



JORNADA SAMFyC MEJORANDO PRIMARIA. ANTEQUERA 1 DE JUNIO 2019

Aportaciones y conclusiones

El pasado 1 de junio, nos reunimos en Antequera un grupo de socios de SAMFyC con el objetivo de debatir y crear propuestas de mejora a la situación actual de la Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma.

Dividimos el trabajo en cinco mesas de trabajo con los siguientes títulos y temas a tratar en cada una:

1. **Modelo de atención centrada en la cronicidad.** Consultas programadas y gestión de la demanda. Morbimortalidad y riesgo social como determinante del tamaño de los cupos.
2. **Acuerdos de gestión clínica.** Indicadores de calidad y objetivos. Accesibilidad en AP. Calidad y farmacia.
3. **Trabajo en equipo.** Unidad de atención familiar y demanda compartida. Relaciones con el hospital.
4. **Incremento de recursos humanos.** Expectativas laborales y fidelización a EBAP.
5. **Integrando la AP.** Urgencias y emergencias. Cuidados paliativos. Atención domiciliaria. Investigación y docencia.

Posteriormente, elaboramos un documento por cada mesa incluyendo las propuestas que de allí surgieron. Al revisarlas para la redacción de este documento de conclusiones, hemos encontrado que había muchas coincidencias, prácticamente todas las mesas resumieron las mismas propuestas. Las resumimos a continuación, de manera conjunta, para facilitar su lectura, comprensión y realización, ya que creemos que marcan el camino en el que debe dirigirse los cambios para la mejora de nuestra Atención Primaria.

Las propuestas tienen como denominador común la **longitudinalidad en la Atención Primaria** (es decir, que un mismo profesional médico y un mismo profesional de enfermería atiendan los problemas de salud de una misma persona y su familia de forma prolongada en el tiempo). El otro común denominador es el valor de la **especialidad de medicina familiar y comunitaria** (cada año se especializan en Andalucía más de 250 médicos de familia y sin embargo solo se consigue contratar a menos de un cuarto, pese a la grave falta de médicos en el sistema sanitario).

A continuación, exponemos el resumen de las propuestas ya comentadas previamente:

A) Actividad asistencial.

- Clínica a demanda: Apostar por agendas flexibles e individuales. Modificar el modelo de agenda de DIRAYA, adaptándolo a nuestras propuestas.
- Actividad de al menos dos horas no dependientes de demanda, no demorable o urgencias, incluyendo intervenciones comunitarias. Esto es, al menos dos horas de agenda libre de demanda y justificada por actividades: comunitarias, docencia y/o investigación. Garantizar al menos dos horas en la jornada de 7 horas.
- Adecuar el tamaño de los cupos atendiendo a las necesidades de la población en general, no sólo a los clásicos criterios de TIS/TAES pero también adecuado al desarrollo de los profesionales.
- En relación a las necesidades de la población valorar *zonas con necesidades de transformación social, población rural, zonas con actividades comunitarias, multimorbilidad, complejidad clínica.*
- En relación a las necesidades de los profesionales valorar si realizan *investigación, docencia, tutorización.*

B) Contratos de gestión.

- Evitar la uniformidad en los contratos de gestión clínica. Contratos de gestión individualizados y personalizados para cada UGC/Consultorio, entendiendo la diversidad y las diferentes necesidades de salud de las comunidades.
- Adaptabilidad de los contratos a las características comunitarias (demográficas, epidemiológicas, asentamiento urbano o rural, nivel socioeconómico, disponibilidad de recursos, etc.).
- Acomodación de los contratos de gestión al tipo de profesionales de los equipos (formación, responsabilidad docente, competencias, carga de trabajo, etc.).

C) Cartera de servicios y competencias.

- Apuesta por competencias transversales de todos los profesionales evitando la especialización y dispensarización.
- Definir un paquete mínimo de competencias imprescindibles para cada categoría profesional.
- **Es requisito imprescindible asignar consultas a cada enfermera, adaptando los espacios a las necesidades. Después asignar a cada enfermera un cupo. Por último, cambiar el objetivo de organización desde las tareas (curas, diabetes, domicilios, extracciones) a los pacientes, y cada paciente con la enfermera de su cupo, sea lo que sea lo que necesite:** para las curas y las extracciones, la atención a demanda, seguimiento de patología crónica, atención domiciliaria o la gestión de material ortoprotésico.
- Evitar la especialización en las categorías profesionales que trabajan en atención primaria.
- Desburocratización máxima de la actividad de enfermeros y médicos.

