Habría que estudiar si afectan al principio de equidad.

Comunidad Autónoma	Gasto sanitario público territorializado (INVERSIÓN), por habitante protegido en 2014 CCAA											
	Total		Atención Primaria		Hospitales (farmacia)		Farmacia (recetas)		Conciertos		Remuneración Personal	
	Euros/hab	%	Euros/hab	%	Euros/hab	%	Euros/hab	%	Euros/Hb	%	Euros/hab	
01-Andalucía (AN)	1.111,12	12,84%	142,67	58,18%	646,45	20,10%	223,34	4,79%	53,22	47,57%	528,56	
02-Aragón (AR)	1.478,45	17,77%	262,72	68,09%	1.006,68	16,20%	239,51	4,02%	59,43	51,75%	765,10	
03-Asturias, Principado de (AS)	1.457,24	12,36%	180,11	59,75%	870,70	17,22%	250,94	6,34%	92,39	49,16%	716,38	
04-Baleares, Illes (IB)	1.291,83	13,15%	169,88	60,24%	778,20	14,20%	183,44	11,69%	151,01	48,75%	629,77	
05-Canarias (CN)	1.354,77	14,53%	196,85	55,68%	754,34	17,67%	239,39	10,02%	135,75	50,16%	679,55	
06-Cantabria (CB)	1.458,76	14,88%	217,06	65,84%	960,45	15,13%	220,71	3,68%	53,68	48,80%	711,87	
07-Castilla - La Mancha (CM)	1.053,75	14,72%	155,11	56,60%	596,42	18,84%	198,53	4,04%	65,60	52,16%	549,64	
08-Castilla y León (CL)	1.623,76	16,30%	264,67	50,74%	823,90	18,79%	305,10	5,32%	56,06	54,94%	892,09	
09-Cataluña (CT)	1.296,87	12,27%	159,13	43,13%	559,34	15,34%	198,94	24,50%	317,73	35,66%	462,46	
10-Comunitat Valenciana (VC)	1.285,91	13,08%	168,20	60,11%	772,96	20,04%	257,70	5,44%	69,95	39,65%	509,86	
11-Extremadura (EX)	1.494,68	17,41%	260,22	54,95%	821,33	19,36%	289,37	4,56%	68,16	51,46%	769,16	
12-Galicia (GA)	1.340,71	12,59%	168,80	57,18%	766,62	21,90%	293,62	5,71%	76,55	46,23%	619,81	
13-Madrid, Comunidad de (MD)	1.193,27	11,80%	140,81	59,35%	708,21	15,08%	179,95	11,19%	133,53	45,90%	547,71	
14-Murcia, Región de (MC)	1.488,70	12,79%	190,40	56,24%	837,24	16,98%	252,78	6,77%	100,78	48,13%	716,51	
15-Navarra, C. Foral de (NC)	1.497,08	14,67%	219,62	57,07%	854,38	14,56%	217,97	7,06%	105,69	52,01%	778,63	
16-País Vasco (PV)	1.583,12	14,36%	227,34	59,84%	947,34	14,48%	229,24	6,96%	110,19	52,18%	826,07	
17-La Rioja (RI)	1.353,42	14,37%	194,49	57,12%	773,07	16,65%	225,34	8,66%	117,21	48,79%	660,33	
España (ES) CCAA	1.289,24	13,40%	172,76	55,80%	719,40	17,55%	226,26	9,56%	123,25	45,97%	592,66	

Fuente: Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MSSSI. Extraído del INCLASNS (13/10/2016 - 9:09) Elaboración: V. Matas

En la tabla podemos comprobar las diferencias en inversión por habitante total, en Atención Primaria, en Hospitales, Farmacia (recetas), conciertos y remuneración de personal.

En **Atención Primaria** la inversión por habitante y año varía desde 140,81 euros hasta 264,67 euros.

Desde el año 2009 se han producido importantes recortes, tanto en inversión en el Sistema Sanitario Público como en Atención Primaria por habitante protegido y año.

Atención Primaria	Inversión por habitante protegido y año total, Atención Primaria y diferencias 2009/2014												
	Año 2009		Año 2011		Año 2014		Diferencias 2009/2014						
	Euros/hab.	% AP	€/hab/AP	Euros/hab.	% AP	€/hab/AP	Euros/hab.	% AP	€/hab/AP	Euros/hab.	% total	€/hab/AP	% AP
01-Andalucía (AN)	1.310,47	16,27%	213,21	1.184,14	15,93%	188,63	1.111,12	12,84%	142,67	-199,35	-15,21%	-70,55	-33,09%
02-Aragón (AR)	1.610,84	15,36%	247,43	1.609,50	15,12%	243,36	1.478,45	17,77%	262,72	-132,39	-8,22%	15,30	6,18%
03-Asturias, Principado de (AS)	1.661,83	11,65%	193,60	1.641,19	12,23%	200,72	1.457,24	12,36%	180,11	-204,59	-12,31%	-13,49	-6,97%
04-Baleares, Illes (IB)	1.345,05	13,89%	186,83	1.468,09	12,81%	188,06	1.291,83	13,15%	169,88	-53,22	-3,96%	-16,95	-9,07%
05-Canarias (CN)	1.494,27	13,71%	204,86	1.354,67	13,77%	186,54	1.354,77	14,53%	196,85	-139,50	-9,34%	-8,02	-3,91%
06-Cantabria (CB)	1.429,05	15,32%	218,93	1.341,19	15,00%	201,18	1.458,76	14,88%	217,06	29,71	2,08%	-1,87	-0,85%
07-Castilla - La Mancha (CM)	1.592,73	15,82%	251,97	1.512,34	16,13%	243,94	1.053,75	14,72%	155,11	-538,98	-33,84%	-96,86	-38,44%
08-Castilla y León (CL)	1.472,07	18,55%	273,07	1.387,27	17,81%	247,07	1.623,76	16,30%	264,67	151,69	10,30%	-8,40	-3,07%
09-Cataluña (CT)	1.449,49	14,09%	204,23	1.380,93	12,50%	172,62	1.296,87	12,27%	159,13	-152,62	-10,53%	-45,11	-22,09%
10-Comunitat Valenciana (VC)	1.353,29	13,24%	179,18	1.361,70	13,17%	179,34	1.285,91	13,08%	168,20	-67,38	-4,98%	-10,98	-6,13%
11-Extremadura (EX)	1.694,99	16,55%	280,52	1.625,03	16,78%	272,68	1.494,68	17,41%	260,22	-200,31	-11,82%	-20,30	-7,24%
12-Galicia (GA)	1.534,40	12,85%	197,17	1.379,87	13,18%	181,87	1.340,71	12,59%	168,80	-193,69	-12,62%	-28,38	-14,39%
13-Madrid, Comunidad de (MD)	1.335,03	11,85%	158,20	1.371,83	10,49%	143,90	1.193,27	11,80%	140,81	-141,76	-10,62%	-17,40	-11,00%
14-Murcia, Región de (MC)	1.646,20	12,06%	198,53	1.622,13	12,80%	207,63	1.488,70	12,79%	190,40	-157,50	-9,57%	-8,13	-4,09%
15-Navarra, C. Foral de (NC)	1.633,59	14,11%	230,50	1.576,06	14,00%	220,65	1.497,08	14,67%	219,62	-136,51	-8,36%	-10,88	-4,72%
16-País Vasco (PV)	1.692,06	14,82%	250,76	1.661,47	14,64%	243,24	1.583,12	14,36%	227,34	-108,94	-6,44%	-23,43	-9,34%
17-La Rioja (RI)	1.514,99	14,07%	213,16	1.490,10	12,88%	191,92	1.353,42	14,37%	194,49	-161,57	-10,66%	-18,67	-8,76%
España (ES) CCAA	1.442,83	14,32%	206,61	1.387,76	13,77%	191,09	1.289,24	13,40%	172,76	-153,59	-10,65%	-33,86	-16,39%

Fuente: www.msc.es Extraído de: INCLASNS (19 noviembre 2016) Elaboración: Vicente Matas

En la tabla podemos observar como los recortes, que de media en inversión por habitante protegido y año han sido del 10,65% presentan grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas, que van desde crecimientos del 10,30% hasta recortes del 33,84%. En Atención Primaria los porcentajes de recorte son mayores, la media ha sido del 16,39% y oscila entre subidas del 6,18% y recortes del 38,44%.

España también ha soportado un importante descenso de las partidas de **inversión en I+D+i** respecto del Producto Interior Bruto ha pasado del 1,4% en 2009 al 1,23% en 2014, alejándose de la media de la UE que ronda ya el 2%. Según el informe elaborado por EAE Business School, en España se invirtieron 12.820 millones de euros en 2014 en actividades de I+D+i, un descenso acumulado del 12% desde 2010. La inversión total en I+D+i por habitante, realizado en España en 2014 fue de 273,60 €, muy superior a los 172,76 € que invierten las Comunidades Autónomas a Atención Primaria.

La inversión en Educación, que también es un pilar básico para el desarrollo y progreso de un país, ha sufrido un importante retroceso en inversión, al pasar de 53.099 millones de euros en 2010 (el 4,91 % del PIB) a 44.846 millones de euros en 2014 (el 4,31% del PIB).

Estos tres sectores son fundamentales para el desarrollo y progreso de España y centrándonos en nuestro **Sistema Sanitario Público** necesita urgentemente una **financiación suficiente, equitativa y finalista** con criterios objetivos entre los que deben estar la edad y la dispersión. La gran pérdida que se ha producido con la crisis debemos recuperarla, aunque evidentemente no podrá ser de un año para otro.

Inversión Sanitaria Pública real 2008-2014 y estimación entre 2015-2025

Año	Producto Interior Bruto (PIB)		Inversión Sanitaria Pública		Inversión en Atención Primaria		
	PIB Mill. €	Crecimiento PIB (%)	Inversión Millones €	% Inversión sobre el PIB	Inversión Millones €	% Primaria Sanitaria Pública	% Primaria sobre el PIB
2008	1.116.207	1,10%	66.918	6,2	10.396	15,5	0,93
2009	1.079.034	-3,60%	70.579	6,5	10.775	15,3	1,00
2010	1.080.913	0,00%	69.400	6,4	10.596	15,3	0,98
2011	1.070.413	-1,00%	68.034	6,4	10.182	15,0	0,95
2012	1.042.872	-2,60%	64.138	6,2	9.484	14,8	0,91
2013	1.031.272	-1,70%	61.710	6,0	9.135	14,8	0,89
2014	1.041.160	1,40%	61.947	5,9	9.045	14,6	0,87
2015	1.081.190	3,20%	64.871	6,0	9.471	14,6	0,88
2016	1.115.788	3,20%	66.947	6,0	9.774	14,6	0,88
2017	1.141.451	2,30%	69.629	6,1	10.375	14,9	0,91
2018	1.165.422	2,10%	72.256	6,2	10.983	15,2	0,94
2019	1.188.730	2,00%	74.890	6,3	11.608	15,5	0,98
2020	1.212.505	2,00%	77.600	6,4	12.261	15,8	1,01
2021	1.236.755	2,00%	80.389	6,5	12.943	16,1	1,05
2022	1.261.490	2,00%	83.258	6,6	13.654	16,4	1,08
2023	1.286.720	2,00%	86.210	6,7	14.397	16,7	1,12
2024	1.312.454	2,00%	89.247	6,8	15.172	17,0	1,16
2025	1.338.703	2,00%	92.371	6,9	15.980	17,3	1,19

Datos reales entre 2008 y 2014. PIB años 2015 a 2018 estimado Banco de España y desde 2019 PIB estimación del 2% anual.

Inversión Sanitaria Pública se estima, a partir del año 2017, un crecimiento acumulado del 0,1% año sobre participación en el PIB y en Primaria 0,3% año sobre participación del sector en la Inversión Sanitaria pública. Los años 2015 y 2016 crecimiento del PIB.

En el caso de **Atención Primaria** la pérdida viene de muy lejos, desde los años 80 se viene perdiendo paulatinamente participación en el presupuesto sanitario público y ha llegado el momento de comenzar la recuperación que llevará muchos años.

Proponemos un avance del 0,1% sobre el PIB en el presupuesto sanitario público entre los años 2017 y 2025 y dentro de este un avance del 0,3% anual en la participación de Atención Primaria, hasta llegar en una primera etapa hasta el 17,3% del presupuesto del año 2025, lo que equivale al 1,19% del PIB

Sin Atención Primaria no progresamos en salud y sin salud no avanzamos en bienestar y desarrollo.

Sin una **financiación adecuada, suficiente y equitativa de Atención Primaria**, no se podrá hacer frente a los grandes retos del SNS con **eficiencia y calidad**.

Bibliografía

- Constitución Española 1978.
<https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- Ley 14/1986, General de Sanidad.
<https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).
<http://peestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>
- Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Principales resultados.
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Gasto sanitario Público según criterio de devengo: Gasto real. Serie 2002-2014
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>
- SERIES HISTÓRICAS (Gasto sanitario público según criterio de caja: Liquidaciones presupuestarias). SERIE 1960-2005 SERIE 1988-2005 SERIE 1995-2005
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Serie_1988_2005_Nuevo.pdf

- Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.
<http://inclasns.msssi.es/main.html>
- EAE Business School. Estudio **Inversión en I+D+i 2016**.
<http://www.eae.es/actualidad/noticias/la-inversion-en-i-d-i-espana-modera-su-caida-y-se-situa-en-12.820-millones-de-euros>
- Estadística del Gasto público en educación. Resultados definitivos Año 2014. <http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/recursos-economicos/gasto-publico/2014/2014NotaRes.pdf>
- Estadística del Gasto público en educación. Año 2010.
<http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/gl/estadisticas/educacion/recursos-economicos/gasto-publico/2010.html>
- Boletín Económico. Banco de España
http://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/boletines/Boletin_economic/
- Producto Interior Bruto España
<http://www.datosmacro.com/pib/espana?anio=2016>
- Previsión PIB 2017 y 2018 en España.
<http://www.expansion.com/economia/2016/09/29/57ece62de2704eb7278b45a4.html>

I.2. PLANTILLAS SUFICIENTES PARA UNA ASISTENCIA EFICIENTE, EFICAZ Y SIN DEMORAS

Vicente Matas

En España, según datos del Ministerio, en 2015 existían 3.039 Centros de Salud y 10.055 Consultorios Locales, en ellos realizan un extraordinario, estresante y agotador trabajo 28.480 Médicos de Familia y 6.408 Pediatras. También desarrollan una importante labor 29.441 enfermeros y 20.357 profesionales de otras categorías, de ellos entre el 15 y el 20% aproximadamente es personal auxiliar de enfermería.

Los Médicos de Familia realizaron un total de 207.903.896 consultas, equivalentes a unas 30 de media por cada día de consulta (son 247 días de consulta al año). También se atendieron 20.558.361 urgencias médicas en el año

Con las plantillas incompletas y las ausencias sin sustituir, la mayoría de los días se producen los famosos acúmulos de cupo, con lo que consultas de 40, 50 e incluso más pacientes diarios son muy frecuentes en muchísimos, en demasiados Centros de Salud. Por lo que podemos afirmar que **en Primaria faltan Médicos de Familia.**

Consultas de 40, 50 o incluso más pacientes diarios son muy frecuentes

En Atención Primaria las cargas de trabajo de los médicos están muy relacionadas con el cupo asignado, con el número total de personas, con la distribución por edad de las mismas y también con la dispersión geográfica del municipio en el que realiza su trabajo.

Con la frecuentación media de 5,48 visitas/año, los Médicos de Familia con cupos de una composición por edad similar a la media nacional, podemos esperar que un cupo de 1.501 personas tenga diariamente unas 34 consultas, en el caso de 1.750 las consultas serían unas 39 diarias y para 2.000 llegaría a 44 consultas/día.

Por tanto ya que según datos del Ministerio el 38,8 % de los Médicos de Familia en España tienen cupos entre 1.501 y 2.000 personas asignadas, tendrían de media entre 34 y 44 consultas diarias y el 2 % con más de 2.000 superarían las 44 consultas días de media.

Evidentemente existe gran variabilidad, porque no existen dos cupos iguales, aunque tengan el mismo número de personas asignadas, aparte de la edad influyen otros factores (incluido el médico).

Pero en todo caso, parecen cargas de trabajo excesivas, sobre todo si tenemos en cuenta, que en muchas ocasiones -demasiadas-, se incrementan estas cargas de trabajo, al tener que acumular el trabajo de los médicos ausentes por cualquier motivo y no sustituidos.

Si sumamos ambos grupos, podemos resumir que más del 40% de los Médicos de Familia tienen cupos superiores a las 1.500 personas asignadas.

Pero lo más importante es que con una estimación media de 1.700 personas asignadas en el grupo de 1.501 a 2.000 y 2.200 en el grupo de más de 2.000, nos encontramos con más de veinte millones de personas afectadas, que supone más del 50% de los 39.330.880 personas con Médico de Familia asignado en el año 2015.

Son estos ciudadanos los que sufren las excesivas cargas de trabajo en periodos normales y que aumentan mucho en periodos de incremento de demanda o vacaciones.

Según la encuesta realizada a finales de 2015 por la vocalías de AP de la OMC, con una participación de 3.639 Médicos de Familia, en situaciones normales de demanda más del 11% atendían más de 50 consultas diarias y más del 40% atendían más de 40 consultas al día. Existen importantes diferencias según el **tamaño del municipio**, siendo los que están comprendidos entre 15.000 y 49.999 los que soportan unas mayores cargas de trabajo, 17% para más de 50 consultas al día y 54,8% para más de 40 consultas al día.

OMC Atención Primaria	Consultas diarias Médicos Familia en situaciones normales														Contesta		
	Menos 25	%	De 25 a 30	%	De 31 a 35	%	De 36 a 40	%	De 41 a 45	%	De 46 a 50	%	Más de 50	%		Más de 40	%
De 1.000 habitantes y menos	105	34,7%	87	28,7%	46	15,2%	37	12,2%	13	4,3%	7	2,3%	8	2,6%	28	9,2%	303
De 1.001 a 5.000 habitantes	35	6,6%	92	17,4%	103	19,4%	112	21,1%	75	14,2%	72	13,6%	41	7,7%	188	35,5%	530
de 5.001 a 14.999 habitantes	17	2,6%	59	9,0%	134	20,4%	123	18,7%	101	15,4%	118	18,0%	105	16,0%	324	49,3%	657
De 15.000 a 49.999 habitantes	17	2,4%	66	9,2%	97	13,5%	145	20,2%	134	18,6%	138	19,2%	122	17,0%	394	54,8%	719
De 50.000 habitantes y más	41	2,9%	171	12,0%	293	20,5%	357	25,0%	267	18,7%	170	11,9%	131	9,2%	568	39,7%	1.430
Total encuestados	215	5,9%	475	13,1%	673	18,5%	774	21,3%	590	16,2%	505	13,9%	407	11,2%	1.502	41,3%	3.639

En situaciones de incremento de demanda y periodos de vacaciones estos porcentajes crecen hasta superar el 75% para más de 40 consultas al día, con una media del 69,7%. Para más de 50 consultas al día en municipios de más de 5.000 habitantes y menos de 15.000 el porcentaje llega a superar el 44% y la media está en 34,6%.

OMC Atención Primaria	Consultas diarias Médicos Familia en situaciones especiales														Contesta		
	Menos 25	%	De 25 a 30	%	De 31 a 35	%	De 36 a 40	%	De 41 a 45	%	De 46 a 50	%	Más de 50	%		Más de 40	%
De 1.000 habitantes y menos	27	8,9%	40	13,2%	38	12,5%	70	23,0%	34	11,2%	33	10,9%	62	20,4%	129	42,4%	304
De 1.001 a 5.000 habitantes	12	2,3%	31	5,9%	47	8,9%	86	16,3%	87	16,5%	85	16,1%	180	34,1%	352	66,7%	528
de 5.001 a 14.999 habitantes	10	1,4%	22	3,1%	55	7,6%	99	13,8%	95	13,2%	116	16,1%	322	44,8%	533	74,1%	719
De 15.000 a 49.999 habitantes	1	0,2%	20	3,0%	47	7,2%	95	14,5%	92	14,0%	115	17,5%	287	43,7%	494	75,2%	657
De 50.000 habitantes y más	20	1,4%	54	3,8%	126	8,8%	200	14,0%	304	21,3%	315	22,1%	408	28,6%	1.027	72,0%	1.427
Total encuestados	70	1,9%	167	4,6%	313	8,6%	550	15,1%	612	16,8%	664	18,3%	1.259	34,6%	2.535	69,7%	3.635

En Atención Primaria no hay listas de espera, pero existen las demoras. En la encuesta de la OMC se preguntó por los días de demora, en situaciones normales y durante las vacaciones y periodos de incremento

demanda. Se entiende que **no hay demora** cuando se puede conseguir cita con el médico de familia o el pediatra en el mismo día o al día siguiente.

En el caso de los Médicos de Familia el porcentaje de demora se incrementa claramente con el tamaño de los cupos de personas asignadas.

En condiciones normales y sin tener en cuenta el tamaño del cupo, solo el 47,6% de los 3.559 que contestaron, carecen de demora y el resto (más del 52% tienen algún día de demora).

OMC Atención Primaria	Demora en las citas en situaciones normales de demanda													
	Sin demora	% contestan	Demora de un día	% contestan	Demora dos o tres días	% contestan	Demora de cuatro o cinco días	% contestan	Demora de más de una semana	% contestan	Contesta	No contesta	% no contestan	Total
Médico de Familia/General	1.695	47,6%	750	21,1%	685	19,2%	295	8,3%	134	3,8%	3.559	158	4,3%	3.717
Pediatra Atención Primaria	472	67,9%	129	18,6%	64	9,2%	19	2,7%	11	1,6%	695	12	1,7%	707
Otras categorías	5	20,8%	2	8,3%	4	16,7%	2	8,3%	11	45,8%	24	2	7,7%	26
Total encuestados	2.172	50,8%	881	20,6%	753	17,6%	316	7,4%	156	3,6%	4.278	172	3,9%	4.450

Demora para cita con el Médico de Atención Primaria en situaciones normales de demanda y según la categoría que desempeña


En **situaciones especiales** (periodos de vacaciones o incremento de demanda), solo el 27% manifiestan que no tienen demora, de los 3.531 que contestaron a la pregunta.

OMC Atención Primaria	Demoras en situaciones especiales de incremento demanda y vacaciones													
	Sin demora	% contestan	Demora de un día	% contestan	Demora dos o tres días	% contestan	Demora de cuatro o cinco días	% contestan	Demora de más de una semana	% contestan	Contesta	No contesta	% no contestan	Total
Médico de Familia/General	953	27,0%	638	18,1%	959	27,2%	568	16,1%	413	11,7%	3.531	186	5,0%	3.717
Pediatra Atención Primaria	334	48,3%	145	21,0%	142	20,5%	36	5,2%	35	5,1%	692	15	2,1%	707
Otras categorías	6	25,0%	2	8,3%	2	8,3%	2	8,3%	12	50,0%	24	2	7,7%	26
Total contestan	1.293	30,4%	785	18,5%	1.103	26,0%	606	14,3%	460	10,8%	4.247	203	4,6%	4.450

Demora para cita con el Médico de Atención Primaria en situaciones especiales de demanda y según la categoría que desempeña

Demoras de **más de dos días** son ya preocupantes en el primer nivel asistencial, pues quiere decir que si es lunes, el paciente no consigue cita con su médico hasta el jueves y en el caso de ser un jueves la consulta se demora hasta el martes de la siguiente semana.

