

## EDITORIAL

## ¿Qué queremos los médicos de familia?

Junta Directiva SAMFyC

Los médicos de Familia de Atención Primaria queremos prestar una atención sanitaria de calidad

En los últimos años, los profesionales de Atención Primaria de Andalucía hemos manifestado en más de una ocasión nuestras *expectativas y opiniones* en relación al desarrollo de nuestra tarea asistencial. Así, junto con otras sociedades científicas trabajamos conjuntamente con la Administración Sanitaria los contenidos del “Pacto Andaluz por el Desarrollo de Estrategias para la Atención Primaria” (2006); posteriormente hemos participado en grupos de trabajo convocados para mejorar la historia clínica digital aportando las valoraciones de quienes la utilizamos todos los días. También hemos propuesto sugerencias para disminuir la burocracia en nuestras consultas. Los médicos de familia requerimos liberarnos de determinadas tareas burocráticas y rutinarias para dedicar más tiempo a la atención sanitaria de aquellos pacientes que más lo necesitan.

A nivel estatal, también se ha contribuido a la concreción en las distintas comunidades autónomas del documento “Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI (Proyecto AP XXI), publicado en 2006 por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualmente en Andalucía, de nuevo, el Servicio Andaluz de Salud, está trabajando con grupos de profesionales para avanzar en el desarrollo de la Atención Primaria para los años venideros.

*Atención Primaria es eficiente.* Acompaña a pacientes y a familias, sanas y enfermas. Actúa como agente de las personas ante el resto del Sistema Sanitario Público. Y los médicos de familia queremos seguir participando y aportando soluciones junto con los ciudadanos. Tenemos claro, cada vez con más premura, que la asistencia en el entorno de la comunidad donde viven las personas precisa una mayor adaptación a las necesidades de la ciudadanía.

El cambio demográfico, que ya nos ha alcanzado, la necesaria actuación sobre los determinantes de la salud y la atención a la cronicidad, requieren una *reorientación de los recursos* sanitarios públicos. Cambio de rumbo que deberá producirse en el actual contexto socioeconómico, en el que se prevé difícil poner en marcha cualquier planificación que implique incremento del gasto público en atención sanitaria, por muy eficiente que sea la Atención Primaria de Salud.

Nuestra *cartera de servicios* se ha incrementado en los últimos años con la deseada y bienvenida disminución de los días de estancia hospitalaria, con altas hospitalarias precoces; o asumiendo el control de pacientes anticoagulados, hasta hace poco de seguimiento hospitalario. Tareas que, sumadas a otras muchas actividades de atención a la comunidad y atención a domicilio, hacen necesaria una reflexión sobre el papel que deseamos desarrollar los médicos de familia. Y sobre lo que necesitan esas familias que atendemos. Sin obviar en esta necesaria reflexión los puntos de vista de otros profesionales con quienes compartimos el cuidado de la comunidad: pediatras, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal de unidades de atención ciudadana y apoyo administrativo; así como otros profesionales implicados en el abordaje de la dependencia, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Desde esta Sociedad de Medicina de Familia de Andalucía nos debemos plantear, entre otras cuestiones fundamentales, la grave dificultad de mantener íntegramente la actual cartera de servicios con unos recursos significativamente mermados, idénticos parámetros organizativos y los mismos e inflexibles objetivos de demora en la consulta.

Quizás una de las mayores amenazas sea el *excesivo desconocimiento* existente dentro de la propia institución sanitaria sobre la labor facul-

tativa especializada que realizamos cada día los miles de médicos de familia andaluces. Desconocimiento que parece ser frecuente tanto entre otros facultativos especialistas como entre cargos de gestión, responsables de la Administración Sanitaria y políticos del ramo. En demasiadas ocasiones, seguimos siendo tratados como médicos no especialistas; cuando, sin embargo, somos precisamente especialistas en el desempeño de las tareas que tenemos asignadas.

En relación a la *accesibilidad*, los médicos de familia seguimos siendo los profesionales sanitarios con mayor nivel de acceso en los centros de salud. La elevada accesibilidad a nuestras consultas -priorizada en los objetivos de las UGC- nos obliga a realizar consultas muy rápidas, que frecuentemente generan una resolución menor; nos inducen estrés, al colisionar con nuestra aspiración de ejercer correctamente nuestra labor asistencial; favorecen la aparición de incidentes de seguridad en nuestros pacientes; a la vez que nos dificultan la atención en el domicilio y a la comunidad.

