

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

25 de noviembre de 2019

Plan de Accesibilidad de Atención Primaria en Andalucía

Desde la Consejería de Salud y Familias se ha propuesto en este año 2019 un nuevo modelo de agenda que incluye las siguientes características:

- ✓ 30 pacientes como máximo al día en la consulta a demanda.
- ✓ Un mínimo de 7 minutos por paciente.
- ✓ Consulta programada.
- ✓ Consulta virtual/telefónica.
- ✓ Visita domiciliaria programada.
- ✓ Investigación/docencia.

A estos puntos sería preciso añadir un tiempo específico para la realización de actividades comunitarias, fundamentales para la Medicina Familiar, al tiempo que se debe contemplar una agenda específica para el desarrollo de nuevas competencias como cirugía menor, el uso de la ecografía o la dermatoscopia.

Desde SAMFyC se proponen varios puntos que los propios socios han aportado en la jornada “**Mejorando Primaria**” celebrada el 1 de junio de 2019, con un documento final que recoge los aspectos fundamentales que deben presidir el plan de accesibilidad en Atención Primaria (https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2019/09/JORNADA-SAMFyC-MEJORANDO-PRIMARIA_conclusiones.pdf).

Principios básicos para la mejora de la accesibilidad

Los puntos básicos que estimamos imprescindibles para mejorar la accesibilidad son los siguientes:

1. Concepto de accesibilidad

Es preciso entender la **accesibilidad** como la facilidad concedida a todas las personas para el contacto y uso de los recursos sanitarios. No se trata, por tanto, de **inmediatez**, que significa un accesibilidad mal entendida que busca un contacto inmediato con el recurso sanitario sin tener en cuenta la gravedad real de la situación. La exigencia del objetivo de “demora cero” ha provocado que la población no recurra al autocuidado ni que se valore adecuadamente la educación sanitaria.

2. Longitudinalidad de la atención

La mejora de la accesibilidad de la población andaluza y la equidad en la asistencia sanitaria tienen como denominador común la **longitudinalidad** en la Atención Primaria. Todos los médicos/as de familia deben tener un contrato digno y estable que les permita atender, durante el máximo tiempo posible, al mismo cupo. Junto a la estabilidad en los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), proponemos la extinción paulatina pero total de la figura del “dispositivo de apoyo”. Todos los médicos de familia deben trabajar en EBAP, ello permitirá una mejor accesibilidad de la población al conocer el médico de familia la historia personal y familiar de cada paciente cuando la atención sea continuada.

3. Trabajo en Unidades de Atención Familiar

Es vital el trabajo en equipo médico/enfermero en **Unidades de Atención Familiar** (*De la Revilla L. La familia como unidad de atención. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74015-X](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74015-X)*) con una coordinación entre medicina y enfermería que permita tener de forma diaria un espacio común de trabajo, orientado sobre todo a la atención de personas con enfermedad crónica y elevada complejidad. La misma unidad de atención familiar (UAF) atenderá las necesidades y los problemas de salud de una misma persona y su familia de forma prolongada en el tiempo. Este hecho supone que las agendas de medicina y enfermería estén relacionadas y contemplen todos los días actividades comunes.

4. Autogestión en cada centro de salud

Deben ser los propios médicos de familia, de común acuerdo con el personal de enfermería y supervisados por los equipos directivos, quienes planifiquen las agendas de cada UAF en función de las necesidades de la comunidad que atienden y de las competencias que puedan desarrollar. El trabajo común obliga a coordinar el diseño del trabajo de forma paralela entre ambos profesionales, siempre de forma cooperativa en la asunción de responsabilidades. Los médicos de familia deben poder realizar una autogestión completa de su agenda con flexibilidad en los horarios y adecuación a la realidad social y económica de cada zona básica de salud.

Se deben realizar cambios progresivos del modelo actual de agenda al nuevo modelo de agenda. No se debe imponer una agenda igual para todos los centros, sino facilitar el cambio progresivo de la demanda clínica a la consulta programada y domiciliaria. Se precisa un tiempo para que la población entienda los cambios y para que el tándem médico-enfermero pueda disminuir la demanda clínica y cambiarla por otras actividades programadas.

