

## ATENCION PRIMARIA Y UNIVERSIDAD

## 1. PRESENTACIÓN

#### ¿QUIENES SOMOS?

OMC Y COLEGIOS MÉDICOS PROVINCIALES. VOCALES DE AP. CEEM.

#### -CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS (CGCOM)

Es el órgano que agrupa, coordina y representa a todos los <u>Colegios Oficiales de Médicos</u> a nivel estatal, y tiene la condición de Corporación de Derecho Público con personalidad jurídica propia y plena capacidad en el cumplimiento de sus fines.

#### Funciones del CGCOM

Corresponde con carácter general al CGCOM:

- -La representación exclusiva, ordenación y defensa de la profesión en el ámbito de todo el Estado, ostentando la representación oficial de la **OMC**ante la Administración General del Estado.
- -La representación de toda la profesión ante las organizaciones médicas y sanitarias internacionales.
- -La representación de la profesión médica ante las instituciones de la Unión Europea en aquellos temas que afecten al ejercicio profesional y a sus aspectos éticos y deontológicos.

#### De forma particular, las funciones del CGCOM son:

- ·Tramitar las instancias o reclamaciones de los colegios oficiales de médicos dirigidas a los órganos centrales de la Administración General del Estado.
- ·Promover la mejora y perfeccionamiento de la legislación sobre colegios profesionales.
- ·Estudiar los problemas de la profesión, proponiendo las reformas pertinentes, e intervenir en conflictos que afecten a la Medicina.
- ·Conocer y resolver los recursos que contra acuerdos de los Colegios Oficiales de Médicos interpongan los colegiados.



- ·Ostentar la representación de los Colegios en la defensa de sus intereses profesionales.
  - ·Ejercer la potestad disciplinaria.
- ·Establecer las normas de la ética y de la deontología en el ejercicio de la profesión médica.
- ·Cooperar para que la información y la publicidad relacionada con la profesión médica se ajuste a criterios profesionales.
- ·Adoptar las medidas necesarias para evitar la competencia desleal, velar por la dignidad y decoro del ejercicio profesional y denunciar el intrusismo y la clandestinidad.
- ·Actualizar la competencia profesional de los médicos, promoviendo la Formación Médica Continuada y ejerciendo las funciones de acreditación y registro oficial.
  - ·Establecer los criterios de colegiación.
- ·Cooperar con los poderes públicos del Estado en la formulación de la política sanitaria y de los planes asistenciales y en su ejecución.
- ·Expedir a los colegiados las certificaciones que les sean requeridas por los países de la UE.
  - ·Organizar instituciones, servicios de asistencia y previsión.
- ·Promocionar y participar en la protección social de los médicos jubilados e inválidos, viudas y huérfanos de médicos, casas de médicos o residencias, asistencia sanitaria, becas, ayudas y otras iniciativas similares.
- ·Formalizar los convenios de colaboración que sean precisos para cumplir los fines de la organización.
  - ·Velar por la búsqueda de nuevas salidas profesionales para los médicos.
  - ·Velar por la homologación y la equidad del ejercicio profesional.
  - ·Promover la mejora de las condiciones del ejercicio profesional del médico.
- ·Velar porque el ejercicio de la profesión médica se adecúe a los intereses de los ciudadanos.
  - ·Promocionar el nivel científico, cultural, económico y social de la profesión médica.

#### Órganos de gobierno del CGCOM

El CGCOM está compuesto por los siguientes órganos colegiados de gobierno:

- -La Asamblea General.
- -La *Comisión Permanente* del Consejo General.
- -El **Pleno del Consejo General**.

La **Asamblea General** es el máximo órgano rector del Consejo General y está integrada por todos los Presidentes de los <u>Colegios Oficiales de Médicos</u>, por los miembros de la <u>Comisión Permanente</u>, por los <u>Representantes Nacionales de las Secciones Colegiales</u> y por los representantes de la <u>Universidad</u>, de las <u>Sociedades Científicas</u> y de otras entidades médicas que, con voz pero sin voto, la propia Asamblea acuerde incorporar.

El **Pleno del Consejo General**es el máximo órgano consultivo y de asesoramiento de la institución. Estará compuesto por los Presidentes o Vicepresidentes, en su caso, de los <u>Consejos Autonómicos</u>, los miembros de la <u>Comisión Permanente</u> y los Representantes Nacionales de las <u>Secciones Colegiales</u>.

La **Comisión Permanente del CGCOM** tiene como funciones la dirección, gestión y administración dentro del Consejo General. Desarrolla y ejecuta los acuerdos adoptados por la Asamblea General, tramita los asuntos administrativos y de gestión diaria del Consejo General

y se encarga de la organización administrativa y de la dirección de los órganos internos de gestión del Consejo General y del personal.

#### -REPRESENTANTES NACIONALES

Las secciones colegiales o grupos profesionales agrupan a los colegiados en diferentes **vocalías**, según la modalidad y la forma de ejercicio profesional que realizan.

Estas vocalías tienen como misión asesorar sobre los asuntos de su especialidad, así como llevar a cabo estudios y propuestas sobre los temas de su competencia, para lo que se han creado **Grupos de Trabajo** específicos.

#### -COMISIÓN CENTRAL DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado (CCD) de la OMC es la Comisión Especializada de carácter técnico, asesor y consultivo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM), en todas las cuestiones y asuntos relacionados en materia de ética y deontología médica (art. 26.1 de los Estatutos del Consejo General). Sus informes no serán vinculantes para los órganos de gobierno de la Organización Médica Colegial, pero estos serán siempre especialmente valorados.

#### -COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS PROVINCIALES

#### **Funciones**

- -La ordenación, en el ámbito de su competencia, del ejercicio de la profesión médica, la representación exclusiva de la misma y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados.
- -La salvaguardia y observancia de los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión médica y de su dignidad y prestigio.
- -La promoción por todos los medios a su alcance, de la constante mejora de los niveles científico, cultural, económico y social de los colegiados.
- -La colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina.

#### -CONSEJO ESTATAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

El Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) agrupa alos <u>representantes</u> de todas las Facultades de Medicina del Estado. Cada facultad nombra a un máximo de tres miembros que acudirán a las **Jornadas Estatales**, celebradas cada seis meses en una de las facultades, y en las que se decide sobre qué ideas va a trabajar el consejo y que postura se va a defender en los **posicionamientos**.

Los objetivos del CEEM son:

- -Representar y defender al colectivo de los estudiantes de Medicina.
- -Conocer el estado de la educación en las facultades y sus posibilidades de mejora.
- -Favorecer el <u>intercambio de experiencias</u> e ideas entre las Delegaciones de alumnos y recopilar y divulgar el máximo de información que afecte a los estudiantes.
- -Apoyar a las <u>instituciones</u> que tengan como objetivo el trabajo por el futuro de la medicina.



