

SAMFyC

PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA tras la TERCERA OLA de la PANDEMIA por SARS-CoV-2



Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

4 de marzo de 2021

AMEVO



PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA ANDALUZA TRAS LA TERCERA OLA DE LA PANDEMIA por SARS-CoV-2

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

En abril de 2020 la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria presentó unas propuestas para el adecuado funcionamiento de la Atención Primaria Andaluza en la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2. En este documento se trazaban cuatro objetivos prioritarios para la adecuación del primer nivel de asistencia a la crisis sanitaria provocada por la aparición de la pandemia:

- Mejorar la capacidad diagnóstica en Atención Primaria. Las pruebas para la detección del SARS-CoV-2 deben realizarse a indicación del médico de familia, de forma inmediata según los criterios epidemiológicos de los servicios de salud pública.
- Evitar que los Centros de Salud sean foco de transmisión de la pandemia. El material de protección de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ha de estar disponible en cantidad y calidad suficiente para poder trabajar con seguridad en la atención directa a la ciudadanía.
- Incrementar la autonomía de los equipos de los Centros de Salud, con capacidad para planificar agendas y tiempos de atención según las necesidades de la población atendida, con los suficientes recursos materiales y humanos para ofertar una atención de calidad.
- Renovar y adecuar el sistema de atención sanitaria, permitiendo al médico de familia elegir el recurso adecuado (telemático, presencial o a domicilio) para cada necesidad según criterios clínicos, con una nueva orientación hacia la atención domiciliaria y mayor participación en la atención a las residencias sociosanitarias cerradas y otras agrupaciones de personas especialmente vulnerables.

Los dos primeros objetivos han llegado a cumplirse de forma progresiva en todos los Centros de Salud, Consultorios y Servicios de Urgencias de Atención Primaria durante el transcurso del año 2020, aunque de forma heterogénea. Los dos últimos objetivos se presentan como esenciales para aportar calidad a la atención que desde este nivel de asistencia sanitaria se presta a la población andaluza, pero sin embargo no han sido desarrollados de forma satisfactoria, encontrándose los siguientes aspectos de mejora:

Ausencia de autonomía en la gestión de los Centros de Salud. El plan de accesibilidad del SAS diseñado durante la segunda ola exige un esfuerzo extra a los médicos/as de familia sin aportar más recursos ni contemplar las características de morbimortalidad, riesgo social o ruralidad de la población atendida. No todas las zonas básicas de salud son iguales, por lo que es difícil aplicar de forma homogénea las medidas propuestas.

- <u>Déficit de médicos/as de familia</u>. Desde el Servicio Andaluz de Salud se ha hecho un importante esfuerzo para contratar a más personal sanitario y no sanitario para mejorar el trabajo contra la pandemia. No obstante, el porcentaje de médicos/as contratados es ínfimo comparando con otras categorías. Además, se han contratado durante los dos meses de verano a médicos recién licenciados sin formación MIR que, pese a su esfuerzo y motivación, no han podido aportar ese plus de calidad que se necesitaba por no haber adquirido las competencias propias de un médico/a de familia.
- Importante desinformación en la población sobre el acceso al Centro de Salud y la actividad real desarrollada en Atención Primaria. Se constata a día de hoy una importante falta de información a la ciudadanía sobre la nueva forma de gestión de la demanda en Atención Primaria. No se ha explicado suficientemente a los pacientes los nuevos circuitos de atención ni la necesidad de una primera valoración telefónica que permita al médico de familia elegir el recurso adecuado (telemático, presencial o a domicilio) para cada necesidad según criterios clínicos. Esta desinformación ha fomentado ataques contra la buena praxis del médico/a de familia, sin que desde las estructuras de gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía se haya adoptado una actitud proactiva contra este hecho mediante información clara al ciudadano/a, apoyo explícito al profesional y denuncia a las personas que difaman o amenazan. Tampoco ayudan las informaciones sobre la apertura indiscriminada de las agendas presenciales a la población, sin tener en cuenta el alto de riesgo de contagio en salas de espera nuevamente abarrotadas.
- Fracaso en el sistema de citas mediante el uso del *Call Center*. Los pacientes han tenido grandes dificultades para obtener una cita por falta de respuesta desde Salud Responde en diferentes periodos durante toda la pandemia. La queja de la población se resume en: "no me cogen el teléfono". De igual forma, no se ha ofertado un triaje adecuado a los pacientes, con un sistema de citación basado en la rapidez de la respuesta para dar cita y no en la orientación sobre la necesidad, tipo o urgencia de la cita médica. La población ha mostrado desconocimiento sobre los números telefónicos en la atención al Covid, o señalan que las líneas telefónicas estaban saturadas cuando han hecho uso de ellos.
- Sobrecarga asistencial en los Centros de Salud. Un reciente estudio de SAMFyC muestra una media diaria de 60 citas por médico/a de familia, más del 80% para problemas de salud, con 1 de cada 5 pacientes valorados sin cita previa. Estas cifras duplican las señaladas desde el SAS en 2019 como un indicador de calidad de la atención y generan un desgaste físico y emocional del médico/a de familia que no es tenido en cuenta. Pese a este esfuerzo, el plan de accesibilidad contempla una demora máxima de 72 horas en la atención a un paciente, pero no aporta soluciones para mejorar la demora debida a la falta de médicos/as de familia y el enorme incremento de la demanda asistencial por la población.