5. Valorar como esencial la formación MIR en medicina familiar y comunitaria

La Administración Pública debe exigir la titulación vía MIR para trabajar como médico de familia en el SSPA: un médico sin la formación MIR no puede trabajar en Atención Primaria. Por otra parte, tanto la legislación como diferentes sentencias jurídicas indican que se debe valorar adecuadamente como mérito a formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria para la bolsa de trabajo, los concursos de traslado y acoplamientos, y las ofertas públicas de empleo.

Modelo de agenda para el médico de familia

Basándonos en nuestro documento “**Mejorando Primaria**”, la actividad asistencial del médico de familia debe tener las siguientes características:

ACTIVIDAD CLÍNICA A DEMANDA

Según la propuesta de la Consejería de Salud y el SAS, el tiempo dedicado a esta actividad debe ser de 3 horas y media. El tiempo de la atención a cada paciente no será, en ningún caso, inferior a 6 minutos, y debe progresivamente aumentar hasta alcanzar 10 minutos por paciente. Deben ser posibles las “agendas inteligentes”, donde los tiempos de atención sean distintos en función de la tarea a demanda. La agenda de demanda clínica se realizará en uno o dos tramos, en el horario que sea más adecuado para el médico de familia y en función de las necesidades de la población atendida.

Las agendas deben ser flexibles e individualizadas para cada centro de salud y para cada UAF. El médico de familia será quien diseñe su propia agenda en función de las necesidades en salud y la carga de enfermedad de la población a la que atiende. La distribución de las tareas en la agenda debe estar propuesta por los mismos profesionales aunque supervisada por el director/a de cada centro de salud y coordinada con los profesionales de enfermería. Esta agenda no es estática sino que debe cambiar en función de los cambios en la demanda o en las necesidades en salud detectadas por cada equipo. 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 y 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.

Debe existir una reserva de tramos horarios en la demanda clínica para consultas urgentes no demorables, evitando duplicar citas porque estén todas las citas ocupadas por Salud Responde, debiendo estar gestionadas por cada centro y en función de la época del año y de la patología.

Ajuste del tamaño de los cupos y organización por UAF

Es fundamental que los cupos se ajusten en tamaño no por TIS/TAES, sino en función de la morbimortalidad y la carga de enfermedad (algo que debe ser accesible a los médicos de familia para que puedan valorar adecuadamente cómo atender a su cupo de pacientes). Se debe evitar que pacientes de otros cupos sobrecarguen al resto de médicos cuando su médico de familia no esté en consulta. Es necesario 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.

En relación a las necesidades de la población, se deben tener en cuenta y valorar de forma preferente las zonas con necesidades de transformación social, la población rural, la zonas que precisan actividades comunitarias, así como la presencia de multimorbilidad y la complejidad clínica de la población atendida. La presencia de estos factores debe influir en el tamaño del cupo y la agenda que se diseñe con una discriminación positiva en estas zonas.

Desburocratización de las consultas

Se deben articular mecanismos para cumplir las indicaciones de “NO HACER en tareas burocráticas” propuestas por semFYC (https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2017/05/resumen_10actividades_no_hacer.pdf).

Entre estas mejoras, es fundamental establecer una relación directa entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Existe una evidente asimetría en la que el médico de familia no tiene acceso a sus colegas del hospital y debe, en multitud de ocasiones, cumplimentar tareas burocráticas que no le pertenecen; prescripción de medicación no realizada, revisiones o interconsultas no facilitadas en el hospital, falta de información por parte del facultativo del hospital. Es precisa una mejora de las relaciones directas con el hospital, con facultativos de referencia a quienes se les pueda localizar vía telefónica.