-Promocionar la educación y la salud pública.

Por todo ello, mantiene una actitud informativa, crítica y participativa en todos los temas que afecten a la formación en Medicina y, mediante una elaborada organización interna, cuenta con la capacidad de elevar la voz de los estudiantes de forma democrática y trabajar para que su opinión sea escuchada.

## ¿PARA QUÉ Y PORQUÉ ESTAMOS AQUÍ?

Los datos de los últimos años indican que los graduados, al elegir plaza MIR, consideran Medicina de Familia como primera opción en una proporción muy baja. El hecho de que no exista una asignatura de 'Medicina de Familia' en la mayoría de Facultades de Medicina condiciona que los estudiantes la desconozcan o no la conozcan lo suficiente como para elegirla. Los protagonistas del día a día de consultorios urbanos y rurales nos sentimos muy preocupados por esta situación, y con esta iniciativa buscamos que los estudiantes conozcan una pincelada del ejercicio más integral y bello de la Medicina.

OMC 108 108 108 108 108 108 108 108 108 108		
OMC 1 58 58 58 58 80 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15		
33.00 11.00	% %	Total

Vocalias de Atención Primaria Rural-Urbana	De 00 a 1.00	De 1.0 a 2.00	De 2.0 a 3.00	De 3.0 a 4.00	De 1 4.00	%	De 4.0 a fin	Desier	Tota MFy	%	Tota
Año 2003-2004	7	25	98	342	472	26,67	1.298	0	1.770	31,55	5.611
Año 2004-2005	5	38	108	336	487	28,95	1.195	0	1.682	30,73	5.474
Año 2005-2006	12	34	95	204	345	20,91	1.305	52	1.650	28,86	5.717
Año 2006-2007	3	28	78	161	270	17,11	1.308	189	1.578	27,25	5.791
Año 2007-2008	9	16	35	83	143	8,85	1.472	253	1.615	25,90	6.236
Año 2008-2009	13	19	39	80	151	8,20	1.690	51	1.841	27,46	6.704
Año 2009-2010	6	10	23	64	103	5,41	1.801	0	1.904	27,46	6.934
Año 2010-2011	5	15	23	55	98	5,11	1.821	0	1.919	27,91	6.875
Año 2011-2012	8	13	31	72	124	6,67	1.736	0	1.860	27,74	6.704
Año 2012-2013	13	20	22	126	181	10,20	1.595	0	1.775	27,96	6.349
Año 2013-2014	9	32	47	146	234	14,87	1.340	108	1.574	26,59	5.920

Ministerio Sanidad (e) V. Matas. Fuente: www.msssi.gob.es

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la que oferta un mayor número de plazas, supone el 27,35 % del total de plazas (1.682 este año cuando eran 1.775 en la anterior convocatoria y 1.860 en 2012). Es la base de nuestro sistema sanitario, tanto por el número de profesionales cómo por la actividad que desarrolla, y es la especialidad que garantiza la equidad y el acceso a la saludhasta en el hogar más alejado. Sin embargo, año tras año observamos cómo no se encuentra entre las más elegidas por los aspirantes con mejor número. Según una encuesta del Ministerio, sólo uno de cada cuatro eligieron Medicina de Familia siendo la especialidad que deseaban, el resto manifestaban haberla elegido por no quedar plazas de otras especialidades.

En el último año, de los 4.000 primeros aspirantes, han elegido esta especialidad 234 (181 en la convocatoria anterior y 124 el año 2012). Dentro de los 1.000 primeros aspirantes se adjudicaron 9 plazas (13 el año pasado y 8 el año 2012), de ellos, cinco hicieron la petición entre los 500 primeros puestos (igual que el año pasado y tres el año 2012).

En esta convocatoria han quedado 108 plazas vacantes y 387 plazas sin adjudicar en primera convocatoria (fueron 243 el año pasado). Por tercera vez desde la convocatoria 2004-2005 se ha incrementado el porcentaje de plazas adjudicadas dentro de los 4.000 primeros aspirantes. Por otro lado ha disminuido levemente (pasa del 28 % al 26,6 %) la proporción de las plazas de MFYC adjudicadas con relación al total de plazas MIR adjudicadas.

Posiblemente el principal motivo de la falta de atractivo de la especialidad para los nuevos médicos sea, como decíamos, el **poco conocimiento que tienen de la especialidad**, precisamente por la poca presencia de la misma en las Facultades de Medicina. Paradójicamente, también puede influir en la falta de atractivo el **conocimiento que los aspirantes tienen sobre las condiciones laborales, profesionales, retributivas...** que padecen los médicos de Atención Primaria y que son manifiestamente mejorables.

En manos de las Administraciones y de las Facultades 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. Consideramos ésta como la forma más eficiente de salir de la crisis que afecta a toda la sociedad en general y a la sanidad en particular, conservando uno de los pilares básicos del Estado del bienestar.

## 2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Nuestro actual **modelo de Atención Primaria** se empezó a forjar en los años 70. En la <u>Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud</u> celebrada en Alma-Ata, en septiembre de 1978, se definió la Medicina de Familia como:

"La **asistencia esencial**, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de **todos los individuos y familias de la comunidad**, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación. La AP es parte integrante tanto del SNS, del que constituye la **función central ynúcleo principal** como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el **primer nivel de contacto** con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen o trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

Así mismo se aprobó una declaración entre cuyos objetivos estaba la cobertura de la asistencia universal por los servicios de AP y el desarrollo de Sistemas Nacionales de Salud. España estuvo presente en la conferencia y firmó la Declaración de Alma-Ata.

Este mismo año se promulga la <u>Constitución española</u>, que recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y señala que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante **medidas preventivas** y las **prestaciones** y **servicios** necesarios, fomentando la **educación sanitaria**.

A partir de aquí se desarrollaron acciones como la <u>creación de la especialidad de *Medicina*</u> <u>Familiar y Comunitaria</u> en 1978, o el establecimiento de las Zonas de Salud, los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria en 1984.



La Ley General de Sanidad de 1986 ratifica este modelo, crea el SNS y deja a la exclusiva responsabilidad de las CC.AA. la organización de sus Servicios de Salud coordinados en el marco del Consejo Interterritorial del SNS. De esta forma el sistema sanitario español, con diferencias a veces significativas entre Comunidades Autónomas, se estructura en dos niveles principales: atención primaria y hospitalaria especializada.

