



DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE,
CELEBRADA POR LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 7 de junio de 2022

Discurso de ingreso

por el

Dr. D. Antonio Martínez Pastor

**‘La Atención Primaria en crisis:
renovar o desaparecer’**

Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Faustino Herrero Huerta

Académico de Número. Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

Edita:



*Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia*

Realización y producción:

Juana Alegría (juanialegrigarcia@gmail.com)

Depósito Legal:

MU 509-2022

Índice:

• Discurso de presentación	7
• Discurso de ingreso:	
La Atención Primaria en crisis: renovar o desaparecer .	15
Atecedentes históricos de la Atención Primaria	20
Visibilizar el valor de lo que hacemos en Atención Primaria .	22
Causas de una AP en crisis	24
Análisis de los recursos humanos en el SMS	29
Propuestas de mejora para la Atención Primaria	35
1. Financiación y recursos	36
2. Reforma del modelo organizativo	37
3. Dignificar nuestro trabajo y mejorar las condiciones asistenciales	40
– Coordinación entre niveles asistenciales Atención Primaria y Atención Hospitalaria.....	40
– Mejora de la historia clínica	41
– Minimizar la burocracia	41
– Plantillas y cupos médicos	42
– Agendas	42
– Mejoras en áreas de difícil cobertura	43
4. Impulsar la formación sanitaria especializada (FSE) y el reconocimiento de los tutores	44
– Medicina de familia y universidad	44
– FSE en Medicina Familiar y Comunitaria.....	45
– Reconocimiento de los tutores	46
Decálogo de conclusiones.....	47

Discurso de presentación

por el

Ilmo. Sr. Dr. D. Faustino Herrero Huerta

Académico de Número. Real Academia de Medicina y Cirugía
de la Región de Murcia

*Excelentísima Presidenta de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de la Región de Murcia,
Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos,
Queridos colegas, apreciada familia del nuevo académico,
Señoras y señores*

Es un gran honor y una especial satisfacción pronunciar estas palabras de acogida en nuestra Ilustre Institución al Doctor D. Antonio Martínez Pastor. Un honor por la alta cualificación médica, académica y científica en Atención Primaria que, sin duda alguna, va a prestigiar nuestra Real Academia con su presencia y valiosas aportaciones en el ámbito de la Atención Primaria.

Murciano de nacimiento (23/11/1959), cursó sus estudios universitarios en la Facultad de Medicina de Murcia, durante los años 1976-1982, obteniendo su Título de Licenciado en Medicina y Cirugía en el año 1982, correspondiendo a la 8ª promoción.

Obtuvo el Título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, vía MIR, el 8 de junio de 1987, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Fue otorgado Diploma de Especialista en Salud Pública y Género, por la Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de Salud Carlos III, en octubre del 2006.

Se doctoró por la Universidad Católica de Murcia (Departamento de Ciencias de la Salud, Cátedra de Riesgo Cardiovascular) con la exposición de la Tesis doctoral: *‘Hábitos y estilos de vida relacionados con el riesgo vascular en universitarios’*, el 22 de octubre de 2007, con la ca-

lificación de *Sobresaliente Cum Laude*, obteniendo el Premio Extraordinario de Doctorado el 13 de junio de 2012, concedido por el rectorado de dicha universidad.

Cursó un Master Universitario en Bioética, en la Universidad de Murcia, obteniendo su Título Oficial con fecha 04/09/2013.

Desde el punto de vista clínico, comenzó desarrollado su función asistencial, inmediatamente a finalizar la formación MIR, como médico de medicina de familia en el Equipo de Atención Primaria de la Comunidad de Castilla la Mancha (en Casasimarro Cuenca). Pero es en la Comunidad Valenciana, en Jávea donde trabaja durante 7 años (tras obtener plaza en propiedad por concurso-oposición y permaneciendo desde 28/01/1989 hasta 20/06/1996). Posteriormente y para poder trasladarse a Murcia, y ante la ausencia de convocatoria de concurso de traslado, se presenta y vuelve a obtener plaza, por concurso-oposición, en este caso del INSALUD y como Médico General en Equipo de Atención Primaria de Torre Pacheco, con toma de posesión, de dicha plaza, el 21 de junio de 1996, y tras varios años en dicha plaza concursa de nuevo para acercarse a Murcia, obteniendo la plaza en propiedad, como médico de familia en el E.A.P. del Centro de Salud de Vistalegre-La Flota de Murcia, desde el 20 de octubre de 2006, hasta la actualidad.

Su carrera docente la inició, como profesor por la Universidad Católica San Antonio de Murcia, inicialmente como profesor colaborador de la cátedra de riesgo cardiovascular, y posteriormente en la asignatura de fisiopatología del Grado de Farmacia, desde el 2015 al 2018, pasando posteriormente a impartir docencia en la asignatura de Medicina de Familia del Grado de Medicina, desde 2018 hasta la actualidad.

Se puede apreciar que las líneas de trabajo en las cuales se enmarca su actividad profesional, ha estado vinculada a la Sanidad Pública así como a la docencia e investigación en Atención Primaria, gestión de Centros de Salud como Coordinador de Equipos de Atención Primaria (Torre Pacheco y Jávea), y tutor docente de Medicina de Familia, y Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

(MFYC) de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia en las Áreas Este y Oeste.

En cerca de 10 años de responsabilidad como jefe de estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, ha desarrollado múltiples actividades formativas como profesor de cursos a, médicos internos residentes (MIR) incluidos en el programa teórico-práctico de la especialidad de MFYC.

Hace 2 años el Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia lo incorpora en su Junta Directiva como Vocal de la sección de médicos tutores y docentes, cargo que desempeña en la actualidad.