Los médicos de familia atendemos un importante número de pacientes cada día, que presentan problemas de salud y vitales de diversa índole, que inducen una gran carga emocional. Los facultativos de Medicina de Familia debemos mantenernos en la consulta -todos los días, un importante número de horas cada jornada- con un nivel de máxima alerta; empatizando con cada una de las personas que atendemos, que a veces se encuentran en circunstancias personales y familiares muy adversas; manejando con esmero habilidades en comunicación, entrevista clínica y control emocional; a la vez que la *toma de decisiones clínicas* -a menudo complejas- habitualmente debe ser ágil y rápida.

Actualmente, la gran mayoría de nuestras agendas como médicos de familia no es acorde con el tiempo que realmente precisan los pacientes que atendemos. Paralelamente, la demora en ser atendidos en consulta es percibida por los pacientes -¿y por los propios gestores y responsables de la Administración Sanitaria?- con una valoración altamente negativa. La *agenda de citas* de los médicos de familia no refleja el tiempo real que debe ser dedicado a cada paciente, que resulta ser significativamente superior al inicialmente programado.

El retraso entre la hora en la que un paciente ha sido citado y aquella en la que es finalmente atendido existe porque las agendas de citas han sido diseñadas asignando periodos de tiempo por cada consulta claramente irreales e insuficientes. Las agendas pueden ser infinitas en el papel, pero no en la labor asistencial cotidiana con los pacientes y sus familias, que requiere dedicación y tiempo. Tampoco puede ser obviada la necesidad de reservar determinados tramos horarios para aquellos pacientes que requieren asistencia sin demora el mismo día que la solicitan. Si esos *huecos* no están previstos en nuestras agendas, su atención -que es necesaria aunque sea imprevista- acaba retrasando aún más la consulta, en detrimento del resto de pacientes que se eternizan y desesperan en las salas de espera.

La *historia clínica digital* y la *receta electrónica* se han convertido en herramientas imprescindibles para el desarrollo de la práctica clínica, pero ¡ojo! también ralentizan nuestras consultas. Los gestores sanitarios deberían asumir que, inevitablemente, ambas enlentecen la consulta, e incorporar esta debilidad como uno más de los motivos causantes de consumo de tiempo en la consulta. La solución pasa -ineludiblemente- por planificar agendas de citas médicas más realistas en la asignación del tiempo requerido para atender a cada paciente. Ello evitará esperas innecesarias a los pacientes y a los familiares o allegados que frecuentemente los acompañan. A la vez, reducirá el estrés de los médicos de familia, enfrentados diariamente a la imposibilidad material de registrar correctamente los datos clínicos de todos y cada uno de sus pacientes.

Debe ser asumido que, sin discutir su potencialidad, *Diraya* -el sistema utilizado como soporte de la historia clínica electrónica- requiere tiempo para tareas de registro, absolutamente necesarias para el correcto seguimiento de los pacientes, monitorizar objetivos, evaluar resultados y explotar datos epidemiológicos para la docencia y la investigación.

En relación con la *atención domiciliaria*, nuestra responsabilidad pasa por mantener y mejorar nuestra capacidad de resolución en este espacio asistencial que es propio de nuestra especialidad médica. No deberíamos contribuir a la fragmentación de la asistencia del paciente en el entorno del domicilio, permitiendo que otros profesiona-

---

les sanitarios ocupen un espacio asistencial que nos es propio coordinar porque nosotros estemos dedicando nuestro tiempo a tareas burocráticas absolutamente ineficientes. No tiene lógica que, precisamente, una de las funciones más importantes y más específicas de los médicos de familia acabe como una actividad marginal en nuestra agenda de trabajo diaria.

Priorizando en exceso la *consulta a demanda* frente a otras actividades asistenciales propias de nuestra especialidad exponemos a nuestros pacientes -especialmente a los pacientes crónicos pluripatológicos, cada vez más frecuentes en nuestras consultas- a una asistencia más irregular, no programada. Si no podemos dedicar tiempo suficiente a la atención a domicilio resultará difícil realizar una correcta atención a los pacientes inmovilizados, que padecen enfermedades graves e irreversibles, que requieren cuidados paliativos, oncológicos o no oncológicos, o que se encuentran en las fases terminales de su vida. La intensidad de la consulta a demanda no tendría que hacernos postergar la atención de aquellos pacientes que más nos necesitan por ser especialmente vulnerables.