Los recursos sanitarios esenciales son los centros de salud y los hospitales, con distintos grados de complejidad tecnológica.

#### COMPARATIVA DE LOS SISTEMAS DE SALUD. INDICADORES DE SALUD EN ESPAÑA.

Los sistemas sanitarios se configuran, básicamente, siguiendo dos grandes patrones: en torno a **Sistemas de Seguridad Social** financiados por cotizaciones sociales obligatorias (<u>Modelo Bismark</u>) y otro basado en **Sistemas Nacionales de Salud** financiados a través de los impuestos (<u>Modelo Beveridge</u>).

#### Características básicas del modelo financiado por Impuestos (Modelo Beveridge)

- 1. Financiación a través de impuestos, es decir, a través de los presupuestos del Estado.
- 2. Acceso universal, teniendo a los médicos como asalariados como modelo principal.
- 3. Control por parte del gobierno, con gran implicación del mismo en su gestión.
- 4. Cierto sector privado.
- 5. Algunos copagos por parte de usuarios. El acceso a las consultas de **Atención Primaria** en España es sin copago al igual que al resto de servicios asistenciales del segundo nivel.

# Características básicas del modelo de financiación por Sistemas de Seguridad Social (Modelo Bismark)

- 1. Financiación por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos.
- 2. Los recursos financieros van a parar a los "fondos", entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos.
- Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto.
- 4. Sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios.

En España, según recoge la *Encuesta Europea de Salud (EHIS)*, un 28% de las personas mayores de 15 años han asistido, al menos una vez, a la consulta del médico de familia, un 11,8% a la consulta del médico especialista y un 9,3% han tenido un ingreso hospitalario. Al comparar la utilización de los servicios que hace la población general con la que hace la población de 65 y más años en los países de la UE, se comprueba que estos últimos hacen un mayor uso de los mismos.

Indicadores en España. Datos obtenidos de: Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013. INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2014 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

INDICADOR	VALOR	COMENTARIO			
La esperanza de vida al nacer	82,5 años (79,4 en Hombres y 85,5 en mujeres)	Es la más alta de la UE, con un incremento de 2,7 años, en el periodo 2001 a 2011.			
Mortalidad general	481,5 fallecidos por 100.000 habitantes	El promedio en la UE es de 644,8 fallecidos por 100.000 habitantes			
Mortalidad por cáncer	152,1 por 100.000 habitantes	Descendió, en el 2001 su valor era de 171,4, por 100.000 habitantes			
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares	132,5/100.000 habitantes (de las más bajas de la UE)	Promedio de UE 263,9/100.000			
Mortalidad infantil	3,2 de cada 1.000 nacidos	Rango en la UE: entre el 2,4 /1000 en Estonia y Filandia a 9,8 de Rumanía			
Estado de salud general percibido	75,10%	Rango en la UE: entre el 82,6% de Irlanda al 45% de Croacia.			
Prevalencia de diabetes	6%	Rango en la UE: entre un 4,4% de Suecia y un 9,8% de Portugal.			
Prevalencia de Obesidad (> 15 años)	17%	Rango de UE: entre 24,8% del Reino Unido al 7,9% de Rumanía.			
Ventas anuales de alcohol puro (> 15 años)	11 litros por persona y año	Rango la UE: entre los 6,9 litros de Italia y los 15 litros de la República Checa.			
Fumadores (> 15 años)	24%	Rango la UE: entre el 31,9% de Grecia y el 13,1% de Suecia.			
Número de médicos por 1.000 habitantes	3,8 por 1.000 habitantes (media UE)	Rango en la UE: desde 6,1 en Grecia a 2,2 de Polonia			
Número de enfermeros	5,5 por 1.000 habitantes	Rango en la UE: desde 15,4 de Dinamarca a 3,3 de Grecia.			
Consultas a médicos per cápita	7,4	Rango en la UE: desde 11,8 de Hungría a 2,1 de Chipre.			
Camas por 1.000 habitantes	3,1 camas/1.000 habitantes	Rango en la UE: desde el 8,2 de Alemania al 2,7 de Suecia.			
Vacunación contra la poliomielitis	Cobertura 96,3%	UE tiene una cobertura muy alta, con cifras por encima del 92%			
Vacunación contra el sarampión	97,10%				
Vacunación contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP)	96,30%				

En 2011, la proporción del PIB dedicada por España gasto en salud fue de un 9,3%, del cual un 6,8% fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados, lo que supone 2,1 puntos más que en 2001. Para realizar una mejor valoración de esta variación debe considerarse lo sucedido antes de 2009, periodo pre-crisis y lo sucedido después.

En el periodo 2001- 2009 el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB creció 2,4 puntos y en el 2010-2011 cambió la tendencia decreciendo 0,3 puntos. En promedio, la proporción del PIB que los países de la UE dedican a bienes y servicios sanitarios está cerca del 9% aunque es muy variable entre los diferentes territorios oscilando en un rango que va desde el 12% de los Países Bajos al 5,9% de Rumanía.

## 3. LA ATENCIÓN PRIMARIA

#### **CARACTERÍSTICAS**

El modelo actual de <u>Atención Primaria</u> (AP), se basa en los pilares fundamentales de: **atenciónintegral** (biopsicosocial) e **integrada** (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), **continuada** y **longitudinal** (a lo largo de toda la vida de la persona), realizada por un **equipo multidisciplinar**, en centros de fácil acceso a la población, con el fin de ser la **puerta de entrada** y el asesor o guía del ciudadano en su itinerario por el sistema.

Se diferencian cuatro funciones básicas de la Atención Primaria:

- a. Atención directa.
- b. Relación con la comunidad.
- c. Docencia e investigación.
- d. Organización y gestión.
- a. Por **atención directa** se entiende la atención a personas con problemas de salud con independencia de su edad, sexo, patología o modalidad de atención (atención en el centro, atención domiciliaria, atención continuada y urgencias).
- La función de relación con la comunidad engloba las actividades de intervención comunitaria y el conjunto de actuaciones de educación para la salud que se realizan en el ámbito comunitario.
- c. La función de **docencia** incluye responsabilidades en la formación de profesionales de la salud en el periodo de <u>pregrado</u> (medicina, pediatría, enfermería, trabajo social), en el <u>postgrado</u> (MIR de medicina de familia y comunitaria, MIR de pediatría, especialidad de enfermería de familia y comunitaria) y en la <u>formación continuada</u> interna y externa al equipo de AP.
  - La **investigación** incluye a todos los miembros del equipo y pretende profundizar en el conocimiento clínico, epidemiológico y organizativo.
- d. La función de organización y gestión incluye el conjunto de actuaciones dirigidas a orientar la atención y los servicios al ciudadano, así como las correspondientes a organización interna y coordinación con las estructuras de gestión del sistema de salud.