En los aspectos de investigación destacan los trabajos, publicaciones y exposiciones relacionadas con la metodología docente, los factores de riesgo cardiovascular, la evaluación y mejora continua de la calidad asistencial, y el análisis de inmigración desde el punto de vista del profesional sanitario, siendo autor y coautor de varios libros editados, precisamente con más de 30 publicaciones, tanto en libros como en revistas médicas; también ha formado parte como director de tesis relacionadas con el riesgo cardiovascular y tribunal de varias tesis doctorales, así como en ponencias y comunicaciones a congresos.

Ha realizado actividades como discente y docente, en diferentes cursos, como formación continuada, participando en diversas asociaciones profesionales, recibiendo a lo largo de su carrera laboral varios premios a su tarea investigadora. En la actualidad es vocal de investigación de la sociedad de médicos de familia SEMERGEN Murcia, y vocal de la Junta directiva de la Sociedad Murciana de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.

De la lectura de méritos, solo me queda decir: ¡¡Válgame Dios!!.

Cuando hace unos meses el Dr. Antonio Martínez Pastor me pidió si podía presentarlo en la Academia, no lo dudé un momento. Acepté de inmediato el encargo, a pesar de nuestra escasa frecuentación en años. Le conocí en el año 82, recién aprobado el MIR y durante su estancia de 6 meses en Medicina Interna del HGUVA, donde servidor ejercía de Médico Adjunto. Desde el primer momento me llamó la atención su actitud prudente, callada y servicial, en permanente disposición de

aprender (le llama timidez lo que es educación y acrisolada discreción), con los ojos muy abiertos y la huella del primer asombro de la mirada. Todo te parecía más y mejor.

Es la ocasión de decir que, desde que se crea la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) en 1978, a la que se accede vía MIR y cuya primera promoción sale en 1982, tras los 2 años de formación hospitalaria y un año en un Centro de Salud, la Atención Primaria da un asombroso salto de calidad, siendo un hecho que nadie discute.

El análisis de tu historia profesional, me ha producido una admiración envidiable. Muestras un ejemplar orgullo de pertenencia a la Atención Primaria, sin el menor atisbo de crisis de fe o aturdimiento identitario en tu labor profesional. -Coherencia se llama esa figura-. Dominas las tres vertientes del quehacer médico de modo magistral: **La asistencial** con la certeza de que hay médicos porque hay enfermos y no a la inversa, y siempre con el paciente como centro del Sistema Sanitario. **La investigadora** reflejada en el saber lo que uno hace, cuanto hace, como lo hace y cuanto cuesta lo que hace. Todo queda plasmado en tus múltiples trabajos y publicaciones, muy centradas en el estudio de *'los factores de riesgo cardiovascular'*, lo que te convierte en un experto gestor clínico, con un marcado rigor ético proveniente de la realización del Máster en Bioética. Pero, donde adquieres verdaderas cotas de excelencia es en tu implacable **labor docente**, de modo continuo y sin fisura alguna. Una de las más nobles tareas del ser humano es la transmisión del saber a quién lo necesita y es la formación de los médicos jóvenes donde un país se juega su porvenir sanitario: Aquí es donde eres un misionero laico, ungido por la gracia de un enorme don pedagógico.

Llegados a este punto, quiero resaltar que esta honorable y bicentennial Institución es y será siempre lo que hagan sus miembros por ella. Su lema es HONOR y LABOR. Honor de pertenecer a ella por designio de sus miembros, que reconocen los méritos de una trayectoria en modo CORRESPONDIENTE, que es lo mismo que decir: Conveniente, Opor-

tuno, Pertinente y Proporcionado. La LABOR siempre es gratificante sobre todo cuando trasluce tres cualidades de las cuales eres propietario de modo discrecional: -Vocación asistencial perseverante-, -rigor botánico en tu labor investigadora y -actitud pedagógica insuperable en la docencia y formación de médicos jóvenes.

Mientras haya personas de tus características, savia nueva en forma de amor insobornable al trabajo bien hecho y entusiasmo sin reservas a la Atención Primaria, esta Academia gozará de una Salud Intelectual de hierro y de un prestigio inmune a la autocomplacencia y al ensimismamiento estéril.

Querido Antonio Martínez Pastor, considero más que merecido tu Título de Correspondiente que espero deba ser además, a partir de ahora, de Académico Corresponsable, por la contribución al conocimiento y éxito social de nuestra Institución.

Muchas Gracias.

Discurso de ingreso

**‘La Atención Primaria en crisis:
renovar o desaparecer’**

por el

Dr. D. Antonio Martínez Pastor

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Tutor de FSE en Medicina de Familia. Centro de Salud Docente

*Excelentísima Presidenta de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de la Región de Murcia,
Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos,
Queridos colegas,
Apreciada familia,
Señoras y señores*

Agradecer en primer lugar al Dr. Faustino Herrero Huerta que aceptase realizar mi presentación en este acto.

El Dr Herrero siempre despertó mi admiración cuando con 19 años comenzaba como estudiante de 4º curso de medicina y recibía sus meticulosas clases acerca de las glomerulonefritis. Posteriormente cuando comencé la especialización en medicina de familia tuve la suerte de reencontrarme con él en la 5ª centro, en aquel momento se decía “la mejor planta de medicina interna”, y aunque no fue mi tutor directo durante la rotación por medicina interna, si tuve la suerte de compartir con él sesiones y exposición de casos clínicos que desmenuzaba con maestría y sabiduría. Su profesionalidad y sus valores fueron un ejemplo en los meses que pasé en aquella planta de la Arrixaca, y de la que guardo gratos recuerdos. Posteriormente ambos nos volvimos a encontrar en las comisiones de docencia del área del Hospital Morales, como jefes de estudios.