D) Coordinación con recursos sociales.

- Acuerdos locales con todos los recursos sociosanitarios implantados en la comunidad de cualquier administración pública y de titularidad pública o privada.

E) Relación interniveles.

- La coordinación con el ámbito hospitalario (AH) es fundamental para nuestro trabajo diario. La creciente complejidad de la atención clínica que debemos dispensar, la tecnificación de muchos procesos... Hacen cada día más necesaria la comunicación con el hospital. Consideramos que hay una serie de problemas que deben resolverse de manera prioritaria para mejorar la coordinación con este ámbito:
- Hay un claro consenso en que la relación con el hospital es fundamentalmente unidireccional. Actualmente la mayoría de las herramientas y vías de comunicación están supeditadas a la decisión de los servicios hospitalarios, que en la práctica totalidad tienen la última palabra. Este grave problema se traduce en situaciones que consideramos inaceptables y de grave perjuicio para el trabajo coordinado, como el control exclusivo de las agendas de consultas externas por parte de los servicios hospitalarios. Los centros de salud son la puerta de entrada al sistema, por lo que sus profesionales son los responsables primeros y directos de la atención a la población, y la coordinación con el hospital debe regirse en todo momento por esta realidad. Se debe rechazar toda propuesta de comunicación y coordinación que choque con esta realidad.
- Deben establecerse varias vías de comunicación, adaptadas a las distintas situaciones clínicas que requieren coordinación entre AP y AH. Estas vías deben ser explícitas, efectivas y deben tener un responsable definido en todo caso.

- Debe definirse un responsable en cada servicio. La comunicación debe ser directa con el profesional del AH en cada caso. Rechazamos la figura del médico internista como único contacto personal con el hospital. La presencia de intermediarios en la comunicación dificulta la coordinación, es una fuente de errores y en muchos casos la limita, ya que excede los conocimientos del médico internista.

- Debe existir una vía de derivación efectiva, al servicio de AP. El cierre de las agendas de consultas externas, impidiendo que se asigne cita en los centros de salud, es una situación que se ha generalizado en los últimos años. Debe revertirse este proceso de forma urgente, ya que representa, junto a la falta de cumplimiento sistemática de los plazos definidos en el "RD de garantías", la destrucción de la vía de coordinación fundamental sobre la que se vertebra nuestro sistema sanitario.

- Debe existir una vía de comunicación telefónica para los casos no demorables. Esta vía de comunicación puede permitir la resolución de numerosos procesos clínicos que actualmente acaban en urgencias hospitalarias, en la consulta o incluso en el domicilio del paciente. Los números de contacto y los responsables de cada servicio deben estar disponibles para todos los profesionales de Primaria. Un servicio de comunicación urgente es inoperativo si tiene un horario restringido. Debe considerarse una tarea más del servicio recibir interconsultas de los médicos de familia al igual que se reciben desde otros servicios.

- Debe existir una vía de comunicación escrita electrónica efectiva y **bidireccional**. Establecer una vía para la resolución de dudas y problemas sobre la atención de un paciente por parte de un profesional del otro ámbito puede favorecer una atención más personalizada en el AH (p.ej. Con la inclusión de información sobre la unidad familiar) y más resolutiva en AP. La única vía oficial actual (salvo excepciones aisladas) es la consulta virtual, una herramienta que adolece en la práctica totalidad de su uso de los problemas generales antes señalados: unidireccional (AP solicita a AH, AH decide sin posibilidad de réplica), de funcionamiento ineficiente y/o inoperativo según el caso.

- Todos estos problemas y propuestas son de especial importancia en la coordinación con los servicios diagnósticos. A pesar de que se anunció lo contrario y se ha elaborado el catálogo de pruebas diagnósticas del SSPA, en los últimos años está siendo habitual la creciente dificultad de acceso de los médicos de AP a las pruebas diagnósticas y al contacto

con los profesionales de estos servicios (en algunas zonas los médicos de AP no pueden siquiera pedir radiología urgente).