En 2015 también el CIS pregunto a los ciudadanos por las demoras en las consultas con su médico de familia, los datos obtenidos en ambas encuestas, corroboran que **para aproximadamente la mitad de los ciudadanos la cita tiene una demora de un día o más**, es decir no se les puede atender el mismo día o al siguiente. Esto es un problema importante de nuestro SNS y necesita solución urgente.

OMC  Atención Primaria	Sin demora	% contestan	Demora de un día	% contestan	Demora de dos o tres días	% contestan	Demora cuatro o cinco días	% contestan	Demora más de una semana	% contestan	No contestan	Contestan pregunta	Total encuestados
	Encuesta CIS pacientes	2.547	50,9%	895	17,9%	780	15,6%	336 (*)	6,7%	444	8,9%	150	5.002
Médicos AP situación normal	2.172	50,8%	881	20,6%	753	17,6%	316	7,4%	156	3,6%	172	4.278	4.450
Médicos AP situación especial	1.293	30,4%	785	18,5%	1.103	26,0%	606	14,3%	460	10,8%	203	4.247	4.450
Médicos Familia situación normal	1.695	47,6%	750	21,1%	685	19,2%	295	8,3%	134	3,8%	158	3.559	3.717
Médicos Familia situación especial	953	27,0%	638	18,1%	959	27,2%	568	16,1%	413	11,7%	186	3.531	3.717
Pediatra situación normal	472	67,9%	129	18,6%	64	9,2%	19	2,7%	11	1,6%	12	695	707
Pediatra Familia situación especial	334	48,3%	145	21,0%	142	20,5%	36	5,2%	35	5,1%	15	692	707

Fuente: Encuesta vocalías AP de la OMC 2015 y Barómetro Sanitario del CIS 2015 (adaptado a criterios de encuesta vocalías AP) (*) Estimado el 50% del tramo de 5 a 10 días

En resumen ambas encuestas (una a médicos y otra a pacientes) ponen de manifiesto importantes demoras en obtener cita para el médico de Atención Primaria, este es un **grave problema para el SNS** y para la **calidad** de la atención sanitaria que reciben los pacientes. Afecta igualmente al principio de **equidad**, pues los datos de ambas encuestas muestran **diferencias muy acusadas entre las diferentes Comunidades Autónomas y por el tamaño de los municipios**. Sin embargo el barómetro sanitario no encuentra diferencias importantes en relación con la condición socio-económica, la edad, el nivel de estudios y sexo.

Hay que destacar además, que **los Médicos de Familia y los Pediatras, en general no cuentan con personal auxiliar en las consultas** en los Centros de Salud y Consultorios.

Hemos comprobado hasta ahora como los cupos superiores a 1.500 personas asignadas, las cargas de trabajo excesivas y las demoras afectan en condiciones normales a un 40% aproximadamente de los médicos de familia que trabajan en el Sistema Nacional de Salud.

Con la falta de sustituciones y los acúmulos correspondientes en periodos vacacionales y de incremento de demanda, las cargas de trabajo y demoras se incrementan peligrosamente y ponen en serio riesgo la calidad asistencial y la salud del médico y sus pacientes.

Pero lo más grave es que los ciudadanos afectados por estos cupos excesivos, estas cargas de trabajo y estas demoras superan el 50% de los que tienen en España médico de familia asignado.

Médicos de Familia en España año 2015 según cupo asignado y necesidades estimadas de plantilla MFyC												
	Distribución según grandes grupos de cupo asignado							Estimación personas afectadas y MFyC necesarios				
	Menos de 1.500	1.501-2.000	>2.000	MFyC con más de 1.500	Porcentaje más 1.500	Total MFyC actuales	Ratio Hab/MFyC	Personas de 1.501 a 2.000	Personas >2.000	Total personas	MFyC necesarios	MFyC que faltan
ANDALUCÍA	2.420	2.271	135	2.406	49,85	4.826	1.447	3.860.700	297.000	4.157.700	2.867	461
ARAGÓN	663	294	2	296	30,87	959	1.158	499.800	4.400	504.200	348	52
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	325	325	5	330	50,38	655	1.420	552.500	11.000	563.500	389	59
BALEARES (ISLAS)	107	390	34	424	80,00	530	1.718	663.000	74.800	737.800	509	85
CANARIAS	603	567	4	571	48,64	1.174	1.435	963.900	8.800	972.700	671	100
CANTABRIA	279	86	0	86	23,56	365	1.333	146.200	0	146.200	101	15
CASTILLA Y LEÓN	2021	310	1	311	13,34	2332	924	527000	2200	529200	365	54
CASTILLA-LA MANCHA	788	525	31	556	41,37	1.344	1.256	892.500	68.200	960.700	663	107
CATALUÑA (*)	2.813	1.582	36	1.618	36,80	4.397	1.437	2.689.400	79.200	2.768.600	1.909	291
COMUNIDAD VALENCIANA	1.271	1.471	20	1.491	53,98	2.762	1.535	2.500.700	44.000	2.544.700	1.755	264
EXTREMADURA	596	216	1	217	26,69	813	1.154	367.200	2.200	369.400	255	38
GALICIA	1.486	369	2	371	19,98	1.857	1.281	627.300	4.400	631.700	436	65
MADRID (COMUNIDAD DE)	1.614	1.600	291	1.891	53,95	3.505	1.552	2.720.000	640.200	3.360.200	2.317	426
MURCIA (REGIÓN DE)	545	277	8	285	34,34	830	1.416	470.900	17.600	488.500	337	52
NAVARRA (COMUNIDAD)	263	126	1	127	32,56	390	1.340	214.200	2.200	216.400	149	22
PAÍS VASCO	927	528	1	529	36,33	1.456	1.353	897.600	2.200	899.800	621	92
LA RIOJA	157	59	0	59	27,31	216	1.244	100.300	0	100.300	69	10
CEUTA y MELILLA (INGESA)	9	60	0	60	86,96	69	1.693	102.000	0	102.000	70	10
TOTAL ESPAÑA	16.887	11.056	572	11.628	40,78	28.480	1.381	18.795.200	1.258.400	20.053.600	13.830	2.202

Fuente: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad (e) V. Matas. (*) Cataluña datos de la distribución según grupo cupo asignado del año 2010 (último dato facilitado) total 2015 Estimación media de 1.700 personas en el grupo de 1.501 a 2.000 y 2.200 en el grupo de >2.000. Médicos necesarios para cupo máximo de 1.450 personas por MFyC

Según todo lo anterior ahora toca proponer soluciones, y sin duda **en España faltan Médicos de Familia en Atención Primaria**, como por otro lado recoge la prensa especializada estos días haciéndose eco de los últimos datos de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), referentes a 2014, España cuenta con 34.880 médicos de Familia (incluidos los que trabajan en hospitales y los MIR), lo que supone un promedio de 7,5 médicos por cada 10.000 habitantes. La cifra, muy lejana a los 17,2 que tienen en Alemania, los 15,4 de Francia, Portugal o Australia, y es que, hasta 22 países de la Unión Europea que cuentan con más médicos de Familia por habitantes que España.

En la tabla anterior podemos comprobar como estimando una media de 1.700 personas adscritas para los médicos con cupos entre 1.501 y 2.000 y 2.100 personas adscritas para los que tienen cupos de más de 2.000 nos encontramos con más de 20 millones de ciudadanos afectados.

Para conseguir que los cupos máximos no superaran los 1.450 ciudadanos adscritos, en España **se necesitaría ampliar la plantilla en 2.202 Médicos de Familia adicionales**. El coste de la medida, podría suponer poco más de 100 millones de euros al año, si tenemos en cuenta los beneficios para los ciudadanos y la repercusión en ahorro en otros niveles (menos derivaciones, ingresos, urgencias hospitalarias...), posiblemente sería una medida muy eficiente.

Los Médicos de Atención Primaria –en muchísimos centros– están al límite desde hace tiempo. Trabajando en estas condiciones resulta ya imposible, seguir manteniendo una atención sanitaria de calidad y sin una Atención Primaria resolutive y eficiente el SNS está en peligro.

Bibliografía

- Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).
<http://peestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>
- Actividad asistencial en centros de Atención Primaria y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria).
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad_ordinaria_A_P_2014.pdf
- Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados generales.
http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_medicos_ap_resultados_generales_14_01_16.pdf
- Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados detallados.
http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_ap_resultados_ccaa.pdf
- BARÓMETRO SANITARIO 2015 (TOTAL OLEADAS) Estudio nº 8815 Marzo-octubre 2015.
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2015/Es8815mar.pdf
- Healthcare personnel statistics – physicians.
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians

I.3. CONDICIONES LABORALES Y RETRIBUTIVAS DE LOS MÉDICOS DE AP. PROPUESTA DE MODELO RETRIBUTIVO

Vicente Matas

La gran mayoría de los médicos Españoles son empleados públicos, pero de unas **características muy diferentes y específicas**. Las retribuciones son en general, las correspondientes al resto de empleados públicos del mismo nivel y grupo, sería necesario un planteamiento que contemple un **modelo retributivo específico** para el médico que tenga en cuenta estas especiales características.

Hay muchos ejemplos en los que podemos fijarnos:

- Personal funcionario de las Cortes Generales y de las Asambleas de las Comunidades Autónomas.
- Personal funcionario de los demás Órganos Constitucionales del Estado y de los Órganos Estatutarios de las Comunidades Autónomas.
- Jueces, Magistrados, Fiscales y demás personal funcionario de la Administración de Justicia.
- Profesores de Universidad.
- Personal militar de las Fuerzas Armadas.
- Personal de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Personal retribuido por arancel.
- Personal del Centro Nacional de Inteligencia.
- Personal del Banco de España y Fondos de Garantía de Depósitos en Entidades de Crédito.

A modo de ejemplo, nos fijaremos en jueces y fiscales, profesionales que también tienen unas especiales características y unas altas responsabilidades y a los que la Administración se las reconoce con sueldos y retribuciones especiales.

En el caso de los **jueces y abogados fiscales** inician su carrera tiene un sueldo mensual de 1.512,78 euros (doce mensualidades) que en el año 2016 y llegan hasta unos 47.000 euros anuales con los complementos. **Magistrados y fiscales** tienen asignado un sueldo mensual de 1.728,94 euros (doce mensualidades). En el caso de los **Magistrados del Tribunal Supremo** el sueldo mensual es de 1.880,77 euros (catorce mensualidades) y un total de 107.992,34 euros anuales más antigüedad. Por último para los **fiscales jefes** el sueldo mensual es de 1.880,77 euros (catorce mensualidades) y un total de 109.414,94 euros anuales más antigüedad.

La antigüedad se remunerará mediante un incremento sucesivo del cinco por ciento del sueldo inicial correspondiente a la categoría de ingreso por cada tres años en servicio activo, **unos 75 euros mensuales** para jueces y abogados fiscales.

Los **jueces y magistrados** que en el semestre inmediatamente anterior hubiesen superado en un 20 por ciento el objetivo correspondiente a su destino tendrán derecho a percibir un **incremento no inferior al cinco por ciento ni superior al 10 por ciento de sus retribuciones fijas**.

Los **jueces y magistrados** que en el semestre inmediatamente anterior no alcancen, por causas que les sean atribuibles, el 80 por ciento del objetivo correspondiente a su destino **percibirán sus retribuciones fijas minoradas en un cinco por ciento**, previo expediente contradictorio cuya reglamentación, trámite y resolución corresponderá al Consejo General del Poder Judicial.

Características muy diferentes

Los médicos en España tienen unas características muy diferentes al resto de los empleados públicos, que podemos resumir en:

A. Exigencias de formación inicial

Para comenzar a ejercer como médico en España se exige un gran esfuerzo en Formación inicial:

- **La nota para acceder a los estudios de medicina**, un año tras otro es la mayor de todas las titulaciones de nuestra universidad.
- Seis largos años de **estudios universitarios**, la licenciatura, grado o master de mayor duración.
- Un año de preparación de la oposición para acceder a la formación del **sistema MIR**.
- Entre tres y cinco años de **formación como MIR**.

En total **entre diez y doce años de formación y una edad de 28–30 años** para poder estar en condiciones de ejercer la profesión.

B. Exigencias de jornada y dedicación

- **Jornada ordinaria:** Igual que el resto de empleados públicos (37,5 horas).
- **Jornada complementaria:** Hasta completar 48 horas semanales, es obligatoria y se abona a precio inferior a la hora ordinaria. Este nivel de dedicación no se exige al resto de empleados públicos, salvo alguna excepción.
- **Jornada especial:** Hasta 150 horas al año (voluntaria).

Las jornadas complementarias y especial suponen un esfuerzo muy importante y sin reflejo en las cotizaciones ni computo como tiempo de trabajo a efectos de jubilación.

C. Responsabilidad profesional

Una alta responsabilidad que se traduce en:

- **Responsabilidad civil:** En cada acto, el médico puede ser demandado.
- **Responsabilidad penal:** En cada acto, el médico puede ser demandado.
- **Responsabilidad ética:** Cada acto se debe realizar de acuerdo con el código ético de la profesión y que regula la profesión.

Este alto nivel de responsabilidad asumida y exigida día a día es la causa de que los seguros de responsabilidad sean cada vez más caros para la profesión.

D. Formación continua y permanente

Pocas profesiones o quizás ninguna tienen el nivel de exigencia de formación continua y permanente, que viene dada por la rápida evolución y mejora de la medicina día a día.

Varios hechos caracterizan la formación del médico:

- Es una **obligación ética y legal** (art. 33 LOPS) que no termina nunca.
- **Los Servicios de Salud no facilitan el tiempo necesario** para esta formación obligatoria. Hasta tal punto que el 67% de los 4.217 médicos de AP que respondieron a la encuesta de las vocalías de AP en 2015 realizan menos de 25 horas al año de formación continuada en su tiempo de trabajo.
- Más del 68 % de los médicos que respondieron a la encuesta de las vocalías de AP en 2015 (4.380) dedican más de 3 horas semanales (más de 150 al año) a **formación en tiempo libre**.

Las Administraciones no solo no facilitan la formación continuada y permanente del médico sino que además generalmente no reconocen el esfuerzo que los médicos realizan en su tiempo libre.

E. Condiciones laborales

Las condiciones laborales en muchísimas ocasiones no son las idóneas para el ejercicio de una profesión con tan alto nivel de responsabilidad y exigencia.

- **Masificación.** En muchas ocasiones la profesión se ejerce en condiciones de falta de tiempo y masificación en las consulta.
- **Agotamiento.** El gran número de horas de trabajo y el alto ritmo de trabajo en demasiadas ocasiones lleva a los médicos al agotamiento físico y mental.
- **Riesgos y estrés.** El médico en el ejercicio de su profesión está sometido a todo tipo de riesgos (biológicos, químicos, físicos, psico-sociales...) y todo ello junto a la falta de tiempo, el ritmo de trabajo y las interminables jornada conducen al estrés.

Modelo retributivo actual y mejoras necesarias

La gran mayoría de los Médicos en el SNS están sujetos a la Ley 55/2003 y RDL 3/87. Podemos distinguir dos grandes tipos de retribución.

- Retribuciones básicas.
- Retribuciones complementarias.

1.- Retribuciones básicas.

Compuesta por sueldo, trienios y pagas extra.

Las cuantías del **sueldo y los trienios** serán iguales en todos los servicios de salud (excepto Navarra) y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos. Para 2016 el sueldo es 1.120,15 euros/mes y el importe del trienio es de 43,08 euros. Existe muy poca diferencia con relación a los profesionales del grupo A2 (Enfermería, Fisioterapeuta, Trabajador Social, Matrona...) 968,57 euros de sueldo y 35,12 euros por trienio.

En realidad son iguales en todos los Servicios de Salud, con la única excepción de la Comunidad Foral de Navarra, en la que el sueldo es superior al resto del Estado en más de un 60 % y no existen los trienios, que son sustituidos por un sistema de antigüedad basado en quinquenios y grado (cada seis años y siete meses). **Se abona en 14 pagas**, aunque han sufrido un importante recorte en las dos pagas extra, el sueldo en las extras es de 691,21 euros y el trienio se abona a 26,58 euros. El sueldo es inferior al que reciben los profesionales del grupo A2 (Enfermería, Fisioterapeuta, Trabajador Social, Matrona...) 706,38 euros de sueldo en la extra.

Sería necesario que el sueldo y los trienios reflejaran mínimamente el extraordinario nivel de exigencias que tiene la profesión, llegando a un mínimo de 1.500 euros mensuales de sueldo y 50 euros por trienio en catorce pagas que deben ser iguales, para acabar con la discriminación actual en las extras.

2.- Retribuciones Complementarias.

Compuestas por Complemento de Destino, Complementos Específicos, Complementos de Productividad, Atención Continuada y otros.

➤ **Complemento de Destino**

Es correspondiente al nivel del puesto que se desempeña, los puestos base (Médicos de Familia y Pediatras) cobran el nivel 24 que suponen 588,75 euros/mes, los Directores de Centro de Salud tienen nivel 25 y el importe es 625,67 euros/mes, los Jefes de Sección de los Hospitales tienen nivel 26 que suponen 705,19 euros mes y los jefes de servicio con nivel 28 cobran un importe es de 840,73 euros/mes. Muchos funcionarios de igual nivel que los médicos de AP tienen reconocido el nivel 25 en gran parte de la Administración. Se abona en 14 pagas.

La complejidad del puesto de trabajo merece que los puestos base de Médico de Familia y Pediatras tengan reconocido el nivel 25. Para aquellos que realizan además labores docentes deberían tener reconocido el nivel 26 y para los directores de centro de salud el nivel 28 que corresponde a los jefes de servicio de hospital.

➤ **Complemento específico**

Retribuye las condiciones particulares de los puestos: Exclusividad e incompatibilidad, general o por puesto de trabajo, especial dedicación (jornada adicional), modificación de jornada (tardes), peligrosidad y penosidad y otros.

Presenta grandes diferencias por Servicios de Salud, que va desde menos de 100 euros/mes sin exclusiva en los médicos de Atención Primaria de Andalucía hasta más de 1.200 euros mes en médicos de otros Servicios de Salud. Suele abonarse en las pagas extras. Debería desaparecer en todas las CCAA el concepto de exclusividad y por el mismo trabajo se debe cobrar igual, dependiendo de las exigencias del puesto, dedicación, horario, peligrosidad y penosidad el importe debería oscilar como mínimo entre los 800 y 1.200 euros al mes.

➤ **Complemento Productividad**

Destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.

- **Productividad Fija.** Generalmente para los médicos de Hospital, es una cantidad fija, que varía por categoría profesional y muy diferente de unos servicios de salud a otros. Para los médicos de Atención Primaria con tarjetas asignadas es una cantidad fija por tarjeta, que varía por tramos de edad y en la mayoría de servicios por dispersión. Deben existir unos mínimos de al menos 500 euros al mes y llegar o superar los 1.000 euros al mes, se debe tener en cuenta, además de la edad y la dispersión, otros aspectos (cronicidad, pluripatología...). La parte correspondiente a dispersión debe estar exenta en el IRPF pues retribuye la obligación de acudir a los domicilios de los pacientes en la mayoría de las ocasiones con medios propios.
- **Productividad Variable.** Por objetivos, varía mucho por CCAA y por categorías. No existe en todos los Servicios de Salud. Generalmente los objetivos se conocen tarde, son impuestos, están muy influenciados por criterios economicistas (gasto farmacéutico) y no siempre se miden con criterios totalmente objetivos. Para que sea incentivador debe suponer al menos un 20% del sueldo final.

➤ **Complemento Atención Continuada (Guardias)**

Destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada, al margen de la jornada ordinaria, por las tardes, por las noches, en sábados, domingos y festivos. Equivalente a las “horas extraordinarias” de otros trabajadores aunque con importantes diferencias: **Obligatorias** (salvo excepciones), remuneradas por debajo de la hora ordinaria. Y límites imprecisos, (hasta más de 800 al año en lugar de 80).

En general el importe por hora es igual en Hospital y Atención Primaria, excepto INGESA, Extremadura y alguna circunstancia especial (aislamiento, insularidad, desplazamiento...). Las diferencias superan el 70 %.

Sería necesaria la **voluntariedad** y premiar el mero **compromiso** para realizar un determinado número de horas año (300-600). El **importe por hora debe aproximarse o sobrepasar al de la hora ordinaria** (al menos 25 euros/hora en laborable y 30 euros/hora en sábado y festivo). Debería tener un **tratamiento fiscal especial**, por su contribución al sostenimiento del SNS, hoy día casi la mitad o más de su importe va directamente a hacienda.

➤ Carrera Profesional

Hace más de quince años se comenzó a hablar de Carrera Profesional, había muchas esperanzas ante la puesta en marcha de un sistema que reconociera al médico los esfuerzos y meritos a lo largo de su desempeño profesional, pero nos hemos encontrados con dieciocho modelos de Carrera Profesional muy diferentes, distintos y distantes.

Son diferentes los **requisitos**, tanto en antigüedad como en los **baremos** para acceder y progresar, son diferentes los **niveles y su denominación**, son diferentes los **calendarios de implantación**, los **procedimientos extraordinarios** para su puesta en marcha, los **importes por nivel**, los sistemas y dificultad de actualización y acceso... y ahora unas están suspendidas, otras congeladas, otras con recortes...

En general son cuatro niveles, excepto en Andalucía y Navarra que tienen cinco niveles, aunque en estas Comunidades el primer nivel no es retribuido. En la práctica en todos los Servicios de Salud son cuatro niveles retribuidos. Las diferencias en los importes anuales, con los recortes se han disparado, hasta superar en algunos casos el 200% en el importe anual entre el máximo y el mínimo en algunos niveles.

En general se exigen 5 años de servicios prestados por nivel, aunque varía desde este mínimo hasta un máximo de 8 años de permanencia en alguna CCAA. Para llegar al último nivel retribuido se exigen entre 20 y 25 años.

Sería necesaria una homologación real en los dieciocho servicios de salud, baremos equitativos y ajustados a la realidad de Atención Primaria (masificación, lejanía, aislamiento, falta de tiempo...) y unos importe mínimos de 300 euros por nivel, para disminuir las grandes diferencias.

➤ Otros complementos

Existen otros muchos complementos en los diferentes servicios de salud: Complemento residencia, en INGESA, Baleares y Canarias. Complemento acuerdo. Complemento autonómico. Complemento nivelación. Otros.

Retribuciones básicas y complementarias componen el sueldo bruto, pero al médico llega una cantidad muy inferior, el sueldo neto.

El **descuento para Seguridad Social** supone el 4,8 % de la base reguladora, para el año 2016 el **máximo** de la base reguladora es de 3.642 euros/mes en doce meses al año. Para el Servicio de Salud el porcentaje es del 24,2 %.

De la **parte del sueldo bruto que sobrepasa la base reguladora máxima** –es muy fácil que un médico que hace guardias cobre un sueldo bruto superior a la base máxima- no se realiza cotización.

A continuación se retiene una importante cantidad para el IRPF, que en España es muy progresivo: pagan mucho más quienes ganan más (sobre todo en nómina).