Faustino, te agradezco tu bien intencionada valoración de mi persona y de mis méritos profesionales, que son los de un médico de familia ‘normal’, que ha ido descubriendo la grandeza de esta hermosa y difícil especialidad a lo largo de los años.

Me gustaría comenzar agradeciendo a toda mi familia su apoyo incondicional, los valores y referencias éticas que me han aportado en mi vida. Destacar a mi madre Ángeles de 93 años (presente en este acto) ejemplo de amor y dedicación inagotable, a mi padre Juan Dionisio, ejemplo de superación y esfuerzo, y que asiste a este discurso desde otro lugar menos terrenal. A mis hijas Ana y María Ángeles, a mis nietos, y a mi pareja Mari Carmen, motor de mi esfuerzo, fuente de felicidad y alegrías.

En lo que respecta a mi familia profesional quería agradecer:

- La confianza que siempre me ha mostrado el Dr. Francisco Miralles (presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia) y toda su Junta Directiva.
- Al Dr. Pablo Ramírez Romero, jefe de servicio de Cirugía del Hospital Virgen Arrixaca y director del IMIB. Extraordinario amigo incondicional, por su apoyo y ayuda en las dificultades y ‘tachuelas’ que la vida nos pone en el camino.
- El crecimiento profesional que me ha facilitado el Dr. José Antonio Alarcón, y los compañeros de la extinta Gerencia de Atención Primaria de Murcia: Juan José Pedreño (hoy Consejero de Sanidad), Mariana Villaescusa, Fátima Núñez, Mercedes Gómez, Julio López Picazo, Ángel Baeza, María Dolores Lázaro, Remedios Gómez, etc.
- El compañerismo y dedicación de los compañeros con los que he compartido responsabilidades en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia: María Teresa Martínez Ros, Fuensanta Sánchez, José Saura Llamas, María Elena Sebastián Delgado, Nieves Martínez Garre, entre otros.
- Los compañeros de los centros de salud de Jávea, Torre Pacheco y Vistalegre La Flota, donde he desarrollado mi trayectoria profesional como médico de familia. De todos ellos he aprendido, y me han aportado crecimiento profesional y personal, contribuyendo a valorar la satisfacción de trabajar en equipo y sobre todo en los momentos más duros del ejercicio profesional.

- A todos los residentes que he tenido la suerte de tutorizar y formar, y que han dejado una huella en mi vida.
- A los compañeros y amigos de Sociedades científicas con los que he compartido inquietudes y proyectos: SEMERGEN, SEMFYC y SOCIEDAD MURCIANA DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR.
- A mis compañeros de la Cátedra de Riesgo Cardiovascular con el Dr. Abellán al frente y a la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria, con el Dr. Divisón, catedrático de la misma, con los que comparto cada curso el placer de trabajar en la formación de Grado de Medicina de Familia en la Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- Finalmente, agradecer a la Real Academia de Medicina de Murcia, al tribunal que evaluó mi trayectoria profesional los Excmo. D. Francisco Toledo Romero, Dña María del Carmen Sánchez Álvarez y Dña María Luisa Laorden Carrasco y a su presidenta la Excmo. Dña María Trinidad Herrero Ezquerro por darme el privilegio de formar parte como académico correspondiente representando a la medicina de familia.

Comenzando con mi trabajo, *‘La atención primaria en crisis: renovar o desaparecer’* he intentado dar respuesta a 5 objetivos:

- Revisar los antecedentes históricos de la Atención Primaria (AP).
- Visibilizar el valor de lo que hacemos en Atención Primaria.
- Reconocer los problemas que provocan la crisis de la Atención Primaria.
- Realizar propuestas para una Atención Primaria que responda a los retos actuales y futuros.
- Destacar la importancia de la formación sanitaria especializada y los tutores en el futuro de la AP.

Antecedentes históricos de la Atención Primaria

La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata**, realizada en *Kazajistán* (entonces integrante de la *URSS*), del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la *OMS/OPS* y *Unicef*, y patrocinada por la entonces *URSS*. La síntesis de sus intenciones se expresa en la **Declaración de Alma Ata**, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «*Salud para todos en el año 2000*».

La OMS define la Atención Primaria de Salud como ‘*la asistencia sanitaria inicial, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación, y a un coste asequible para la comunidad y el país*’.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la **Atención Primaria de Salud (APS)** como **componente clave de los Sistemas de Salud**. Según la OMS, la inversión en AP debería suponer el 25% del total del presupuesto en sanidad.

En España la situación tras Alma Ata exigió un cambio, ya que no existía un modelo de Atención Primaria (AP) si no un modelo de primer contacto sanitario basado en un enfoque asistencial curativo, que se desarrollaba en una estructura física denominada ‘ambulatorios’, donde trabajaban médicos generales si ninguna especialización específica.

En 1978 se crea dentro del sistema MIR la especialidad de medicina familiar y comunitaria, y en 1981 se crean los primeros centros de salud embrionarios que se implantaron paulatinamente y sobre todo a partir de 1984. Este año se recogieron los principios propugnados en la conferencia de Alma Ata y las recomendaciones de la OMS de implantar la Atención Primaria de Salud, mediante el **Real Decreto de estructuras básicas de salud** (RD 137/84, de 11 de enero), que definió

y sentó las bases del llamado **‘nuevo modelo’ de atención** sanitaria del primer nivel asistencial en **España**.