- Las herramientas informáticas disponibles en la actualidad en general no permiten la comunicación bidireccional y presentan numerosos problemas e ineficiencias: duplicidades, diferencias entre áreas, frecuentes fallos. Además, en este ámbito hay problemas específicos con los hospitales de agencias públicas sanitarias. Es necesario adaptar estas herramientas a las necesidades de los profesionales, tanto de AP como de AH. Queremos recibir información cada vez que un paciente de nuestro cupo acceda al segundo nivel de Atención Médica a través del 'Buzón del Profesional'. Incluyendo no solo ingresos y asistencia a Urgencias como ocurre en la actualidad, sino también cualquier contacto con otras especialidades.

- Solicitamos la creación de vías de comunicación informática con los farmacéuticos de área, facilitando la correcta prescripción y mejorando la adherencia terapéutica de nuestros pacientes.
- Apostamos por la creación de protocolos de coordinación con equipos de atención de cuidados críticos y urgencias (SUAP). De esta manera, podríamos evitar ingresos innecesarios y mejorar la calidad de la atención a estos pacientes.
- Creemos que la historia clínica digital facilita el trabajo coordinado entre profesionales de AP y AH. Sin embargo, consideramos importante la necesidad de un debate sobre cuál debe ser la información disponible al resto de profesionales diferentes a los de la UAF de un paciente. Existe un conflicto ético evidente que, por el recelo generado a los profesionales, puede perjudicar la relación AP-AH. Ejemplo de ello es el bloqueo de historias de salud mental, que a veces impide incluso la visualización de los datos básicos de atención e impide la actuación coordinada. A la contra, la apertura de los Planes de Atención Personalizada a la EASP, que no es una institución asistencial, y de lo que nuestros pacientes no tienen conocimiento y por lo tanto no tiene la opción de consentir.
- Para mejorar la coordinación entre AP y AH consideramos beneficioso la creación de espacios comunes. La creación de programas formativos comunes, grupo de trabajo multiprofesional AP—AH para la resolución de casos complejos y la rotación de profesionales de AP en AH y viceversa, pueden ser beneficiosas para establecer nexos comunes y relaciones cercanas.

F) Docencia:

Es un componente intrínseco a los equipos de atención primaria.

- Todos los componentes del Equipo de Atención Primaria tienen la opción de asumir funciones docentes, aunque con diferentes niveles de implicación.
- Es preciso un reconocimiento de los profesionales docentes a nivel retributivo y de mérito profesional para concursos y carrera profesional.
- Introducir en docencia de estudiantes de grado y especialistas residentes la atención familiar y las intervenciones comunitarias.
- La docencia ha de tener un hueco en la agenda para actividades tutoriales o académicas.

G) Investigación.

Es una obligación canalizar las aspiraciones de proyectos de investigación de los profesionales. Al igual que en docencia el nivel de implicación debe ser variable.

- Ha de fomentarse la investigación orientada a resultados que conduzcan a mejoras en los procesos asistenciales y servicios.
- Debe seguir fomentándose la convocatoria abierta y específica para Atención Primaria.

- En la realización de Guías de Práctica Clínica, el Médico de Familia es quién debe llevar a cabo la coordinación entre las mismas.
- Debe existir una evaluación de las herramientas de ayuda para la toma de decisiones de las que disponemos los médicos de familia que faciliten la atención y tareas como la deprescripción, la revisión de duplicidades e interacciones, etc.

H) Atención Familiar.

- Debe promoverse que la actividad asistencial se oriente desde el punto de vista de la atención familiar.
- Debe fomentarse en los contratos de gestión la introducción de objetivos e indicadores de atención familiar. Entre otros, el uso del genograma, (este debe ser más operativo y eficaz en la Historia de salud digital) abordaje psicosocial en familia.
- Actuación con hiperfrecuentadores e intervenciones familiares, por parte de todos los activos comunitarios, no sólo por médico, desde la demanda clínica.
- Considerar la atención familiar y la intervención comunitaria como ejes transversales a todas las actividades individuales y grupales de los Equipos de Atención Primaria.
- El modelo de Atención Familiar y Comunitaria debe incluir el modelo de atención centrada en el paciente detectando sus expectativas y preferencias. También debe incluir la perspectiva de género.
- Por supuesto, en este modelo no podemos obviar a las cuidadoras. Hay que evaluar la carga de trabajo que sufre la cuidadora principal y las repercusiones que tiene su rol sobre su salud, así como sobre sus actividades económicas, laborales y sociales.