Es necesario mencionar que con la crisis están proliferando todo tipo de contratos precarios para los médicos, contratos que en muchas ocasiones son a tiempo parcial, con importantes recortes, aunque las funciones a realizar suelen ser las mismas. También se ha producido una importante pérdida de empleo entre los médicos que ocupaban contratos eventuales y las sustituciones y suplencias se han reducido al mínimo, con el consiguiente incremento de la carga de trabajo para cubrir las ausencias reglamentarias por el resto del equipo médico.

El médico con su gran formación, la jornada más amplia, la gran responsabilidad de todo tipo que asume en su trabajo... **recibe una retribución, bastante inferior al de sus colegas europeos**, pero superior al de otros trabajadores de menor cualificación, menor jornada, menor responsabilidad...

Estas retribuciones a las que se suman las guardias, hace que su porcentaje de retención para IRPF sea muy superior al del resto de trabajadores de menor cualificación, dedicación y responsabilidad. Por su nivel de ingresos le será muy difícil (prácticamente imposible) acceder a muchos tipos de ayudas, subvenciones y becas.

En definitiva **aporta mucho** (en dinero, esfuerzo, horas de trabajo, dedicación, formación, responsabilidad...) **y recibe menos, por su nivel de renta, para que otros, con menor nivel de renta, aportando menos reciban más** (en la mayoría de las ocasiones porque necesitan más).

Sin cuestionar el principio de “solidaridad social”, existe un **desequilibrio exagerado que afecta al médico**.

Sería necesario hacer más justo nuestro sistema, dando a cada uno lo que le corresponde según sus **necesidades** y teniendo también en cuenta el **esfuerzo** realizado, especialmente en el caso de la fiscalidad de las guardias.

El sistema retributivo general de los empleados públicos resulta insuficiente para una profesión como la de médico, que tiene demasiadas características específicas, sería necesario un sistema específico con negociación específica para los médicos.

Bibliografía

- Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/30/pdfs/BOE-A-2015-11644.pdf>
- Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11719-consolidado.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
- Bases y tipos de cotización a la Seguridad Social 2017.
http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/CotizacionRecaudaci10777/Base sytiposdecotiza36537/index.htm
- Resolución, de 25 de febrero de 2016, retribuciones del Servicio Aragonés de Salud, año 2016.
http://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/2016_instrucciones_nominas_personal_estatutario_salud.pdf
- Retribuciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias del SAS. Ejercicio 2016.
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/general/transparencia/../../profesionales/guia/20160418_Resolucion_0136_2016.pdf
- Acuerdo de 16 de junio de 2016, del Consejo de Gobierno, por el que se fijan para 2016 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias. <https://sede.asturias.es/bopa/2016/06/17/2016-06680.pdf>
- Resolución retribuciones Servicio Cántabro de Salud para 2016.
<http://sanidad.ugtcantabria.org/wp-content/uploads/INSTRUCCION-DE-NOMINAS-2016.pdf>

- DECRETO 1/2016, por el que se fijan las retribuciones para el año 2016 del personal al servicio de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y sus Organismos Autónomos.
http://www.empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico/es/Plantilla1000Detalle/12469476977738/_/1284526781013/Comunicación
- Resolución del Servicio de Salud de Castilla La Mancha por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal del SESCAM para 2016.
<http://www.satse.es/comunicacion/noticias/modificadas-las-instrucciones-del-sescam-para-la-elaboracion-de-las-nominas-y-las-retribuciones-2016>
- Llibre de Retribucions 2016 Personal Estatutari de L'ICS.
http://governacio.gencat.cat/web/.content/funcio_publica/documentos/empleats_publics/retribucions/2016/Llibre-de-Retribucions-2016-ICS.pdf
- Resolución retribuciones Servicio Extremeño de Salud año 2016.
http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=20ca20d9-9c1c-4d5b-809c-529643788623&groupId=19231
- ORDEN 14 de enero de 2016 por la que se dictan instrucciones sobre la confección de nóminas del personal al servicio de la Administración autonómica Gallega para 2016.
https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2016/20160121/AnuncioCA01-180116-0001_es.html
- ORDEN de 22 de enero de 2016, por la que se dictan Instrucciones para la Gestión de las Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid para 2016.
https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2016/01/29/BOCM-20160129-13.PDF
- Resolución de 15 de febrero de 2016, sobre retribuciones del personal al servicio de la Administración General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sus organismos autónomos para el año 2016.
<http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=743016>
- Retribuciones de los funcionarios navarros año 2016.
<https://gobiernoabierto.navarra.es/es/open-data/datos/retribuciones-2016>
- Resolución retribuciones 2016 del Servicio Riojano de Salud (BOR 4 julio 2016)
http://ias1.larioja.org/boletin/Bor_BoletinvisorServlet?referencia=3595615-1-PDF-502659

- Retribución personal IISS Comunidad Valenciana. Año 2016.
<http://www.san.gva.es/web/dgrhs/retribuciones-personal-iiss>

I.4. ASPECTOS SOCIALES E IMPLICACIONES LABORALES DE LA FEMINIZACIÓN DE LA PROFESIÓN

Paula Chao. Remedios Rico

1. INTRODUCCIÓN

La progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral es un hecho innegable en las últimas décadas. Hace años se asumía que el lugar de la mujer estaba en casa ocupándose de la crianza de los hijos, si los había, y cuando comenzó a incorporarse al mercado laboral lo hizo en trabajos menos cualificados (y por supuesto, menos retribuidos) que sus maridos, con lo que, parecía lógico que fuera la mujer la que abandonase su trabajo para cuidar a la familia.

La progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral es un hecho innegable en las últimas décadas

El término feminización resulta inapropiado e incluso ofensivo en determinados foros sociales, sin embargo hace referencia al aumento del número de mujeres en determinadas esferas o trabajos que habitualmente han sido copados por una mayoría de género masculino.

Este fenómeno se está dando con más intensidad en determinadas profesiones, como las sanitarias o en educación. En 1965, sólo el 2,6% del total de los aproximadamente 40.000 médicos que trabajaban en España eran mujeres. En el año 1975 se igualó el número de matrículas universitarias en la carrera de Medicina de hombres y mujeres, y en 1990 el número de matrículas de mujeres ya sobrepasó al de varones.

Este debate viene de largo: ya en el año 2008 la prestigiosa *British Medical Journal* planteó un debate en sus páginas titulado "¿Hay demasiadas mujeres médico?". Brian McKinstry, de la Universidad de Edimburgo (Reino Unido), fue el encargado de defender el "sí", y Jane Dacre, de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Londres, abogó por el "no". En años sucesivos, medios en nuestro país se han hecho eco de esta realidad sanitaria, reflejando ya en 2010 que un 74% de los estudiantes de Medicina era mujer, o que en 2009 Osakidetza contaba con un 70% de mujeres entre los médicos por debajo de los 35 años.

Este aumento creciente de la presencia femenina entre los médicos se centra sobre todo en especialidades clínicas, concretamente Atención Primaria, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Endocrinología y Nutrición, pero tiene mucho menos impacto en especialidades quirúrgicas como Cirugía Vasculor o Neurocirugía.

2. IMPACTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2015 fue elegida por un 73% de mujeres (72,6% en la convocatoria anterior). En nuestra especialidad es especialmente importante este dato, si lo analizamos junto con el dato de que entre los años 2010 y 2014, mientras que en la inversión sanitaria pública total se ha recortado el 10,7% (7.453 millones de euros), en Atención Primaria el recorte ha sido muy superior, en concreto el 14,7% (1.551 millones de euros).

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2015 fue elegida por un 73% de mujeres

Es un hecho incontestable que la capacidad para gestar y parir sigue siendo exclusiva de la mujer, y que esto deriva en determinados descansos laborales que, en la actualidad, son mayoritariamente asumidos por las mujeres (obligatoriamente al menos 6 semanas tras el parto). Y es un hecho también incontestable que cerca del 70% de médicos de familia por debajo de 35 años son mujeres, y que hay un grueso de médicos de entre los nacidos en la década de 1950 (concretamente los nacidos entre 1955 y 1960) que pueden suponer hasta un 30% de los integrantes de las plantillas de los centros de salud.

Por tanto, unos 16.349 aprox. médicos de familia podrían jubilarse en la próxima década, pero para calcular la tasa de reposición de médicos que harán falta debemos añadir 3 características particulares de la medicina de familia: primero, muchos médicos de familia terminan trabajando en Urgencias (hospitalarias, SUMMA...); segundo, muchos trabajan en la Medicina Privada; y tercero, la tasa de recirculación de los médicos de familia es la mayor de entre todas las especialidades (unos 300 médicos de familia en la última convocatoria).

En el caso de Pediatría los cálculos se encuentran con dificultades añadidas. Los cerca de 3.000 pediatras (2.914 aprox.) que se jubilarán en la siguiente década trabajan en A. Primaria en el SNS y las variables expresadas para la M. de Familia son igualmente aplicables a la pediatría con la corrección de que el porcentaje de pediatras con actividad hospitalaria frente a los de actividad de A. Primaria es superior.

De entre los médicos de AP que están en ejercicio actualmente, más del 50 % estarán en condiciones de poder jubilarse entre el año 2015 y el año 2027.

Un ejemplo de estimación de Sacyl del 2008 ilustraba el problema:

	Efectivos 2007	Jubilaciones 2008-2017	Crecimiento 2008-2017	Pérdidas MIR 2008-2017	Nº óptimo de MIR estimados 2017	Nº Entradas Vía MIR 2008-2017	Balance
MEDICINA FAMILIAR	2734	499	273	231	1003	1130	127

Fuente: Sacyl (2008)

ATENCIÓN PRIMARIA							
TRAMO	Menos de 45	%	45 A 55	%	Más de 55	%	Total
Nº y Porcentaje	454	15	1.928	62	730	23	3.112

Fuente: Sacyl (2008)

3. PROPUESTAS DE FUTURO

Desde nuestro punto de vista, la progresiva feminización de la Atención Primaria debería servir de incentivo para lograr una mejora en las condiciones laborales de los médicos de familia, disminuir la precariedad laboral, la inestabilidad en los contratos y la posibilidad de la conciliación familiar.

la progresiva feminización de la Atención Primaria debería servir de incentivo para lograr una mejora en las condiciones laborales

Esto pasa inexorablemente por potenciar la Atención Primaria como eje del sistema, invirtiendo económicamente para fomentar la contratación de médicos de familia que formen parte de **plantillas estables**, lo que precisará de convocatoria periódica de **concursos-oposición para la consolidación de las plazas**.

Debería tenderse a la **flexibilización de los horarios laborales**, especialmente en aquellas comunidades en las que existen turnos de tarde hasta las 21 h que habitualmente son ocupados por los médicos más jóvenes que, ante la dificultad para conciliar su vida laboral con la familiar, se ven abocados a buscar otras salidas profesionales o a solicitar una reducción de su jornada laboral con la consecuente disminución de sus ingresos.

BIBLIOGRAFÍA

- Actividad asistencial en centros de Atención Primaria y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria).

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad_ordinaria_A_P_2014.pdf

- Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados generales.
http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_medicos_ap_resultados_generales_14_01_16.pdf
- Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados detallados.
http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_ap_resultados_ccaa.pdf
- Healthcare personnel statistics – physicians.
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians

PARTE II: ORGANIZACIÓN BASADA EN EL PROFESIONALISMO Y LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN

II.1. AUTONOMÍA ORGANIZATIVA. LIDERAZGO CLÍNICO. LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y OTRAS FORMAS DE GESTIÓN

Manuel M^a Ortega Marlasca

Ya antes de Darwin, se podía evidenciar la existencia de cambios constantes en la sociedad y la vida en la tierra. Él lo pudo demostrar con la adaptación de las especies, pero en nuestros días, esto se podría aplicar con el paralelismo y significado que muchos detectamos casi en nuestro día a día: tenemos “cambios evolutivos” en nuestro quehacer profesional y laboral. Trataré algunos aspectos de nuestra amada profesión médica.

MEDICINA COMO PROFESIÓN LIBERAL. AUTONOMÍA ORGANIZATIVA

Nuestro Diccionario de la Real Academia Española nos define a una “**Profesión Liberal**” como aquella que consiste principalmente en una actividad intelectual y requiera de un título académico para su ejercicio. A ello podemos añadir el adjetivo liberal como comprensivo, respetuoso y tolerante con las ideas y los modos de vida distintos de los propios, y con sus partidarios. Todo se le aplica a nuestra amada profesión médica desde el Censo de la población española de 1860(1).

Pero con el paso del tiempo, muchos hemos podido comprobar como nuestra tolerancia ha sido casi el causante de nuestros males. **Se ha pasado del concepto de profesión liberal al de un mero empleado o asalariado** al que la normativa de su empresa más que una salvaguarda, le supone un yugo. Nos encontramos en una predominante proletarización de la profesión, dado que un amplio porcentaje de nosotros trabajamos en **exclusividad** para nuestra empresa pública; en algunos casos por obligación de la normativa (cargos con responsabilidad en la institución) y en otros por decisiones personales.

Se ha pasado del concepto de profesión liberal al de un mero empleado o asalariado

Esta **dependencia de la administración**, creo que ha restado con el paso del tiempo esa frescura que todo profesional liberal debiera tener, primando ante todo la autonomía de las partes en cuestión en todo acto médico: el paciente y el médico. Prueba de ello son algunos panfletos como los que la Junta de Extremadura pone a disposición en la red(2) y en los que se prioriza claramente la “**autonomía de las partes**”, pero que no se plasma en la realidad ni en un grado ínfimo.

Pero si nos centramos en nuestro marco de la Atención Primaria de salud, nuestra fórmula de trabajo parte de la suma de **roles profesionales en el equipo de salud con una orientación comunitaria**(3), en una complejidad de servicios y dentro de unas estrategias o políticas en favor de la consecución de unos resultados sanitarios en teoría. La realidad nos da de bruces con planificaciones cortoplacistas y guiadas por la rentabilidad de votos hacia los políticos que nos deberían de representar.

Basándonos en lo anteriormente expuesto, podríamos elucubrar, que nuestro futuro como médicos de atención primaria debería aglutinar ese carácter liberal dentro de una **estructura organizativa multiprofesional**, sin que se pierda o diluya nuestro enfoque que prioriza la relación con nuestros pacientes, a esos que atendemos en nuestro día a día junto con sus familias, su entorno próximo y con sus connotaciones particulares. No es más que una garantía para la **excelencia en calidad asistencial y los derechos de los pacientes**(4).

Para muchos, la vigente situación no hace más que **desplazar la asistencia integral u holística** de nuestros pacientes en primaria por un rendimiento motivado por un sistema de dirección gerencial y en el que priman los objetivos y procesos asistenciales(5): la relación personal pasaría a un segundo plano.

En resumidas cuentas, deberían de enfocarse nuestros esfuerzos hacia:

- **Garantizar una plasticidad adaptativa** en la aplicación de los objetivos que el equipo multiprofesional se haya fijado con la población que se le haya adscrito.
- **Desvincular los objetivos sanitarios de los enfoques políticos**, adaptando los recursos económicos, de personal y de infraestructura a los objetivos fijados por el equipo.
- **Dotar a cada profesional de los recursos precisos** (humanos, materiales, acceso a pruebas...) para el logro de los objetivos fijados y aceptados por el mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Seara LG. La independencia de las profesiones liberales. *Revista de estudios políticos*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 1960;(113):147-58.
2. Junta de Extremadura. Profesiones Liberales [Internet]. Consorcio Extremeño de Información al Consumidor. [citado 22 de noviembre de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.mancomunidaddetentudia.com/consumo/PROFESIONES_LIBERALES.pdf
3. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. Universidad de Antioquia; 30 de septiembre de 2015 [citado 20 de noviembre de 2016];33(3):414-24. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
4. Hernando P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. Elsevier Doyma; 2005 [citado 20 de noviembre de 2016];20(6):353-6. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X05707764>
5. Tizón JL. ¿Es necesario evolucionar hacia una formación más integral del médico clínico? *FMC Formación Medica Continuada en Atención Primaria*. 2010;17(4):225-31.

LIDERAZGO CLINICO

No nos quedaría más remedio que volver a coger el toro por los cuernos y retomar la figura del médico como **líder dentro de los equipos asistenciales** de primaria, pues la sombra de las direcciones de los equipos por parte del personal de enfermería es ya un serio problema en algunas comunidades como la andaluza. Son varias los centros de salud en los que la dirección está **ocupada por un profesional enfermero**, a pesar de tener sentencias que lo rebaten (1-3).

Resulta fácil este planteamiento de inicio, pero en buena parte de este abandono de los médicos de las direcciones de los centros se encuentra la **penalización y carencia/escasez de incentivos que supone que un médico sea el director de un centro de salud**. Una comparación peyorativa con respecto a una dirección por un enfermero, ya que éste generalmente se exime de labores asistenciales estables y además se le paga un complemento por dedicación exclusiva: algo a lo que no tienen derecho en caso de ser un enfermero sin nombramiento de cargo intermedio, cuando menos. En el caso del médico, las **diferencias comparativas en su nómina** llegan a ser casi irrisorias (109.63 € en la comunidad andaluza) con respecto al enfermero, por lo que la dedicación y penalidades del cargo no son compensadas económicamente, máxime cuando al médico no se le libera completamente de sus deberes asistenciales.

En buena parte de este abandono de los médicos de las direcciones de los centros se encuentra la penalización y carencia/escasez de incentivos que supone que un médico sea el director de un centro de

Resulta curioso ver en estudios donde se **valora el clima emocional** de los equipos sanitarios andaluces, que aquellos que son dirigidos por médicos son los que alcanzan puntuaciones superiores a las dirigidas por enfermeros(4). Tal vez, nuestros gestores deberían revisar estos estudios y reflexionar por donde pueden ir los derroteros en caso de no saber premiar, pagar, incentivar o facilitar las direcciones de los centros por parte de los médicos. En este tema se puede constatar especialmente la "**mediocracia**"(5), al constatarse que muchas direcciones de centros de salud son abandonados por aquellos que tienen talento y creatividad para saber dirigir colectivos profesionales. En nuestras realidades profesionales sufrimos a diario burocracia, cuantitocracia (necesidad de ser todo medido), calitocracia (aparente y vacua calidad de los sistemas), evaluocracia (todo debe ser evaluado sin autocrítica con afán de control) y la sometocracia (estructuras férreas clientelares con vistas al mantenimiento en el cargo). De esta forma, la gestión se desvincula de los profesionales y de los pacientes destinatarios de nuestras gestiones y actividades profesionales.

En esta misma línea, también debemos mirar hacia **la formación en nuestras facultades**, en las que ya se debería inculcar la semilla del liderazgo en los futuros médicos(6), pues además de dirigir los esfuerzos hacia las adquisiciones técnicas y profesionales netamente, deberían enseñarse algunas habilidades o satisfacciones personales como puede ser el liderazgo.

Creo que nuestras líneas de actuación se deberían dirigir hacia:

- La **consecución de directores de centros de salud que sean médicos** con ejercicio en la zona de adscripción del mismo, que sepan liderar equipos multiprofesionales con dotaciones humanas y de recursos suficientes, y cuya jornada laboral sea la misma que el resto de los integrantes.
- La determinación de direcciones de centros de salud entre los integrantes médicos del equipo multiprofesional y a los que les sea tan **atractiva la oferta** que deba votarse en el mismo entre las ofertas de objetivos que cada postulante realice al equipo. No deberían ser figuras impositivas dentro de un sistema piramidal de ordenamiento jerárquico con un perfil político ya predeterminado.
- La **inclusión dentro de los planes formativos** del Grado de Medicina de la importancia del papel del médico como líder dentro de los equipos multiprofesionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Redacción Madrid. Enfermería no tiene «capacidad ni conocimientos» para dirigir unidades de gestión clínica [Internet]. Redaccion Médica. 2016 [citado 14 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.redaccionmedica.com/noticia/enfermeria-no-puede-dirigir-unidades-de-gestion-clinica-95325?utm_campaign=shareaholic&utm_medium=twitter&utm_source=socialnetwork
2. Redaccion. Enfermería no puede dirigir una Unidad Clínica si hay un médico en ella [Internet]. REDACCION MEDICA. 2016 [citado 20 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeria-no-puede-dirigir-una-unidad-clinica-si-hay-un-medico-en-ella-1268>
3. Carrasco D. El enfermero no es «idóneo» para dirigir Unidades de Gestión Clínica, según el TSJ andaluz - DiarioMedico.com [Internet]. DIARIO MEDICO. 2016 [citado 22 de noviembre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.diariomedico.com/2016/11/22/area-profesional/normativa/el-enfermero-no-es-idoneo-para-dirigir-las-unidades-de-gestion-clinica>
4. March-Cerdà JC, Danet A, García-Romera I. Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. Index de Enfermería [Internet]. Fundación Index; [citado 20 de noviembre de 2016];24(1-2):15-9. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015001100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
5. PÉREZ JIMÉNEZ PEDRO JM, GARCÍA BALLESTEROS E. Mediocracia [Internet]. DIARIO DE JEREZ. 2016 [citado 30 de diciembre de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.diariodejerez.es/opinion/tribuna/Mediocracia_0_1095190896.html
6. Sánchez-Mendiola M. Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? Investigación en Educación Médica [Internet]. 2015 [citado 20 de noviembre de 2016];4(14):99-107. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505715300089>

UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y OTRAS FORMAS DE GESTIÓN

En los años setenta se comienza a detectar la necesidad de abolir el principio de beneficencia en la práctica de la Medicina como medio de subsistencia para un sistema sanitario en el que se evidenciaba que los recursos son finitos; asimismo para **garantizar las prestaciones sociales** se debían priorizar eficacia, eficiencia y efectividad. De esta circunstancia nace la denominada Gestión Clínica (GC), inicialmente diseñada por la integración de la buena práctica médica (de la **Medicina Basada en la Evidencia**) en una gestión también basada en la evidencia y creando por tanto un rediseño organizativo.

El término se ha extendido por casi todo nuestro territorio nacional al aparecer en la gran mayoría de las normativas de las Comunidades Autónomas, tras su nacimiento con el **Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía del año 2000**.

Pero este concepto innovador no ha supuesto más que **una entelequia de potencialidades** con el paso de los años al que casi todos estamos sujetos, si bien, inicialmente era algo al que libremente los profesionales de los centros de salud se podían adscribir(1). No han dejado de ser potencialidades al ver que el principio de autonomía poca o muy pocas veces existe, pues los contratos de gestión no dejan de ser más que documentos elaborados desde servicios centrales con **carácter gerencial** y donde priman conceptos netamente economicistas **dirigidos hacia la reducción de gastos en personal y de fármacos**. Escaso espacio se deja en los contratos de gestión para que se rellenen por los equipos asistenciales de cada centro con sus intereses profesionales o necesidades detectados en la población a la que asisten. Es más, hasta el acto de **la firma por cada profesional se ha abandonado**, y dado que se perdió la libre decisión de su sumisión al mismo, es ya tan solo firmado por el Director de la UG y el Director Gerente del Distrito o Área sanitaria, **sin que haya una negociación previa de los objetivos** a firma, y mucho menos, sin contar con la participación activa de todos los integrantes del centro.

