

OCTUBRE DE 2021

MANIFIESTO SEMG

PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL INICIO DE LA PANDEMIA COVID-19

ELABORADO POR LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE MÉDICOS
GENERALES Y DE FAMILIA (SEMG)



INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020 fue declarada la pandemia de la COVID-19, situación que nunca habíamos padecido anteriormente y que produjo un estrés en el sistema sanitario, poniendo en evidencia la crítica situación de la Atención Primaria. Los Centros de Salud fueron el primer lugar donde se evaluaron a los pacientes con sospecha de coronavirus, sacando a la luz la precaria situación, tanto en medios técnicos como humanos, que tenía la Atención Primaria, y el fracaso de un sistema basado en la hospitalización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Atención Primaria de Salud (APS) como: *“La asistencia sanitaria 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 costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”*.

Sus valores nucleares son longitudinalidad, accesibilidad, integralidad y visión generalista, coordinación y continuidad asistencial, orientación y refuerzo al paciente, familias y comunidades y abordaje de los determinantes sociales. La APS es una forma de concebir la salud, organizar los recursos, relacionarse con el entorno y desempeñar una práctica sanitaria a lo largo del tiempo.

La Atención Primaria de Salud ha sido capaz de atender a más del 80% de los pacientes COVID-19 en un contexto y condiciones nunca experimentadas, y de mantener la atención que no se podía demorar del resto de necesidades de la población, con una clara entrega y compromiso por parte de todos sus profesionales.

Sin embargo, la falta de recambio generacional es un problema importante en Atención Primaria que ya venía sufriendo desde antes del inicio de la pandemia, la cual lo único que ha hecho es evidenciarlo aún más. Esto se debe a que muchos médicos que terminan su formación MIR optan por marcharse en busca de mejores condiciones al extranjero o por quedarse en urgencias en el Hospital. Esta falta de relevo, sumada al aumento de las capacidades en el primer nivel asistencial, hacen imprescindible redimensionar sus plantillas para adecuarlas a las necesidades actuales.

Desde la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), tras un largo análisis de la actividad y cometidos de la Atención Primaria (AP) en esta pandemia, creemos que es necesario iniciar un cambio en su organización, ya que se plantean situaciones y desafíos actuales que su funcionamiento presente no puede afrontar con garantías de cumplir su objetivo principal, que es el de mejorar la salud de los ciudadanos.