Estos problemas se suman a la crisis que la Atención Primaria padecía antes del inicio de la pandemia debido fundamentalmente al incremento indiscriminado de la demanda, la medicalización de problemas sociales, la escasez de recursos estructurales, el incremento continuado de la cartera de servicios y la ausencia de un reconocimiento del principal capital del sistema sanitario: los profesionales.

Para terminar de cumplir los dos primeros objetivos y favorecer el pleno desarrollo de los dos últimos, desde la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria ofrece las siguientes

PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA:

INFORMACIÓN A LA CIUDADANÍA

- Es esencial que desde la Consejería de Salud y Familias y el Servicio Andaluz de Salud se informe sobre la idoneidad de un primer contacto telemático con los profesionales de Atención Primaria. Esta información debe ser ampliamente difundida en medios de comunicación, recordando las medidas de aislamiento a pacientes con síntomas sugerentes de SARS-CoV-2 y los teléfonos específicos que Salud Responde ofrece para la atención en 24 horas a los casos probables de COVID-19.
- Debe iniciarse de forma inmediata una campaña que resalte la labor realizada por el médico/a de familia durante toda la crisis sanitaria a nivel de información epidemiológica, detección de casos, rastreo de contactos, seguimiento clínico, valoración de gravedad, gestión de bajas laborales, seguimiento de altas hospitalarias y atención a inmovilizados afectados por COVID. Es preciso que la población general conozca los datos oficiales sobre la frecuentación sanitaria y la carga laboral que se soporta en los centros de salud.
- Sería muy útil la difusión de todos estos datos en medios de comunicación, en lenguaje sencillo y directo, en diferentes formatos que permita al ciudadano/a andaluz conocer cómo funciona el Sistema Sanitario Público Andaluz, la bondad de esos cambios para él y el papel fundamental que juega el médico/a de familia en el primer nivel de atención sanitaria.
- Se precisan cambios profundos en el sistema de citación, uno de los principales problemas surgidos durante la pandemia. Habría que considerar, dada la experiencia durante este último año, la descentralización de la gestión de las citas para la Atención Primaria, retornando a las unidades administrativas de los Centros de Salud. Una adecuada atención telefónica exige contacto estrecho con los profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria, algo esencial si se pretende diferenciar los distintos tipos de demanda y la priorización de la atención en el tiempo.

PLANIFICACIÓN DE AGENDAS Y AUTONOMIA DE LOS CENTROS

- El acceso al Centro de Salud se hará de forma prioritaria mediante una consulta telefónica al profesional sanitario. Esta consulta tendrá una duración no inferior a 8 minutos. La llamada telefónica será empleada para realizar una valoración de las necesidades del paciente, que serán resueltas por teléfono o bien mediante la asignación por parte del médico/a de familia de otro recurso (consulta presencial o domiciliaria, consulta a otro profesional) en función de las necesidades del paciente.
- El personal de los Servicios de Atención al Usuario participarán en la labor de información y orientación a la población demandante hacia el recurso sanitario más útil para cada caso, dirigiendo de forma adecuada el flujo de personas en el centro sanitario y valorando en cuánto tiempo el paciente debe ser atendido. Esta labor requiere una formación de administrativos y celadores, con la necesidad de tener personal no sanitario especializado en temas sanitarios para ofrecer la mejor respuesta en cada caso.
- En caso de los pacientes que acudan al Centro de Salud sin cita pidiendo una valoración urgente, serán valorados en la Consulta de Acogida de enfermería de