Pusimos en marcha los primeros Equipos de Atención Primaria (EAP) y los primeros Centros de Salud (CS). Comenzaron a trabajar las primeras promociones de Medicina Familiar y Comunitaria; se incorporó un enfoque de salud pública y de promoción de la salud a partir de diagnósticos de salud de zona; se reforzó el rol de la enfermería estableciendo las consultas y diferentes programas; se implantaron historias clínicas completas, posibles al pasar de las dos horas de consulta de ‘cupó’ (con más de 50-100 pacientes por consulta/día) a jornadas de 8 horas, con cupos razonables, que permitían una buena anamnesis, exploración y enfoque del problema de salud.

Sin duda, la motivación de los profesionales formados pocos años antes vía MIR en medicina familiar y comunitaria, fue de enorme valor y representó un impulsó la reforma, y la transición al nuevo modelo de Atención Primaria.

De forma paulatina el sistema nacional de salud (SNS) se fue descentralizando en servicios autonómicos de salud y Murcia recibió las transferencias sanitarias en 2001. La AP se constituyó como mucho más que la puerta de entrada al sistema, y desde entonces:

- Realiza una labor de primer contacto del usuario con el sistema sanitario y resuelve más del 90% de los problemas de salud de las personas.
- Realiza una atención a las personas en su núcleo social y familiar.
- Favorece la integralidad.
- Realiza una atención longitudinal, coordinada.
- El enfoque no es solo asistencial, sino fundamentalmente de prevención de la enfermedad y promoción de salud, con participación de los ciudadanos en una toma de decisiones compartida.

Decía una defensora reconocida de la AP, la Dra. Barbara Starfield, que ‘los países donde los médicos de familia disponen de una lista de pacientes y son el punto de referencia para la consulta inicial a todo

nuevo problema de salud, son más efectivos y eficientes que los que permiten una libre circulación dentro del sistema’.

Visibilizar el valor de lo que hacemos en Atención Primaria

Lo que hacemos en AP es muy importante, sin ánimo de ser exhaustivo expondré algunos datos.

Algunos estudios como el publicado hace 25 años en el *‘International Journal of Health Service’* muestran la importancia de la AP. Este estudio sobre el impacto de la AP y la atención especializada hospitalaria (AH), utilizando análisis de regresión múltiple los investigadores concluyeron que ‘la AP es de lejos la variable más significativa relacionada con un mejor estado de salud, correlacionado con: menor mortalidad, pocas muertes por patología cardiaca o cáncer y otros múltiples resultados beneficiosos para la salud’.

Si analizamos algunos datos numéricos del impacto de la AP, observamos que según fuentes del Informe Anual del Ministerio de Sanidad en AP realizamos mas de 234 millones de consultas al año en MF y 1,5% de visitas domiciliarias, y 130 millones de consultas en enfermería con mayor tasa de visitas domiciliarias de 7,5%. Con una frecuentación de algo más de 5 visitas al médico de familia por persona y año.

Cuando valoramos como califican los usuarios nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), observamos que la valoración media del sistema sanitario de 2010 al 2018 fue de 6,6 puntos. Sin embargo, en AP la valoración de los ciudadanos es superior, 7,3 puntos sobre 10, por tanto somos muy bien valorados por las personas que atendemos.

En patologías crónicas el impacto de la AP también es muy notable, de forma que atendemos 70 millones de consultas de personas con diabetes y se ha mejorado el control de la diabetes y otros FRCV como la hipertensión arterial o la dislipemia, de modo que en los últimos 10

años (fuente Ministerio de Sanidad en su informe anual 2020-2021), en el análisis de la última década observamos que han disminuido las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares (las cardiopatía isquémica un 20% y el ictus un 9%), y se han reducido las hospitalizaciones en los pacientes con diabetes un 17,5%, reduciéndose las amputaciones y las complicaciones agudas y crónicas.

Los pacientes entienden que les facilitamos mucho la toma de decisiones de aquellas cosas que afectan a su salud, y esa percepción es de casi el 80% de los usuarios atendidos en AP, y superior más de 5 puntos con relación al especialista hospitalario.

Pero más importante que la cantidad de actos realizados y el número, es el VALOR de lo que hacemos, y para poner en relevancia esta información presentaré algunos datos de estudios que me parece relevante destacar:

- Un estudio realizado en EEUU con población de MediCare comparó la AP con la Atención Hospitalaria (AH), en la atención a pacientes mayores de 65 años con múltiples patologías en su mayoría crónicas, observándose que disminuía la mortalidad total si era atendido en AP, las hospitalizaciones, el número de ingresos evitables se reducía, el grado de control era mejor, el gasto era lógicamente menor y lo único que se incrementaba ligeramente y como es lógico la mortalidad en el domicilio. Por tanto, en pacientes crónicos, con comorbilidades, es mucho mejor que se atienda en AP frente al Hospital.
- Un trabajo de JAMA de hace 3 años, realizado en Estados Unidos, con más de 7000 servicios de AP y más de 300 hospitales, analiza la importancia de contar simplemente con 1 MF más x cada 10000 habitantes. En los resultados observamos que simplemente un incremento de 1 MF más, mejora la expectativa de vida casi 2 meses y mejora la mortalidad x enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer. Esto es en EEUU, pero son datos parecidos a lo que se dan en Europa.
- Diferentes trabajos analizan el beneficio de que las visitas sean

realizadas por el mismo MF., la longitudinalidad en la atención sanitaria. Se observa que si de cada 10 visitas 6 son por el mismo MF se reducen los ingresos hospitalarios casi un 12%.