El **perfil del Médico de Familia** es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales, vinculados a un contexto familiar y social concreto. Esto le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende, para elevar así el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas, y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad cuando no es posible la recuperación de la salud.

#### CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Comprenderá actividades de **promoción** de la salud, **educación** sanitaria, **prevención** de la enfermedad, **asistencia** sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

#### 1. Atención sanitaria general en consulta y domicilio

Comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad.

La actividad asistencial se presta tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye las siguientes modalidades:

- Consulta a demanda, por iniciativa del paciente.
- Consulta programada, por iniciativa de un profesional sanitario.
- Consulta urgente.

#### 2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

- Los procedimientos diagnósticos realizados en AP incluyen, entre otros: espirometría, pulsioximetría, ECG, doppler, ecografía, fondo de ojo, determinaciones analíticas mediante técnica seca, incluyendo la reflectometría, obtención de muestras biológicas, etc.
- Procedimientos diagnósticos con acceso desde AP: Pruebas de laboratorio, anatomía patológica, radiología simple y de contraste, ecografía, mamografía y tomografía axial computarizada, endoscopia digestiva, etc.
- Indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos
- Curas, suturas, inmovilizaciones, infiltraciones.
- Resucitación cardiopulmonar.
- Cirugía menor, etc.

#### 3. Promoción, prevención, atención familiar y comunitaria

Comprende entre otros:

- Información y asesoramiento sobre factores de riesgo y estilos de vida saludables.
- Actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos.
- Vacunaciones.
- Identificación de la estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes,...
- Elaboración de programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

# 4. Atención específica a infancia, adolescencia, mujer, adultos, grupos de riesgo, enfermos crónicos y personas mayores

- Servicios de atención a la infancia y adolescencia: vacunaciones, revisiones del niño sano, atención bucodental, atención al joven, etc.
- Atención a la mujer: diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, atención al embarazo y puerperio, atención a los problemas en el climaterio.
- Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos:
  - Atención de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes: diabetes mellitus, EPOC y asma bronquial, hipercolesterolemia, HTA, CI, IC, Obesidad, problemas osteoarticulares crónicos, etc.
  - Atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual.
  - Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.



- Atención a personas con conductas de riesgo: fumadores, consumidores excesivos de alcohol y otras conductas adictivas.
- Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social: menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.
- Atención a las personas mayores: Alimentación saludable y ejercicio físico, prevención de caídas y otros accidentes, seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología, etc.
- Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.

#### 5. Atención paliativa a enfermos terminales

- 6. Atención a la salud mental
- 7. Atención a la salud bucodental
- 8. Rehabilitación básica

#### 9. Vigilancia epidemiológica

Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para enfermedades de declaración obligatoria, redes de médicos centinelas, sistema de farmacovigilancia...

## 4. PROFESIONALISMO

#### "HACER CORRECTAMENTE LAS COSAS CORRECTAS"

Antes de adentrarnos en abordar el profesionalismo, es bueno recordar los conceptos de Profesión médica y Profesional médico declarados por la **OMC** en abril de 2010.

La profesión médica consiste en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud, y a identificar, diagnosticar, curar y paliar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior. Enella preside el espíritu de servicio y persigue el beneficio del paciente antes que el propio.

El profesional médico es el sujeto debidamente formado, legalmente titulado para el ejercicio de la medicina y colegiado, comprometido con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores.

Así pues, el Profesionalismo Médico se entiende como el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores orientados a mejorar, mantener y recuperar la salud de la persona y de la sociedad. Para ello se considera fundamental anteponer los intereses del paciente por encima de los del médico y reconocer que los derechos del paciente son los propios.



Esto solo se consigue cumpliendo una serie de compromisos tales como:

- Compromiso con las competencias profesionales. Los médicos deben tener y mantener la competencia profesional. Sus conocimientos deben ser profundos y debe esforzarse en mantener un alto nivel de destrezas.
- Compromiso de honestidad con los pacientes. El médico, a través de su comportamiento, debe inspirar confianza absoluta a su paciente y por ello les debe informar con claridad sobre su estado de salud y sobre las alternativas que hay para su diagnóstico y tratamiento.
- Compromiso con la confidencialidad. El paciente debe estar seguro de la discreción con la que su médico maneje su caso.
- Compromiso de mantener buenas relaciones con los pacientes. Este concepto se fundamenta en la relación de respeto y de confianza que hay entre el médico y el paciente.
- Compromiso de mejorar la calidad de la atención. Los médicos deben estar empeñados siempre en superar la calidad de la atención. No sólo manteniendo sus competencias profesionales mediante la formación continuada y reciclaje de sus conocimientos, sino también estableciendo la comunicación adecuada y colaboración con otros médicos y profesionales de la salud en favor del paciente.
- Compromiso para utilizar de forma adecuada y justa los recursos. El médico, al tiempo que brinda una atención adecuada para las necesidades del paciente, debe tener en cuenta el uso juicioso y el costo-efectivo de los recursos. El aplicar servicios innecesarios puede ser perjudicial para el paciente y además lleva al desperdicio de recursos que deberían estar disponibles para otros. Es lo que se conoce como "hacer correctamente las cosas correctas".

Este conjunto de compromisos son los pilares del profesionalismo médico, que fundamenta el contrato social del médico con su paciente y de la profesión médica con la sociedad. Es por el cumplimiento de este profesionalismo por el que el paciente y la sociedad valoran positivamente al médico y ponen su confianza en la profesión médica.

Pero si bien es verdad que este contrato es asumible por la totalidad de las especialidades médicas, la cercanía del médico de Atención Primaria, por la atención longitudinal que presta al individuo desde que nace hasta sus últimos días, hacen del Médico de Familia el *abogado* natural de la salud de sus pacientes y máximo exponente y representante de las características y compromisos del profesional médico.

#### 5. PUNTOS FUERTES

#### **EFICIENCIA**

Se ha demostrado (Bárbara Starfield) que los sistemas sanitarios de aquellos países desarrollados en los que el peso y desarrollo de la AP es mayor son más eficientes y contribuyen más a mejorar el nivel de salud de la población.

Disponemos de muchos estudios que comparan la **calidad** y los **costes** de la atención en consultas ambulatorias que prestan los médicos de familia y enfermeras con la de otros especialistas. En la mayoría de ellos no se evidencian diferencias significativas en la calidad y, por el contrario, sí que existen en relación con la cantidad de exploraciones complementarias solicitadas o con la complejidad y el coste de los tratamientos prescritos, menores en las consultas de estos profesionales de Atención Primaria.