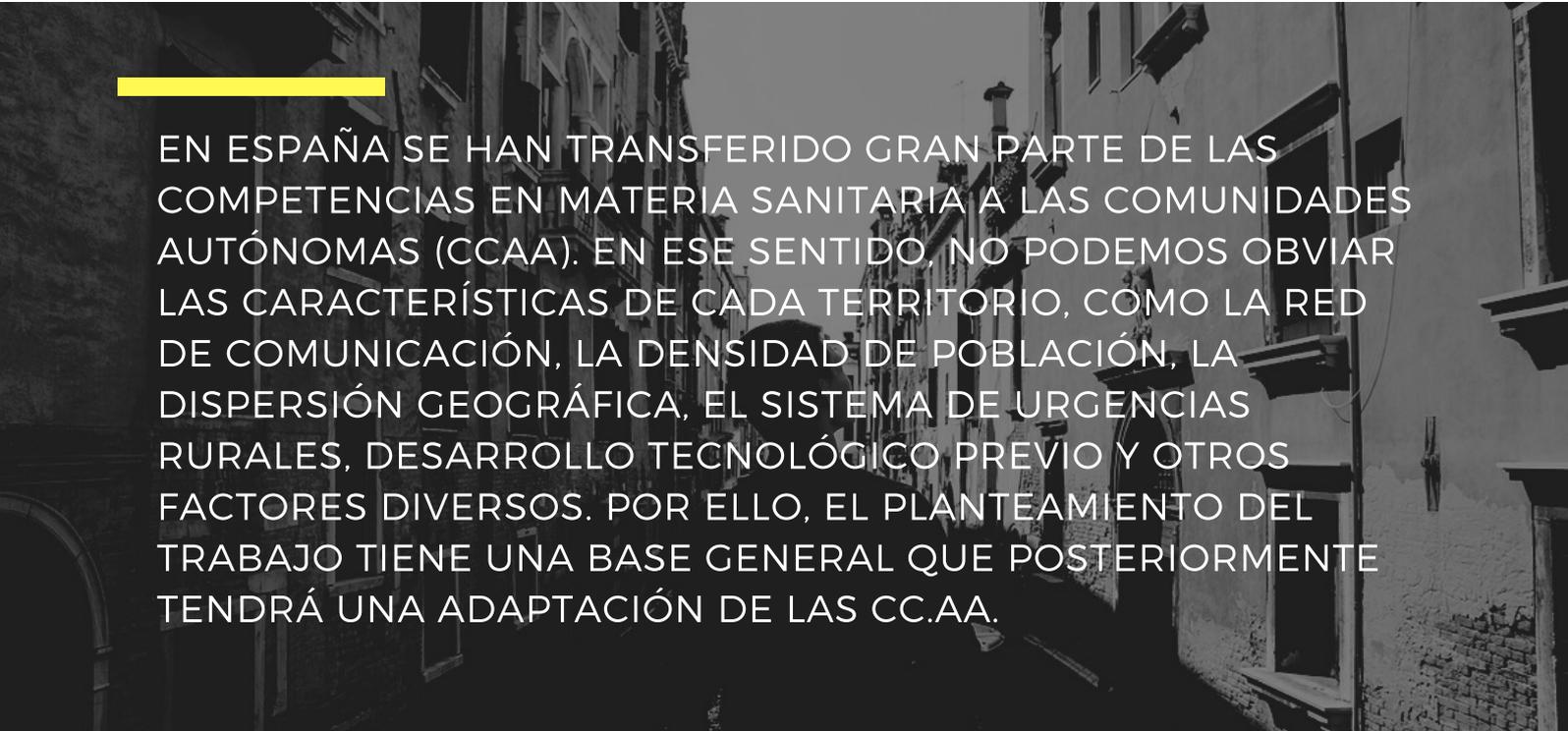


METODOLOGÍA

Un grupo de trabajo de médicos de familia, pertenecientes al Grupo de Trabajo de Gestión y a las Directivas Autonómicas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) -con especial implicación y participación del vicepresidente tercero de SEMG, el Dr. Manuel Mozota, y los presidentes autonómicos-, analizó la situación en Atención Primaria (AP) durante la pandemia. Se realizó revisión bibliográfica y se hizo discusión en grupo identificándose la necesidad de recomendaciones sobre la reorganización y reforma de la AP en varios aspectos:

- **RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (23)**
- **GUIÓN DE PROPUESTAS PARA LA REORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE LOS CENTROS DE SALUD (17)**

Se elaboró un borrador de cada documento por dos miembros del grupo y posteriormente se revisó por el resto, derivándolo a la Comisión Permanente de la SEMG para su aprobación.



EN ESPAÑA SE HAN TRANSFERIDO GRAN PARTE DE LAS COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CCAA). EN ESE SENTIDO, NO PODEMOS OBVIAR LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA TERRITORIO, COMO LA RED DE COMUNICACIÓN, LA DENSIDAD DE POBLACIÓN, LA DISPERSIÓN GEOGRÁFICA, EL SISTEMA DE URGENCIAS RURALES, DESARROLLO TECNOLÓGICO PREVIO Y OTROS FACTORES DIVERSOS. POR ELLO, EL PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO TIENE UNA BASE GENERAL QUE POSTERIORMENTE TENDRÁ UNA ADAPTACIÓN DE LAS CC.AA.