- Un estudio realizado en Noruega, con más de 4 millones de personas (casi toda la población de este país), resalta la importancia de ver envejecer a tu MF, vemos que en las columnas verdes cuando el MF te visita más de 15 años se reducen las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios por procesos agudos y la mortalidad.

Causas de una AP en crisis

Que la AP está en crisis es un hecho incontestable, basta con mirar las hemerotecas del último año para encontrar infinidad de noticias que alertan de la grave y crítica situación en la que se encuentra nuestra AP. Infinidad de noticias inundan y alertan sobre una AP en crisis, en precario, en intensivos. Si nos atenemos a la definición de CRISIS, esta es una 'situación negativa, grave y decisiva que pone en peligro el desarrollo de un asunto o proceso'. Por tanto, encaja en la situación que estamos viviendo en AP. Parecería que los responsables de la gestión más que 'cuidar al cuidador', han descuidado a quién tiene que cuidar a las personas de nuestra sociedad.

Distintas sociedades científicas, colegios de médicos, sindicatos, asociaciones y colectivos de usuarios han venido denunciando la situación en la que se encuentra la AP. Las noticias sobre la AP han inundado, tras años de silencio, los medios de comunicación.

El Dr. Juan Enrique Pereñíguez, médico de familia e ilustre académico en un artículo resaltaba que tras la pandemia que vivimos 'la atención primaria no quiere ser el hermano pobre de la sanidad'. Otros artículos señalan que la AP se ha rebelado tras años de recortes y las protestas de médicos y enfermeros se acrecientan tras la falta de refuerzos.

Otras noticias hablan de movilizaciones, y hace menos de un año se

presentó en esta Academia un libro blanco que analiza la situación de la AP en la región, escrito por los doctores Esteban Granero, Alberto Barragán y Juan Enrique Pereñíguez.

En una encuesta sindical, realizada durante la crisis, hasta el 98% de los médicos consideran necesaria y urgente una reforma de la AP, destacan las noticias sobre los problemas emocionales y psicológicos de los sanitarios de AP:

- El 85% de los sanitarios de AP tiene ansiedad y el 64% burnout por el COVID.
- Otro síntoma es que 1 de cada 5 médicos de la Región de Murcia se arrepiente de su profesión tras la pandemia.
- Mas del 70% de los médicos han visto empeorada su salud mental desde el inicio de la crisis sanitaria

El colofón a esta situación dramática que viven los facultativos es de la reciente encuesta sobre la situación de la profesión médica donde en una profesión como la nuestra, eminentemente vocacional, hasta un 70% de los médicos se jubilaría anticipadamente si pudiera.

Otra noticia publicada sobre el Defensor del Pueblo, advierte que la saturación en Atención Primaria ‘perjudica la calidad y seguridad de los pacientes’.

También el Colegio de médicos a través de su presidente el Dr. Francisco Miralles destacaba el papel de la AP durante la pandemia y alerta sobre la situación de crisis de la AP, que precisa no solo aumentar los efectivos, sino también contratos estables.

El último elemento que faltaba por alertar de esta crisis son el conjunto mayoritario de coordinadores médicos que en mayo de 2022 trasladan un documento con propuestas al Servicio Murciano de Salud, intentando revitalizar y renovar una AP en crisis.

La pandemia por el SARS-COV2 ha tenido una repercusión en la maltrecha AP, hay que destacar:

- la AP ha atendido a más del 90% de los casos de infección debida a coronavirus

- según el CIS el 80% de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención recibida por su médico de familia.
- los médicos de familia han trabajado en un contexto y condiciones nunca experimentadas, con rápida adaptación a consultas no presenciales y con resiliencia.
- en AP se ha mantenido la atención presencial ‘no demorable’, en los peores momentos de la pandemia, con entrega y compromiso.
- la pandemia ha supuesto un estrés añadido al profesional de AP y se ha quebrado la percepción social

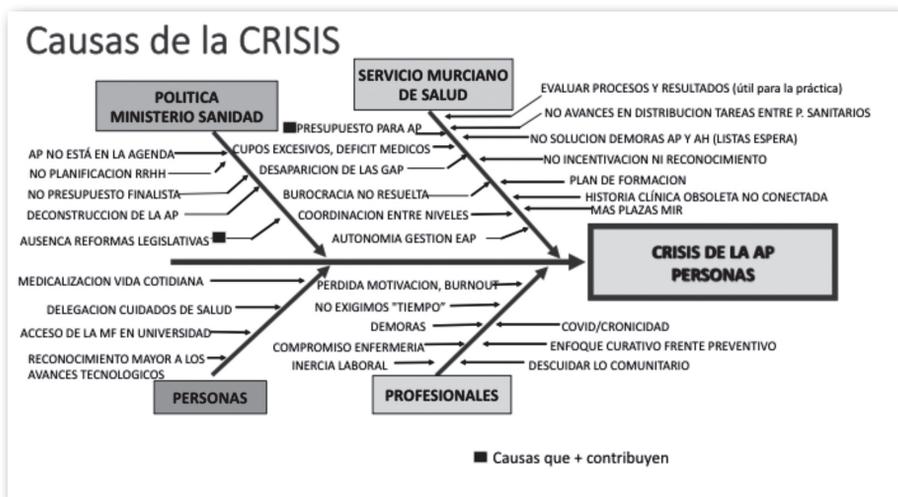
Pero, no ha sido la pandemia lo que ha hundido la AP. La AP lleva más de 10 años precarizada, agonizante y sostenida por la profesionalidad de los equipos de atención primaria y especialmente por los facultativos.