Una mejor salud de la población se relaciona con un buen sistema de AP cuyos elementos esenciales son la accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad, el hábil manejo de la incertidumbre y la polivalencia de sus profesionales.

## **GRAN PODER DE RESOLUCIÓN**

A pesar de que en AP se trabaja con **pocos medios técnicos**, se toman muchas decisiones trascendentales en poco tiempo alcanzando un **poder resolutivo superior al 90** % de las visitas atendidas.

Consultas	ordinaria	s en centro y	domicilio	Urgencias atendidas			Total asistencias prestadas		
Medicina de familia	Pediatría	Agrupación medicina	Enfermería	Atendidas por Medicina	Atendidas Enfermería	Total Urgencias	Atendidas por Medicina	Atendidas Enfermería	Total Asistencias
200.917.608	28.615.649	229.533.257	106.425.037	Sin datos	Sin datos	11.801.978	Sin datos	Sin datos	347.760.272
206.030.086	29.344.356	235.374.442	116.761.714	Sin datos	Sin datos	19.398.738	Sin datos	Sin datos	371.534.894
224.962.865	34.759.870	259.722.735	133.464.494	17.081.758	9.772.820	26.854.578	276.804.493	143.237.314	420.041.807
221,133,882	33.636.320	254.770.202	129.775.344	17.919.403	9.996.083	27.915.486	272.689.605	139.771.427	412.461.032
223.643.242	35.131.924	258.775.166	131.578.011	20.180.146	7.880.262	28.060.408	278.955.312	139.458.273	418.413.585
213.157.441	32.036.827	245.194.268	130.207.072	17.750.853	7.794.518	25.545.371	262.945.121	138.001.590	400.946.711
210.402.201	32.932.597	243.334.798	131.716.252	17.951.060	8.569.769	26.520.829	261.285.858	140.286.021	401.571.879
	Medicina de familia 200.917.608 206.030.086 224.962.865 221.133.882 223.643.242 213.157.441	Medicina de familia         Pediatría           200.917.608         28.615.649           206.030.086         29.344.356           224.962.865         34.759.870           221.133.882         33.636.320           223.643.242         35.131.924           213.157.441         32.036.827	Medicina de familia         Pediatría         Agrupación medicina           200.917.608         28.615.649         229.533.257           206.030.086         29.344.356         235.374.442           224.962.865         34.759.870         259.722.735           221.133.882         33.636.320         254.770.202           223.643.242         35.131.924         258.775.166           213.157.441         32.036.827         245.194.268	de familia         Pediatria         medicina         Intermera           200.917.608         28.615.649         229.533.257         106.425.037           206.030.086         29.344.356         235.374.442         116.761.714           224.962.865         34.759.870         259.722.735         133.464.494           221.133.882         33.636.320         254.770.202         129.775.344           223.643.242         35.131.924         258.775.166         131.578.011           213.157.441         32.036.827         245.194.268         130.207.072	Medicina de familia         Pediatría         Agrupación medicina         Enfermería         Atendidas por Medicina           200.917.608         28.615.649         229.533.257         106.425.037         Sin datos           206.030.086         29.344.356         235.374.442         116.761.714         Sin datos           224.962.865         34.759.870         259.722.735         133.464.494         17.081.758           221.133.882         33.636.320         254.770.202         129.775.344         17.919.403           223.643.242         35.131.924         258.775.166         131.578.011         20.180.146           213.157.441         32.036.827         245.194.268         130.207.072         17.750.853	Medicina de familia         Pediatría         Agrupación medicina         Enfermería         Atendidas por Medicina         Atendidas por	Medicina de familia         Pediatría         Agrupación medicina medicina         Enfermería por Medicina por Medicina         Atendidas por Medicina         Atendidas Enfermería lurgencias           200.917.608         28.615.649         229.533.257         106.425.037         Sin datos         Sin datos         11.801.978           206.030.086         29.344.356         235.374.442         116.761.714         Sin datos         Sin datos         19.398.738           224.962.865         34.759.870         259.722.735         133.464.494         17.081.758         9.772.820         26.854.578           221.133.882         33.636.320         254.770.202         129.775.344         17.919.403         9.996.083         27.915.486           223.643.242         35.131.924         258.775.166         131.578.011         20.180.146         7.880.262         28.060.408           213.157.441         32.036.827         245.194.268         130.207.072         17.750.853         7.794.518         25.545.371	Medicina de familia         Pediatría         Agrupación medicina medicina         Enfermería         Atendidas por Medicina         Atendidas Enfermería         Total Urgencias         Atendidas por Medicina           200.917.608         28.615.649         229.533.257         106.425.037         Sin datos         Sin datos         11.801.978         Sin datos           206.030.086         29.344.356         235.374.442         116.761.714         Sin datos         Sin datos         19.398.738         Sin datos           224.962.865         34.759.870         259.722.735         133.464.494         17.081.758         9.772.820         26.854.578         276.804.493           221.133.882         33.636.320         254.770.202         129.775.344         17.919.403         9.996.083         27.915.486         272.689.605           223.643.242         35.131.924         258.775.166         131.578.011         20.180.146         7.880.262         28.060.408         278.955.312           213.157.441         32.036.827         245.194.268         130.207.072         17.750.853         7.794.518         25.545.371         262.945.121	Medicina de familia         Pediatría         Agrupación medicina         Enfermería         Atendidas por Medicina         Atendidas Enfermería         Total Urgencias por Medicina         Atendidas Enfermería           200.917.608         28.615.649         229.533.257         106.425.037         Sin datos         Sin datos         11.801.978         Sin datos         Sin datos           206.030.086         29.344.356         235.374.442         116.761.714         Sin datos         Sin datos         19.398.738         Sin datos         Sin datos           224.962.865         34.759.870         259.722.735         133.464.494         17.081.758         9.772.820         26.854.578         276.804.493         143.237.314           221.133.882         33.636.320         254.770.202         129.775.344         17.919.403         9.996.083         27.915.486         272.689.605         139.771.427           223.643.242         35.131.924         258.775.166         131.578.011         20.180.146         7.880.262         28.060.408         278.955.312         139.458.273           213.157.441         32.036.827         245.194.268         130.207.072         17.750.853         7.794.518         25.545.371         262.945.121         138.001.590

Fuente: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad (e) V. Matas.

Estos profesionales realizan una inmensa labor asistencial, con un gran nivel de eficiencia. Si nos fijamos en los **médicos de familia**, estos resuelven más del 90% de la demanda asistencial, que supera ampliamente los 227 millones de asistencias si incluimos las consultas ordinarias y de urgencias tanto en el centro como a domicilio.