I) Proyectar desde la administración, una imagen corporativa positiva de los médicos de familia y de la atención primaria fundamentada en logros y resultados, no sólo en aspiraciones, a través de medios de comunicación, RRSS y cartelería institucional.

- Hacer valer una comunicación efectiva sobre resultados en Atención Primaria ante ciudadanos, responsables políticos y autoridades sanitarias al menos en los siguientes apartados:
 - Uso eficiente de recursos en el sistema sanitario público.
 - Detección y corrección de desigualdades de acceso y uso servicios.
 - Corrección de inequidades en el sistema sanitario (de género, territoriales, socioeconómicas, comunitarias, etc.)
 - Abordaje asistencial no exclusivamente biomédico y orientado a lo psicosocial.
 - Mejores resultados en salud individuales secundarios a la longitudinalidad de la atención.

J) Trabajo en equipo.

- Debe facilitarse la agregación familiar con un mismo médico y enfermera para cada familia. **El trabajo diario del médico de familia no se puede comprender sin la relación directa con enfermería.** Esta relación **se debe establecer sobre la base de un cupo de pacientes común, con el cual ambos profesionales trabajan.** El equipo de médico-enfermera, conceptualizado como Unidad de Atención Familiar (UAF), debería situarse así como la unidad básica de atención y organización de los Centros de Salud.
- Las **consultas de médico y enfermera deberían situarse en un mismo espacio físico, idealmente anexas y con comunicación interior entre sí, con una sala de espera común.**

- **Los horarios de trabajo de sus miembros deben ser compartidos y sus agendas deben presentar una organización y flexibilidad suficientes para facilitar el trabajo común, reuniones, formación compartida.**
- **es también necesario desprender a estos profesionales de actividades de baja complejidad, que pueden realizar otros profesionales bien formados.** En este sentido, por ejemplo, los auxiliares de enfermería pueden realizar ECG y espirometrías (hay numerosas experiencias en este sentido) y también pueden ayudar en procedimientos al preparar el material para una cirugía menor y ofrecer instrumental (también con numerosas experiencias).
- **Consideramos importante incorporar a las UAF a los profesionales administrativos.** No es necesario, en este sentido, la adquisición de funciones que se puedan considerar una “extralimitación”, sino **una organización que facilite la atención longitudinal también a este nivel.**
- Es necesario garantizar la presencia de trabajadores sociales como parte de los equipos UAF.
- **Establecer formas de coordinación entre profesionales que respondan a estas incidencias favoreciendo al máximo la atención longitudinal.** Existen muchas posibilidades para conseguir este fin, entre ellas están las siguientes:
 - **Establecer UAF complementarias.** Es beneficioso definir una UAF de referencia en caso de ausencia de uno o ambos miembros de la UAF de un paciente. Es decir, si falta un miembro de la UAF 1, sus pacientes deben acudir a la UAF 2, y viceversa. De esta forma, la UAF complementaria se erige como responsable ante ausencia. **La definición de responsables facilita la coordinación entre profesionales.**
 - Ofrecer una **atención administrativa personalizada:** un administrativo asignado a 2 ó 3 UAF **permite reorganizar agendas en caso de incidencias de forma más eficiente, al conocer a los profesionales y a la población.** Además, permite asignar las citas de forma personalizada para evitar consultas programadas durante las ausencias de un profesional, reduciendo el número de demandas clínicas durante su ausencia.
- **Es fundamental la existencia de tiempos protegidos comunes, libres de tareas asistenciales y/o burocráticas.** Son imprescindibles las reuniones de equipo, para facilitar la organización y coordinación, así como para el trabajo en torno a casos que requieran atención multiprofesional y en torno a problemas de la población de referencia. Además, es imprescindible que este tiempo protegido permita realizar actividades formativas, que facilitan enormemente la coordinación al homogeneizar la atención. Estas reuniones serán comunes a todos los profesionales o específicas en función de los objetivos de cada una.
 - Para un adecuado funcionamiento **el equipo debe compartir** además de objetivos **una serie de valores comunes**, que deben reflejarse en el trabajo diario del centro de todos los profesionales del centro.
 - **Es un requisito para poder definir objetivos y valores efectivos y adaptar la atención a la población, un líder que represente a los miembros del equipo y que surja de éste.** Actualmente hay una tendencia creciente a que los directores de centro sean asignados desde instancias superiores, realizando incluso traslados de profesionales a centros en los que son unos desconocidos para realizar las tareas de dirección. Una persona ajena al equipo nunca podrá representar al mismo ni a la población de forma satisfactoria.
- **En cuanto a las figuras de dirección consideramos necesario que ambos miembros de la UAF (médico y enfermera) estén representados.**

H) Atención a pacientes con enfermedades crónicas.