Los contratos de gestión no dejan de ser más que documentos elaborados desde servicios centrales con carácter gerencial y donde priman conceptos netamente economicistas

Pero el despegue y la gran aplicabilidad del término UG parece que se desarrolla en el 2011 cuando las autoridades se enfrentaron al reto de tener que **adaptarse a reducciones(2) presupuestarias impuestas**. Se intentó adaptar en nuestro entorno un modelo de microgestión que ya funcionaba en otros países europeos basándose en la activación local de gestores y profesionales. Se puede decir que el espaldarazo definitivo acontece en el 2013 con una **modificación legislativa** en otro tema

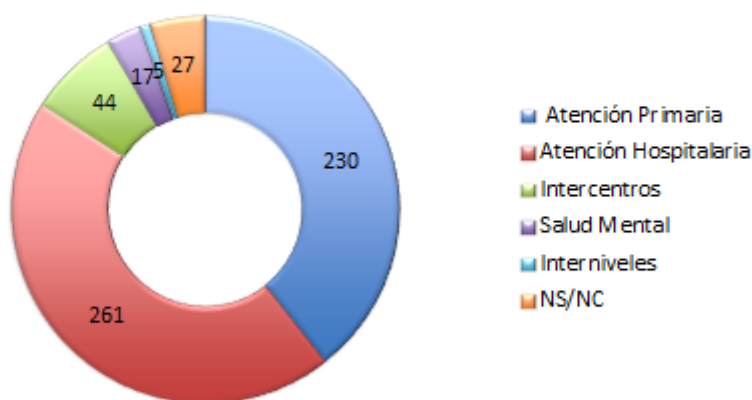
como es la Farmacovigilancia en 2013(3) y el acuerdo firmado en agosto con el Foro de la Profesión(4). Precisamente respecto a este último, poco caso se le ha hecho a la parte donde se habla de la “autonomía de gestión” para prestar eficientemente servicios clínicos.

Muchos de los profesionales que inicialmente vimos como innovación este concepto, pudimos constatar en poco tiempo que **no había sido más que un lobo bajo una piel de cordero** que se nos había metido en nuestros centros, al igual que un caballo de Troya. Una vez dentro, no hubo forma de sacarlo y al cabo de los años, seguimos pagando sus consecuencias.

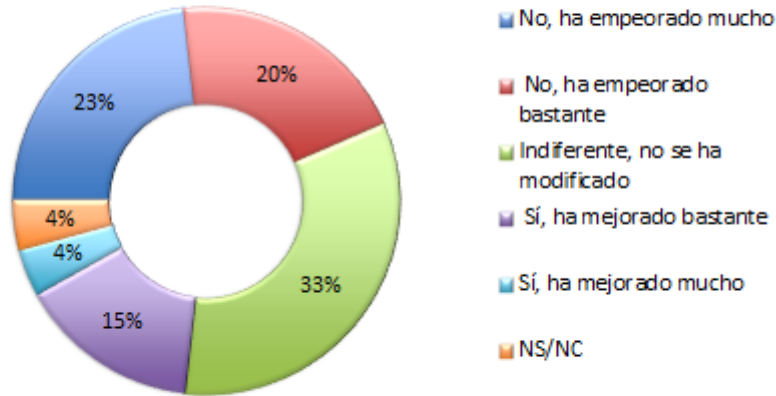
Recientes datos de una **encuesta realizada a 590 médicos** de los Colegios de Médicos de Sevilla y Cádiz(5)(6) nos dice que el 76% de ellos cree que la implantación de las UGC ha empeorado o no ha modificado en nada la calidad asistencial. Los resultados en el medio hospitalario son incluso peores si se diferencia entre los médicos con ejercicio en AP y hospitales. El 75% de los médicos opinan que la autonomía de gestión de las UGC es poca o casi nula.

Pertenece a una UGC

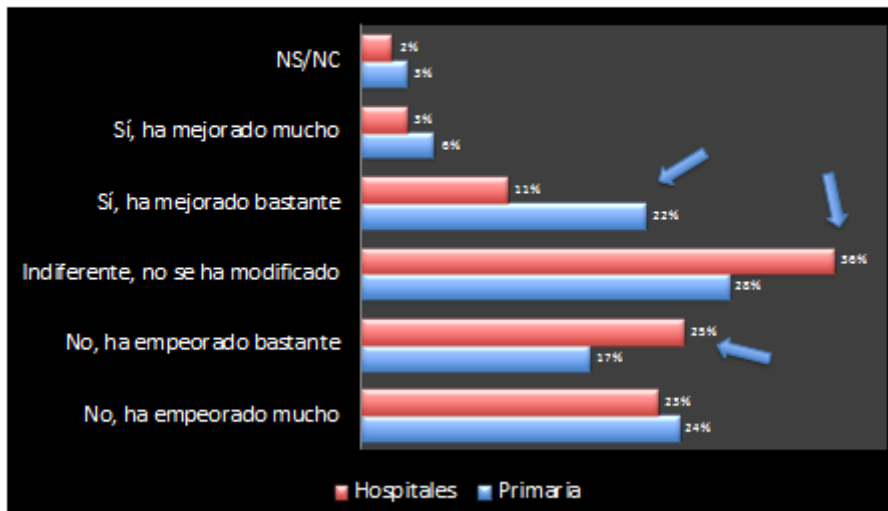
N 590



¿La implantación de las UGC ha supuesto una mejora en la calidad de la asistencia?

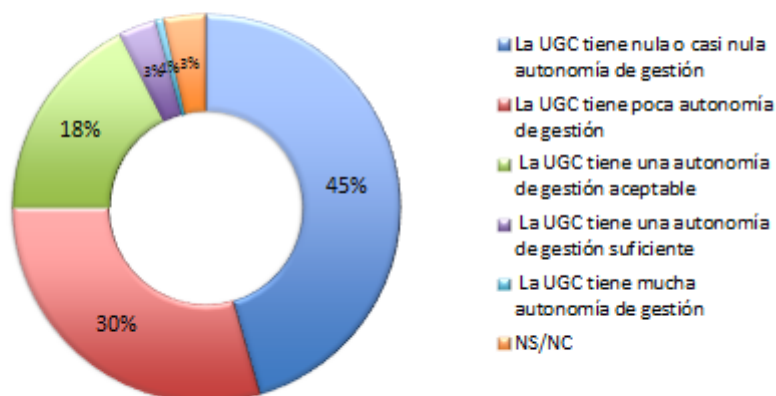


¿La implantación de las UGC ha supuesto una mejora en la calidad de la asistencia?



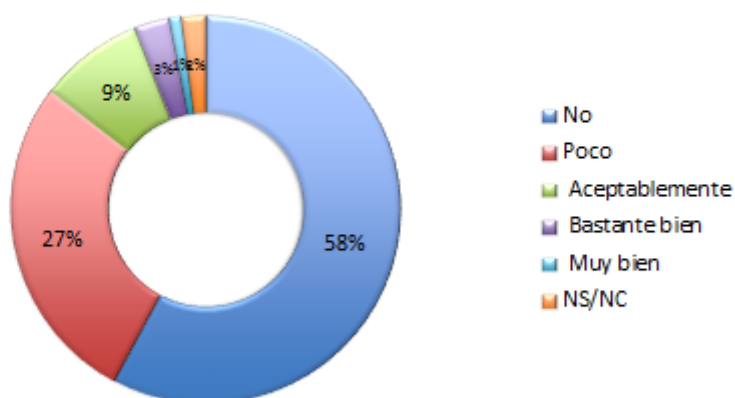
Los médicos de Primaria difieren de los de Hospital en una mayor valoración de la mejora de la calidad asistencial.

¿Percibe una autonomía real de la UGC para administrar recursos y personal?



El 75% de los médicos opinan que la autonomía de gestión de las UGC es poca o nula

¿Reflejan dichos objetivos anuales de la UGC los intereses y problemas asistenciales reales diarios?



Según las respuestas, los objetivos anuales reflejan poco o nada los problemas reales

Este estudio (contando con sus limitaciones) nos da una idea de la “escasa rentabilidad” que esta forma de encauzar la atención ha supuesto para los profesionales, por lo que un cambio de rumbo de 180° o su cambio por otra forma de gestión, parece necesaria.

Creo firmemente que en la actual situación los médicos nos debemos debatir entre la disyuntiva de continuar con el actual modelo de UG con grandes cambios organizativos o bien **decidirnos por otro modelo diferente e innovador**, pues creo que ha quedado bastante demostrado que no podemos continuar por el mismo camino. Debemos de perder el

miedo(7) a reclamar una financiación suficiente y finalista, con un estatuto propio del personal sanitario, incentivación adecuada y un cambio drástico en el acceso a los puestos de trabajo, especialmente en relación a los cargos directivos.

Los actuales marcos normativos deben tender hacia una **potenciación de la microgestión con capacidad auto-organizativa real**, con un fortalecimiento práctico y adaptado al medio de la Atención Primaria basado en la flexibilidad y la legitimidad de este nivel asistencial, con total independencia de la duración de las legislaturas políticas o la caducidad de las actuaciones por la dependencia de la persona que dirija un Ministerio, Consejería u otra estructura jerárquica. Todo ello se debe de asociar a una **periodicidad en la rendición de cuentas** con un modelo de valoración previamente consensuado dentro del equipo asistencial.

El que tengamos datos de un **8,4 % de sanitarios con Burnout(8)** nos debe hacer reaccionar, máxime cuando casi la mitad de nuestros MIR ya están afectados(9). Nuestro futuro se nos avecina cuando menos complicado, máxime cuando el origen del mismo es netamente relacionado con condiciones laborales(10)(11).

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. *Atención Primaria*. Elsevier Doyma; 2003;31(8):514-8.
2. Repullo Labrador JR. Gestión clínica: mitos y realidades; su aplicabilidad a la atención primaria. *Tiempos médicos*. 2014;(676):9-15.
3. BOE. Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo,. *BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO*. 2013;177(24 de julio):54488-529.
4. Redacción. ACUERDO MANTENIMIENTO DEL ACTUAL MODELO DEL SNS ENTRE OMC Y MINISTERIO SANIDAD. *REVISTA OFICIAL DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS DE ESPAÑA*. 2013;(27):7-12.
5. Colegios oficiales de Médicos de Sevilla y Cádiz. Encuesta de satisfacción de los médicos tras la implantación de las Unidades de Gestión Clínica. Sevilla y Cádiz; 2016.
6. Observatorio de la Sanidad del Colegio de Médicos de Sevilla. SÓLO UNO DE CADA CINCO MÉDICOS SEVILLANOS CONSIDERA QUE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS SON EFICACES. [Internet]. COMSEVILLA.ES. 2017 [citado 15 de enero de 2017]. Recuperado a partir de:
http://www.comsevilla.es/contenido/noticias_colegiales/5623_S_L_O_UNO_DE_CADA_CINCO_M_DICOS_SEVILLANOS_CONSIDERA_QUE_LAS_UNIDADES_DE_GESTI_N_CL_NICAS_SON_EFICACES.html
7. Ezquerro J. Perdamos el miedo al cambio | Redacción Médica [Internet]. REDACCION MEDICA. 2017 [citado 6 de enero de 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.redaccionmedica.com/opinion/perdamos-el-miedo-al-cambio-3300>
8. Redacción. El 8,4 por ciento de los profesionales sanitarios muestra «altos niveles» del síndrome «burnout» - *DiarioMedico.com* [Internet]. DIARIO MEDICO. 2016 [citado 8 de agosto de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://www.diariomedico.com/2016/08/08/area-profesional/profesion/el-84-por-ciento-de-los-profesionales-sanitarios-muestra-altos-niveles-del-sindrome-burnout>
9. González Silva Y, Isidro García G, López Izquierdo R, Hernández Gajate M. Burnout en médicos residentes de dos áreas de salud de una misma ciudad. *Revista Clínica Española* [Internet]. 2015;215(6):361-2. Recuperado a partir de:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256515000855>
10. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout

- in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2016;52(12):397-422.
11. Sánchez Ventín V, Jiménez Pereira I, García Méndez L. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *Semergen*. 2009;35(5):211-3.

II.2. INCREMENTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Esteban Sanmartín

Como vamos exponiendo a lo largo de este documento, desde la aparición de la especialidad de MFYC, existe un estancamiento en el desarrollo del papel y de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria (AP).

El modelo del Sistema de Salud actual está basado en la atención Hospitalaria y es preciso que cambie de sentido y gire hacia la AP, debe dejar de ser un sistema hospitalocentrista.

Ya en 1994 la profesora Bárbara Starfield en un estudio comparativo, de los indicadores sanitarios de los diferentes sistemas de salud, concluyó que aquellos países con una AP potente obtienen mejores resultados en salud, con un menor coste y mayor satisfacción de los usuarios.

En el año 2003 se presentó en Cataluña el Proyecto MPAR-5, con un tema principal: Poder resolutorio y AP y sus factores limitantes. Entre otros factores se habla de factores económicos, del modelo sanitario y las poco desarrolladas relaciones entre niveles, de la necesidad de adaptación a los cambios de la demanda asistencial, de la dotación y gestión de recursos y de la insatisfacción de los profesionales asistenciales.

En el año 2007 aparece un valiosísimo documento “Marco estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012” el Proyecto AP 21. En este documento se presentan diferentes estrategias, entre ellas:

- Impulsar una imagen de la AP como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los ciudadanos.
- Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.
- Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Potenciar la calidad de la atención en los Equipos de AP Rurales.
- **Hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los Médicos de AP**
- **Mejorar las tecnologías de la información en AP**
- Mejorar la efectividad en los procedimientos administrativos desarrollados por los profesionales.
- **Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas.**
- **Impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas y los intercambios de información sobre buenas prácticas para su generalización en el sistema sanitario.**

- Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos.
- **Estimular cambios en las organizaciones de AP y Hospitalaria que favorezcan la continuidad asistencial.**
- **Potenciar la comunicación y coordinación entre niveles.**
- **Impulsar la gestión de procesos asistenciales.**

Como vemos desde hace muchos años se han detectado los problemas que impiden el avance de la capacidad resolutive de la AP.

En este documento vamos a centrarnos en algunos de ellos y proponer algunas soluciones. Tenemos en estos momentos unos profesionales excelentemente formados y a todas las administraciones se les oye siempre la misma cantinela. **“La AP es el pilar fundamental del sistema sanitario”**, aunque la triste realidad es que nadie hace nada por ella. Para aumentar la capacidad resolutive tendríamos que actuar sobre los siguientes puntos:

- Presupuestos suficientes y mayor implicación en la gestión del personal de A.P.
- Recursos Humanos adecuados.
- Reducir la burocracia en consultas.
- Acceso a todas las pruebas diagnósticas.
- Mejorar la dotación material y tecnológica de los Centros de Salud.
- Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

Presupuestos suficientes y mayor implicación en la gestión del personal de AP:

Como se puede observar en la parte de financiación los presupuestos destinados a AP van disminuyendo año tras año y a pesar de ello el Comité de Asuntos Económicos y Financieros de la Unión Europea ha alabado el papel de la AP en España como una de las fortalezas del Sistema Nacional de Salud ante los retos financieros que se plantean a medio y largo plazo, por el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas. **En este mismo informe el citado comité recrimina a España la poca implicación, que permite, a los Equipos de Atención Primaria en la gestión de los recursos.**

España con un presupuesto medio dentro de la Unión Europea, lidera las estadísticas de esperanza de vida, y tiene un alto grado de acceso a la Atención Primaria. Entre las recomendaciones específicas para España, el organismo destaca que se debe **“incrementar la capacidad de resolución de los Médicos de Familia impulsando su papel en la gerencia”**

En los últimos años el presupuesto de gasto sanitario ha bajado con respecto al PIB, y ha bajado sobre todo en el gasto sanitario de AP mas que en la Atención Hospitalaria, como puede verse en los gráficos,

publicados en mayo de 2016, por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad que vemos a continuación:

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones de euros	69.400	68.034	64.138	61.710	61.947
Porcentaje sobre PIB	6,4%	6,4%	6,2%	6,0%	5,9%
Euros por habitante	1.493	1.458	1.370	1.321	1.332

A pesar de ello la Administración del Estado pretende disminuir el porcentaje del gasto por debajo del 5,5% del PIB. Y además subir el gasto en farmacia.

	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios hospitalarios y especializados	38.908	39.803	38.914	37.421	38.043
Servicios primarios de salud	10.596	10.169	9.484	9.135	9.045
Servicios de salud pública	758	747	698	664	653
Servicios colectivos de salud	2.058	2.088	2.014	2.027	1.720
Farmacia	13.406	12.333	10.708	10.480	10.388
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.467	1.393	1.248	1.133	1.236
Gasto de capital	2.205	1.500	1.072	850	862
Total consolidado	69.400	68.034	64.138	61.710	61.947

Recursos Humanos Adecuados:

En el Atlas de la Sanidad Mundial publicado por la OMS este año España ha caído desde el puesto nº 7 del ratio de médicos por habitante al nº 16 en dos años. Con este descenso España se aleja de las medias mínimas recomendadas para países desarrollados, máxime para un sistema de cobertura universal como es el nuestro y con el envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de patología crónica.

Estamos en estos momentos en unas tasas de 37 por 10.000 habitantes y según el Foro de la Profesión Médica Español esta tasa puede seguir descendiendo en los próximos años.

Por si esto fuera poco el porcentaje entre Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y el resto de Especialidades Hospitalarias es superior a lo que sería deseable. Este porcentaje es

superior al 40-50% deseable como vemos en las tablas publicadas por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Mientras que en Atención Hospitalaria se encuentran trabajando unos 77.446 facultativos en todo tipo de contratos (funcionarios, estatutarios, interinos, eventuales, laborales, etc.) en AP estamos trabajando 34.900 Especialistas de los cuales 6.400 son de Pediatría y solo 28.500 son especialistas de Medicina de Familia.

Creemos que para una buena asistencia con incremento de la capacidad resolutive de la AP el número de especialistas generalistas que trabajen en el sistema debe acercarse al 50% con respecto a los especialistas hospitalarios.

Ver tablas:

Tabla 2-3 Número de profesionales de medicina de familia y pediatría de atención primaria del Sistema Nacional de Salud y tasa por cada 1.000 personas asignadas según comunidad autónoma, 2014				
	Medicina de Familia	Pediatría	Total	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.830	1.130	5.960	0,7
Aragón	955	177	1.132	0,9
Asturias	637	125	762	0,7
Baleares	527	139	666	0,6
Canarias	1.174	312	1.486	0,8
Cantabria	365	79	444	0,8
Castilla y León	2.343	287	2.630	1,1
Castilla-La Mancha	1.348	252	1.600	0,8
Cataluña	4.425	1.016	5.441	0,7
Comunidad Valenciana	2.759	794	3.553	0,8
Extremadura	816	134	950	0,9
Galicia	1.865	329	2.194	0,8
Madrid	3.499	884	4.383	0,7
Murcia	832	240	1.072	0,8
Navarra	389	108	497	0,8
País Vasco	1.453	327	1.780	0,8
La Rioja	214	43	257	0,8
Ceuta y Melilla	69	24	93	0,6
SNS	28.500	6.400	34.900	0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Tabla 2-4 Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en ejercicio en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014

	Médicos	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	11.809	1,4
Aragón	2.655	2,0
Asturias	2.156	2,0
Baleares	1.776	1,6
Canarias	2.968	1,4
Cantabria	977	1,7
Castilla y León	4.282	1,7
Castilla-La Mancha	3.538	1,7
Cataluña	12.524	1,7
Comunidad Valenciana	7.712	1,6
Extremadura	1.851	1,7
Galicia	4.579	1,7
Madrid	11.561	1,8
Murcia	2.476	1,7
Navarra	1.188	1,9
País Vasco	4.654	2,1
La Rioja	515	1,6
Ceuta y Melilla	225	1,3
SNS	77.446	1,7

Observaciones: Datos estimados. Solo se incluyen los médicos vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Reducir la burocracia en consultas.

Con la instauración de la receta electrónica se ha disminuido mucho la burocracia en la consulta de AP pero queda todavía mucho por hacer:

- Universalizar la receta electrónica y que esta sirva en todo el Estado, que cualquier ciudadano de cualquier CCAA pueda solicitar su medicación en cualquier oficina de farmacia del territorio Español.
- Culminar de una vez las revisiones de la Incapacidad Laboral según el RD 624/2014, de 21 de julio.
- Digitalizar para reducir los numerosos informes y ordenes de tratamiento en papel que seguimos soportando
- Un largo etc. de papeleo entre niveles que hoy en día con los avances tecnológicos carecen de sentido.

Acceso a todas las pruebas diagnósticas.

Ya en el informe de AP 21 en su estrategia 12 habla de hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los médicos de atención primaria. Para ello establecía unas líneas de actuación que todavía no se han llevado a término y que deberían potenciarse, estas son:

- Establecer un catálogo de pruebas diagnósticas y de equipamiento básico, garantizando el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, que permita incorporar de manera progresiva el

acceso a las nuevas tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en AP.

- Elaborar protocolos y guías que definan los criterios de uso racional de pruebas diagnósticas.
- Evaluar periódicamente el uso racional de pruebas diagnósticas **en ambos niveles asistenciales.**

Mejorar la dotación material y tecnológica de los Centros de Salud

Sería conveniente terminar la **implantación informática** de todas las consultas y centros de salud y al mismo tiempo valorar la implantación de **una Historia Clínica única para todo el territorio usada por todas las CCAA**, esto no solo **abarataría costos de mantenimiento sino que permitiría una mejor comunicación entre CCAA, permitiría una capacidad para la investigación importantísima y beneficiaría sobre todo a los Usuarios**, que podrían desplazarse con tranquilidad por todo el territorio sabiendo que en cualquier punto se podría acceder a su historial médico.

En unos momentos en los que se está trabajando en un modelo de historia clínica Europea seguimos con 17 modelos de historia clínica.

No existen motivos, ni siquiera económicos, para que todos los centros de salud incluidos los rurales no estén dotados de **ecógrafos**, una tecnología inocua y resolutiva que ayudaría en el día a día de los centros de salud.

Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales

Deberíamos ser capaces de favorecer la **continuidad asistencial** y mejorar la comunicación entre niveles, AP y Hospitalaria. Aprovechar los avances de algunas Áreas de Salud en Telemedicina y una historia clínica electrónica que permita acceso a datos entre ellos.

El médico de AP es quien debe coordinar todos los actos sanitarios que se realicen sobre los usuarios, con ello evitaríamos la **iatrogenia y el sobrediagnóstico**. En un reciente artículo en el BMJ, la Universidad Johns Hopkins de Baltimore confirmaban las estimaciones que ya Barbara Starfield había hecho hace 16 años, los efectos adversos de la práctica médica serían la tercera causa de muerte en los EEUU, por delante del cáncer de mama o el SIDA.