Sumadas las asistencias prestadas por los**Pediatras de Atención Primaria** el número de asistencias supera los 261 millones y añadiendo la actividad de **enfermería** supera los 401 millones de asistencias.

No hay datos disponibles de la actividad del resto de personal de Atención Primaria (Odonto-Estomatólogos, Trabajadores Sociales, Celadores, Conductores, Administrativos, Auxiliares...) pero en cualquier caso sumarían un importante número de actuaciones.

Los datos dejan muy clara la labor fundamental e imprescindible de los casi **35.000 médicos de familia y pediatras** que trabajan a diario en los más de **13.000 Centros** de Salud y Consultorios Españoles.

#### **EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

La Atención Primaria se fundamenta en el trabajo en equipo. El Equipo de Atención Primaria es multidisciplinar constituido por médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales y personal auxiliar polivalente. En muchos centros de salud también trabajan otros profesionales que desarrollan tareas de apoyo especializado en distintos ámbitos relevantes para la atención primaria. Es el caso de salud mental, salud pública, rehabilitación, laboratorio y radiología, entre otros.

Las diferentes disciplinas que lo integran proporcionan una visión biopsicosocial de la atención al ciudadano. Por eso, en muchos de los servicios prestados desde el equipo de Atención Primaria, es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad.

Las funciones y responsabilidades asistenciales más clínicas recaen sobre el profesional médico. Enfermería ha asumido un papel más importante en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, la visita domiciliaria y las actividades de promoción y prevención, así como la realización de técnicas. Y los trabajadores sociales de Atención Primaria asumen un papel relevante en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria.

#### ATENCIÓN INTEGRAL A LO LARGO DE TODA LA VIDA

#### MANEJO DE LA INCERTIDUMBRE

La medicina es una ciencia probabilística. En las consultas de AP, a diferencia de las hospitalarias centradas habitualmente en grupos concretos de patologías, se atiende una gran variedad de problemas de salud y en bastantes ocasiones es difícil o imposible etiquetar con un diagnóstico preciso el motivo o motivos por los que acude el paciente. El profesional de AP trabaja en un contexto epidemiológico y clínico de elevada incerteza y baja prevalencia diagnóstica.

El médico de familia navega como un experto en el mar de la incertidumbre, sabe que visitará a su paciente con el tiempo, por motivos múltiples (longitudinalidad), de forma que se puede permitir, de acuerdo con el paciente, de una «expectación expectante» («esperar y ver»). Su diagnóstico diferencial se basa en la probabilidad (lo más probable, no «todo lo posible») y en evitar errores por exceso de intervenciones médicas. Además, puesto que habitualmente conoce al paciente de antes, y muchas veces a su familia y entorno, el médico general tiene un increíble acervo de datos clínicos (biológicos y psicológicos), familiares, laborales y sociales sobre el paciente- Este acervo de datos permite valorar a muy bajo coste probabilidades previas, y aumenta el valor predictivo de las actividades diagnósticas. Con ello se optimiza el proceso diagnóstico.

#### RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: CERCANA, ACCESIBLE, HUMANA.

Por relación médico-paciente entendemos la interacción que se establece entre ambos con el fin de devolver la salud, aliviar el sufrimiento y prevenir la aparición de nuevos procesos al paciente. Esta relación médico-paciente viene sufriendo un deterioro importante debido tanto a la excesiva tecnificación como a la masificación asociada a la universalización de la asistencia.



Existen muchos matices, características y modelos de relación médico-paciente dependiendo del grado de participación del paciente, de la personalización y del objetivo de la misma, pero lo que nos interesa en esta ocasión es valorar la diferencia existente entre Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, sin menoscabo de ninguna sino como complementarias una de la otra.

En Atención Primaria tenemos una visión del paciente a lo largo del tiempo y abarcando todas las esferas de la persona, física, psíquica y social. Abarcamos las patologías de todas las especialidades médicas, tanto físicas como psíquicas, hacemos prevención de la salud y además valoramos el entorno social de la persona para realizarlo.

En general desde la Atención Primaria, debido a la mayor accesibilidad, vemos a los usuarios en múltiples ocasiones y por muy diferentes motivos. El mayor trato establece una relación de confianza mayor que en otros ámbitos, por lo que el nivel de personalización es casi total, no tratamos órganos enfermos sino a nuestros pacientes.

Actualmente la relación médico paciente es diferente a la de años atrás pero todavía existen profundos vínculos afectivos entre el médico de Atención Primaria y los pacientes y familias, sobre todo en el medio Rural y en zonas de especial aislamiento, lo que en ocasiones convierte al médico en una persona muy querida en la comunidad donde ejerce.

## 6. PUNTOS DÉBILES

#### **PRESUPUESTO**

Para desarrollar la ingente labor asistencial, imprescindible para que el SNS sea sostenible y financiable, Atención Primaria dispone de unos presupuestos insuficientes y que sin duda deben incrementarse, pues año a año vienen descendiendo y lo que es más grave están perdiendo porcentaje sobre el total de los presupuestos sanitarios.

En la tabla siguiente podemos comprobar cómo el gasto (debiera denominarse inversión) dedicado en España a los Servicios de Atención Primaria ha perdido año tras año peso dentro del gasto general sanitario. Si nos fijamos en 2012 el importe eran poco más de 9.500 millones, que si los dividimos por más de 400 millones de actuaciones de Médicos y Enfermería nos sale un coste de poco más de 23 euros por actividad. Igualmente si dividimos el importe por los más de 47 millones de habitantes el coste es de unos 200 euros/habitante/año.

Los últimos datos son del año 2012, pero sin duda los recortes se han aplicado de forma drástica en la mayoría de los Servicios de Salud especialmente en Atención Primaria, con lo que se habrá perdido más en cifras absolutas y en la participación sobre el total del presupuesto.

## Gasto Sanitario Público en España 2007-2012

OMC Vocalías de Atención Primaria Rural-Urbana	Año 2007		Año 2009		Año 2012 (*)		Dif. 2007/2012	
CHIANGA CON COLARIA CO	€uros	%	€uros	%	€uros	%	€uros	%
Servicios hospitalarios	32.611.621	54,07	39.250.912	55,61	38.907.650	60,65	6.296.029	19,31
Servicios primarios salud	9.428.883	15,63	10.774.963	15,27	9.504.658	14,82	75.775	0,80
Farmacia	11.883.760	19,70	13.414.794	19,01	10.707.893	16,69	-1.175.868	-9,89
Resto del gasto	6.385.888	10,59	7.138.746	10,11	5.030.089	7,84	-1.355.799	-21,23
Total consolidado	60.310.152	100,00	70.579.416	100,00	64.150.289	100,00	3.840.137	6,37

Fuente: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad (e) V. Matas. (\*) Cifras provisionales,

Si nos fijamos en los últimos 30 años de los que disponemos de datos (desde 1982 a 2012) nos damos cuenta que la pérdida de peso de Atención Primaria en los Presupuestos Sanitarios es un mal crónico y se está convirtiendo en uno de los problemas que puede causar en muy poco tiempo la quiebra de nuestro SNS.