En AP nos sentimos ‘dolidos por la INVISIBILIDAD’ de nuestro trabajo y esfuerzo (social y de nuestra empresa). Percibimos con preocupación como muchas iniciativas que se implantaron, los servicios de salud los están ‘deconstruyendo’, con escasa o nula participación de los profesionales. Muchas gerencias se resisten al cambio, la agenda ya no está construida por nosotros, exigen una presencialidad por encima de todo. Además, tenemos un clima laboral de desencanto. También la dificultad de acceso en obtener una consulta porque no se cogía el teléfono en el área administrativa (en muchas ocasiones centralitas colapsadas), ha sido interpretado por la administración como que el médico no quería ver a los pacientes, cuando la realidad es que hemos visto a nivel nacional entre un 20-30% más (según datos de las sociedades de medicina de familiar de Atención Primaria).

Concretando, dos grandes problemas amenazan la AP, la escasez de recursos y la demanda asistencial creciente. Además, la Sanidad pública en su conjunto también ha entrado en crisis, basta con mirar algunos datos de listas de espera inasumibles. Este año 2022 se alcanzó el record de pacientes en lista de espera quirúrgica 706.000. El malestar profesional es creciente y además se está produciendo retrasos en la

llegada de fármacos aprobados por la EMA (quizás por problemas presupuestarios). Por tanto, podemos afirmar que hemos pasado de la ‘mejor Sanidad del mundo’ (pública, universal, equitativa) a una ‘Sanidad con graves problemas’.

Las CAUSAS DE LA CRISIS son muchas y variadas y podemos confeccionar un diagrama de Ishikawa o de espinas de pescado, que he elaborado, para agrupar en categorías estas causas. En la figura siguiente presento el diagrama que he comentado con las causas agrupadas en categorías: política con mayúsculas del Ministerio de Sanidad, causas dependientes de nuestra administración autonómica, causas dependientes de las personas (usuarios o pacientes) y causas dependientes de los profesionales.



Entre las CLAVES PARA ENTENDER LA CRISIS hay una fundamental y es el presupuesto que recibe la AP, que según la OMS debería llegar al 25% del total del presupuesto en Sanidad, pero que en España solo representa hasta 2019 el 14,6% y este año el 14,9%. Otro dato relevante es que el porcentaje de producto interior bruto que España dedica a Sanidad, entre el 2014 y el 2018, ha disminuido un 0,1%.

Pese al beneficio claro de invertir en AP la realidad es que en comparación con atención hospitalaria, llevamos más de 20 años perdiendo inversión en AP con relación a la AH.

Para entender esta crisis tenemos que resaltar que llevamos más de 30 años en que no se ha legislado nada relevante que estimule la AP, lo que traduce una falta de liderazgo político, y podemos afirmar que 'LA AP NO ESTÁ EN LA AGENDA POLÍTICA'. Y sufrimos de infrafinanciación con una desinversión mantenida 20 años, en la que la AP ha perdido un 36% más que la atención hospitalaria (AH) en inversiones y en recursos humanos (RRHH). Mientras la AH ha crecido un 10,7%, la AP solo lo ha hecho en un modesto 1,8%.

Hay una falta de planificación de los RRHH que precisa la AP, que ha propiciado una escasez de médicos, una falta de previsión para asegurar el relevo generacional y una infradotación de plazas MIR en MFYC y pediatría. Asimismo, la especialidad de MFYC ha ido perdiendo atractivo por las condiciones laborales con presión asistencial elevada, contratos precarios y fuga de médicos recién formados.

Otro factor importante, para entender la crisis, es lo que se denomina 'DECONSTRUCCIÓN DE LA AP':

- nos quitaron las gerencias de Atención Primaria (GAP), la mayoría de facultativos de AP lo valoramos como “una pérdida tremenda”.
- han fragmentado la atención creando nuevas estructuras, ya que la AP no puede realizar los domicilios que deberían se han creado unidades de hospitalización a domicilio, igual con los cuidados paliativos, etc.
- han incorporado ante la falta de previsión y escasez de médicos, a médicos sin especialización, de forma precaria y sin formación previa.

El último aspecto para entender la crisis que me gustaría destacar es que hemos perdido VISIBILIDAD SOCIAL. Hay que reconocer que la AH y las prácticas complejas y últimos avances tecnológicos ganan la atención de quienes asignan y deciden los presupuestos. Además,

se publicita más en los medios de comunicación la última adquisición tecnológica del Hospital, que los logros de la AP.

Una fotografía del trabajo actual y diario de un médico de familia en AP refleja que tenemos sobrecarga asistencial con consultas masificadas y demoras crecientes, escaso tiempo para atender a los pacientes, y como consecuencia de lo anterior los facultativos vivimos con un estrés mantenido y desgaste profesional.

Análisis de los recursos humanos en el SMS

Cuando analizamos el número de recursos humanos que hay en AP, según fuentes del propio Ministerio de Sanidad (Informe Anual 2020-2021) el número de profesionales facultativos por cada 1.000 personas, en AP es de 0,8 frente a 1,8 en AH. Por lo que no hay suficientes recursos humanos, sobre todo en AP. El Ministerio de Sanidad así lo reconoce, pero el paso a la acción se demora en exceso. Además, la administración abusa de contratos temporales, discontinuos y eventuales sobre plazas ya existentes en plantilla, o realiza ofertas de contratos multitarea que han propiciado la fuga de los profesionales de la AP.

Cuando se compara el crecimiento acumulado a lo largo de los años el número de médicos de urgencias hospitalarias con relación al de médicos y pediatras de AP se observa que apenas ha habido crecimiento en AP en los últimos 10 años, muy diferente situación a la vivida en las urgencias.