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LA SITUACIÓN DE AP:

- 1.** Ajustar la inversión en Atención Primaria a las recomendaciones emitidas por la OMS, UEMO y el Foro de Médicos de AP, alcanzando el 25% de la partida presupuestaria que se destina a Sanidad, estableciendo una subida mínima anual del 2,5% para alcanzar antes de 2025 ese porcentaje.
- 2.** Facilitar y valorar mejor la formación del Médico en las Universidades, incorporando la Medicina de Familia como asignatura básica en el Grado/Master; favorecer el acceso de la docencia y el desarrollo profesional.
- 3.** Respecto a la formación postgrado, MIR, también debería ofertarse la totalidad de plazas de formación disponibles en todos los centros sanitarios exigiendo a las CCAA que no se guarden ninguna plaza disponible. También debería modificarse los criterios de nombramiento de tutores para poder aumentar el número de los mismos, asignándoles unas compensaciones laborales y económicas por el desempeño de la plaza.
- 4.** Reorientación de la formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), aumentando las rotaciones en AP y restringiendo la utilización del Residente de MFyC como mano de obra barata en algunos servicios hospitalarios, algo que no sucede con la formación en otras especialidades.
- 5.** Empoderamiento de la figura del Médico de Atención Primaria, dotándole del prestigio y relevancia que tuvo antaño y que actualmente no tiene, difundiendo públicamente su actividad, participación en el control y seguimiento de todas las enfermedades, la gestión de prestaciones sanitarias y sociales que tiene, así como las actuaciones en la prevención de enfermedad y promoción de la salud que la pandemia ha demostrado como imprescindibles para la salud de los ciudadanos.
- 6.** Se establecerán líneas de coordinación entre niveles asistenciales con representación proporcional de ambas partes, para establecer procesos asistenciales consensuados.



RECOMENDACIONES GENERALES (2)

- 7.** Si el especialista hospitalario considera que el paciente debe ser valorado por otro especialista, debe derivarlo directamente, para evitar más trámites y sobrecarga asistencial que supone una nueva cita con su Médico de Familia. Será el facultativo que realizó la derivación el que recibirá la respuesta de la misma, cerrará el episodio correspondiente e informará al Médico de Familia.
- 8.** Rediseñar la accesibilidad al centro de salud, estableciendo mecanismos de filtro eficaces.
- 9.** Definición de las competencias del Médico de Atención Primaria, evitando que otros estamentos reivindiquen las mismas sin que luego hagan la actividad, deteriorando la calidad de los servicios de Atención Primaria y sobrecargando a los Médicos.
- 10.** En pacientes ingresados donde esté indicada la baja laboral, ésta debería ser expedida por el médico responsable del paciente durante el ingreso, hasta el alta hospitalaria. En el informe de alta hospitalaria se le indicaría que los sucesivos partes de confirmación serían recogidos en la consulta de su Médico de Familia, previa solicitud de cita. Para ello, debe consensuarse el procedimiento con la Inspección, e incluirse en la historia clínica electrónica hospitalaria módulo para la expedición de parte de baja y confirmación.
- 11.** Favorecer el desarrollo científico técnico de los Médicos, respetando sus horas de formación, estimulando y valorando la formación continuada de los mismos.
- 12.** Potenciar la estabilidad laboral y conciliación familiar, pilares fundamentales en el desarrollo profesional del médico, que deben compatibilizarse con el desarrollo humano de los profesionales sanitarios, para hacer que la AP sea atractiva para los mismos.
- 13.** Dimensionar las plantillas a las nuevas necesidades y a la demanda de la población, así como al nuevo rol que debe de tener la Atención Primaria, mostrado por la pandemia de la COVID-19.
- 14.** Potenciar el desarrollo tecnológico en los centros de salud para poder dar cobertura a las nuevas pruebas diagnósticas y terapéuticas según la evidencia científica, sin aplicar limitaciones a las mismas por pertenecer a un nivel de atención u otro.



