

Actualización del Documento “Atención Primaria 2025”

Financiación adecuada, mejora de las condiciones laborales y capacidad autoorganizativa, principales demandas del Grupo AP25 de la OMC

- **La A.P., a la que en 2016 se le destinó el 14,3%, debería alcanzar el 19,6% del presupuesto sanitario público en el año 2025**
- **En España faltan médicos de familia en A.P. y se necesitaría ampliar la plantilla en 2.217 profesionales**
- **Se advierte que los médicos de este sector están al límite y que sin una Atención Primaria resolutive y eficiente el SNS está en peligro**
- **Es necesario un estatuto marco del médico con un sistema retributivo y negociación específica para la profesión**
- **El 30% de la plantilla de los médicos de los centros de salud se jubilará en los próximos 10 años**
- **En el primer nivel asistencial se resuelven más del 90% de los casos y en él debe recaer la gestión de la seguridad de los pacientes**
- **Es inaceptable el concepto de cinco minutos por paciente o, en casos de sobrecargas de agenda, un tiempo inferior aún**

La necesidad de una financiación adecuada, la dotación de plantillas suficientes, las mejoras de las condiciones laborales y retributivas, la capacidad autoorganizativa real de los equipos, medidas tendentes a aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria (A.P.) y a mejorar la continuidad

asistencial así como la comunicación entre niveles, las competencias del médico de Atención Primaria o la necesidad de un nuevo contrato social del médico con la comunidad son algunas de las principales aportaciones del Documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Atención Primaria de la Organización Médica Colegial (Grupo AP25), presentado en el marco de la II Jornada “Atención Primaria 2025” celebrada hoy jueves en la sede de la corporación.

Se trata de un documento amplio y comprometido que busca “combinar reflexión y actualización, evidencia e inteligencia práctica, conocimiento y experiencia, mente y corazón”, tal como señala el presidente del CGCOM, Dr. Serafín Romero, en la presentación, quien aboga por que se le dote a la Atención Primaria de recursos, buena organización y gestión, y de una práctica clínica cimentada en instrumentos clínicos y de gestión del conocimiento.

El presidente del CGCOM, asimismo, anima a dar por concluida la etapa de la resignación “para exigir a los poderes públicos coherencia, responsabilidad y compromiso”.

En el documento AP2025 han participado desde los representantes nacionales de A.P. Rural y Urbana del CGCOM, Dres. Hermenegildo Marcos y Vicente Matas, pasando por vocales provinciales: Francisco Javier Rodríguez, de Ciudad Real; Paula Chao, de Madrid; Remedios Rico, de Tarragona; Manuel Ortega Marlasca, de Cádiz; Esteban Sanmartin, de Huesca; Juan José Torres, de Badajoz; y Julia Nicolás, de Vizcaya, hasta expertos en la materia como los Dres. José Luis Garavís, José Ramón Repullo, y Rosa María Magallón, y por parte del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), Sara Figueroa.

El documento está dividido en cuatro partes: estructuras solventes para la A.P.; organización basada en el profesionalismo y la autonomía de gestión; instrumentos para una práctica clínica apropiada; y conocimiento y tecnología en el primer nivel asistencial, con un total de 50 conclusiones en su conjunto. Se han incluido tres temas nuevos específicos como son las competencias del médico de A.P.; Medicina y

Universidad, y el nuevo contrato social del médico con la comunidad.

Hacia la suficiencia financiera

En el nuevo trabajo del Grupo AP25 queda asentado que la financiación es clave y se necesita un horizonte de estabilidad, recuperación y solvencia presupuestaria para empezar a hablar en serio de mejorar la infraestructura de la Primaria en España.

Se propone un avance del 0,1% sobre el PIB en el presupuesto sanitario público entre los años 2017 y 2025 para llegar a un 6,9% del PIB y dentro de este un avance del 0,6% anual en la participación de A.P. hasta llegar en una primera etapa hasta el 19,6% del presupuesto sanitario público del año 2025, lo que equivale al 1,35% del PIB. Sin una financiación adecuada, suficiente y equitativa de A.P. no se podrá hacer frente a los grandes retos del SNS con eficiencia y calidad, según se indica.

Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras

En el documento se afirma que en España faltan médicos de Familia en A.P. y que se necesitaría ampliar la plantilla en 2.217 médicos de familia adicionales. El coste de la medida podría suponer algo más de 100 millones de euros al año.

Los médicos de A.P. están al límite desde hace tiempo, trabajando en estas condiciones resulta 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 A.P. Propuesta de modelo retributivo

Las condiciones laborales y retributivas son fundamentales en Primaria, según se indica en el documento, 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.

El sistema retributivo general de los empleados públicos resulta insuficiente para una profesión como la del médico, que tiene demasiadas características especiales, según se

considera. Sería necesario un estatuto marco del médico con un sistema retributivo y negociación específica para la profesión.