No puedo dejar de citar un artículo o carta al director de la revista Atención Primaria de Ángeles Vara Ortiz del Institut Catalá de la Salut, que concluye tras la revisión de un problema asistencial: "Es posible que un alto grado de especialización ofrezca respuestas mas exactas e idóneas con un alto nivel de resolución, pero cuando las necesidades son complejas y se necesiten varios especialistas, puede haber una pérdida de visión holística y una tendencia a actuar en la parcela

conocida, pudiendo olvidar el fin último que es el bienestar de la persona. Actuar de una **manera mas generalista** y coordinada puede aportar beneficios a la persona, ampliando la perspectiva, la sensibilidad y la capacidad de relación con otras disciplinas”

Termino con un simil, que en una mesa redonda hizo una compañera sobre la actuación de las diferentes especialidades en su actuación sobre el enfermo, con una orquesta sinfónica. Contestando a un compañero especialista de O.R.L, que dijo **“el enfermo es una partitura y las diferentes espacialidades son los diversos instrumentos de una orquesta que interpretan ésta.”** A lo que la compañera especialista de MFYC contestó: **“es cierto y el médico de AP debe de ser el director de la misma”**

BIBLIOGRAFÍA

- La Atención Primaria del Futuro, Federación de Asociaciones para defensa de Sanidad Pública
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015
- Joint Report On Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, Octubre 2016
- Artículo Redacción Médica mayo 2016´.
- Poder resolutivo y A.P, Factores limitantes visiones y aproximaciones. MP5AR, 2003
- Los Sistemas Sanitarios en la Unión Europea. Eurostat. EHIS
- Situación actual y futuro de la A.P. Escuela Andaluza de Salud Pública. Informe SESPAS 2002
- Rev, Atención Primaria. 2016;48(8):557-56
- BMJ, Johns Hopkins de Baltimor

II.3. CONTINUIDAD ASISTENCIAL. RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA. RUTAS ASISTENCIALES

Esteban Sanmartín

Siempre se ha deseado un sistema sanitario que aborde desde la promoción y prevención de la salud pase por la asistencia y se extienda hasta la rehabilitación e inserción social y con un continuum asistencial de todos los niveles. Pero nuestro sistema parece más enfocado a la vertiente asistencial siendo esta la que consume casi todos los recursos.

En el libro del buen quehacer del médico en su Ámbito 4 y 5 se nos aconseja favorecer la continuidad y la coordinación de la asistencia y colaborar con los compañeros y compañeras para mantener y mejorar la atención al paciente.

En el modelo actual la relación entre niveles no es todo lo buena que sería deseable, y para conseguirlo debemos de realizar un cambio de modelo. Existe en estos momentos una pugna entre dos modelos diferentes que coexisten en la actualidad:

- Un modelo tecnológico asistencial orientado a la atención individual, hospitalocentrista.
- Otro de orientación hacia la comunidad basado en la atención primaria.

La descoordinación y mala comunicación entre ambos causa la mayor ineficiencia, con un aumento de los costes que amenazan la sostenibilidad del sistema.

La continuidad asistencial se puede definir como **“la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos”**. Esta continuidad debe ser percibida por el paciente.

Se describen tres tipos de continuidad asistencial:

1. De información, el usuario percibe que se utiliza la información de episodios anteriores, de los diferentes niveles, para un tratamiento mas apropiado en cada momento.
2. De relación, el usuario percibe la relación entre los diferentes niveles asistenciales y proveedores.
3. De gestión, el usuario percibe que las diferentes actuaciones no se duplican y se complementan.

Desde hace años se ha tratado de corregir esta falta de continuación asistencial y descoordinación entra niveles, para ello se han presentado diferentes modelos de gestión que se han demostrado útiles en otros ámbitos empresariales no sanitarios. El sistema sanitario público debe de hacer frente a una demanda creciente optimizando unos recursos limitados, y para ello se propone como imperativo el desarrollo de **la gestión por procesos asistenciales**.

La gestión por procesos

Como exponíamos al principio la gestión por procesos se basa en un sistema de base poblacional. Para determinar los procesos debemos de conocer la población a la los dirigimos. Identificarla desde el punto de vista demográfico, el consumo de recursos individuales, la prevalencia de los problemas de salud y los recursos de que disponemos, hospitalarios, Atención Primaria, farmacia socio sanitarios, etc.

En general sabemos que en una población determinada nos vamos a encontrar que:

- Un 65% de ella tiene un riesgo bajo y se beneficiarían de programas de prevención de salud.
- Un 30% presenta un riesgo moderado, pacientes crónicos, que se beneficiarían de programas de gestión por procesos.
- Un 5%, con un elevado consumo de recurso, presenta un riesgo elevado y se beneficiarían de programas de gestión de casos. En estos se concentra casi el 52% del total del gasto sanitario.

Esta **gestión transversal de casos** mejora la atención a pacientes crónicos, determinando en cada momento y para cada paciente el tipo de cuidado y nivel (Hospital, Atención Primaria) más apropiado, optimizando así la relación coste efectividad. Existen programas de este tipo en la gestión de enfermedades como la Insuficiencia Cardíaca que consiguen reducir las urgencias (un 43,8%), los ingresos (19,2%), disminuyendo las visitas en A.P. (23,7%), y mejorando las pautas de los tratamientos farmacológicos.

Las vías clínicas, guías de practica clínica y protocolos

Los tres instrumentos tienen como objetivo la estandarización de la práctica clínica pero no son equivalentes.

Las vías clínicas se aplican a enfermos con una determinada patología con un curso predecible, se aplican en un entorno determinado, servicio u hospital, y quizás no es aplicable en otro escenario.

Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones que nos ayudan a la selección de las mejores opciones diagnósticas y

terapéuticas para una determinada condición clínica. Deben estar basadas en la mayor evidencia disponible y sirven a todos los niveles tanto nacional como internacionalmente.

Los protocolos son planes precisos para el estudio de un problema o para un tratamiento de una enfermedad determinada. Comportan obligatoriedad de seguimiento y deben aplicarse a todos los pacientes.

Sobre la base de esta estandarización y coordinación de procesos, se puede y debe construir una relación directa entre profesionales, con una cultura cooperativa y de respeto mutuo y con canales de comunicación que permita afrontar la complejidad y construir una auténtica atención centrada en los pacientes y personalizada.

Para mejorar la continuidad asistencial y la comunicación entre niveles podemos servirnos de cualquiera de los instrumentos detallados anteriormente, preferiblemente la gestión por procesos. Consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado, sobre patologías prevalentes en el mismo y basados siempre en la mejor evidencia disponible. Con ello conseguimos mejorar al mismo tiempo que la comunicación la calidad de la asistencia y la eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Niveles, ópticas y estructuras del Sistema Sanitario, Dr. Josep Farres.
- El buen quehacer del médico.
- Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud
- Reingeniería del cambio (U.O.C.)
- La gestión por procesos asistenciales integrales, editorial Atención Primaria. 2003.
- El continuum asistencial y la gestión de casos transversales. Conxa Embid (U.O.C.)

PARTE III: Instrumentos para una práctica clínica apropiada en AP. Propuestas para abordar problemas emergentes

III.1. LA MEDICALIZACION DE LA SOCIEDAD. ELEVADO COSTE Y RIESGOS PARA LA SALUD. ELIMINAR LO SUPERFLUO

Juan José Torres

El concepto de salud, entendido no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar absoluto, ha hecho que situaciones y problemas que causan incomodidad a la persona se incorporen al ámbito médico, originando una dependencia de la medicina, que incapacita a las personas para el autocuidado y origina la disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar. Esto hace que precisen atención sanitaria situaciones que eran aceptadas y resueltas sin necesidad de la intervención de los profesionales de la salud.

El concepto de salud, entendido no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar absoluto, ha hecho que situaciones y problemas que causan incomodidad a la persona se incorporen al ámbito médico

Estamos viendo que el paciente acude a la consulta nada más aparecer síntomas o molestias inespecíficas que no se corresponden con una enfermedad física o mental. Se presentan habitualmente con una mezcla de síntomas de baja intensidad derivados de problemas personales, con frecuencia desencadenados por estresantes psicosociales ya sean familiares, escolares, laborales o duelos.

El médico de familia, a veces por falta de tiempo, o por falta de formación en ciertas áreas, deriva al paciente al nivel secundario, ya sea salud mental u otra especialidad, o prescribe un fármaco que se incorpora a su tratamiento habitual que será difícil retirar con el paso del tiempo. Esto con frecuencia hace que se etiqueten como enfermedades comportamientos o acontecimientos que forman parte de situaciones vitales de la persona.

Al etiquetar a una persona de “enferma” le quita responsabilidad, pasando esta al sistema sanitario. Al mismo tiempo, esta etiqueta da seguridad al paciente y al médico, pues al ser “enfermedad” existe una causa y, por tanto, no se siente responsable de ello, ya

Al etiquetar a una persona de “enferma” le quita responsabilidad, pasando esta al sistema sanitario

que el culpable es externo. De este modo, se convierte en enfermo a una persona sana, lo que puede ser un lastre para toda su vida.

Este proceder, muchas veces originado por la presión de la población, hace que se prescriban tratamientos que van a ser ineficaces cuando no perjudiciales; originando nuevas consultas y nuevos tratamientos con el correspondiente aumento del coste y de efectos adversos. La responsabilidad de este proceder es compartida tanto por la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación, los políticos y la industria farmacéutica.

La responsabilidad de este proceder es compartida tanto por la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación, los políticos y la industria farmacéutica.

La medicalización tanto de la vida como de los procesos morbosos ha crecido hasta el punto que, en la actualidad, el consumo de medicamentos ha pasado de ser la solución para mejorar la salud de la población, a ser también uno de los principales problemas de salud. Se estima que la carga de enfermedad asociada al uso y abuso de medicamentos ha adquirido proporciones epidémicas, pues la morbimortalidad que producen los efectos adversos de los fármacos quedaría tan solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En la actualidad, el consumo de medicamentos ha pasado de ser la solución para mejorar la salud de la población, a ser también uno de los principales problemas de salud.

La Comisión Europea en su informe de 10 de diciembre de 2008 titulado *Fortalecimiento de la farmacovigilancia para reducir los efectos adversos de los medicamentos*, señala que en el conjunto de la Unión Europea, el 5% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a medicamentos, siendo la quinta causa de muerte en hospitales. Este mismo informe estima que en la UE, 197.000 muertes al año se deben a reacciones adversas a medicamentos (RAM) y que el coste total de estas RAM, para la sociedad, es de 79.000 millones de €.

En la UE, 197.000 muertes al año se deben a reacciones adversas a medicamentos (RAM) siendo el coste total para la sociedad de 79.000 millones de €.

En España, el estudio Apeas, realizado en 2006, sobre los efectos adversos de los medicamentos en el SNS, estima que el número de casos anuales de RAM se eleva a 19 millones, de los que más de un millón serían graves y casi la mitad potencialmente evitables.

Por ello, deberíamos abordar el problema de la prescripción, no por la carga económica que supone el gasto farmacéutico, sino por la iatrogenia que producen los efectos adversos derivados del uso inadecuado de los medicamentos.

Hasta la fecha, las políticas farmacéuticas en el SNS han estado fundamentalmente orientadas a reducir el gasto, limitando el abordaje sobre la adecuación y cantidad de las prescripciones realizadas. Esto se ha hecho empleando reiteradamente la misma estrategia: la reducción del precio de los medicamentos mediante Decretos de precios de referencia y publicación de listas negativas de fármacos, sin acompañarse del más mínimo esfuerzo en promover estrategias para modificar la cantidad, la calidad y la adecuación de los medicamentos prescritos.

Entendemos que, la tarea de gestionar la prescripción a nivel micro es una de las más complejas en el quehacer médico; pues en España disponemos de más de 1.000 principios activos y casi 20.000 medicamentos. Un número de opciones que, más que ampliar el abanico terapéutico, entorpece la labor de prescribir. Hecho que se ve incrementado por los propios grupos de pacientes que, cada vez más, funcionan como lobbies que compiten entre sí por recursos limitados junto a una tendencia creciente a la medicalización de la vida.

La tarea de gestionar la prescripción a nivel micro es una de las más complejas en el quehacer médico

Sabemos que la salud de un individuo y, por extensión de la sociedad a la que pertenece, está fuertemente condicionada por su genética, el ambiente socioeconómico en el que se desenvuelve, sus hábitos de vida y el sistema sanitario que lo protege, siendo este último el que, en menor medida, determina su salud; por el contrario, es el que consume mas recursos económicos destinados a la recuperación de la misma.

De todos los recursos empleados en este proceso de recuperar la salud y prevenir la enfermedad, el medicamento consume más del 30% del gasto sanitario. Porcentaje que en la próxima década, si se cumplen los pronósticos del desarrollo y aplicación de los tratamientos emergentes (la terapia génica, las células madres, la nanomedicina así como los nuevos sistemas de administración de fármacos, en forma de partículas microscópica para aplicarse directamente en las dianas terapéuticas) pueden hacer claudicar el sistema sanitario como lo conocemos en la actualidad. Esto se agravará por el envejecimiento creciente de la población por la pluripatología que conlleva y la polimedición que implica. Este tema se aborda en otro apartado de este documento.

De todos los recursos empleados en este proceso de recuperar la salud y prevenir la enfermedad, el medicamento consume más del 30% del gasto sanitario.

El reto que tienen los sistemas sanitarios es la adaptación a estos cambios, ya que parodiando a Darwin “los sistemas que consiguen sobrevivir no son los mas fuertes sino los que mejor se adaptan a los cambios”. Por ello, es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo para el manejo de aquellos procesos que limitan su bienestar. Por ello, proponemos invertir en conocer y mejorar los determinantes de la salud sin que ello suponga retirar recursos al sistema de asistencia que ya se encuentra infrafinanciado.

Es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo

Respecto a la investigación en el campo de la farmacología, debemos abogar por un cambio de paradigma centrado en identificar las causas de las patologías, y no solo en sus consecuencias para que en lugar de controlarlas de forma indefinida, permita buscar soluciones cuando aparece la misma.

Hemos de declarar que, cuando el avance de la investigación biomédica con la aparición de nuevas moléculas, dispositivos y tecnología, supongan avances en la lucha contra las enfermedades, el beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni poner en peligro la viabilidad económica del sistema nacional de salud. Por ello, instamos a revisar y reformar con urgencia, el sistema de patentes en el sector salud para medicamentos y productos sanitarios, así como los criterios para su financiación.

El beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni poner en peligro la viabilidad económica del sistema nacional de salud

Asimismo, urge blindar la financiación de un listado de medicamentos esenciales que cubra las necesidades prioritarias de atención a la salud de las patologías más prevalentes, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia, pues como declara la OMS, *tras la inmunización contra las enfermedades infecciosas de la infancia, la utilización apropiada de medicamentos esenciales es uno de los componentes más coste-efectivos de la atención sanitaria*, máxime en contextos de necesidades crecientes y limitación de recursos.

Urge blindar la financiación de un listado de medicamentos esenciales que cubra las necesidades prioritarias de atención a la salud de las patologías más prevalentes

Al mismo tiempo se impone la necesidad de crear una agencia

Se impone la necesidad de crear una agencia independiente de evaluación de tecnología sanitaria

independiente de evaluación de tecnología sanitaria que evalúe los beneficios en salud de las terapias emergentes y determine su incorporación o no al catálogo de prestaciones.

Para combatir la iatrogenia se precisa incorporar en los módulos de prescripción electrónica, sistemas de detección de alergias, intolerancias, interacciones e incompatibilidades de los distintos fármacos que componen el plan terapéutico de cada paciente.

Proponemos mejorar la relación entre niveles asistenciales con incentivos compartidos en función de unos objetivos, igualmente compartidos, en salud.

Finalmente, la prescripción, por la trascendencia que tiene desde el punto de vista sanitario y económico, requiere una gestión a nivel micro que mejore el conocimiento de la efectividad y coste de los recursos que maneja cada médico de familia. Para ello, se precisa de un cuadro de mando que monitorice la actividad prescriptora y retroalimente esta información para emprender un proceso continuo de mejora en la reducción de la iatrogenia y de la salud de la población atendida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Carta de constitución de la Organización Mundial de Salud.
<http://www.who.int/about/mission/es/>

- 2.- Informe del sector farmacéutico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
http://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmaceutico_oct_2014.pdf

- 3.- Selección de medicamentos esenciales. Junio de 2002. Organización Mundial de la Salud Ginebra.
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>

- 4.- La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-prescripcion-farmaceutica-atencion-primaria-/articulo/S0213911111003207/>

- 5.- El fortalecimiento de farmacovigilancia para reducir los efectos adversos de los medicamentos. Comisión Europea. Informe de 10 de diciembre de 2008. http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-08-782_en.htm

- 6.- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008.
<https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>.

III.2. CRONICIDAD. LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO

Juan José Torres

INTRODUCCION

En las últimas décadas hemos asistido a una transición demográfica que ha supuesto un cambio en la estructura poblacional hacia el envejecimiento de la misma, en gran parte favorecido por la mejora en las condiciones de vida. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial, estimándose que para 2050 cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años^{2 3 4}.

Este fenómeno se ha visto acompañado de una transición epidemiológica, en la que se ha producido una reducción de las patologías agudas, que requieren intervenciones verticales, hacia la proliferación de patologías crónicas que precisan, por el contrario, cuidados continuados en el tiempo.

Las enfermedades crónicas comparten una serie de características comunes: se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional del paciente. Su etiología es múltiple y compleja. Aparecen de forma gradual y silente con un pico de prevalencia en edades avanzadas. Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo. Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada. Son susceptibles de prevención, retrasar su aparición o, al menos, atenuar su progresión; por último, se manifiestan mediante la triada edad, comorbilidad y polimedicación⁵.

En la actualidad, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, la diabetes y las que afectan al sistema musculoesquelético son las más prevalentes y las que más reducen la esperanza de vida y la calidad de la misma. Estas patologías

²Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.

³*World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database.*

<http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>

⁴ *World Population Ageing, 1950-2050*, (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.02.XIII.3) y *World Population Ageing, 2007* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.07.XIII.5).

⁵ Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Documento de consenso SEMI/SEMFyC. Varios autores. Mergablum. Edición y comunicación SL. 2011. Sevilla

ocasionaron en España en el año 2012 un total de 3,5 millones de años de vida ajustados por discapacidad⁶ (DALYs)

Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y, hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Actualmente, estas enfermedades y la comorbilidad que originan ocasionan más de 300.000 muertes anuales en nuestro país, lo que supone casi el 90% de todas las defunciones⁷.

Así pues, no es tanto el envejecimiento como las patologías crónicas, que se van agregando a lo largo de la vida, lo que deteriora la salud del individuo y aumentan el grado de utilización de los recursos sanitarios, sino que es la comorbilidad la que determina en realidad el elevado consumo de recursos⁸. Patologías crónicas que tienen su principal origen en los hábitos de vida tales como sedentarismo, obesidad, hábitos alimenticios, conductas de riesgo... que de no combatirse continuarán originando en un futuro más cronicidad y comorbilidad.

Este fenómeno está ocasionando unas tensiones económicas en nuestro sistema de protección social que amenazan su supervivencia, tal como

En definitiva, la cronicidad se ha convertido en un problema de salud pública, puesto que afecta a un amplio sector de la población, compromete gravemente la salud de la misma y origina unos costes económicos que desbordan la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Es por ello que, se precisa un cambio de paradigma en la gestión de la atención sanitaria a la cronicidad.

lo entendemos en la actualidad. Una muestra de ello es que, hoy, dos tercios del gasto sanitario está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas. Los costes que originan la atención de los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una, multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario^{9 10} hasta el punto que un individuo con 9 o más

⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation.

⁷ World Health Organization Chronic Diseases Fact Sheet – Spain).

⁸ Star eld B. Point: The changing nature of disease. Implications for health services. *Med Care* [Internet]. 2011;49(11):971-2. Disponible en: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E92.pdf

⁹ Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money- controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med*. 2009 Oct 15; 361(16):1521-3.

¹⁰ Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollars: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.

enfermedades crónicas consume 47 veces más recurso que un paciente no crónico¹¹.

RECOMENDACIONES

Estas dos transiciones no se han acompañado de la necesaria adaptación asistencial de nuestro sistema sanitario.

Actualmente tenemos un sistema hospitalocentrista y fragmentado, centrado más en la enfermedad que en la persona. Tras la descompensación de un proceso, habitualmente se realizan intervenciones verticales para resolverlo hasta que se necesita una nueva intervención. Es preciso completar este sistema, siguiendo a Rafael Bengoa, con otro que razone tanto en términos de “cuidar” como de “curar”. Que ofrezca continuidad de cuidados a lo largo de la vida, para prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes; esto supone una coordinación asistencial que elimine las barreras interniveles, potenciando una atención horizontal dirigida a la persona y su entorno como un todo.

Actualmente tenemos un sistema hospitalocentrista y fragmentado, centrado más en la enfermedad que en la persona.

En este sentido, para superar esta situación, en la próxima década debemos realizar la transición pendiente en nuestro sistema sanitario que requiere la atención a la cronicidad. Debemos pasar de un sistema reactivo, fragmentado, incomunicado y centrado en la resolución de procesos, a otro sistema de atención centrado en la persona a lo largo de su vida, integrado por profesionales que se relacionen salvando los escalones asistenciales y organizados desde los servicios de Atención Primaria; pues como declara Edward Wagner (creador del Chronic Care Model) «el mejor cuidado para un paciente con enfermedad crónica será el que le preste un equipo de Atención Primaria, que le conozca como persona y le trate como tal»¹².

En este sentido se ha pronunciado la OMS que ha denominado, al describir su modelo de atención a la cronicidad: “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas”, e Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)¹³. En este modelo se apuesta

¹¹ Osakidetza. Gobierno Vasco – Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi - 2010 (http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/información/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf)

¹² Wagner EH. Counterpoint: Chronic illness and Primary Care. *Med Care* [Internet]. 2011;49(11):973-5. Disponible en: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E92.pdf El papel de cada uno de los actores.

¹³ Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Informe global OMS.

decididamente por el enfoque poblacional, la coordinación de servicios teniendo la prevención como eje central y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

INTERVENCIONES

La transición pendiente de nuestro sistema sanitario, para dar respuesta al fenómeno de la cronicidad, requiere cambios organizativos, asistenciales y tecnológicos en la gestión, debiendo ser abordada en su ejecución desde el ámbito de la microgestión¹⁴. Para ello, se debe reconstruir el modelo de abajo a arriba atendiendo a las particularidades de cada caso. En este sentido, las TICs son el soporte imprescindible para gestionar este cambio, que fundamentalmente es cultural; pues el abordaje de la cronicidad no pretende curar enfermedades sino mejorar la funcionalidad de la persona e impedir la descompensaciones y recaídas que le obliguen a abandonar su entorno para ingresar en el hospital.

La transición pendiente de nuestro sistema sanitario, para dar respuesta al fenómeno de la cronicidad, requiere cambios organizativos, asistenciales y tecnológicos

La situación de partida en nuestro país es más que aceptable para abordar la cronicidad al tratarse de un sistema sanitario de cobertura universal, mayoritariamente público con una Atención Primaria fuertemente implantada y consolidada como puerta de entrada al sistema sanitario¹⁵. Esto no quiere decir que esté totalmente desarrollada ni bien financiada.

Desde este documento queremos realizar una serie de recomendaciones que consideramos imprescindibles para abordar la transición asistencial que requiere el fenómeno de la cronicidad en los siguientes términos:

1.- Al tratarse la cronicidad de un proceso dinámico ligado a la biopatografía y hábitos de vida de la persona, es preciso, con la ayuda de las nuevas tecnologías, retomar la cartera de servicios, ya que esta ha evolucionado de forma desigual a la baja desde la asunción de las transferencias sanitarias por las CCAA. Entendemos que este modelo sigue siendo la base para retrasar la ascensión en la pirámide de Kaiser Permanente de los pacientes crónicos con el paso del tiempo.