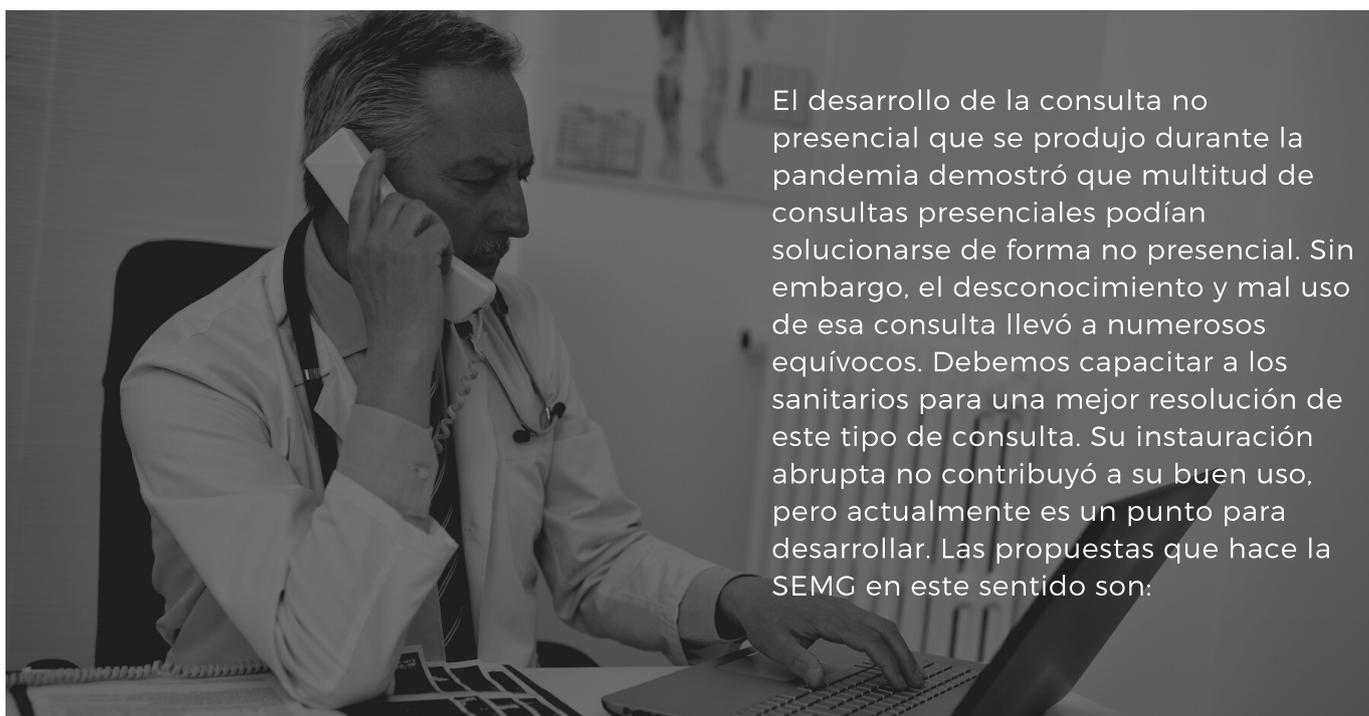
RECOMENDACIONES GENERALES (3)