Aspectos sociales e implicaciones laborales de la feminización de la profesión

El recambio médico se realizará a expensas de nuevas generaciones feminizadas, que deberá tenerse en cuenta de cara a prever permisos correspondientes por maternidad o como consecuencia del propio embarazo.

Se estima en el documento que se va a producir una jubilación masiva de casi el 30% de la plantilla de médicos de los centros de salud en los próximos 10 años.

Para calcular la tasa de reposición de médicos de A.P. se deben tener en cuenta tres características particulares, tal como se especifica: se debe considerar la Urgencia como una opción muy demandada; muchos médicos trabajan en la Medicina Privada; y la tasa de recirculación de los médicos de familia es la mayor de entre todas las especialidades.

Futuro para la gestión clínica en A.P. para 2025

La Sanidad debe ser un terreno despolitizado y liderado de forma efectiva y real por los médicos de A.P., según los autores del documento.

La gestión clínica debe liderarse por directores médicos que cuenten con medios y formas, adaptarse a las condiciones reales asistenciales y dotarla con el 25% del presupuesto sanitario.

La atenuación de la burocracia y el cese de las actividades no-asistenciales de baja utilidad para los médicos de A.P. y sus pacientes debe ser uno de los puntos a tener en cuenta siempre en la mejora de las condiciones laborales y profesionales de la A.P. nacional.

Incrementar la capacidad resolutive de la A.P.

Para aumentar la capacidad resolutive de la A.P. habría 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 del material y tecnológica de los centros de salud, y mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

Continuidad asistencial: relación A.P.–Atención Hospitalaria

La continuidad asistencial se puede mejorar con protocolos, vías clínicas o gestión por procesos, consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado. Ello permitirá mejorar la calidad de la asistencia y la eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.

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 personalizada y centrada en los pacientes.

Nuevo contrato social del médico con la comunidad

El poder de la Medicina es limitado, particularmente, para resolver los problemas sociales a lo que hay que añadir que la Medicina tiene riesgos. Los políticos y los medios de comunicación deberían abstenerse de hacer promesas y generar expectativas sin fundamento para centrarse en la realidad.

Medicalización de la sociedad

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.

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 el 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.

A.P. como eje de la atención al paciente crónico pluripatológico

El Sistema Nacional de Salud debe apostar por una estrategia de cronicidad dirigida por el médico y la enfermera de A.P., dotándoles de medios necesarios.

Asimismo, se hace necesaria una triple alianza entre administradores sanitarios, A.P. y Servicios de Medicina Interna de los hospitales de referencia, que garantice la atención coordinada de cuidados.

Por otra parte, 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.

La intervención comunitaria debe ser otro pilar en el que se base la atención a pacientes crónicos. En este sentido, se debe implicar a la población y asociaciones de pacientes en el proceso de asesoramiento en el autocuidado.

Seguridad del paciente y prevención cuaternaria

La prevención cuaternaria y la seguridad del paciente concierne a la OMS, a los gobiernos, en general y a la A.P. y a la A. Hospitalaria. A partir de que en el primer nivel asistencial se resuelve más del 90% de los casos y que tiene una especial visión, más holística del paciente, en ella recaerá su gestión.

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.

Competencias del médico de A.P.

La previsión de las competencias en 2025 debe apostar por el uso de las nuevas tecnologías y un papel aún más activo del médico de familia en la sociedad.

El tiempo dedicado al paciente debe ser digno para poder hacer una historia clínica adecuada basada en una correcta anamnesis, exploración física, optimizar pruebas complementarias, hacer un correcto juicio clínico tras el diagnóstico diferencial y un tratamiento óptimo. Es inaceptable el concepto de cinco minutos por paciente o, en caso de sobrecargas de agenda, un tiempo inferior aún.

Nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías cambiarán la forma de ejercer la Medicina y serán necesarios nuevos tipos de profesionales de la salud, pero el contacto con el paciente que es la esencia de la A.P. deberá permanecer inalterable, como se propone en el documento.

La historia clínica electrónica (HCE) debe ser única para A.P. y hospital, la misma en todas las CC.AA. 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

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.

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.

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.

Medicina Familiar y Comunitaria y Universidad

La docencia de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra implantada de una forma desigual y con una escasa representación entre las Facultades de Medicina españolas.

La mayoría de las Facultades no cuentan con estructuras docentes específicas para esta especialidad, siendo muy diferente la situación que se da en las universidades europeas y americanas.

La investigación en A.P.

Es necesario crear una cultura investigadora y que la investigación pase de ser un complemento de la actividad clínica a una necesidad y forma de trabajo. Para ello es preciso que los planes formativos pregrado, postgrado y formación continuada se hagan partícipes de esta demanda.

Además, se insta a garantizar la disponibilidad del tiempo específico para la investigación en las agendas de los profesionales, así como establecer dotaciones presupuestarias específicas e independientes para la investigación en A.P.

Madrid, 28 de marzo de 2019