## Gasto Sanitario Público en España 1982-2012

OMC Vocalias de Atención Primaria Rural-Urbana	Año 1982		Año 1992		Año 2002		Año 2012 (*)	
ORIANDA (CILEDON OCICEDOS OCIC	€uros	%	€uros	%	€uros	%	€uros	%
Servicios hospitalarios	3.059.356	54,93	11.727.088	56,66	19.757.811	52,02	38.907.650	60,65
Servicios primarios salud	1.127.437	20,24	3.441.849	16,63	5.882.392	15,49	9.504.658	14,82
Farmacia	947.830	17,02	3.548.643	17,15	8.489.641	22,35	10.707.893	16,69
Resto del gasto	435.204	7,81	1.979.525	9,56	3.848.034	10,13	5.030.089	7,84
Total consolidado	5.569.827	100,00	20.697.105	100,00	37.977.878	100,00	64.150.289	100,00

Fuente: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad (e) V. Matas. (\*) Cifras provisionales.

Pasar del 20,24% del presupuesto del año 1982 al 14,82% en el año 2012 está provocando graves deficiencias en el primer nivel asistencial que tendrá consecuencias sobre los magníficos resultados en salud que tiene España dentro de nuestro entorno europeo.

Para hacer frente al incremento en las patologías crónicas y para conseguir que el SNS siga siendo sostenible y financiable, las Administraciones no tienen más remedio que potenciar de una vez por todas y con presupuestos y plantillas suficientes, sobre todo de médicos y de auxiliares, la atención primaria. Para hacer más eficiente el tiempo del médico en consulta, es imprescindible que los médicos de AP, con un nivel muy alto de presión asistencial, cuenten con personal auxiliar al igual que otras especialidades con un nivel de actividad muy inferior (en muchos casos la mitad).

Las Administraciones deben tener en cuenta que en los próximos años se producirán un **número de jubilaciones muy superior** a las que se han producido en estos años, en concreto en unos diez años (de 2015 a 2025) el 50% aproximadamente de las plantillas de médicos de AP se jubilarán y es necesario que existan médicos jóvenes suficientes para continuar su insustituible labor.

Desde el <u>foro de médicos de Atención Primaria</u> integrado por: Organización Médica colegial (OMC), Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), sindicato CEMS, y Sociedades

Científicas (semFYC, SEMG, SEMERGEN, AEPap y SEPEAP) se propone un verdadero impulso a este nivel asistencial como la mejor forma de hacer sostenible, y más eficiente y resolutivo nuestro Sistema Sanitario. Para ello es necesario incrementar paulatinamente la parte del presupuesto sanitario dedicado al primer nivel asistencial hasta llegar al 25 % del total.

#### CARENCIA DE DEPARTAMENTOS DE MEDICINA DE FAMILIA EN LAS FACULTADES

El reconocimiento académico de la Medicina de Familia se ha ido produciendo progresivamente en la universidad española y, en la actualidad, en 26 de las 27 facultades de medicina hay algún tipo de actividad docente de los médicos de familia. Como asignatura optativa está incluida en once facultades de medicina y es asignatura obligatoria en cuatro universidades (Castilla La Mancha, Barcelona, Sevilla y Cádiz).

Hay más de 179 centros de salud universitarios, con más de 149 profesores asociados, 4 profesores titulares, directores de cátedras externas de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria - SEMERGEN (Extremadura, Alcalá de Henares, Universidad Católica de San Antonio de Murcia, y las Universidades Europeas de Valencia y Madrid), de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia -SEMG (Santiago de Compostela, Zaragoza y Cádiz), de los Laboratorios Novartis (Barcelona, Madrid y Zaragoza), de los Laboratorios Lilly en Alicante y más de 300 profesores colaboradores.

Pero en el futuro se debería contar con la existencia de:

- Una asignatura obligatoria de Medicina Familiar y Comunitaria en todas las universidades.
- La inclusión de la MF en el Catálogo de Áreas del Conocimiento de la Universidad Española.
- La creación de Departamentos de MF y AP específicos en todas las Facultades de Medicina integrados por MF.
- Incorporación de la MF a la docencia universitaria de temas de su ámbito competencial en diversas asignaturas.

La existencia de un Departamento de MF totalmente integrado por médicos de familia es una estructura fundamental en el posterior desarrollo de la especialidad y su extensión en la medicina nacional. Autores reputados en la materia le asignan cuatro misiones fundamentales:

- La educación general profesional del estudiante.
- Conocimiento de la epidemiología y el cuidado de la enfermedad en la población.
- Formar al estudiante en el conocimiento e importancia de la atención primaria de la salud y del papel crucial del médico de familia.
- Ofertar al estudiante la medicina de familia como una de las posibles especialidades a elegir tras la formación básica del grado.



### PRESIÓN BUROCRÁTICA

Las actividades de tipo burocrático representan entorno al 40 % de los contactos con la AP, hecho condicionado por el sistema de receta actual, la petición de volantes de interconsulta para revisiones o la renovación de documentos de baja laboral y otros formularios impresos, frecuentemente inducidas por otros niveles asistenciales o por otras Administraciones del Estado, autonómicas o locales.

Por esto, parece indispensable, y desde aquí solicitamos, que la burocracia se resuelva en cada momento en el estamento en que se encuentre el paciente.

#### **PLANTILLAS REDUCIDAS**

ОМС	Medicina de familia	Ratio Med. Familia	Pediatría	Enfermería	Personal no sanitario	Total
Año 2007	27.395	1.426	6.087	27.300	22.068	82.850
Año 2008	27.911	1.410	6.215	27.433	21.890	83.449
Año 2009	28.405	1.411	6.237	28.660	22.195	85.497
Año 2010	28.641	1.398	6.325	28.970	21.149	85.085
Año 2011	28.743	1.385	6.424	29.407	21.509	86.083
Año 2012	28.771	1.356	6.411	29.266	21.309	85.757
Año 2013	28.498	1.372	6.387	29.526	20.472	84.883

Fuente: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad (e) V. Matas.