- 15.** Unificar las remuneraciones entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, eliminando la actual situación que parece valorar más un trabajo en el hospital que en un centro de salud.
- 16.** Necesidad de cubrir todas las plazas. Se deberá realizar una Oferta Pública de Empleo cada determinado tiempo, con el fin de evitar el déficit de profesionales.
- 17.** Crear incentivos profesionales para que los Médicos tengan motivación para implementar su actividad y la realización de actuaciones, con el fin de ser más resolutivo en sus actuaciones.
- 18.** Avanzar en la interacción fomentando la comunicación y colaboración con los Servicios Sociales, para una visión integradora de los pacientes más vulnerables, fomentando la integración en la sociedad.
- 19.** Mejorar la interrelación entre niveles asistenciales, favoreciendo una historia clínica única, mejorando la información y trabajando en equipo.
- 20.** Incentivar la actuación de los profesionales del Centro de Salud en la sociedad, mediante colaboración con grupos de opinión, ayuntamientos, asociaciones de pacientes y cualquier grupo social.
- 21.** Desburocratización de tareas del Médico de AP, desde la tramitación de informes, justificantes, reconocimientos para oposiciones públicas, a la prescripción de fármacos de otro nivel, realización de la Incapacidad Temporal solo en Atención Primaria.
- 22.** La respuesta a la demanda del usuario debe ser asumida por aquel miembro del equipo que tenga competencia para ello, atendiendo a la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003. Además, las competencias en materia de dirección de los centros de salud entendemos que deben recaer exclusivamente en el Médico, tal y como recogen distintas sentencias dictadas hasta el momento por el TSJA.
- 23.** La acreditación de centros y el nombramiento de tutores en los Centros de Salud rurales y urbanos son incuestionablemente importantes para garantizar su supervivencia. Mejorar la formación de los Médicos de Familia repartiendo las rotaciones tanto en Equipos de Atención Primaria (EAP) rurales como urbanos.



GUIÓN DE PROPUESTAS

PARA LA REORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE LOS CENTROS DE SALUD:



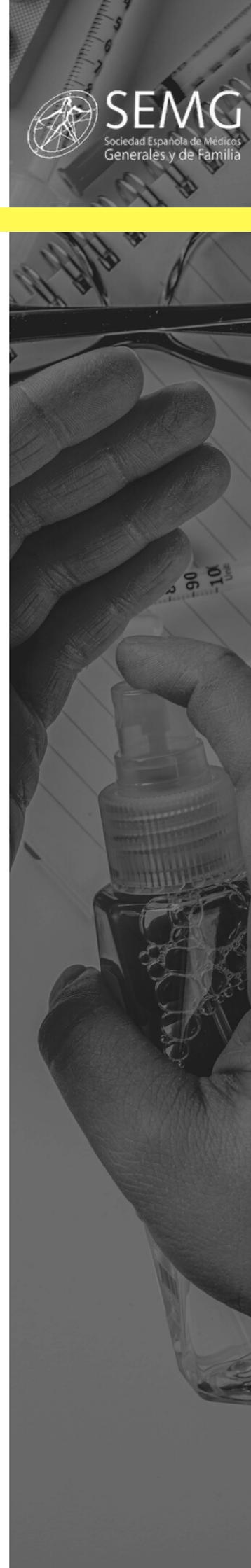
El desarrollo de la consulta no presencial que se produjo durante la pandemia demostró que multitud de consultas presenciales podían solucionarse de forma no presencial. Sin embargo, el desconocimiento y mal uso de esa consulta llevó a numerosos equívocos. Debemos capacitar a los sanitarios para una mejor resolución de este tipo de consulta. Su instauración abrupta no contribuyó a su buen uso, pero actualmente es un punto para desarrollar. Las propuestas que hace la SEMG en este sentido son:

PROPUESTAS DE REORGANIZACIÓN:

1. Introducir nuevos modelos organizativos de la atención a la demanda, innovar en escenarios que favorezcan la longitudinalidad de la asistencia y facilitar nuevas medidas de comunicación para asimilar la demanda de forma satisfactoria con las oportunidades que las nuevas tecnologías plantean.
2. Optimizar las funciones de los miembros del equipo, asegurándose de que cada profesional asuma las tareas para las que tiene competencias según su titulación.
3. Ofrecer citas que puedan ser resueltas por profesionales no sanitarios, sin necesidad de interacción directa del profesional sanitario con el paciente.