Mantener e incrementar la *capacidad de resolución* de la Medicina de Familia implica profesionales eficazmente formados y permanentemente actualizados en abordajes terapéuticos y prácticas clínicas. Ello permitirá manejar pacientes con situaciones clínicas complejas, afrontar nuevas demandas asistenciales y dar respuesta a las nuevas estrategias formuladas en el seno del Sistema Sanitario Público de Andalucía; como, por ejemplo, ofertar de forma equitativa y para todos los andaluces unos cuidados paliativos adecuados a la necesidad de los pacientes y sus familias.

La *formación* -cuya oferta es en este momento escasa- debe ser fácilmente accesible para los profesionales que desempeñan su labor facultativa tanto en ciudades y áreas metropolitanas, como para aquellos otros que atienden municipios de menor tamaño poblacional, donde la dispersión geográfica y el incremento de jornada laboral asociada a la atención continuada endurecen más las condiciones de trabajo y, frecuentemente, dificultan más el acceso reglado a la formación.

Los profesionales de los centros de salud precisamos *equipos directivos* expertos en ejercer un

liderazgo clínico; con capacidad para impulsar voluntades, crear motivación y transmitir optimismo. Atención Primaria no necesita transmisores de órdenes o meros gestores de planillas y cuadrantes. Requiere de líderes que conecten a los profesionales con los valores inspiradores de una sanidad pública de cobertura universal, eficiente en el consumo de recursos y equitativa en el acceso a los servicios y prestaciones para toda la ciudadanía andaluza. Para que los equipos directivos de las Unidades Clínicas de Atención Primaria puedan ejercer este liderazgo y la indispensable función de gestión del equipo, requieren herramientas de gestión y, también, disponibilidad de tiempo, con una mayor flexibilidad en la dedicación a tareas asistenciales. Una prioridad que ha resultado muy sacrificada con los ajustes presupuestarios.

Seguimos sin conocer el producto sanitario en las diferentes Unidades de Gestión Clínica. Indicadores útiles para flexibilizar los *patrones de provisión de servicios* asistenciales a poblaciones con realidades y necesidades diferentes. No se han logrado implantar con éxito los grupos clínicos ajustados (ACG) para mejorar la planificación de recursos y medir y comparar resultados. Se sigue trabajando con medidas de complejidad clínica para pacientes con ingreso hospitalario, pero se desconoce la complejidad de los pacientes adscritos a una determinada unidad clínica de Atención Primaria o a un cupo médico concreto.

Son cada vez más escasas las actuaciones diferenciadas orientadas a mejorar la accesibilidad de grupos de población especialmente vulnerable o con mayor riesgo de exclusión social y/o territorial. Se genera, por tanto, una brecha en el *principio de equidad* que repercute tanto en la ciudadanía como en los propios profesionales, que no disponemos de recursos diferenciados según la morbimortalidad de los pacientes y adaptados a la diversidad y peculiaridades sociales y territoriales de cada zona.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ha generado *estrategias* relevantes en materia de Seguridad del Paciente, también en el cumplimiento de la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, o la Estrategia de Bioética 2011-2014, entre otras. Estrategias que corren el riesgo de quedar en primorosos documentos escritos, que

suenan lejanos a la práctica asistencial, si no se profundiza en su implementación en los equipos y en su entronque dentro del espacio que comparten el profesional y el ciudadano.

La Estrategia de Bioética del SSPA es un gran facilitador de la comprensión del principio de justicia en la gestión de recursos públicos con la corresponsabilidad de todos los implicados, profesionales y ciudadanos. Los líderes de las UGC podrían desplegar en este campo una gran labor, apoyados por los equipos directivos de Atención Primaria.

Este prisma de la bioética médica sustenta la salvaguarda del derecho de la ciudadanía a *prestaciones sanitarias de calidad* que aporten valor clínico contrastado y resulten eficientes, como siempre deben ser los recursos públicos. Atención Primaria lleva décadas dando ejemplo de calidad asistencial y eficiencia frente a servicios

y prestaciones menos-adequadas por su escasa pertinencia y/o rentabilidad sanitaria y social.

La Medicina de Familia debe fortalecer su imagen pública dando *respuestas* a las crecientes expectativas que los ciudadanos depositan en el sistema sanitario público. Los médicos de familia seguiremos aportando *propuestas* de cambio para mejorar la capacidad de resolución de problemas de salud, la humanización y personalización de la atención sanitaria y la escucha activa de los pacientes

La Junta Permanente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria manifiesta su orgullo por la capacidad resolutiva demostrada día a día por los más de 5.000 médicos de familia andaluces y por su ingente e insustituible contribución al sostenimiento de la sanidad pública de nuestra Comunidad. Nuestro más sincero reconocimiento.