OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CIEN AÑOS COMPROMETIDOS CON LA SOCIEDAD Y LOS MÉDICOS

Comunicado conjunto de las vocalías de Atención Primaria Rural y Urbana de la OMC

¿CÓMO PODEMOS GANAR O PERDER LA AP?

¿Cómo celebraremos el día de la Atención Primaria en 2030?

Han pasado 10 años desde que la WONCA de 2010, estableciera el 19 de mayo como el "Global Family Doctor Day" y ese mismo año se creara en España el Foro de Médicos de Atención Primaria (AP), el cual elaboró un decálogo de propuestas para la mejora de la AP, propuestas que 10 años después están aún lejos de cumplirse. Junto a estas actuaciones, se decidió celebrar el Día de la Atención Primaria cada 12 de abril para darle visibilidad y poder reivindicar el cumplimiento de su decálogo.

Cuando se inició el proyecto *AP25,* era difícil imaginar que podía ocurrir una pandemia cómo la de la COVID-19, con todos sus riesgos y, como en todas las crisis, abriendo la posibilidad a ciertas oportunidades.

La COVID-19 nos ha obligado a cambiar nuestra forma de trabajar, y abre un abanico de oportunidades a la AP que debemos aprovechar.

En estos momentos conviene que nos hagamos la pregunta: *¿cómo será la AP dentro de 10 años?*, en 2030. Los vocales de Atención Primaria de la OMC hemos elaborado el presente comunicado, a modo de reflexión, es un análisis de las carencias y deficiencias que no debieran repetirse en el futuro, y con el único ánimo y objetivo de la mejora de la AP.

Este trabajo aporta una reflexión optimista y proactivo donde se crean las condiciones necesarias para que la sociedad en su conjunto tenga una mejor AP. Este trabajo de actualización y mejora debe apoyarse en nuestro conocimiento, experiencia, potencial de trabajo y en las nuevas tecnologías.

Partimos de analizar, definir e iniciar otra forma de trabajar donde la atención sanitaria sea algo único dentro del SNS, y donde la AP reciba los recursos suficientes, tanto humanos como materiales. Es importante fomentar la educación sanitaria en los centros educativos entrenado los autocuidados en salud. Apoyarse en la educación sanitaria y las nuevas tecnologías para lograr el empoderamiento en salud de los pacientes crónicos. Participar con asociaciones de pacientes crónicos en el aprendizaje y entrenamiento de sus patologías. Fomentar los hábitos de vida saludables y el buen uso de los recursos sanitarios. Es el momento de retomar el concepto de prevención primaria basada en la educación sanitaria del paciente y que los profesionales de AP se sientan reconocido su trabajo por la sociedad y el SNS.

A través de estas reflexiones nuestros políticos deben comprender que el rumbo, las metas y el destino de la AP se deben marcar con nuestra participación y que es tiempo de adoptar decisiones, incluso valientes. No podemos aceptar los parches, las soluciones apresuradas y las políticas del cortoplacismo. Si seguimos haciendo las cosas del mismo modo, la AP seguirá igual.

Debemos partir de una planificación adecuada desde la misma Universidad, haciéndola atractiva a los estudiantes. Es imprescindible que los Estudiantes de Medicina conozcan durante su formación la labor de los Médicos de Familia. Las Facultades de Medicina deben incrementar el protagonismo de la Atención Primaria Urbana y Rural dentro del currículum del Grado en Medicina. Debemos exigir para los licenciados en Medicina de Familia una oferta de plazas suficientes y atractivas en las que se les permita crecer como profesional. Y finalicemos con contrataciones acordes en condiciones y salario al trabajo que se realiza y con una estabilidad que redunde en la población a la que se atiende bajo el prisma de la continuidad asistencial de la Medicina de Familia.

Los objetivos en la gestión sanitaria deben estar por encima y ser independientes a los cargos e intereses políticos. Para ello, las figuras en la Gerencia, Direcciones y Subdirecciones debieran ser seleccionadas sobre la base de méritos, capacidades de gestión y conocimientos para el desempeño del cargo. El liderazgo clínico de tales puestos de responsabilidad puede venir a través de su elección por convocatoria pública y no por libre designación en ámbitos políticos.

