

Deseos para el año nuevo del médico de familia andaluz: siempre al lado y del lado del paciente

Pérez Milena A
Presidente SAMFyC

Los médicos de familia de Andalucía compartimos con el resto de nuestros compañeros de toda España la ilusión por el trabajo bien hecho, la pasión por la innovación, el sentido de longitudinalidad y accesibilidad, y la visión de una atención integral e integrada. Lamentablemente también compartimos un **sentimiento de insatisfacción** preocupante que ha ido creciendo, no solo en tiempos de crisis. Este nexo común se origina en **la pérdida de autonomía y recursos (fundamentalmente tiempo)** para ayudar y defender a todas las personas que nos solicitan ayuda. La motivación intrínseca de los profesionales de la salud ya no es suficiente para paliar las deficiencias en gestión y presupuesto que sufre la Atención Primaria. Pese a todo, los médicos de familia andaluces estamos siempre al lado y del lado de nuestros pacientes.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria se gestó en la petición unánime de mejoras profesionales, y así ha seguido independientemente de ideologías políticas o de momentos estratégicos. Desde ese inicio y hasta la fecha presente, semFYC/SAMFyC ha estado presente en todos los foros por la Atención Primaria y ha hablado con todos los responsables políticos (del color que fueran) y sociales aunando esfuerzos para mejorar la asistencia prestada y las condiciones laborales de los médicos de familia. En el año 2016, semFYC trabajó activamente en el **"Decálogo de objetivos para una AP de calidad"** dentro del Foro de Médicos de Atención Primaria. Diferentes grupos y entidades se han apoyado en este documento para presentar sus demandas particulares, señal de que se hizo un excelente análisis de las necesidades y soluciones que se precisan en Atención Primaria.

¿Qué ha pasado en Andalucía durante las casi dos décadas del presente siglo? Veamos punto por punto del decálogo lo que hay y lo que falta:

1. Incremento del presupuesto hasta un 20% y adecuación de las plantillas de profesionales a la realidad sociodemográfica a atender.

En Andalucía, la "Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria" señala la necesidad de un aumento presupuestario en Atención Primaria. En cambio, hemos sufrido una cuantiosa y progresiva reducción de los recursos más pronunciada que el ámbito hospitalario. Por otro lado, los médicos de familia "de a pie" aún no tenemos información sobre la carga de morbilidad de la población atendida, siendo remunerados aún por el indicador TAE (tarjeta sanitaria individual ajustada por edad), algo que puede producir importantes asimetrías.

2. Liderar la gestión de los procesos del enfermo crónico.

Los médicos de familia llevamos atendiendo décadas a los pacientes con enfermedades crónicas complejas: no es algo nuevo. Sí se precisa una reorientación de los servicios de salud hacia los pacientes pluripatológicos y eso significa mayor tiempo en su atención, mayor colaboración por parte de enfermería y un liderazgo para dirigir las acciones que se produzcan en el ámbito hospitalario. Escribir un plan de acción personalizado sin esos requisitos nos aventura a generar más burocracia pero no salud para la población.

3. Liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de recursos.

El médico de familia que está en consulta no se siente invitado a participar activamente en la gestión estratégica de la Atención Primaria. Desde SAMFyC hemos defendido la existencia de los acuerdos de gestión clínica como elemento contractual entre un sistema sanitario y los profesionales que lo conforman. En cambio, hemos criticado la elección arbitraria de objetivos, sus cambios no justificados y la ausencia de validez de muchos indicadores. De igual forma, se echa en falta la existencia de unas estructuras de participación en los procesos de selección del personal directivo de los centros de salud, favoreciendo la profesionalización de la gestión y no la designación directa.

4. Acceso al catálogo completo de pruebas complementarias.

El catálogo de pruebas diagnósticas en Atención Primaria, resultado de un magnífico trabajo realizado por médicos de familia andaluces, no ha mejorado la disponibilidad de estas pruebas sigue siendo heterogénea y pobre, incluso nula en muchas zonas básicas.

5. Entorno profesional y laboral atractivo.

Desde hace más de 15 años oímos el mantra “no hay médicos” siempre que se ha necesitado un profesional para cubrir un cupo. Ahora puede ser verdad, pero habrá que preguntarse cuánto tienen que ver con este problema actual la precariedad laboral con pésimos contratos, el no reconocimiento de la dificultad y/o aislamiento de algunos puestos laborales y la baja remuneración del médico de familia andaluz frente a sus compañeros del resto de España.

6. Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad.

En Andalucía la historia clínica y la receta XXI han permitido la estandarización de documentos asistenciales y facilitado el acceso a una información completa sobre el paciente. Pero ello no ha sido sinónimo de incremento del tiempo de atención. Los médicos de familia no podemos aún realizar una gestión autónoma y personalizada de nuestra agenda. Más tiempo por paciente es más salud para la población y menos gasto de recursos sanitarios, desterremos las agendas a demanda sin tiempo.

7. Gestión de la Incapacidad Temporal con un diseño basado en criterios clínicos.

El nuevo diseño informático de la incapacidad temporal y su adecuación a los tiempos de revisión que la legislación vigente propone suponen una ayuda en consulta. Falta que se haga extensiva a todos los niveles asistenciales, no toda la burocracia corresponde a Atención Primaria.

8. La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales.

La receta XXI ha supuesto un gran avance pero debe existir reciprocidad en el ámbito hospitalario: iguales objetivos de calidad y consumo en farmacia, así como asunción total de las tareas que les competen en la atención a los pacientes (emisión de recetas, informes, revisiones en tiempo adecuado, etc.).

9. Creación de un área de competencias en Medicina de Familia en la formación de pregrado.

Andalucía cuenta con un área de competencias específicas para nuestra especialidad dentro de la docencia universitaria, pero la Medicina de Familia sigue siendo un elemento testimonial en unas facultades que forman a los nuevos médicos hacia lo específico en vez de hacia la troncalidad.

10. Facilitar el acceso a las actividades formativas e investigadoras.

En Andalucía contamos con unas becas específicas no competitivas para Atención Primaria y fundaciones que ayudan a los profesionales en la gestión de los proyectos. Sin embargo, investigar o formarse supone invertir tiempo libre, sin discriminación positiva para quién realiza estas tareas ni reflejo real en los objetivos, centrados en lo asistencial.

No todo es blanco o negro en la Atención Primaria andaluza y española. Hay algunos cambios pero también tenemos importantes carencias, algunas de las cuales han empeorado en los últimos años generando insatisfacción. Esta insatisfacción debe ser cuidadosamente valorada y tenida en cuenta por las administraciones públicas, sea cual sea su signo político, y por la sociedad de la que nos consideramos servidores. Porque, pese a la insatisfacción, los médicos de familia no hemos bajado los brazos y seguimos atendiendo a nuestros pacientes con elevada profesionalidad pese a los escasos recursos que se nos facilitan.