- Los cupos deben de ajustarse no basándose en el número de pacientes, sino en la complejidad biopsicosocial de los mismos.
- El abordaje familiar y comunitario en la atención a pacientes con patologías crónicas debe estar incluido en los planes de acción dirigidos a este grupo de pacientes en el contexto actual.
- Desde el punto de vista de la atención a pacientes con patologías crónicas y a nivel institucional hay que realizar planes de promoción de actividades comunitarias en relación a las patologías crónicas. Además, fomentar y dotar de recursos a los centros de salud para realizar actividades de prevención y promoción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas que no son aún complejos, evitando su complejidad en el futuro.
- **Pacientes institucionalizados.** En el plan de atención a pacientes crónicos tiene que existir una consideración específica para pacientes institucionalizados, creando un plan específico para ellos, con los recursos y las medidas que sean necesaria para mejorar su atención.

J) Mejoras TICS.

- Herramientas de ayuda para toma de decisiones del Médico de Familia (deprescribir, duplicidades, interacciones, etc.)
- Incluir en el módulo de prescripciones de receta XXI interacciones fármaco-enfermedad y no sólo interacciones fármaco-fármaco.
- Herramienta de identificación rápida de los siguientes pacientes:
 - Pacientes con Multimorbilidad (más de dos enfermedades crónicas).
 - Pacientes polimedicados (más de 5 fármacos de manera crónica)
 - Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos.
 - Pacientes pluripatológicos y crónicos complejos.
 - Pacientes reingresadores o multifrecuentadores de Urgencias.
 - Recoger aspectos de vulnerabilidad sociosanitaria (cuidadores, pacientes en salud mental, problemas sociales...)

K) Políticas de contratación.

- Dejar de basar el sistema sanitario en el Dispositivo de Apoyo para basarlo en la Unidad de Atención Familiar, para ello no se ofertará ninguna plaza de Dispositivo de Apoyo en las oposiciones. (Propuesta de máxima prioridad, aplicable a la OPE 2017 que se celebrará en 2019, por ejemplo).
- Estabilizar las plantillas convirtiendo al personal eventual en interino siguiendo unos criterios de anuncio de plazas y transparencia. (Propuesta de máxima prioridad).
- Humanizar la gestión de los recursos humanos: transparencia, accesibilidad y enfoque asistencial de la gestión.
- Remuneración adecuada a la actividad en la consulta. Remuneración de cualquier acumulación de cupo.
- Si existe una ausencia prevista, esto es una eventualidad, la persona sustituta será la misma durante toda la duración de la eventualidad. El contrato laboral tendrá una duración de al menos la duración de la eventualidad, nunca inferior. Así, los pacientes, aunque no tengan a su profesional de referencia habitual porque esté ausente, sí tendrán a una misma persona de referencia, de la forma más prolongada posible.

- Favorecer el relevo generacional mediante fórmulas flexibles de trabajo en los últimos años antes de la jubilación: Reducciones, actividades formativas o de investigación, no sólo actividades asistenciales.
- Que el dispositivo de apoyo nunca esté circunscrito a toda un área de salud, sino a un solo equipo de Atención Primaria. Sus guardias deben estar planificadas.
- Posibilidad de estabilizar perfiles profesionales diferentes al de médico de familia (por ejemplo el médico de familia con funciones de pediatra o en urgencias extrahospitalarias).

L) Propuestas relacionadas con las políticas autonómicas o estatales.

- Aumentar la presencia de la Atención Primaria en facultades mediante la creación y dotación de departamentos de Medicina de Familia
- Planificar la necesidad de MIR teniendo en cuenta la bolsa de médicos ya especializados en los últimos 15 años.
- Incentivos para las zonas de difícil cobertura de tipo económico, o de otro tipo (méritos, puntuación, etc.).
- A la vista de la fuga de médicos recién especializados, si existe falta de personal médico en Atención Primaria, no se debe contratar a médicos no especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. En ningún caso tutorizarán a residentes.
- Favorecer el retorno de aquellos médicos especializados que han comenzado su desarrollo profesional fuera de la comunidad o en otra especialidad.