PROPUESTAS SEMG PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL INICIO DE LA PANDEMIA COVID-19

- 4.** Usar guías y protocolos para la resolución de demandas poco complejas y habituales como procesos leves autolimitados, trámites administrativos, etc.
- 5.** Emitir desde el Servicio de Salud instrucciones que especifiquen como tarea propia de las Unidades administrativas de los Centros de Salud la expedición de justificantes de asistencia según los datos que figuren en el sistema informático.
- 6.** Potenciar citas telefónicas o mediante correo electrónico con valoración correcta de su implicación en la actividad del Médico de Familia.
- 7.** A las Consultas No Presenciales se les debe dar el tiempo necesario, con una estructura determinada y un proceso adecuado.
- 8.** Los Servicios de Urgencias Rurales deben estar integrados en los centros de salud para garantizar la continuidad asistencial y evitar la despoblación de las zonas rurales.
- 9.** La accesibilidad y la continuidad asistencial son pilares fundamentales, debemos establecer mecanismos para favorecerlos evitando un mal uso de la demanda.
- 10.** Reforzar la capacidad de gestión y autonomía de los responsables de los Equipos de Atención Primaria (EAP), siendo un Médico de Familia la figura que debe ocupar el puesto y liderar el proceso de cambio.
- 11.** Necesidad de actuar para potenciar el trabajo en equipo, ponderando la labor de líderes dentro de la estructura del centro de salud, poniendo especial énfasis en los coordinadores, los cuales deben ser responsables en los cambios que se van a realizar.
- 12.** Revisar la cartera de servicios para actualizarla a las necesidades de la población, contando con la opinión de los profesionales y adecuarla a la zona donde se van a implantar.
- 13.** Flexibilidad de los horarios laborales y organización de la atención en función de las necesidades de pacientes y profesionales.



PROPUESTAS SEMG PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA TRAS EL INICIO DE LA PANDEMIA COVID-19

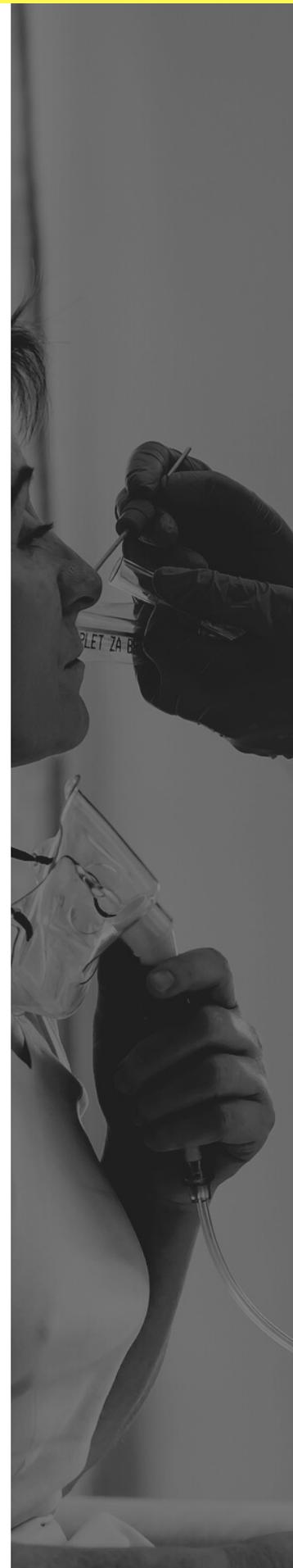
14. Gestionar los problemas generados por la ausencia de profesionales:

- Planificar la distribución del trabajo adicional que se va a generar.
- Valorar refuerzos de personal o doblajes con retribución atractiva.
- Aumentar la oferta de citas en determinados días para compensar las ausencias.
- Reducir las citas previsibles (controles de crónicos, valoración de pruebas complementarias, etc.), desviándolas a otros períodos o, si no es posible, citándolas hacia el final de la semana o a primera hora en la jornada.
- Implicar a todos los profesionales del equipo, distribuyendo las tareas entre los que estén capacitados para llevarlos a cabo.
- Desarrollar protocolos para situaciones previsibles como, por ejemplo, pacientes que llegan tarde a su cita, atención a desplazados, atención a los pacientes de un profesional ausente, etc.
- Coordinar actuaciones con otros ámbitos asistenciales, centros sociosanitarios y otras instituciones para ganar eficiencia en la actuación diaria.