Es preciso, con la ayuda de las nuevas tecnologías, retomar la cartera de servicios

¹⁴ Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21

¹⁵ Declaración de Sevilla

Nuestro sistema de Atención Primaria fue ideado para trabajar en equipo desde la unidad básica asistencial. Sistema en el que la base de la atención se centraba en la prevención y el seguimiento en el centro de salud o consultorio rural y en el domicilio del paciente. Para esto, se establecieron planes de actuación sobre los problemas de salud más prevalentes, tales como hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, EPOC..., creándose la denominada “*cartera de servicios*”. Esta encontraba estructurada en cuatro bloques: Atención al niño, a la mujer, al adulto y al anciano. Que a su vez englobaba los subprogramas de actividades preventivas y de promoción de la salud protocolizados, para realizar las intervenciones clínicas y/o terapéuticas encaminadas a favorecer la salud del sano, prevenir la enfermedad e impedir su progresión, con el fin último de retrasar la llegada de descompensaciones y comorbilidades.

2.- Simultáneamente, el abordaje de la cronicidad requiere conocer la población diana sobre la que intervenir. Para ello, precisa una estratificación de la población asignada a cada unidad básica asistencial que permita identificar a los individuos en función de su gravedad, hecho que en la actualidad no se ha realizado.

Se precisa una estratificación de la población asignada a cada unidad básica asistencial

3.- Para poder estratificar la población atendida, es preciso disponer de un sistema de información incorporado a la historia clínica electrónica única, y un sistema de codificación único para que el software pueda identificar en qué escalón de la pirámide de Kaiser se encuentra cada individuo y llevar de este modo, a cabo estrategias de seguimiento, que permitan mantener en el radar del sistema al paciente pluripatológico.

Es preciso disponer de un sistema de información incorporado a la historia clínica electrónica única, y un sistema de

4.- Los sistemas de información deben contemplar la incorporación de una historia clínica electrónica única, sin niveles, que permita la comunicación de los profesionales para brindar una atención más efectiva, al tiempo que proteja la seguridad del paciente y respete el derecho de confidencialidad de la información¹⁶.

¹⁶ Bodenheimer T, Grumbach K. Electronic technology: a spark to revitalize primary care? JAMA. 2003 Jul 9;290(2):259-64.

5.- Igualmente el software debe incorporar índices pronósticos (PALIAR Y PROFUND) de los pacientes estratificados que permitan identificar¹⁷ aquellos individuos más vulnerables y con mayores necesidades de cuidados.

6.- Precisamos una triple alianza entre Administradores Sanitarios, Atención Primaria y Servicios de Medicina Interna de los hospitales de referencia, que garanticen la Atención Coordinada de Cuidados. Está demostrado que la atención planificada y coordinada de cada paciente permite la detección temprana de las complicaciones así como la identificación rápida de la reducción del estado de su salud¹⁸, permitiendo la intervención rápida con la consiguiente reducción de costes para el sistema y morbilidad para el individuo.

Se precisa una triple alianza entre Administradores Sanitarios, AP y Servicios de Medicina Interna

7 .- Hemos de definir los profesionales implicados (médicos, enfermeros, trabajadores sociales...) y los roles de cada uno en el proceso de atención y seguimiento del paciente crónico en cada una de sus fases.

8 .- Se precisa establecer un sistema de vías clínicas, de actuación conjunta, entre los dos niveles asistenciales, para coordinar la asistencia del paciente frágil pluripatológico.

9 .- Incorporar un sistema de indicadores conjuntos en la atención y seguimiento del colectivo de pacientes pluripatológicos con el fin de evaluar y mostrar los resultados obtenidos así como las áreas de mejoras.

10.- Incorporar las nuevas tecnologías de la información y la aplicaciones vía web que viertan la información a la historia clínica del paciente para su monitorización, con el fin de intervenir antes que se produzca el deterioro de su situación basal.

La telemedicina debe jugar un papel fundamental para la coordinación de cuidados

11.- Así mismo la telemedicina debe jugar un papel fundamental para la coordinación de cuidados en el manejo, seguimiento y control de los pacientes.

¹⁷ Proceso asistencial de paciente con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicas. Varios autores. Ed. Multiproyectos SL. Madrid 2013. <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf>

¹⁸ Cuidados innovadores para la condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Informe global OMS.

12.- Debemos hacer partícipe al paciente en el mantenimiento de cuidados de sus procesos crónicos. No debe ser un participante inactivo en la atención, sino un “productor de salud”¹⁹ que va a repercutir en la mejora de su estado y en la salud familiar. Por ello se precisa incorporar al paciente en su proceso de atención, potenciando el autocuidado mediante el conocimiento y adiestramiento en el manejo de su patología.

Se precisa incorporar al paciente en su proceso de atención, potenciando el autocuidado

13.- La intervención comunitaria deben ser otro pilar en el que se base la atención a pacientes crónicos. Debemos implicar a la población y asociaciones de pacientes en el proceso de asesoramiento en el autocuidado.

14.- Por último, la Administración Sanitaria debe facilitar la gestión de la cronicidad mediante un nuevo sistema de financiación que permita a la Atención Primaria desarrollar el potencial oculto que posee y que por el enanismo presupuestario de décadas, no ha podido alcanzar las metas asignadas.

¹⁹ Holman H. y Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 2000;320:526-527.

III.3. PREVENCIÓN CUATERNARIA. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Esteban Sanmartín

Conocemos como Prevención cuaternaria al conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir o paliar el daño producido por las actividades sanitarias. El término fue utilizado por primera vez por el médico belga Marc Jamouille en 1995. Pero ya se atribuye a Hipócrates la frase **“Primum non nocere”** (primero no dañar), que nos propone una mirada crítica sobre nuestras actuaciones.

En la literatura médica actual podemos leer múltiples artículos sobre la iatrogenia médica, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Aceptamos sin más las cifras objetivo de cLDL, HTA o HbA1c, realizamos pruebas de detección precoz de cáncer de próstata o tiroides sin plantearnos el perjuicio que podemos acarrear a nuestros pacientes y probablemente lo infructífero de las mismas. Como ejemplo tenemos el aumento de la incidencia de cáncer de tiroides en EEUU y Australia, que se ha triplicado en la última década, mientras que las tasas de mortalidad en el mismo periodo no se han modificado, solo han mejorado los medios diagnósticos.

Hoy en día debemos plantearnos si la medicina que realizamos está impregnada de intereses no exclusivamente científicos ni humanistas y si de cara al futuro precisamos de un **rearme ético**, valorando la verdadera necesidad de pruebas y tratamientos, apoyándonos en nuestro **Código Deontológico, en la Medicina Basada en la Evidencia y en un Paciente Informado** con capacidad para decidir.

Las actuaciones a realizar se deben de valorar según los niveles de acción y de la capacidad de actuación. Así la Prevención Cuaternaria y la Seguridad del paciente concierne a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los gobiernos en general, y tanto a la Atención Primaria como a la Hospitalaria. Teniendo en cuenta que en AP se resuelve más del 90% de los casos y tiene una especial visión, más holística, del paciente, en ella recaerá de una manera especial su gestión.

La revista BMJ publicó el 3/5/2016, un estudio en el que los autores Martin Macario, y Michael Daniel, de la Universidad Johns Hopkins de Medicina de Baltimore, concluyen que **el error médico** es la tercera causa principal de muerte en EEUU. Esto es aplicable a nuestro sistema, **“el único hombre que no se equivoca es el que nunca hace nada” (Johann W. Goethe).**

Actuaciones a nivel Internacional

Desde la **OMS** se vienen realizando acciones en este sentido, en 2014 convocó un grupo de trabajo con el objetivo de definir y promover buenas prácticas en la presentación de los resultados de las investigaciones sobre estimaciones de salud. En junio de 2016 se publica la **Declaración GATHER** o Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting. Iniciativas como esta deberían ser adoptadas por los gobiernos e instituciones sanitarias en beneficio de las políticas sanitarias y por ende de la mejora de la salud de la población y de la seguridad del paciente.

Las propuestas de la declaración se pueden resumir en:

- Presentar la fuente de financiación del trabajo y discutir potenciales conflictos de interés.
- Definir los indicadores o medidas de salud, las poblaciones (incluyendo la edad, sexo y geografía) y los períodos de tiempo analizados.
- Describir la identificación y el acceso a los datos.
- Proporcionar las fuentes de información, sus características principales y el método de recolección de datos.
- Proporcionar a descripción detallada del proceso de análisis y describir los métodos estimaciones .
- Indicar de qué manera puede accederse al código fuente utilizado para generar las estimaciones.
- Presentar los resultados de las estimaciones de manera precisa y transparente.
- Proporcionar acceso público de los datos y su análisis.

Actuaciones de Política Sanitaria

Desde las **Instituciones Sanitarias** debería de proponerse un modelo asistencial en el que se **disminuya la variabilidad**, basado en la evidencia científica y con mayor participación e información del paciente.

Sistemas como **GRADE** (Graduación de la fuerza de las recomendaciones clínica) ponen al paciente en el centro de la evaluación y ayuda a la toma de decisiones. Sus recomendaciones son de gran interés para **el paciente el profesional y el decisor de política sanitaria**. Esta graduación se realiza en función de los **Beneficios, Riesgos, Inconvenientes y Costes, centrada en el Paciente**.

Desde las instituciones sanitarias se debe abordar y **desterrar las falsas expectativas** generadas en la población en general sobre los beneficios de ciertas prácticas poco eficaces. En general es difícil, mientras

pacientes y médicos creamos que una práctica o procedimiento es beneficioso e inofensivo, que una reforma sea eficaz.

Actuaciones de los profesionales

Tanto a nivel de A.P. como en A. Hospitalaria debemos de actuar bajo los Principios de Beneficencia, no Maledicencia, Autonomía del Paciente y de Justicia. Valorando el balance de riesgo y beneficio en un paciente informado atendiendo a todos los pacientes por igual según sus necesidades sin perder de vista las consecuencias que dichas actuaciones tienen sobre la comunidad por el consumo de recursos.

Como hemos indicado anteriormente, es la AP la que está mas directamente en contacto con toda la población y por tanto sobre la que recae la mayor parte de las actividades preventivas. Por tanto es a este nivel donde el potencial de evitar daño es mayor.

La prevención puede ser:

- Prevención primaria
 - Disminuir la incidencia.
 - Incrementar factores que mejoran la seguridad del paciente.
 - Reducir aquellos factores de riesgo de aparición de errores y fallos latentes del sistema.
- Prevención secundaria
 - Detección y abordaje precoz.
 - Mitigar consecuencias para el paciente y los servicios sanitarios.
- Prevención terciaria
 - Reducir el impacto y las consecuencias derivadas del efecto adverso: incapacidad, dolor, complicaciones clínicas (iatrogenesis en cascada), litigios,...
 - Evitar su reaparición.
- Prevención cuaternaria: es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica.

Según IonaHeat, la búsqueda de una vida más larga y sana ha llevado a que más personas sean etiquetados como enfermas. Ella analiza los factores que explican esta paradoja y sostiene que tenemos que encontrar el coraje para resistir el sobrediagnóstico y, en su lugar, aceptar la inevitabilidad del envejecimiento:

“Sustentados por redes de imperativos financieros e intereses en conflicto, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento se han convertido en un problema preocupante y generalizado en la medicina contemporánea y profundamente arraigado en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Ambos han penetrado y contaminado las industrias farmacéutica y de tecnología médica, las entidades dedicadas a la investigación médica y los organismos reguladores, la práctica clínica, los sistemas de pago, la producción de guías de práctica clínica y los sistemas nacionales de atención a la salud. Uno y otro son la causa de una asombrosa cantidad de despilfarro y de daño para la salud”.

En la cuarta conferencia de prevención del sobrediagnóstico celebrada en Barcelona en septiembre de 2016 se concluyó entre otras cosas que ***“iniciativas como la toma compartida de decisiones, o la medicina realista, nos aproximan a los pacientes. Es necesario realizar una atención personalizada, practicar una medicina centrada en el consultante y en la comunidad, compartir la información con los pacientes haciéndoles partícipes de las decisiones a tomar, así como las conductas diagnósticas o terapéuticas a seguir, y siempre en base a sus prioridades.”***

“A nivel individual, reduciremos la iatrogenia y las prácticas de poco valor, y a nivel general contribuiremos a la sostenibilidad del sistema sanitario”.

En junio de 2012 en la revista AMF, se publicó un artículo, de **Juan Gérvas Camacho, Enrique Gavilán y Laura Jiménez de Gracia**, sobre prevención cuaternaria en el que se plantean algunos ejemplos de prácticas innecesarias, inadecuadas, dañinas o sobreutilizadas en atención primaria como:

- La solicitud del PSA para el cribado de cáncer de próstata, sangre oculta en heces para el cribado sistemático de cáncer de colon, densitometría ósea en mujeres perimenopáusicas, etc.
- Uso inadecuado de fármacos como antibióticos en bronquitis agudas no complicadas, inhibidores de la bomba de protones o anti-H2 en todo adulto que tome AINES, uso de hipolipemiantes en prevención primaria, etc.
- Pruebas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos como radiografías para lumbalgias agudas, chequeos analíticos regulares a persona sanas, marcadores tumorales para despistaje inicial de tumores malignos, etc.

Para ayudarnos en la práctica los autores relatan una serie de características de la AP que facilitan la prevención cuaternaria y que deberíamos potenciar:

- Profesionalismo y compromiso
- Autonomía organizativa
- Accesibilidad y longitudinalidad.
- Manejo adecuado del tiempo y de la incertidumbre.
- Respeto y consideración con la situación del paciente.
- Promoción y prevención según oportunidad y prioridad.
- Máxima calidad y mínima cantidad.
- Polivalencia.
- Capacidad resolutive.
- Función de filtro o gatekeeping.
- Capacidad de coordinar los cuidados de pacientes.
- Solidez clínica y científica, e integración de lo biológico con lo psicosocial y con el entorno.

En todas las actuaciones médicas, preventivas, curativas y rehabilitadoras debemos de guiarnos por la mejor evidencia con sistemas de evaluación como **GRADE** y contando siempre con el

En nuestro ámbito, las autoridades sanitarias deben asumir y cumplir un compromiso de evitar la influencia comercial en la medicalización y *medicamentización* del malestar, así como en la publicidad engañosa y el fraude intervencionista en la salud. También deben evitar las campañas de presunta educación para la salud, no basadas en la evidencia, que son llevadas a cabo por políticos para conseguir popularidad y presencia en los medios.

paciente.

Este mismo principio en Atención Primaria debe llevar a activar al paciente y a sus cuidadores y facilitarles las competencias y seguridad en el auto-cuidado; también debe fomentar la personalización del conjunto

Para promover este papel *agencial* de la Atención Primaria se precisa un empoderamiento de la Atención Primaria y un redimensionamiento de sus recursos.

Los servicios especializados de los hospitales deben aplicar el principio de subsidiariedad, y no retener o "secuestrar" pacientes que podrían y deberían ser tratados o seguidos en el primer nivel asistencial.

de intervenciones asistenciales, conciliando, simplificando y priorizando condiciones y tratamientos para evitar yatrogenia y facilitar que el paciente y sus cuidadores puedan asumir al máximo posible el control.

Debemos pues realizar una medicina científicamente fundada, segura, efectiva y basada en la mejor evidencia; centrada en el paciente adecuada a sus necesidades y valores, con decisiones compartidas y acordes con los principios de accesibilidad, equidad y eficiencia.

BIBLIOGRAFIA

- Redacción medica, 5/11/2016, ¿se explica bien el médico en su consulta?
- Presentación : prevención de sucesos adversos, Carlos Aibar Ramón, universidad de Zaragoza.
- Medical error, BMJ, 3/5/2016
- Antonio Morente, Mayo 2016, la OMS, modelos de salud centrados en las personas
- El precio de las falsas creencias, Ann FamMed, 2010,nov;10
- Too much medicine; too little care, BMJ 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f4247> (Published 02 July 2013)Cite this as: BMJ 2013;347:f4247
- elrincon de sisifo.es prescripción prudente una necesidad I, 17/10/2012
- elrincon de sisifo.es prescripción prudente una necesidad II, 17/10/2012
- junio de 2016, la Declaración GATHER, OMS
- Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ et al, too much medicine in older people? Deprescribingthrough shareddecisionmaking. BMJ 2016 jun 3, 3;353:12893
- Editorial Rev. Esp. Salud Pública, 2016, Vol. 90: 22 de agosto, Ferrán Catalá López y Cristina Pérez Andrés.
- Redacción médica, la OCU denuncia uso excesivo de pruebas en neurología, 5/12/2016
- Editorial WONCA, vol 31, no 3, septiembre de 2013, Maria Noble, prevención cuaternaria, repasando la medicina desde el paciente
- La seguridad del paciente, Revista clínica electrónica de AP, Maria Luisa TorijanoCasalengua. 2003
- AMF, Junio 2012, prevención cuaternaria: es posible y deseable una asistencia sanitaria menos dañina. Juan Gervas Camacho; Enrique Gavilán Moral, Laura Jiménez de Gracia.
- Curso de auditoría médica Hospital Aleman 2014, Seguridad del paciente y Prevención Cuaternaria: Un desafío para todos.
- Redacción Médica, 21/8/2016, Seis fármacos por Anciano límite para evitar errores de prescripción.
- BMJ, 2/11/2013, traducción evalmed-GRADE. Sobrediagnóstico: cuando las buenas intenciones coinciden con los intereses creados.
- Editorial Atención Primaria. 2016;48(10):619-620, sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan.
- Médicos y Pacientes. 20/9/2016, Iatrogenia y sobrediagnóstico. Andreu Segura y Martín Zurro.
- Medscape, 18/5/2016, un tercio de la antibioterapia ambulatoria puede ser inadecuada. Diana Swift.

- Proceedings of the National Academy of sciences.2/8/2016, Una revision invalida miles de studios sobre el cerebro.

PARTE IV: INSTRUMENTOS PARA CONSTRUIR CAPITAL CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

IV.1. NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hermenegildo Marcos

Se conoce a la tecnología como un producto de la ciencia y la ingeniería que envuelve un conjunto de instrumentos, métodos, y técnicas que se encargan de la resolución del conflicto y que puedan satisfacer las necesidades y deseos de los seres humanos.

La base para hacer buen uso de las (nuevas) tecnologías es el conocimiento médico. No se trata tanto de hacer una predicción de las nuevas y futuras tecnologías como que el médico de Atención Primaria esté preparado para adaptarse a ellas y aprovecharlas al máximo. La flexibilidad y adaptabilidad son características de la Atención Primaria.

La base para hacer buen uso de las (nuevas) tecnologías es el conocimiento médico. El médico debe conocerlas, dominarlas y explicar su funcionamiento al paciente para que saque el máximo partido de

El médico debe conocerlas, dominarlas y explicar su funcionamiento al paciente para que saque el máximo partido de ellas.

La tecnología actual avanza a un ritmo cada vez más acelerado, dentro de 10 años habrá prestaciones y capacidades de la misma que no se nos pasan ni remotamente hoy en día por la cabeza. Las nuevas tecnologías cambiarán la forma de ejercer la medicina y serán necesarios nuevos tipos de profesionales de la salud, pero **el contacto directo con el paciente, esencia de la atención primaria, deberá permanecer inalterable.**

Aumentarán la implicación del paciente en su propia salud creando, modificando y manejando su propia carpeta personal de salud. Se necesitará una regulación legal por parte de las autoridades sanitarias y una adaptación del código de deontología médica a sus características.

Se necesitará una regulación legal por parte de las autoridades sanitarias y una adaptación del código de deontología médica

Las nuevas tecnologías, de la información y comunicación, médicas específicas o de uso generalizado con implicaciones en la salud, influirán en todos los aspectos de la continuidad asistencial.

Es de prever que la **genómica y proteómica** se incorporaran al quehacer diario del médico. Cada paciente podría llevar en un archivo, tipo tarjeta o similar, su genoma y/o proteoma que sería la base de una promoción de la salud y una prevención de la enfermedad más personalizada en relación a sus fortalezas y riesgos individuales, incluyendo aspectos de ingeniería genética. Teniendo siempre en cuenta, que su capacidad predictiva sería limitada dada la importancia de factores ambientales y epigenéticos, que se empiezan a conocer hoy en día.

El diagnóstico precoz se verá favorecido con el perfeccionamiento de técnicas actuales como la ecografía o desarrollo de procedimientos nuevos y marcadores precoces de enfermedades, incluso antes de que la misma se desarrolle. Todo ello aumentado la seguridad y disminuyendo los efectos secundarios perjudiciales de los mimos. **Es necesario que el médico de atención primaria se familiarice con ellos, ya que serán elementos fundamentales en su práctica clínica diaria.**

El tratamiento personalizado aumentará la efectividad de los medicamentos e, incluso, se podrá prever la respuesta a la medicación. La medicina regenerativa mediante células madres y bioimpresoras en 3D que crearán copias de órganos para ensayar procedimientos quirúrgicos o, incluso, para trasplantes de órganos estará en los centros superespecializados, pero es posible que se simplifiquen otras técnicas diagnósticas y terapéuticas que hoy en día se realizan en medio hospitalario y **el médico de atención primaria deberá dominarlas para incorporarlas a su quehacer diario.**

Las tecnologías de la información y comunicación favorecerán la interacción entre el médico y sus pacientes haciéndola más ágil y continuada, pero el profesional debe poner límites para que no invada su parcela de vida privada así como, debido, previsiblemente, a la gran cantidad de información generada, debe tener una **formación adecuada para elegir la que más se adapte a sus conocimientos, interés personal y profesional y mejore la atención a sus pacientes.**

Las tecnologías de la información y comunicación favorecerán la interacción entre el médico y sus pacientes

La comunicación mediante dispositivos móviles de mensajería como whatsapp, telegram o similares permiten la comunicación instantánea y aportan seguridad al paciente pero de debe evitar la excesiva dependencia respecto al médico. El correo electrónico, el teléfono o la videoconferencia pueden, en algunos casos ahorrar el desplazamiento del médico al domicilio del paciente o el paciente a la consulta del médico, siendo **necesario reservar un horario dentro de su jornada laboral para atender estas consultas.** Así mismo permitirán una respuesta rápida a brotes y emergencias sanitarias siendo una herramienta epidemiológica potente aumentando la rapidez en las actuaciones. La elaboración de blogs y webs oficiales por los centros de salud facilitarían información a pacientes y profesionales, así como un acceso actualizado a las agendas asistenciales y programaciones del centro y trabajadores como formación, vacaciones, etc.

Las **Apps de salud** como las que se refieren, entre otras, a interacciones de medicamentos, hábitos saludables como ejercicio físico, alimentación, sueño, etc. que usan los pacientes, deben ser **conocidas por su médico para hacer un buen uso de ellas y no interfieran ni contradigan sus recomendaciones.**

El uso de **Tabletas se debe incorporar al ejercicio habitual del médico**, sobre todo en el de Atención Primaria debido a que la atención al paciente se realiza en cualquier momento, situación y lugar, para que pueda disponer de toda la información sanitaria, así como, poder consultar la bibliografía cuando sea necesario

Junto a estas tecnologías de uso general nos podemos encontrar otras con uso más específicamente en el campo de la medicina.