Los vocales de Atención Primaria proponen que para que la AP avance es imprescindible que:

1. Se le dote de un presupuesto finalista y suficiente, en el año 2018 se invirtieron 10.387 millones de euros que supone el 14,6% de la inversión sanitaria pública consolidada y 388 millones de euros menos que en el año 2009 en el que se invirtieron 10.775 millones de euros. Atención Primaria necesita llegar cuanto antes al 20% y con el horizonte puesto en el 25% de la inversión pública consolidada, para poder ejercer sus funciones adecuadamente y solucionando más del 80% de los problemas de salud que le llegan, evitar el colapso de todo el SNS en una nueva pandemia o simplemente para hacer frente al incremento de la cronicidad. Las áreas de gestión integradas no son adecuadas para la gestión del presupuesto de AP que debe ser gestionado de forma independiente en Distritos/Áreas de Atención Primaria con carácter finalista.

2. Atención Primaria necesita que sus médicos de familia y pediatras tengan tiempo suficiente para sus pacientes y para ello se necesita una plantilla bien dimensionada, con cupos máximos (1.200 personas para Médicos de Familia en zonas urbanas, 800 personas para Médicos de Familia en zonas rurales y 800 para pediatras) que en situaciones de falta de sustitutos, como será en muchos años, las ausencias por cualquier motivo no suponga una sobrecarga insoportable para el resto de la plantilla, que se verán obligados a incrementar su tiempo y/o dedicación con la correspondiente compensación. Se debe trabajar de inmediato en atención a las cargas de trabajo, la cronicidad, la edad, grado de dependencia... para una mejor adaptación del cupo a la demanda de los pacientes, estimando como necesarias para una atención óptima del paciente un máximo de 30 consultas al día.

   Atención Primaria se enfrenta a una nueva forma de trabajo, el paciente es el centro del sistema sanitario y la consultas deben de estar optimizadas, para ello hay que disminuir la demanda innecesaria, resolviendo muchas consultas a través de telemedicina y desde el centro de salud a través de sistemas de triaje, como se han realizado durante esta pandemia a nivel de las puertas de urgencias hospitalarias y han demostrado ser muy efectivas. Todo redunda en realizar un trabajo de mejor calidad.

3. Los equipos de AP y sus profesionales deben tener autonomía de gestión con capacidad de decisión sobre sus agendas, con objetivos anuales conocidos, monitorización de resultados y reparto de la demanda de acuerdo con las competencias de cada profesional.

Razonar y negociar con las gerencias los objetivos del equipo y medios para conseguirlos, antes de comenzar el año, comprometiéndose el equipo con la consecución de los objetivos y las gerencias con los medios que sean necesarios, sin abandonar la flexibilidad y rapidez de respuesta ante problemas sobreañadidos. Las nuevas cargas de trabajo y acciones a realizar en AP deben estar siempre acompañadas de los medios necesarios (humanos y presupuestarios) para desarrollarlas como sucede en cualquier otro ámbito del SNS.

4. Es prioritario la atención de las plazas de difícil cobertura, frecuentemente relacionadas con localidades rurales y/o aisladas. Estas plazas deben dotarse del suficiente atractivo del tipo económico y como méritos extra en las bolsas de empleo, concursos de oposición o incluso consolidación del puesto de trabajo afianzando al médico a la zona y permitir una continuidad asistencial.

5. La relación médico-paciente, que a su vez en Atención Primaria es fundamental, requiere unos sistemas de contratación estables, evitando la temporalidad en los contratos y potenciando los concursos oposición regulares y resueltos en meses y no en años.

6. La atención domiciliaria es una actividad fundamental en AP, tanto para enfermería como para el médico. Ahora en muchos centros, por la carga de trabajo que soportan especialmente los médicos, es complicado potenciarla por el tiempo que requiere. Se hace necesario una adecuada gestión de la agenda por parte del equipo de atención primaria y del propio profesional médico-enfermera, que reserve tiempo para la visita domiciliaria.

7. Las nuevas tecnologías, junto con la atención telefónica, el teletrabajo y la visita domiciliaria ha desempeñado un papel muy importante para hacer frente a esta pandemia, evitando contactos innecesarios y por tanto el peligro de infección tanto para los pacientes como para los profesionales. Sería necesario que todo el territorio nacional tenga

acceso a internet mejorando así esa comunicación en formato de e-consulta.