OMC 🛊	OMC Consultas ordinarias en centro y domic				Urge	ncias atendi	das	Total asistencias prestadas		
Vocalias de Atención Primaria Rural-Urbana	Medicina de familia	Pediatría	Agrupación medicina	Enfermería	Atendidas por Medicina	Atendidas Enfermería	Total Urgencias	Atendidas por Medicina	Atendidas Enfermería	Total Asistencias
Año 2007	200.917.608	28.615.649	229.533.257	106.425.037	Sin datos	Sin datos	11.801.978	Sin datos	Sin datos	347.760.272
Año 2008	206.030.086	29.344.356	235.374.442	116.761.714	Sin datos	Sin datos	19.398.738	Sin datos	Sin datos	371.534.894
Año 2009	224.962.865	34.759.870	259.722.735	133.464.494	17.081.758	9.772.820	26.854.578	276.804.493	143.237.314	420.041.807
Año 2010	221.133.882	33.636.320	254.770.202	129.775.344	17.919.403	9.996.083	27.915.486	272.689.605	139.771.427	412.461.032
Año 2011	223.643.242	35.131.924	258.775.166	131.578.011	20.180.146	7.880.262	28.060.408	278.955.312	139.458.273	418.413.585
Año 2012	213.157.441	32.036.827	245.194.268	130.207.072	17.750.853	7.794.518	25.545.371	262.945.121	138.001.590	400.946.711
Año 2013	210.402.201	32.932.597	243.334.798	131.716.252	17.951.060	8.569.769	26.520.829	261.285.858	140.286.021	401.571.879

Fuente: www.msssi.gob.es Ministerio Sanidad (e) V. Matas.

En la primera tabla observamos cómo se ha incrementado el ratio en el último año, y deducimosla insuficiencia de plantilla de Médicos de Atención Primaria, sobre todo en relación al incremento de la actividad asistencial que se ha constatado en los últimos tiempos (segunda tabla).

Se ha pasado de un total de aproximadamente 240 millones de consultas atendidas por médicos de familia y pediatras de AP (entre visitas en centro y a domicilio) en 2007 a 270 millones en 2013. Lo que implica que cada médico realizó alrededor de 7300 actos médicos al año en 2007 mientras que en 2013 realizaban aproximadamente 7900.

Curiosamente en el año 2013 ha disminuido la plantilla de médicos mientras que paralelamente se ha incrementado la de enfermería, pese a tener ésta menor actividad por profesional, en algunos casos la mitad o menos.



## 7. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

#### INVESTIGACIÓN

El médico de Atención Primaria se encuentra en una posición estratégica inmejorable, por sus propias características, para la realización de actividades de investigación. No obstante, aspectos como el déficit formativo y la falta de tiempo dificultan que esta tarea, imprescindible para el desarrollo del primer nivel asistencial, se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles.

La gran ventaja que presenta la AP para la realización de actividades de investigación es el abordaje longitudinal y continuado de su trabajo (atiende a las personas no en momentos puntuales, sino a lo largo de toda su vida), lo que facilita la investigación sobre los aspectos relacionados con la salud y sus condicionantes. Esta posición lo hace especialmente útil para su participación en ensayos clínicos, aspecto poco explotado en la actualidad, así como para la investigación de factores de riesgo y medidas diseñadas para su control.

Sería imprescindible que se garantice de forma establecida la disponibilidad de tiempo específico para la investigación en las agendas de nuestros profesionales. Igualmente, deberían establecerse dotaciones presupuestarias específicas e independientes para la investigación en AP.

#### **DOCENCIA**

El recientemente creado Espacio Europeo de Enseñanza Superior intenta facilitar, además de una formación de calidad, laintegración máxima en la actividad práctica del día a día de los profesionales europeos con pleno ejercicio con estudiantes en periodo de formación tanto en etapas pre-profesionales (pregrado y grado) como a nivel de postgrado (master y doctorado) y especialización. Esa puesta en práctica en la cruda realidad del ejercicio profesional, es uno de los puntos de mayor valía en esta nueva concepción de la formación de profesionales a nivel superior, pues una formación donde predominen los conceptos sin la constatación práctica de lo que a diario se hace no facilita la adquisición de conceptos, y promulga una formación tediosa.

Si de algo podemos sentirnos plenamente orgullosos y operativos en AP es de la facilidad con la que podemos adaptar nuestro día a día al nivel de un alumno al que tengamos en nuestras consultas, pues la diversidad de nuestros pacientes facilita el que se le pueda mostrar al alumno un acercamiento a ellos en el grado de formación en el que en ese momento se encuentra. Esto es gracias a la plasticidad que nos otorga el conocimiento del paciente y su entorno familiar, además de que en nuestro medio asistencial es donde con mayor incidencia y prevalencia asistimos a los enfermos crónicos, que en los países desarrollados suponen uno de los primeros problemas de salud en general.



### 8. RETOS

- Suficiencia financiera.
- Plena integración de la MF en la Universidad.
- Disminuir cargas burocráticas.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Potenciar la investigación.
- Reconocimiento de la labor del médico de AP en la sostenibilidad del SNS.
- Sincronización de la asistencia y la docencia en pregrado, grado y postgrado.
- Adaptación de los criterios de acreditación de profesorado a la realidad de la AP.

#### 9. REFERENCIAS

- ·Análisis sobre la situación de los médicos de familia en España. SEMERGEN. 2011.
- ·Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria. Amando Martín Zurro, Gloria JodarSolà. Elsevier España 2011.
- ·Atención Primaria en Salud: Nuevos retos Nuevas soluciones. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEDAP) 2009.
- ·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. Mayo 2010.
- ·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.
- ·Frances Borrell; Joan Gené. La AP española en los albores del siglo XXI. GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA. 2008.
- ·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
- ·Gracia D. Compromiso ético con el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006;1626:20-25.
- Juan Gervás; Mercedes Pérez. La necesaria AP en España. GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA. 2008.
- ·La AP de salud en España y sus CCAA. Vicenc Navarro; Martin-Zurro. Universidad PompeuFabra. 2009.



- ·Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia.
- ·Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013. INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2014 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.
- ·Luis Palomo. 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.
- ·Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. MedClin (Barc). 1996;106:97-102.
- ·PROYECTO AP-21: Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. MSC.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, porel que se establece la cartera de servicios comunesdel Sistema Nacional de Salud y el procedimientopara su actualización. BOE núm. 222 de Sábado 16 septiembre de 2006. Págs. 32650-32679.
- ·R.D 639/2014 de 25 de julio, sobre la regulación de la Troncalidad.
- ·Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico y propuestas de avance. ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). 2014.
- ·Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.