Cuando la comparación del crecimiento acumulado es entre médicos y enfermeros de atención hospitalaria con los de Atención Primaria también se observa una gran diferencia a favor de la AH y un estancamiento del crecimiento en AP.

Si analizamos la situación en la Región de Murcia, estamos en 0,75 profesionales de medicina por cada 1.000 personas, por debajo de la media nacional.

Cuando en la Encuesta del Colegio de Médicos de Murcia de 2022 se

les pregunta a los colegiados, por como consideran las plantillas médicas, un 90% de los médicos de AP las consideran insuficientes, de ellos 2 de cada 3 de forma habitual y un 20% en muchos periodos del año.

Las sociedades científicas de AP que representan a la mayoría de médicos de familia de nuestro país, SEMERGEN Y SEMFYC, expresan en distintos documentos la necesidad de invertir en recursos humanos, por lo que se precisa aumentar el número de médicos de familia por ratio de población y reponer las jubilaciones, ya que más del 40% de los médicos de familia son mayores de 55 años. Se estima que harían falta en España entre 8000 y 10000 médicos de familia más, y al menos 4700 en el corto plazo.

La sobrecarga asistencial ha sido patente durante la pandemia con un aumento de las consultas de 12,5% y agendas entre 40 y 70 pacientes, lo que ha ocasionad malestar de usuarios (*Catalunya, tienen que esperar 12,38 días para conseguir cita con su médico de familia; Valencia, con 9,33; Baleares, con 8,86; Andalucía, con 7,67; Región de Murcia, con 7; y Madrid, con 6,83*) y desgaste profesional. Aún en los momentos duros de la pandemia y ha diferencia del hospital, en AP no se cierran plantas, y en vacaciones se incrementa notablemente la carga asistencial por la ausencia de sustituciones, por lo que en muchas ocasiones la presión asistencial llega a ser insoportable.

Los problemas de accesibilidad y las demoras reconocidas por el Ministerio de Sanidad en su último informe anual señalan que más de la mitad de los usuarios de AP tienen que esperar más de 1 día y el tiempo medio de espera en AP antes de coger cita con su médico de familia es de 5,8 días, y eso le sucede a 1 de cada 3 pacientes, lo que significa ‘negar la AP’. Esta situación de listas de espera en AP, rompe con la accesibilidad (una dimensión característica y básica de la AP), y ocasiona que muchos pacientes se resignen y esperen, otros acudan a urgencias sin ser necesario, y otros se van al doble aseguramiento al sector privado.

Cuando analizamos las listas de espera hospitalarias que da el Ministerio de Sanidad en su último informe anual, vemos que el tiempo

medio de espera para una primera consulta en AH es de 99 días (81 días en 2019 antes de la pandemia), y el tiempo medio de espera para ser operado en cirugía de 148 días. Esto repercute en la AP, de forma que si la atención se demora en el nivel hospitalario, el paciente nos vuelve a consultar y ‘reconsultar’. No se puede resolver el problema de las demoras si no hay una intervención coordinada en los 2 niveles de atención.

Cuando analizamos ‘el tiempo de atención en consulta’ en AP tenemos que concluir que es un bien escaso y que a menos tiempo se oferta menos calidad y peor salud.

- Disponemos entre **5-7 minutos** por paciente de media.
- Un médico de familia en Europa, dispone de 10 a 15 minutos. En Inglaterra 15 minutos y en EEUU unos 20 minutos.
- Una agenda sobrecargada limita el seguimiento de la cronicidad y la proactividad.
- La falta de personal y **asumir otras consultas** deriva en todavía menos tiempo de atención al paciente.
- Se necesita tiempo para desarrollar las actividades y nuevas competencias del perfil profesional del MF ej. ecografía.

El problema del escaso tiempo para la consulta en AP se ve agravado por la burocracia que nos desborda, y nos aleja de nuestro trabajo de atender y escuchar. Burocracia ligada a las bajas médicas (problema muy agudizado durante el COVID), visados de inspección para medicamentos esenciales que nos ralentizan las consultas, informes médicos a petición de diferentes organismos que sitúan al médico de familia como un fedatario público.

Continuando con el análisis de las causas que nos han llevado a la crisis actual de la AP y a la sobrecarga asistencial, cabe destacar lo que podríamos denominar ‘medicalización de la vida cotidiana’. La transformación digital impacta en la relación médico paciente. El incremento de capacidades tecnológicas aumenta la sensibilidad de la identificación de alteraciones de la normalidad y reduce el umbral a partir

del cual los pacientes solicitan atención médica en AP o urgencias. El paciente se informa en la red, contrasta sus síntomas con lo que lee, y consulta al médico demandando lo que ha leído que hay que hacer, incluso exige pruebas diagnósticas.

Las expectativas actuales de la población es la de encontrar respuesta a problemas que en muchos casos exceden de la responsabilidad del médico de familia (la pobreza, el paro, conseguir una prestación económica, una ayuda de dependencia, el duelo o cualquier crisis vital, custodia de hijos en casos de divorcio, etc.), y contribuyen a saturar la AP, y a aumentar el círculo de insatisfacción y desgaste de los profesionales médicos, carentes de recursos para resolver muchos de estos problemas.

También la demanda de la población mal gestionada contribuye a la saturación, y al Burnout y desgaste del médico de familia. Muchos motivos de consulta son banales y no precisarían atención presencial o por el médico. La escasa educación sanitaria se traduce en una escasa autonomía del paciente para gestionar el proceso, y se genera una dependencia excesiva del sanitario.

Se necesita por parte de los gestores un poco de audacia, valentía y educación sanitaria a la población.