Esta telemedicina se ha podido realizar por la buena voluntad de los profesionales que han puesto a disposición de la administración, en muchas ocasiones, sus propios teléfonos, ordenadores y vehículos destapando una insuficiente red de comunicación. A partir de ahora es necesario dotar de medios adecuados a los centros para hacer estas funciones cuando sea necesario y por la seguridad de pacientes y profesionales.

La telemedicina ha mostrado la realidad que el concepto de desburocratización en la consulta es posible, problemas infranqueables como el e-visado, han quedado resueltos durante la pandemia, de forma fácil y sencilla. La gestión de IT por videoconferencia y su envío vía e-mail es posible. Hay que seguir trabajando en esta línea.

La feminización de la Medicina es una realidad y desde las administraciones no se ha gestionado adecuadamente la conciliación de la vida familiar y laboral. La telemedicina puede ayudar a la conciliación. Igualmente, el médico enfermo y frágil puede trabajar desde domicilio con un sistema de telemedicina y teleconsulta, dando una respuesta rápida e inmediata a las necesidades del paciente que no sean presenciales, reduciendo listas de esperas y evitando las futuras situaciones de baja laboral.

8. Los sanitarios se han enfrentado al COVID-19 en demasiadas ocasiones sin los medios necesarios y han sufrido muchas infecciones y demasiadas muertes. De forma inmediata y programada debe existir una planificación adecuada de medios de protección homologados, con un stock suficiente para hacer frente a epidemias y pandemias, con una adecuada gestión del consumo diario y fechas de caducidad. Cuando se presenta la epidemia o pandemia es muy complicado por no decir imposible y caro hacer compras y gestionar adecuadamente la carencia.

Las condiciones salariales de los profesionales sanitarios siguen en detrimento desde el 2010, a pesar de valorar la necesidad de sanitarios y la labor realizada durante la pandemia, los sanitarios seguimos

siendo el único colectivo que no se le ha reconocido económicamente su exposición y esfuerzo laboral.

9. Se deben crear y establecer protocolos consensuados en el SNS con la participación activa de AP para enfrentarse a catástrofes naturales, medioambientales, infecciosas, accidentes o provocadas de forma intencionada.

10. El tratamiento de las infecciones o enfermedades y las bajas derivadas de los agentes y riesgos (biológicos, químicos, físicos, psicosociales, agresiones, etc) adquiridos en el trabajo deben estar contemplados de forma clara y explícita en la legislación como enfermedad profesional o accidente laboral para evitar las situaciones que se han presentado en esta pandemia, en la que muchos sanitarios se les ha considerado enfermedad común e incluso falleciendo por el virus no ha sido fácil o incluso imposible el reconocimiento legal oportuno.

11. Para que los servicios de Urgencias desarrollen plenamente su importante cometido y no sean utilizados por la mayoría de la población como la puerta de entrada al hospital, es imprescindible:

a. Reforzar las consultas y urgencias de AP tanto en el entorno rural como urbano dotándolas, en condiciones de igualdad, con los medios materiales, diagnósticos y humanos necesarios e imprescindibles que aumenten tanto su poder resolutivo como la eficiencia del SNS en su conjunto.

b. Disminuir las listas de espera de las consultas externas, diagnósticas y quirúrgicas en el hospital.

c. Estimular el uso racional entre la población de los recursos sanitarios, entre ellos el servicio de urgencias, con campañas en prensa y con educación sanitaria en los colegios de primaria y secundaria. Potestad y respaldo de las gerencias para informar a los ciudadanos cuando hacen un mal uso de los recursos sanitarios y respaldo de las Administraciones hacia sus profesionales en relación con quejas del usuario con fines rentistas y no clínicos.

d. Establecer circuitos de comunicación horizontal y no vertical entre el hospital y AP ágiles, efectivos y consensuados.

12. Desarrollar la Medicina Comunitaria con la colaboración de asociaciones de pacientes y ayuntamientos y retomar nuestro papel de médicos de salud pública, adaptado a las condiciones socio-ambientales actuales. Coordinar las acciones de AP con los servicios sociosanitarios de la comunidad para solucionar muchos problemas sociales que no pueden convertirse en problemas sanitarios, evitando su medicalización y que no pueden pretender una solución medicalizada del problema social. Esta pandemia ha puesto en evidencia las deficiencias de las residencias de ancianos que debiendo ser potenciados sus cuidados con profesionales adecuados en cualificación y número.