15. Definir la atención no demorable en el proceso de atención a los ciudadanos para permitir a los profesionales que dispongan de una agenda que cumplan los criterios de calidad asistencial.

16. Responder a las demandas de los ciudadanos que requieren una atención no demorable, creando una agenda donde se citen los pacientes y que no tengan cabida en la agenda nominal de su profesional de referencia. Debemos cambiar el criterio de atención y asignar los que piden consulta no demorable a un turno similar a las urgencias hospitalarias.

17. Crear mecanismos de 'triaje' con protocolos compartidos y conocidos por la población para la atención a patologías no demorables, como sucede en la Urgencia Hospitalaria, con participación de todos los profesionales de los centros de salud.



CONCLUSIONES

La Atención Primaria tiene grandes problemas estructurales, nivel asistencial en el que no ha habido grandes reformas en este siglo XXI y en el que han aumentado estas deficiencias. Con la llegada de la pandemia del coronavirus los problemas se han agudizado, poniendo en evidencia estos déficits, aumentando la tensión con la población y con los profesionales.

Los profesionales han tenido, en general, una labor modélica durante la pandemia, pero están padeciendo efectos negativos, física y psicológicamente, debido a la gran presión que se produjo, a la incertidumbre y a la información contradictoria que daban las Autoridades sanitarias. Como ejemplo, cabe recordar el uso de las mascarillas, que en principio no se aconsejaban y posteriormente pasó a ser obligatoria.

El déficit de médicos está aumentando porque no se produce un relevo generacional. Muchos médicos no quieren trabajar en Atención Primaria debido a la presión asistencial y a las precarias condiciones de trabajo, por lo que es importante dignificar la profesión y estabilizar las plazas, favoreciendo la conciliación familiar y el desarrollo profesional.

Ante esta grave situación que se ha creado en la Atención Primaria, es necesario y urgente aumentar el número de médicos que permita garantizar un relevo generacional adecuado y, si es posible, aumentar los recursos humanos necesarios para cubrir con normalidad las plantillas de los Centros de Salud. Este es un problema de las Universidades, del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Sanidad y de los Servicios de Salud de todas las CCAA.

No podemos disminuir la calidad de la atención haciendo que la labor del médico sea desarrollada por otros estamentos. Tampoco convalidar títulos sin la debida preparación ni los requisitos necesarios que garanticen una adecuada asistencia.

Urge dotar a la Atención Primaria de los medios necesarios, tanto tecnológicos como al acceso de pruebas, para que no sea la puerta de entrada al sistema, si no también la puerta de salida, haciendo más resolutive y más eficaz su labor.

Redimensionar las plantillas y los cupos para tener el tiempo necesario para poder actuar adecuadamente con nuestros pacientes y, de este modo, mejorar la asistencia. Esto sería posible creando plazas acordes con el servicio y la demanda.

Debemos interactuar con asociaciones de pacientes, ayuntamientos, servicios sociales de base y cualquier colectivo para realizar una educación para la salud mejorando la difusión y haciendo labor comunitaria.

Las Consultas No Presenciales han llegado para quedarse, siendo un medio válido e importante para la resolución de casos, pero deben de usarse bien, con unos criterios claros y adaptados a la realidad de cada profesional.

Las urgencias en los centros de salud deberían de gestionarse de una manera eficaz para que no interfieran en el desarrollo de la consulta. También se debe evitar forzar por encima de la agenda con más pacientes, ya que eso repercutiría en la calidad de la asistencia.

"Necesitamos una reforma integral de la Atención Primaria, no debemos seguir con el mismo postulado que en el siglo pasado. El desarrollo poblacional y tecnológico hace que las medidas tomadas no sean eficaces ahora. La pandemia solo hizo evidenciar las deficiencias que teníamos, pero debemos hacer una reforma donde haga que la Atención Primaria sea verdaderamente, y de una vez por todas, el eje del sistema".