ACTIVIDAD CLÍNICA PROGRAMADA

El tiempo dedicado a las tareas programadas deben implementarse de forma progresiva, dado que las tareas programadas reducirán la demanda clínica. El papel de enfermería es fundamental para llevar a cabo el control de los pacientes crónicos, con agendas programadas de acuerdo a los procesos asistenciales de las enfermedades crónicas más prevalentes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, EPOC, etc..) y complementando la labor del médico de familia con un contenido propio de educación, promoción de la salud y control de síntomas. Estos pacientes deben tener un circuito interno de control programado por medicina de familia, enfermería y al menos una visita anual conjunta. El tiempo a destinar a estos pacientes será valorado en cada caso por la UAF y la complejidad del paciente.

Se proponen agendas programadas para los programas existentes y para las nuevas competencias que asumen los médicos de familia y para los que se requiere suficiente tiempo: salud reproductiva de la mujer (embarazo y planificación familiar), cirugía menor, control de la anticoagulación oral, infiltraciones, ecografía, telederma y dermatoscopia. Desde SAMFyC apostamos por la existencia de competencias transversales en todos los profesionales evitando la especialización y dispensarización. Si por razones organizativas no fuera posible, se debe dotar de más tiempo al profesional que las realiza con cupos de menor tamaño o asunción de otras tareas por las otras UAF que no realizan esa actividad.

La atención domiciliaria es una actividad fundamental para el buen quehacer del médico de familia. Se debe priorizar este tipo de asistencia en el actual escenario de una población cada vez más longeva y con pluripatologías, el domicilio es el medio natural del paciente, y para el médico de familia un espacio donde desplegar nuevas herramientas de atención bipsicosocial y familiar. El tiempo de esta actividad debe estar “blindado” de forma que no deba atender demanda clínica sin cita o realizar otras actividades que le roben el tiempo de la agenda de la atención domiciliaria. El trabajo conjunto con enfermería es vital y deben existir espacios semanales de visitas domiciliarias conjuntas programadas de la UAF.

ACTIVIDAD NO ASISTENCIAL

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.

Deben planificarse al menos dos horas no dependientes de la demanda, incluida la demanda no demorable o de urgencias. Esta actividad debe estar plenamente justificada por actividades comunitarias, formativas, docentes y/o de investigación.

Nuevas competencias para el Médico de Familia

Es fundamental tener en cuenta las nuevas habilidades y competencias incluidas en la última década en la cartera de servicios de Atención Primaria, que incrementa la capacidad resolutive de este ámbito sanitario pero que, al mismo tiempo, requiere una inversión mucho mayor en tiempo para su realización. Se pueden englobar en tres puntos:

1. *Reorientación a pacientes con enfermedad crónica.* La consulta de demanda clínica debe reducirse paulatinamente en favor de una agenda programada en la que no solo se atiendan los problemas de estos pacientes sino que se valoren con un estilo proactivo las necesidades no demandadas de forma integral e integrada. El incremento y priorización de la atención a esta subpoblación de forma programada, tanto en el centro de salud como en el domicilio, es la clave para reducir la agenda de demanda clínica.
2. *Aumento de la capacidad resolutive.* Se han incorporado nuevas competencias y habilidades para el médico de familia que requieren un tiempo para su ejecución. Entre ellas, se citan la ecografía, la cirugía menor, las infiltraciones, el programa de telederma con el uso del dermatoscopio, la atención a la salud reproductiva de la mujer (planificación familiar, embarazo y diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino).
3. *Trabajo en equipo.* Deben existir espacios y tiempos en la agenda comunes a medicina y enfermería, de forma diaria. Es requisito imprescindible asignar consultas a cada enfermera, preferentemente comunicada de forma interior a la consulta del médico de familia, personalizando la atención para todas las tareas que precisen los pacientes del cupo atendido por ambos profesionales. Esto supone un cambio de trabajo por tareas (curas, diabetes, domicilios, extracciones) a un trabajo compartido y orientado a un cupo concreto.

Mayor autonomía de gestión para los Centros de Salud

Esta agenda debe ser revisada y modificada en función de la consecución de objetivos de salud y nuevas necesidades, no solamente debido a demoras puntuales o ausencia de otros profesionales que no son reemplazados, con el consiguiente incremento de carga laboral (algo que debe ser evitado). Es fundamental la atención programada, a domicilio, compartida entre médico y enfermero, y las actividades comunitarias.