En primer lugar nos referiremos a la **telemedicina** que incluye, entre otros, el telediagnóstico como Radiología, ECG, retinografía, dermatología, etc. que nos permite compartir datos y opiniones en tiempo real con otros profesionales y la teleconsulta o videoconferencia que permite comunicación con paciente y su entorno y facilita una segunda opinión médica. Es de gran ayuda para el acceso y apoyo a profesionales que ejercen la medicina en regiones remotas y aisladas.

El desarrollo de nuevos chips de **laboratorio y biomarcadores** que permitirán análisis en la propia consulta agilizaran y aumentarán la efectividad de la misma, exigirá al médico adaptarse a estos nuevos usos para utilizarlos de forma racional y correcta.

Es previsible que los pacientes porten **dispositivos** que controlen constantes y cambios vitales, permitiendo la automonitorización mediante la obtención de datos clínicos en tiempo real y otros de alerta y vigilancia para transmitir los datos de interés a su médico y/o al hospital. Así mismo los dispositivos de reconocimiento facial, que incluye las emociones, permitirá la comunicación con los pacientes que tengan dificultad para comunicar sus sentimientos y vivencias, como, por ejemplo, el dolor en enfermos con demencia. El médico de Atención Primaria debe conocer, manejar y explicar a sus pacientes los mismos para hacer un uso adecuado de ellos.

El desarrollo de la genómica permitirá el tratamiento personalizado, aumentará su efectividad al mismo tiempo que disminuirá sus efectos adversos ya que permitirá adaptarlos a cada paciente.

El aumento de la capacidad diagnóstica y terapéutica de la medicina de Atención Primaria exigirá que los Médicos de Familia estén, como siempre lo han hecho, permanentemente actualizados.

Hay otra tecnología no específicamente médica, pero que ayuda en gran medida a mantener la calidad de vida de personas con alguna dolencia, nos referimos a la **robótica y domótica** que pueden ayudar en aspectos específicamente sanitarios como cumplimentación del tratamiento o rehabilitación, entre otros.

Un apartado fundamental en el quehacer médico y que merece ser tratada con algo más de profundidad, es la **Historia Clínica Electrónica (HCE)**.

La historia clínica ha ido evolucionando conforme evolucionaban las formas de ejercer la medicina pero se ha construido el nuevo modelo en base al modelo anterior. En cierto modo, hoy en día disponemos de una

HCE que está basada en un modelo de documento del siglo XIX con base en la historia clínica de papel a la que se han ido añadiendo nuevas prestaciones según las demandas.

A la pregunta **¿hacia dónde debería ir la HCE?** La respuesta puede ser diferente dependiendo de quién responda a la pregunta, médicos, pacientes o administración.

Pensamos que la HCE debe ser única para Atención Primaria y hospital la misma en todas CCAA, en la Unión Europea, países de nuestro entorno o, incluso, dado que es un aspecto más de la globalización, **mundial**.

La HCE debe ser única para AP y hospital

Debe permitir la **conexión de registros sanitarios** coordinando y agilizando el proceso diagnóstico y tratamiento así como favoreciendo el seguimiento conjunto mediante la mayor accesibilidad a los datos, permitiendo una mejor gestión de las patologías, así como reduciendo tiempos de espera.

Al ser un documento compartido se debe **unificar criterios** en la nomenclatura y en la forma de incluir datos, evitando duplicidades. Ya hay consensos europeos en utilizar nomenclators con codificaciones consensuadas pero es necesario avanzar más en esta dirección ya que debido al aumento de prevalencia de enfermedades crónicas junto con el aumento de la movilidad, el paciente será atendido por diferentes profesionales en distintas situaciones y localizaciones.

La **presentación de datos** no tiene que ser necesariamente de forma cronológica. Los datos pueden ser observados desde distintas perspectivas y agrupados según la conveniencia del buscador de datos, médico o enfermo. Debido al, previsible, gran aumento de información se debe separar lo fundamental de lo accesorio para no desviarnos de la **razón fundamental de la misma, que es la de ayudar al paciente y al médico a tomar decisiones en base a las últimas evidencias científicas y recomendaciones de salud pública**.

La HCE favorece el análisis epidemiológico y la accesibilidad a ensayos y estudios clínicos y estadísticos, estando abierta a los conocimientos médicos que se generan a gran velocidad y en cualquier parte del mundo.

El paciente debe y exige tomar cada vez más protagonismo en la toma de decisiones. La HCE en una herramienta fundamental para ello

Existen **cuestiones pendientes** a las que se debe responder cómo, por ejemplo, si los propios pacientes pueden escribir en su HCE.

La HCE puede amenazar la confidencialidad y privacidad por lo que es necesario establecer una seguridad y mecanismos estrictos de control de acceso. La HCE debe ser gestionada por el paciente y su médico de familia, debe ser accesible de manera global pero siempre bajo el consentimiento explícito de ellos.

En estrecha relación con la HCE, se encuentra la forma de compartir la información disponible que puede ser mediante un chip con formato parecido a tarjeta de crédito que se incluirá en la **tarjeta sanitaria individual** (TSI) y comprenderá toda información sanitaria del paciente, tanto su historia clínica como otros datos sanitarios de interés.

Todos los datos relacionados con la salud de una persona deberían estar recogidos en su **carpeta personal de salud** que sería un espacio de almacenamiento personal de información sanitaria que las autoridades ofrecen a los usuarios. La gestión sería responsabilidad del usuario o de la persona autorizada. Estaría a disposición del usuario en cualquier momento y desde cualquier dispositivo con conexión a Internet. Esta sería una diferencia con la HCE. Será el paciente quien suba la información sanitaria que el considere conveniente y la gestione de la forma más adecuada de acuerdo a sus intereses.

Si como decía Jean Dausset, la partitura no hace la sinfonía, las tecnologías debe estar guiadas por un profesional capacitado, motivado, actualizado y que no olvide la esencia de la labor del médico de Atención Primaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: BOE, 2002, p.40126-40432
2. Comisión Europea. Libertad, Seguridad y Justicia. Grupo de Trabajo sobre protección de datos del artículo 29. Tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos. Disponible en la URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_es.pdf
3. Etreros, J. Alonso, C. Marco, G. Cabronero, M. Alfaro, M. El sistema de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Accesibilidad y protección de la información como elementos clave. *Derecho y Salud*, 2009; 18(1): 99-110.
4. Etreros, J. Marco, G. Abad, I. Muñoz, JF. La interoperabilidad como base de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. *Todo Hospital*, 2009; 258(jul-ago): 467-474.
5. International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) [página web]. Copenhague: IHTSDO; 2009 [acceso 18 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/snomed-ct0/different-languages/>
6. Gérvas J, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en atención primaria. *Fundamento clínico, teórico y práctico. SEMERGEN*. 2000;26(1):17-32.
7. Anderson NL, Anderson NG (1998). "Proteome and proteomics: new technologies, new concepts, and new words". *Electrophoresis* 19(11): 1853-61
8. *Medicina personalizada posgenómica*, Juan sabater tobella, Gloria Sabater Sales, Elsevier,2010, ISBN 978-84-458-2025, pág. 4.
9. Plan de telemedicina del INSALUD. Dirección General de Informática del INSALUD. Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid,2000

IV.2. LA FORMACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA: MEDICINA DE FAMILIA EN LA UNIVERSIDAD. EL MIR DE FAMILIA EN LA TRONCALIDAD. DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO. VALIDACIÓN PERIÓDICA DE LA COLEGIACIÓN. REACREDITACIÓN

José Luis Garavís

MEDICINA DE FAMILIA EN LA UNIVERSIDAD

La formación universitaria en España minusvalora el perfil del profesional de Atención Primaria (AP) pues, aunque en este nivel asistencial ejercen casi la mitad de los médicos del Sistema Nacional de Salud, la mayoría especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, no se reconoce de manera expresa la especialidad como área de conocimiento.

La formación universitaria en España minusvalora el perfil del profesional de Atención Primaria

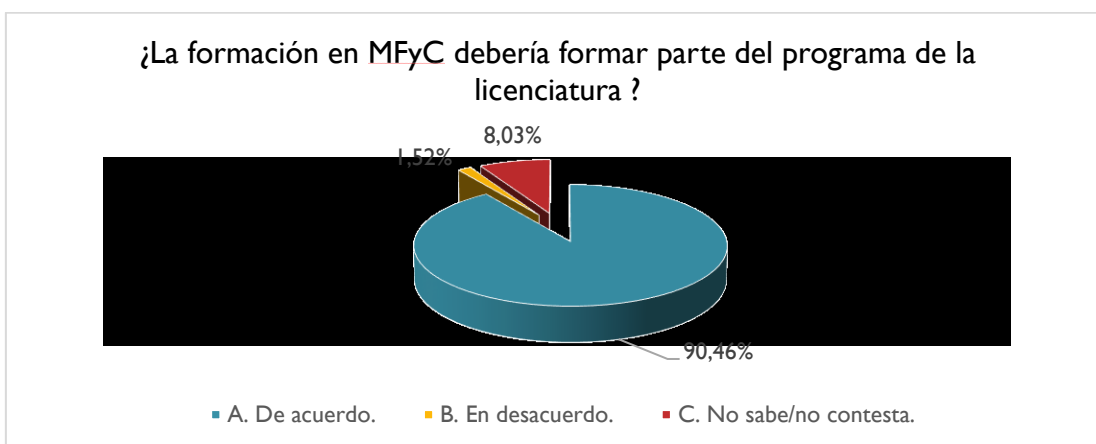
La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) es la que oferta un mayor número de plazas MIR, es la base de nuestro sistema sanitario, tanto por el número de profesionales como por la actividad que desarrolla, y es la especialidad que garantiza la equidad y el acceso a la salud hasta en el hogar más alejado, sin embargo año tras año, no se encuentra entre las más elegidas por los aspirantes con mejor número, aunque está mejorando levemente.

Posiblemente el principal motivo de la falta de atractivo de la especialidad para los nuevos médicos sea el poco conocimiento que tienen de la especialidad, precisamente por la poca presencia de la misma en las facultades de medicina, aunque indudablemente, también influirá la percepción de los aspirantes sobre las condiciones laborales, profesionales, y retributivas que padecen los médicos de AP, que son manifiestamente mejorables y superadas por otras especialidades. El atractivo de la MFyC para los médicos jóvenes estará sin duda determinado por la evolución organizativa de la AP en el futuro, sobre cuyos aspectos fundamentales trata este trabajo de aportar alguna luz.

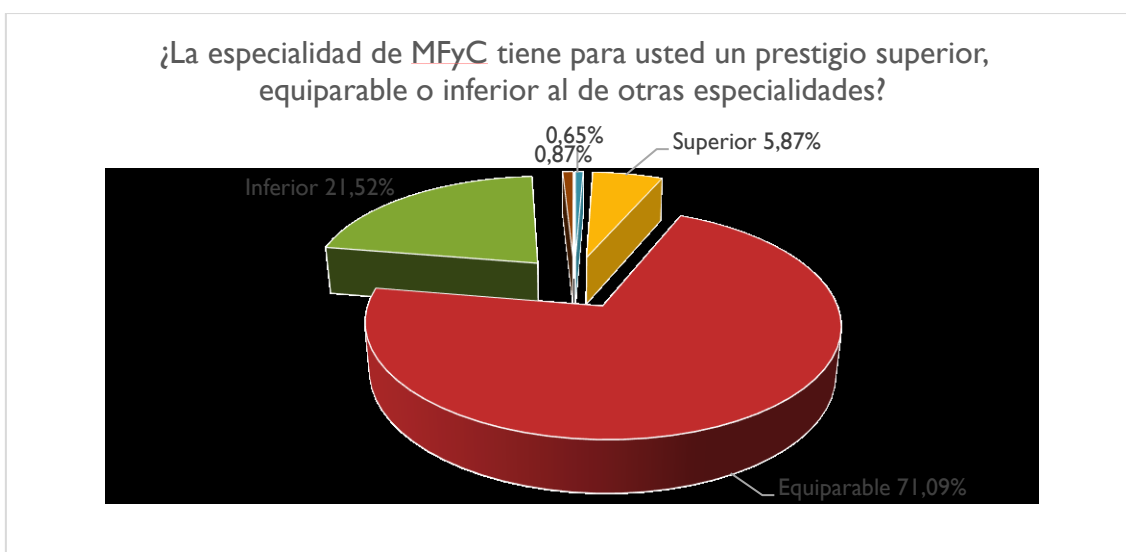
Posiblemente el principal motivo de la falta de atractivo de la especialidad para los nuevos médicos sea el poco conocimiento que tienen de la misma, por la poca presencia en las facultades de medicina.

La OMC, consciente de este problema puso en marcha en 2015 el Programa “Atención Primaria en la Universidad” con el objetivo de acercar la Medicina de Familia los estudiantes. Programa que continúa desarrollándose en las facultades de medicina de toda España. Un avance de los resultados de las encuestas que se realizan a los estudiantes en el transcurso de las actividades del Programa resulta ilustrativo:

De forma casi unánime los encuestados opinan que la formación en MFyC debería formar parte del programa de grado de Medicina.



El prestigio que tiene la Medicina de Familia para los estudiantes encuestados es equiparable o inferior al de otras especialidades, muy pocos consideran que tenga un prestigio superior.



Los encuestados piensan que el sueldo del Médico de Familia es equiparable o inferior al de otros especialistas.



La mayoría de los alumnos encuestados piensa que el Médico de Familia tiene suficiente formación, conoce su perfil profesional y las funciones básicas de un centro de salud, sin embargo no tiene claro el alcance de sus competencias, que tiende a establecer por debajo de la realidad.

El reconocimiento académico de la medicina de familia se ha ido produciendo progresivamente en la universidad española. En la actualidad, aunque de forma heterogénea en cuanto a número de créditos y denominación, la Medicina de Familia se imparte como asignatura obligatoria en el 75% de las universidades. Sin embargo no llegan a un 20 % las facultades que cuentan con médicos de familia impartiendo la asignatura. Esto es debido a que el actual modelo de acreditación implica múltiples trabas para que los profesionales de esta especialidad puedan incorporarse de forma estable al cuerpo docente del grado (titulares y catedráticos).

El actual modelo de acreditación implica múltiples trabas para que los médicos de familia puedan incorporarse de forma estable al cuerpo docente del grado

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA) apenas valora la actividad asistencial, a la que dedican la mayor parte de su tiempo los médicos de familia, por lo que debería valorarse esta actividad, que además es diferente a la de otras especialidades médicas. En cambio, la investigación tiene un gran peso en la evaluación de la ANECA para acceder a los puestos de profesor, pero las revistas de investigación de MFyC tienen un menor impacto que las de otras especialidades médicas, por lo que debería evaluarse el impacto dentro de su ámbito.

Pensamos que el futuro pasa necesariamente por:

- Instauración de la asignatura obligatoria de MFyC en todas las universidades.
- La inclusión de la MFyC en el Catálogo de Áreas del Conocimiento de la Universidad Española.
- La creación de departamentos de MFyC y AP específicos en todas las facultades de medicina integrados por médicos de familia.

Los poderes públicos tienen la responsabilidad de que la cantidad de alumnos y la calidad de su formación sea la adecuada a las necesidades del país. En manos de las administraciones educativas y sanitarias está introducir medicina de familia en la universidad y mejorar las condiciones del ejercicio de la profesión en el primer nivel asistencial, para convertirlo realmente en el eje del sistema.

EL MIR DE FAMILIA EN LA TRONCALIDAD

La troncalidad en formación especializada podría definirse como el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado.

Es indudable que a través del programa MIR, se ha alcanzado un nivel de competencia muy alto de los médicos españoles, pero también ha conducido a una progresiva superespecialización de los profesionales, al requerirse un número cada vez mayor de especialistas dedicados a parcelas muy concretas de su ámbito de conocimiento. Esta

La superespecialización tiene algunos inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales.

superespecialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia terciaria y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia, aunque también tiene algunos inconvenientes a otros niveles asistenciales, al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e, incluso, la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés.

Esta necesidad de múltiples especialistas para un mismo proceso, es debida a que la superespecialización conlleva una menor o incluso nula formación en aspectos básicos y genéricos de la medicina que todo médico debería poseer para el manejo de los procesos más comunes y prevalentes.

Con objeto de corregir esta situación y mejorar la formación común o básica de nuestros médicos especialistas, la **Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)** contempla un replanteamiento de los programas formativos mediante la inclusión del concepto de troncalidad. Por otro lado la flexibilidad inherente a la formación troncal, podría permitir la movilidad racional de los profesionales entre las especialidades del mismo tronco (de acuerdo al artículo 23 de la LOPS), lo que podría ser una solución a los problemas que plantea la escasez de titulados en determinadas especialidades.

La troncalidad es también una consecuencia lógica de la situación en el entorno europeo, en el que la mayoría de países cuentan con una formación troncal. En España hay 47 especialidades mientras que en la UE el país que más tiene son 26.

Hasta fechas recientes desde las Vocalías de Atención Primaria de la OMC se ha venido apoyando este proceso porque:

- Posibilitaría la circulación de todos los especialistas por los centros de salud y el contacto con los médicos de familia
- La troncalidad conllevaría un mejor conocimiento de la Atención Primaria (AP) por los demás especialistas
- Con la troncalidad la AP se constituiría en lugar de aprendizaje básico

Pero en los últimos meses se ha venido produciendo un cambio de posicionamiento debido a que se considera que, en las sucesivas versiones de los borradores, la AP pierde peso en el proceso formativo del tronco médico, hasta llegar a la situación actual en que el Foro de la Atención Primaria en su última reunión celebrada el pasado 9 de enero, amenaza con pedir la exclusión de Medicina de Familia del tronco médico si no se reforma el formato actual pues considera que este no permite alcanzar los objetivos establecidos en el Real Decreto de Troncalidad y en la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad, e incumple también la resolución de la Dirección General de Recursos Humanos (de 15 de junio de 2016) que acordó incorporar la rotación por Primaria en los programas de formación sanitaria especializada.

Así pues, tras la anulación por parte del Tribunal Supremo del Real Decreto 639/2014, donde se regula la troncalidad, y a la espera de los resultados de las negociaciones que se producirán en las próximas semanas entre el Ministerio y el resto de los agentes implicados, este tema queda abierto a la espera de la evolución de los acontecimientos.

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO. VALIDACIÓN PERIÓDICA DE LA COLEGIACIÓN. RECERTIFICACIÓN

Desarrollo profesional continuo (DPC)

Podemos definir el DPC como el conjunto de todas las actividades orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la competencia requerida para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional. Comprende fundamentalmente tres tipos de actividades: el aprendizaje autónomo, el aprendizaje en servicio y las actividades de formación médica continuada.

En España, la LOPS define el DPC como el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.

La evaluación del DPC no será punitiva y consistirá en alcanzar unas competencias y unos requisitos previamente definidos que en el caso de no alcanzarse deben ir asociados a un programa de mejora.

Como pone de manifiesto la conclusión 19 de la IV Convención de la Profesión Médica, “el DPC constituye una herramienta fundamental para el médico y es un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, que ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional”.

El DPC es un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional y su evaluación no será punitiva

Validación periódica de la colegiación (VPC)

La VPC no es más que un tipo de certificación en la que un ente certificador, los Colegios de Médicos, evalúan y reconocen la buena praxis profesional, el adecuado estado psicofísico y el DPC de los médicos para el ejercicio de la profesión. Así pues, la VPC da fe de que el médico que la obtiene reúne y mantiene los estándares definidos para ejercer como médico. Sería un ejemplo concreto de recertificación.

“El valor de la VPC, implementada por el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), radica en garantizar a los ciudadanos la seguridad de un modelo para una asistencia de calidad por profesionales competentes”, (conclusión 20 de la IV Convención de la Profesión Médica).

Recertificación

La recertificación es un proceso periódico para renovar una credencial conseguida y que garantiza su cualificación para el ejercicio profesional. Habitualmente es atribuida a la renovación de las competencias específicas de una especialidad médica. Los protagonistas de este proceso no son otros que los médicos y los pacientes "los más beneficiados por la recertificación, puesto que proporciona seguridad a los primeros y garantía a los segundos, mientras que la Administración, los Colegios de Médicos y las Sociedades Científicas desempeñan un papel instrumental necesario" (A. Gual).

El proceso de recertificación debe ser comprensible, voluntario, con unos requisitos mínimos y de fácil implementación en las primeras fases, con carácter periódico cada seis años, que no sea punitivo, con un programa asociado de mejora, basado en indicadores previamente definidos, con un peso significativo en la práctica clínica y que sea asimilable a procesos internacionalmente reconocidos.

El marco legal de la recertificación es la DIRECTIVA 2013/55/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 20 de noviembre de 2013.

Los agentes implicados en la recertificación son la Organización Médica Colegial, las Sociedades Científicas de Atención Primaria, el MSSSI y las Comunidades Autónomas. El liderazgo del proceso debe ser compartido: El CGCOM se encargará de la buena praxis médica, el estado psicofísico y la actividad laboral profesional (VPC), mientras que las Sociedades Científicas de AP reconocerán el DPC de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para el ejercicio de la profesión. Así pues, el certificado conjunto (VPC-R) dará fe de que estos profesionales reúnen y mantienen los estándares definidos para ejercer como tales, lo cual es una garantía para la sociedad y para los pacientes de que los médicos que disponen de esta certificación actúan bajo los principios de calidad y que sus actos están avalados por las estructuras profesionales.

El certificado conjunto (VPC-R) dará fe de que estos profesionales reúnen y mantienen los estándares definidos para ejercer como tales, lo cual es una garantía para la sociedad y para los pacientes

No se deben confundir estos conceptos, que hacen referencia a la formación del Médico de Familia desde la universidad y a lo largo de toda su vida profesional, con la Carrera Profesional que entra de lleno en el campo sindical y es tratada por ello en otro apartado este estudio.

Carrera Profesional

La Carrera Profesional (CP) constituye el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, reconociendo su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios. Dicho reconocimiento repercute de manera directa sobre el nivel competencial del profesional de modo que a mayor nivel competencial mayor valoración profesional en la empresa. El reconocimiento por parte de la empresa debe ser negociable tanto en aspectos laborales como salariales. Estos aspectos de la CP hacen que entre en el campo de negociación sindical, a diferencia del DPC que lo hace en el campo de las organizaciones profesionales y los agentes reguladores.

En España, la CP viene definida en la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, de 16 de diciembre de 2003 y su formulación operativa depende de los gobiernos de las comunidades autónomas.

Sería deseable una homogeneización de la CP en los 18 servicios de salud.