- familia, disponiendo de un circuito para su derivación al médico/a de familia en caso de que sea preciso. Se diferenciarán las emergencias de las urgencias, así como de otro tipo de demandas que no suponen riesgo para el paciente y que pueden ser atendidas otro día o bien de forma telefónica.
- En este momento, y según la encuesta realizada por SAMFyC, las consultas telemáticas suponen aproximadamente el 78% de la agenda del médico/a de familia. Es ideal, de forma progresiva, disminuir ese porcentaje e incrementar la agenda de demanda clínica presencial. Este cambio no podrá ser inmediato, como consecuencia del riesgo de transmisión del virus en las salas de espera y las consultas, hasta que se alcance la inmunidad colectiva o el pico de incidencia
- Sólo el personal sanitario podrá ofrecer una cita presencial. Las citas presenciales no se abrirán hasta que la situación epidemiológica cambie, lo que debe ser explicado a la población. Además de la situación epidemiológica, el tipo de citas presenciales indicadas por los profesionales sanitarios aportan una adecuada priorización del tiempo de espera para ser atendido y se centra en la necesidad de exploración física o realización de otras pruebas o tratamientos. La apertura indiscriminada de las citas presenciales puede provocar un problema de equidad en su asignación, ya que el único criterio válido será la premura con la que se pide la cita y no los aspectos clínicos relevantes, tal y como pasaba antes de la pandemia.
- Las citas presenciales tendrán una duración no inferior a 10 minutos, teniendo en cuenta que no deben solaparse agendas de consultas que compartan una sala de espera. Un posible modelo contemplaría citas presenciales entre citas telefónicas, alternando entre las diferentes consultas con la misma sala de espera.
- Las consultas de asistencia presencial serán preferentemente personalizadas (o dispensarizadas, según la capacidad de cada centro de salud) propiciando la tendencia hacia una atención continuada por parte del mismo médico y enfermera de familia al cupo que atienden, algo que se hará de forma gradual y al ritmo permitido por las circunstancias de cada equipo.
- En ningún momento, salvo por un problema urgente o emergente, se duplicará una cita (dos pacientes a la misma hora), dado que supone un problema grave para la seguridad del paciente.
- Es aconsejable crear una agenda de demanda presencial para la atención pacientes pluripatológicos, preferentemente compartida con enfermería, de una duración no inferior a 15 minutos. Estos pacientes han sufrido demoras en su atención y es necesario realizar una captación activa de los mismos para su control. De igual forma se irán estableciendo agendas compartidas para realizar visitas domiciliarias programadas.
- Los cambios en las agendas serán propuestos desde cada Centro de Salud y enviados al Distrito Sanitario o Área Gerencial para su valoración y aprobación. Para ello se tendrá en cuenta la carga de morbilidad de la población atendida, la edad, la existencia de riesgo de exclusión social y el medio rural, así como los puntos de difícil cobertura.
- Mientras la pandemia por SARS-CoV-2 siga activa, permanecerán los circuitos COVID y no COVID en cada centro sanitario, con especial atención al seguimiento telefónico de los casos confirmados y el estudio y seguimiento de los contactos.

INCREMENTO DE RECURSOS HUMANOS: MÁS MÉDICOS/AS DE FAMILIA

Se precisan más médicos/as de familia. Para ello es necesario que el trabajo en los centros de salud andaluces deje de tener sobrecarga continuada todos los días, permitiendo la autonomía a los centros para manejar sus propias agendas según las necesidades de la población atendida y evitando la sobrecarga laboral con

- agendas que permitan mejorar la calidad de la atención y eviten la extenuación del médico/a de familia.
- Las condiciones económicas del puesto son importantes: urge una equiparación salarial con el resto de profesionales españoles, además de una adecuación casi total de los objetivos del contrato programa del año 2020 a la realidad asistencial donde han desempeñado sus tareas los médicos/as de familia. En documento entregado al SAS en enero de 2021 se solicitó el cobro íntegro de la productividad del pasado año, dada la ejemplar actitud y el duro trabajo realizado por todo el colectivo de Atención Primaria.
- Los médicos/as tutores obtendrán una puntuación útil para bolsa de trabajo, ofertas de empleo, traslados y acoplamientos, que diferencie y dignifique su labor docente, que nunca ha sido remuneruda. En Centros de Salud docentes podrán crearse perfiles específicos para médicos/as tutores cuando se oferten vacantes en ofertas de empleo o traslados.
- Se ofertarán todas las plazas para Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria disponibles en nuestra comunidad.
- Se tendrá una consideración especial a los/las Jóvenes Médicos/as de Familia, ofreciendo contratos prolongados en el tiempo adscritos a una Zona Básica de Salud, pasando a ser miembros de pleno derecho de las plantillas de cada Centro de Salud.
- Todos los médicos/as de familia en dispositivos de apoyo deben pasar a formar parte de un EBAP.

Las siguientes propuestas pueden ser integradas en un cronograma de aplicación en los Centros de Salud, Consultorios y Puntos de Urgencias, fruto del trabajo multidisciplinar de todos/as los profesionales que integran la Atención Primaria. Desde la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria ofrecemos a la Consejería de Salud y Familias y al Servicio Andaluz de Salud la experiencia clínica y organizativa de los más de 3.200 socios/as para contribuir a una planificación ordenada, rigurosa, útil para el paciente y donde el profesional desarrolle sus competencias y pueda ofrecer una atención de calidad.

En Granada a 4 de marzo de 2021.