REFERENCIAS

- Cantero Santamaría JI; Zarco Rodríguez J. ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN ESPAÑA. Análisis sobre recursos asistenciales, condiciones de trabajo, organización y motivación profesional. SEMERGEN. IMC, Madrid 2013. Disponible en: <http://www.semergen.es/index.php?seccion=dinamico&subSeccion=documento&idF=147>
- González López-Valcarcel B., Barber Pérez P., Ortún Rubio V., ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. En: Ortún V., LA REFUNDACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. Springer Healthcare Ibérica. Barcelona 2011.
- González López-Valcarcel B., Barber Pérez P. Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria. En: Casajuana J, Gervás J. LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA CONSULTA. Springer Healthcare. Madrid 2012.
- García Quintans A. Planificación de la carrera del profesional sanitario de Atención Primaria. Hacia una formación sólida y continuada. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) 2009. Disponible en : <http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>
- Cardellach F. Formación de Atención Primaria en pregrado y posgrado. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) 2009. Disponible en : <http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>
- Navarro López V, Martín-Zurro A. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA Y SUS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. Universidad Pompeu Fabra. Semfyc ediciones. Barcelona 2009.
- EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA (Medicina General / de Familia y Pediatría). Antecedentes, situación actual y criterios para su desarrollo futuro. CEMS. 2010.
- Borrell F, Gené J. La AP española en los albores del siglo XXI. GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA. 2008 ;10(1):1-7
- Gracia D. Compromiso ético con el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006;1626:20-25.

- Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-6.
- Gervás J. et al. REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA. *Aten Primaria*. 2005;35(2):95-8
- Gervás J; Pérez M. La necesaria AP en España. *GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA*. 2008;10(1):8-12.
- Palomo L. Expectativas y realidades en la AP española. *FADSP/CCOO*. 2010.
- Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002; 359:520-2.
- Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Ann Intern Med*.2002;136:243-6.
- Oriol A, Pardell H, Gual A. SER MÉDICO, HOY. RETOS DEL NUEVO PROFESIONALISMO MÉDICO EN ESPAÑA. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. MADRID, 2006.
- PROYECTO AP-21: MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: 2007-2012 MSC. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
- R.D 639/2014 de 25 de julio, sobre la regulación de la Troncalidad. *BOE»* núm. 190, de 6 de agosto de 2014, páginas 63130 a 63167.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE AVANCE. ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). 2014. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf
- Martín Zurro A, Jodar Solà G. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. Elsevier España 2011.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/en/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2010.

- Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Gual A. Validación Periódica de la Colegiación. Formación Médica continuada. Desarrollo Profesional Continuo. Certificación y Recertificación. Abstract 7ª Mesa. IV CONVENCIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA. Madrid 2014. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/IV_convencion/index.html#304
- III CONFERENCIA NACIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA Y UNIVERSIDAD. Decálogo de Alicante. 2015. Disponible en: <http://www.smumfyc.es/data/archivos/Decalogo%20Alicante%2015.pdf>
- MEDICINA DE FAMILIA EN LA UNIVERSIDAD. COMPETENCIAS, CONTENIDOS, METODOLOGÍA Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA ASIGNATURA. Cátedras de Patrocinio de Medicina de Familia, Academia de Medicina de Familia. Enero 2009.
- Casado V. La Medicina Familiar y Comunitaria va a la Universidad. *Aten Primaria*. 2015;47(7):393-395.
- Casado, V. La Medicina Familiar y Comunitaria en la troncalidad. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) 2009. Accesible en : <http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

IV.3. LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

José Luis Garavís

La “investigación”, entendida como una actitud y una capacidad de conocimiento crítico y reflexivo, el preguntarse el por qué de nuestras intervenciones, ha de ser uno de los grandes valores de los profesionales de Atención Primaria (AP).

En nuestro país la mayor parte de los proyectos de investigación clínica y sanitaria con financiación externa procedente de la industria farmacéutica o del FIS, se llevan a cabo en los hospitales o en las universidades, sin embargo la AP se encuentra en una posición estratégica inmejorable y debería tener un papel relevante en la investigación biomédica, pues una parte considerable de este tipo de investigación se realiza sobre problemas de salud prevalentes y atendidos mayoritariamente en la propia AP.

La gran ventaja que presenta la AP para la realización de actividades de investigación es el abordaje longitudinal y continuado de los problemas de salud, atendiendo a las personas, no en momentos puntuales, sino a lo largo de toda su vida. Además, la población atendida en AP es la que más se acerca a la situación real de la población de nuestra colectividad. Estas características de la AP la sitúan en una posición ideal para la realización de una investigación clínica orientada a la efectividad en condiciones de práctica habitual. La realización de estudios sobre enfermedades prevalentes, prácticas de riesgo para la salud, problemas de salud comunitarios, el estudio de las intervenciones en condiciones de pluripatología, los diseños de investigación en servicios sanitarios, las intervenciones no medicamentosas, ... son ejemplos de aspectos y fronteras del conocimiento que pueden y deben abordarse desde la AP.

La AP se encuentra en una posición ideal para la realización de una investigación clínica orientada a la efectividad en condiciones de práctica habitual.

No obstante, aspectos como la falta de tiempo, la necesidad de formación en metodología de la investigación o la escasez de recursos humanos y económicos, dificultan enormemente esta tarea, imprescindible para que el desarrollo del primer nivel asistencial se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles.

Con el objetivo de impulsar la investigación en AP realizamos las siguientes propuestas:

- Debe garantizarse la disponibilidad de **tiempo específico para la investigación** en las agendas de nuestros profesionales.
- Deberían establecerse **dotaciones presupuestarias específicas** e independientes para la investigación en AP.
- Así mismo, es necesario la puesta en marcha de **estructuras investigadoras en red** para poder abrir nuevas líneas de trabajo, y la creación de **alianzas intercentros**, así como estructuras estables y **servicios de apoyo al investigador** en metodología de investigación y conocimientos estadísticos.
- La **creación de departamentos universitarios de AP** podría ejercer un importante estímulo, señalando líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la AP.

Es necesario crear una cultura investigadora, que la investigación pase de ser un complemento de la actividad clínica a ser una necesidad, una forma de trabajo. Para ello es preciso que los planes formativos pregrado, postgrado y formación continuada se hagan partícipes de esta demanda. La investigación necesita de una aptitud, es decir adquirir las capacidades y los conocimientos para hacer una tarea y de una actitud entendida como la disposición para la acción, como la capacidad de empezar a hacer.

REFERENCIAS

PROYECTO AP-21: MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: 2007-2012 MSC. ESTRATEGIA 29: INCENTIVAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN EN LOS EQUIPOS DE

ATENCIÓN PRIMARIA. Accesible en:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Daniel i Díez J. INVESTIGAR EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿POR QUÉ? EN: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) 2009. Accesible en :

<http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Violán C. LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. EN: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) 2009. Accesible en :

<http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Delgado Gallego S, Franquelo Morales P, Cuéllar de León AJ. INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. CUADERNOS DE ACTUALIZACIÓN PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. EL MÉDICO. SANED, MADRID 2008.

Segura Fragoso A. INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. Rev Clin Med Fam vol.7 no.2 Cuenca jun. 2014. Accesible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2014000200001

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN PELIGRO. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS PARA EVITARLO. Noviembre 2016. Accesible en:

<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1335-la-atencion-primaria-en-peligro-analisis-de-la-situacion-y-propuestas-para-evitarlo>

CONCLUSIONES. PLAN AP 2025 – OMC PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Hacia la suficiencia financiera de la Atención Primaria

1. La financiación es clave, pues lo que no figura en los presupuestos no está disponible para la acción; y se necesita un horizonte de estabilidad, mejora y solvencia presupuestaria para empezar a hablar en serio de mejorar la infraestructura de la Primaria en España. Sin Atención Primaria (AP) no progresamos en salud y sin salud no avanzamos en bienestar y desarrollo.
2. Proponemos un avance del 0,1% sobre el PIB en el presupuesto sanitario público entre los años 2017 y 2025 y dentro de este un avance del 0,3% anual en la participación de AP, hasta llegar en una primera etapa hasta el 17,3% del presupuesto sanitario público del año 2025, lo que equivale al 1,19% del PIB. Sin una financiación adecuada, suficiente y equitativa de AP, no se podrá hacer frente a los grandes retos del SNS con eficiencia y calidad.

Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras

3. Con los datos de que disponemos podemos afirmar que sin duda en España faltan Médicos de Familia en AP. Para conseguir que los cupos máximos no superaran los 1.450 ciudadanos adscritos, en España se necesitaría ampliar la plantilla en 2.202 Médicos de Familia adicionales. El coste de la medida, podría suponer poco más de 100 millones de euros al año, si tenemos en cuenta los beneficios para los ciudadanos y la repercusión en ahorro en otros niveles (menos derivaciones, ingresos, urgencias hospitalarias...), posiblemente sería una medida muy eficiente. Los Médicos de AP –en muchísimos centros- están al límite desde hace tiempo. Trabajando en estas condiciones resulta ya imposible, seguir manteniendo una atención sanitaria de calidad y sin una AP resolutive y eficiente el SNS está en peligro.

Condiciones laborales y retributivas de los médicos de AP. Propuesta de modelo retributivo

4. Las condiciones laborales y retributivas son fundamentales si queremos reponer un equilibrio justo dentro del sector sanitario, mejorar el atractivo y fidelizar a las jóvenes generaciones al trabajo en primaria; sin olvidar que una nueva gestión de recursos humanos puede promover la continuidad y

longitudinalidad, que son instrumentos distintivos y esenciales de su modelo de intervención clínica.

5. El médico con su gran formación, la jornada más amplia, la gran responsabilidad de todo tipo que asume en su trabajo... recibe una retribución, bastante inferior al de sus colegas europeos. El sistema retributivo general de los empleados públicos resulta insuficiente para una profesión como la de médico, que tiene demasiadas características específicas, sería necesario un sistema específico con negociación específica para los médicos.

Aspectos sociales e Implicaciones laborales de la Feminización de la profesión

6. La conciliación entre la vida laboral y la particular es un tema clave en un ámbito altamente feminizado. La generación joven que hoy se incorpora a la AP y que ha de tomar el relevo de la pionera que protagonizó las reformas de los años 80, debe contar con nuevos elementos y recursos que permitan ir substituyendo el voluntarismo por organización racional.
7. La progresiva feminización de la AP debería servir de incentivo para lograr una mejora en las condiciones laborales de los médicos de familia, disminuir la precariedad laboral, la inestabilidad en los contratos y la posibilidad de la conciliación familiar. Esto pasa inexorablemente por potenciar la AP como eje del sistema, invirtiendo económicamente para fomentar la contratación de médicos de familia que formen parte de plantillas estables, lo que precisará de convocatoria periódica de concursos-oposición para la consolidación de las plazas.
8. Debería tenderse a la flexibilización de los horarios laborales, especialmente en aquellas comunidades en las que existen turnos de tarde hasta las 21 h. que habitualmente son ocupados por los médicos más jóvenes que, ante la dificultad para conciliar su vida laboral con la familiar, se ven abocados a buscar otras salidas profesionales o a solicitar una reducción de su jornada laboral con la consecuente disminución de sus ingresos.
9. Una buena calidad de empleo y condiciones de trabajo puede facilitar mucho la conciliación: jornadas deslizantes, incentivación de sesiones de tarde, espacios de consulta menos compactados para organizar de forma flexible los turnos, fijación en plantilla estructural de los médicos y enfermeras que cubren turnos de atención continuada y suplen ausencias de titulares, etc. Las propuestas de gestión clínica incorporan autonomía de los equipos de atención primaria para organizar los turnos semanales, buscando formas más apropiadas para el personal de cubrir los tiempos de apertura de consulta establecidos.

Autonomía organizativa. Liderazgo clínico. Las UGC y otras formas de gestión

10. La deconstrucción de la burocracia ineficiente e inclemente, y la reconstrucción de los equipos como organizaciones profesionales dotadas de un alto nivel de autonomía para organizar su trabajo es una tarea inaplazable
11. Debemos de abandonar las actuales formas mediocres de dirigir los caminos de la primaria reforzando de forma efectiva y operativa nuestra capacidad de liderar estructuras directivas en Atención Primaria, y sobre todo induciendo esta “forma de ser” desde las propias Facultades.
12. Las actuales formas de dirigir la AP invocando presuntos modelos de Unidades de Gestión Clínica han demostrado su ineffectividad y no son valorados por los médicos. Debemos decidrnos por otro modelo diferente e innovador que potencie desde la realidad plausible nuestras capacidades de microgestión con capacidad auto-organizada real y sujeta a la periódica rendición de cuentas.

Incrementar la capacidad resolutive de la Atención Primaria

13. El principio de subsidiariedad debe llevar a que el nivel más próximo al paciente resuelva la mayor parte de los problemas; este principio se contradice con la práctica de retención de pacientes por las especialidades hospitalarias, y se beneficia de la existencia o disponibilidad de recursos diagnósticos, terapéuticos, de innovación, o de tecnologías de información y comunicación en manos de los profesionales de AP.
14. El modelo del Sistema de Salud actual está basado en la atención Hospitalaria y es preciso que cambie de sentido y gire hacia la AP, debe dejar de ser un sistema hospitalocentrista.
15. Para aumentar la capacidad resolutive de la AP tendríamos que actuar sobre los siguientes puntos: Presupuestos suficientes y mayor implicación en la gestión del personal de AP. Recursos Humanos adecuados. Reducir la burocracia en consultas. Acceso a todas las pruebas diagnósticas. Mejorar la dotación material y tecnológica de los Centros de Salud. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales

Continuidad asistencial. Relación Atención Primaria - Atención Hospitalaria. Rutas asistenciales

16. Para mejorar la continuidad asistencial y la comunicación entre niveles podemos servirnos de instrumentos como son los protocolos, las vías clínicas o la gestión por procesos, preferiblemente este último. Consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado, sobre patologías prevalentes en el mismo y basados siempre en la mejor evidencia disponible. Con ello conseguimos mejorar al mismo tiempo que la comunicación la calidad de la asistencia y la eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.
17. Sobre la base de esta estandarización y coordinación de procesos, se puede y debe construir una relación directa entre profesionales, con una cultura cooperativa y de respeto mutuo y con canales de comunicación que permita afrontar la complejidad y construir una auténtica atención centrada en los pacientes y personalizada.

Medicalización de la sociedad. Elevado coste y riesgos para la salud. Eliminar lo superfluo e ineficaz

18. Es iluso plantearse desde la AP detener la ola masiva de medicalización del malestar promovida desde el espectáculo mediático con el impulso de los promotores de tratamientos, dietas, actividades o productos; pero sería indigno no desarrollar acciones en los escenarios clínicos para minimizar su impacto, o cuando menos no agravarlo; y también fomentar alianzas con poderes públicos para reducir la exposición a estos factores irracionales.
19. Es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo para el manejo de aquellos procesos que limitan su bienestar. Por ello, proponemos invertir en conocer y mejorar los determinantes de la salud sin que ello suponga retirar recursos al sistema de asistencia que ya se encuentra infrafinanciado.
20. Cuando el avance de la investigación biomédica con la aparición de nuevas moléculas, dispositivos y tecnología, supongan avances en la lucha contra las enfermedades, el beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni poner en peligro la viabilidad económica del sistema nacional de salud. Por ello, instamos a revisar y reformar con urgencia, el sistema de patentes en el sector salud para medicamentos y productos sanitarios, así como los criterios para su financiación.

21. Urge blindar la financiación de un listado de medicamentos esenciales que cubra las necesidades prioritarias de atención a la salud de las patologías más prevalentes, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia, pues como declara la OMS, *tras la inmunización contra las enfermedades infecciosas de la infancia, la utilización apropiada de medicamentos esenciales es uno de los componentes más coste-efectivos de la atención sanitaria*, máxime en contextos de necesidades crecientes y limitación de recursos.
22. Se impone la necesidad de crear una agencia independiente de evaluación de tecnología sanitaria que evalúe los beneficios en salud de las terapias emergentes y determine su incorporación o no al catálogo de prestaciones.
23. Para combatir la iatrogenia se precisa incorporar en los módulos de prescripción electrónica, sistemas de detección de alergias, intolerancias, interacciones e incompatibilidades de los distintos fármacos que componen el plan terapéutico de cada paciente.
24. La gestión de la prescripción, por la trascendencia que tiene desde el punto de vista sanitario y económico, requiere una gestión a nivel micro que mejore el conocimiento de la efectividad y coste de los recursos que maneja cada médico de familia. Para ello, se precisa de un cuadro de mando que monitorice la actividad prescriptora y retroalimente esta información para emprender un proceso continuo de mejora en la reducción de la iatrogenia y de la salud de la población atendida.

Cronicidad. La Atención Primaria como eje de la atención al paciente crónico pluripatológico

25. El Sistema Nacional de Salud debe apostar por una estrategia de cronicidad dirigida por el médico y la enfermera de AP, dotándoles de medios necesarios (propios o movilizables por la AP).
26. Una triple alianza entre Administradores Sanitarios, Atención Primaria y Servicios de Medicina Interna de los hospitales de referencia, que garantice la Atención Coordinada de Cuidados, es precisa para el abordaje con garantías de la cronicidad.
27. Se precisa establecer un sistema de vías clínicas, de actuación conjunta, entre los dos niveles asistenciales, para coordinar la asistencia del paciente frágil pluripatológico.

28. Así mismo,, las nuevas tecnologías de la información y comunicación y la telemedicina deben jugar un papel fundamental para la coordinación de cuidados en el manejo, seguimiento y control de los pacientes.
29. Se precisa incorporar al paciente en su proceso de atención, potenciando el autocuidado mediante el conocimiento y adiestramiento en el manejo de su patología.
30. La intervención comunitaria deben ser otro pilar en el que se base la atención a pacientes crónicos. Debemos implicar a la población y asociaciones de pacientes en el proceso de asesoramiento en el autocuidado.

Prevención Cuaternaria. Seguridad del paciente

31. Debemos plantearnos si la medicina que realizamos está impregnada de intereses no exclusivamente científicos ni humanistas y si de cara al futuro precisamos de un rearme ético, valorando la verdadera necesidad de pruebas y tratamientos, apoyándonos en nuestro Código Deontológico, en la Medicina Basada en la Evidencia y en un Paciente Informado con capacidad para decidir.
32. La Prevención Cuaternaria y la Seguridad del paciente concierne a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los gobiernos en general, y tanto a la AP como a la Hospitalaria. Teniendo en cuenta que en AP se resuelve más del 90% de los casos y que tiene una especial visión, más holística, del paciente, en ella recaerá de una manera especial su gestión.
33. Las autoridades sanitarias deben asumir y cumplir un compromiso de evitar la influencia comercial en la medicalización y *medicamentación* del malestar, así como en la publicidad engañosa y el fraude intervencionista en la salud. También deben evitar las campañas de presunta educación para la salud, no basadas en la evidencia, que son llevadas a cabo por políticos para conseguir popularidad y presencia en los medios.
34. Los servicios especializados de los hospitales deben aplicar el principio de subsidiariedad, y no retener o "secuestrar" pacientes que podrían y deberían ser tratados o seguidos en el primer nivel asistencial.
35. Este mismo principio en AP debe llevar a activar al paciente y a sus cuidadores y facilitarle las competencias y seguridad en el auto-cuidado; también debe fomentar la personalización del conjunto de intervenciones asistenciales, conciliando, simplificando y priorizando condiciones y tratamientos para

evitar yatrogenia y facilitar que el paciente y sus cuidadores puedan asumir al máximo posible el control.

36. En todas las actuaciones médicas, preventivas, curativas y rehabilitadoras debemos de guiarnos por la mejor evidencia con sistemas de evaluación como GRADE y contando siempre con el paciente.
37. Para promover este papel *agencial* de la AP se precisa un empoderamiento de la AP y un redimensionamiento de sus recursos.

Las Nuevas Tecnologías: La historia clínica electrónica, receta electrónica, telemedicina, sistemas de información

38. Las Tecnologías de Información y Comunicación, bien aplicadas y adaptadas, suponen un capital esencial, una poderosa fuerza integradora de la información del paciente, permite mejorar la accesibilidad y facilita la monitorización del desempeño y la evaluación de nuestra práctica. Pero es una tecnología disruptiva, que obliga a un rediseño de la organización, que exige cambios en la estructura, organización y funcionamiento, tanto de las redes sanitarias como de los equipos de AP.
39. Las nuevas tecnologías cambiarán la forma de ejercer la medicina y serán necesarios nuevos tipos de profesionales de la salud, pero el contacto directo con el paciente, esencia de la AP, deberá permanecer inalterable.
40. La comunicación mediante dispositivos móviles de mensajería como *whatsApp*, *telegram* o similares permiten la comunicación instantánea y aportan seguridad al paciente pero se debe evitar la excesiva dependencia respecto al médico. El correo electrónico, el teléfono o la videoconferencia pueden, en algunos casos ahorrar el desplazamiento del médico al domicilio del paciente o el paciente a la consulta del médico, siendo necesario reservar un horario dentro de su jornada laboral para atender estas consultas.
41. La telemedicina que incluye, entre otros, el telediagnóstico como radiología, ECG, retinografía, dermatología, etc.; la teleconsulta o videoconferencia que permite comunicación con paciente y su entorno son de gran ayuda para el acceso y apoyo a profesionales que ejercen la medicina en regiones remotas y aisladas, por ello deben ser potenciadas.
42. La historia clínica electrónica (HCE) debe ser única para AP y hospital, la misma en todas CCAA, debe ser gestionada por el

paciente y su médico de familia, debe ser accesible de manera global pero siempre bajo el consentimiento explícito de ellos.

La formación del Médico de Familia: Medicina de Familia en la Universidad. El MIR de familia en la Troncalidad. Desarrollo Profesional Continuo. Validación Periódica de la Colegiación. Reacreditación

43. La asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) debe ser obligatoria en todas las universidades. Deben crearse departamentos de MFyC y AP específicos en todas las facultades de medicina integrados por médicos de familia.
44. En la raíz de los troncos de formación especializada, particularmente en el médico, debe asegurarse un conocimiento directo de la práctica profesional en los centros de salud.
45. El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) constituye una herramienta fundamental para el médico y es un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, que ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional. La evaluación del DPC no será punitiva y consistirá en alcanzar unas competencias y unos requisitos previamente definidos que en el caso de no alcanzarse deben ir asociados a un programa de mejora.
46. El proceso de Validación Periódica de la Colegiación y Recertificación (VPC-R) debe ser comprensible, voluntario, con unos requisitos mínimos y de fácil implementación en las primeras fases, con carácter periódico cada seis años, que no sea punitivo, con un programa asociado de mejora, basado en indicadores previamente definidos, con un peso significativo en la práctica clínica y que sea asimilable a procesos internacionalmente reconocidos.
47. Los agentes implicados en la VPC-R son la Organización Médica Colegial, las Sociedades Científicas de Atención Primaria, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas. El liderazgo del proceso debe ser compartido: El CGCOM se encargará de la buena praxis médica, el estado psicofísico y la actividad laboral profesional, mientras que las Sociedades Científicas de AP reconocerán el DPC de los especialistas en MFyC para el ejercicio de la profesión

La investigación en Atención Primaria

48. Debe garantizarse la disponibilidad de tiempo específico para la investigación en las agendas de nuestros profesionales, así como

establecer dotaciones presupuestarias específicas e independientes para la investigación en AP.

49. Es necesario la puesta en marcha de estructuras investigadoras en red para poder abrir nuevas líneas de trabajo, y la creación de alianzas intercentros, así como estructuras estables y servicios de apoyo al investigador en metodología de investigación y conocimientos estadísticos.
50. La creación de departamentos universitarios de AP podría ejercer un importante estímulo, señalando líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la AP.