Hay algunas experiencias (Galicia) para filtrar, triar, la demanda sobrevenida sin cita previa, a través del personal de enfermería.

La consulta telefónica puede discriminar lo que debe verse de forma presencial. Algunos avances derivados de la pandemia han sido suprimidos por la administración.

Esta situación de saturación de la AP cronificada, ha tenido consecuencias en aspectos como el abandono de la acción comunitaria del médico de familia. *Actividades comunitarias son aquellas realizadas con grupos con características, necesidades o intereses comunes, dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.*

Las Actividades Comunitarias están entre la necesidad y la utopía:

Algo **necesario**, porque es el 2º apellido de la especialidad del médico de familia, y **utopía** porque decimos: ‘Habría que hacerlo’, ‘nadie lo hace’, ‘ni siquiera sabemos bien de qué se trata’.

El desarrollo de las Actividades Comunitarias ha sido escaso de carácter aislado y voluntarista. También para ellas se necesita tiempo y participación de otros profesionales (enfermería, trabajador social, ...)

Se han encendido las alarmas en AP y la situación emocional de los profesionales de AP es límite. Somos el país con peor clima laboral de toda Europa. Causas:

- Demanda creciente, urgencia continua.
- Aumento de la frecuentación sin mejora correlativa de los niveles de salud.
- Percepción de los profesionales de la sobredimensión de las demandas recibidas por parte de la población.
- Dependencia creciente del sanitario (que parece haberse generado), y que repercute de forma perversa sobre la eficacia de la acción profesional.

Consecuencias: frustración de comprobar que nuestra preparación y nuestros esfuerzos en el trabajo asistencial no son suficientes para enfrentar los problemas de salud habituales que vemos hoy en las consultas.

Si trazamos un paralelismo con el continuum cardiovascular donde los factores de riesgo cardiovascular mantenidos ocasionan un daño orgánico subclínico y que si no se actúa el paciente evoluciona hacia el desarrollo de enfermedad cardiovascular, podríamos decir que existe también un continuum de la crisis de la AP que se origina en diversos factores de riesgo sobre los que no se ha intervenido y que originan y daño asintomático sobre el que se ha seguido sin intervenir para finalizar en la enfermedad instaurada de la AP caracterizada por pérdida de la accesibilidad, profesionales ‘quemados’, ausencia de facultativos, huida de profesionales, no hay relevos, no hay tutores, se externalizan servicios, la población busca aseguramiento privado y esto lleva a que

la AP se quede como una medicina de beneficencia, lo que supone de facto la desaparición de la AP que algunas sociedades científicas sitúan en 2030. En la figura siguiente que he diseñado, podemos ver gráficamente todo el proceso que he relatado.



Está claro que ‘todo lo que no se renueva se muere’, y existe una clara necesidad de **RENOVAR LA AP**, realizando una revisión profunda de la estrategia de AP para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud del momento actual. Hay que fortalecer una AP debilitada, incrementando y reforzando las capacidades de los equipos de atención primaria (EAP).

Algunas sociedades científicas ponen fecha al futuro sin AP, como hoy la conocemos, y hablan del 2030, esta lisis de la AP ocasionaría:

- Hospitales colapsados.
- Imposibilidad de afrontar la cronicidad.
- Nos quedaremos sin las campañas de vacunación periódica de niños y adultos.
- Listas de espera todavía más largas.

- Abandono de programas de cribado.
- No habrán campañas de promoción de salud.
- No podremos acompañar a nuestros pacientes a que dejen de fumar o reorienten sus vidas hacia estilos de vida más sanos.

Propuestas de mejora para la Atención Primaria

A continuación, realizaré algunas propuestas de mejora para la AP que han sido reconocidas por colegios profesionales médicos, sociedades científicas y el foro de Atención Primaria entre otros. Tenemos que considerar a la Atención Primaria como primaria, primera y primordial como la sitúa alguna sociedad científica, si no queremos que se desmorone el actual sistema nacional de salud (SNS).

La reconstrucción del SNS requiere un nuevo modelo de AP que en mi opinión se debe basar en 4 pilares, en el marco de una reforma del SNS que incluya una estrategia para la AP. En la figura podemos observar esos 4 pilares que son financiación-recursos, nuevo modelo organizativo, dignificar nuestro trabajo mejorando las condiciones y cuidar el talento (formación sanitaria especializada-FSE-y tutores).



El Ministerio de Sanidad ha trasladado al Consejo Interterritorial del SNS algunas propuestas para mejorar la AP que incluyen:

- Mejorar la financiación de la atención primaria de salud, y concretamente una de las acciones principales será equiparar las retribuciones complementarias y nivelar los salarios entre los profesionales de atención primaria y hospitalaria.
- Mejorar la estabilidad en el empleo y las condiciones laborales (OPE más frecuentes, contratos de 2 años al acabar la FSE).
- Desarrollo de las especialidades de enfermería familiar y comunitaria y pediátrica. Se precisan enfermeros formados por y para la AP.
- Insuficiente si luego una vez formados no se priorizan en las bolsas de trabajo para su contratación.
- Impulsar la autonomía de gestión en los equipos de atención primaria.
- A medio plazo: formalizar acuerdos de gestión clínica, publicar convocatorias para cubrir el desarrollo de funciones de coordinación de estos equipos o permitir la gestión de la agenda por cada profesional adaptándola en función del desarrollo de actividades de gestión, tutoría o colaboración docente e investigación.
- Posibilidad de ampliar los horarios de forma voluntaria y retribuida. Impulsar un nuevo marco estratégico para primaria.
- Establecer un marco básico que fije las reglas del juego e impida una guerra abierta entre las comunidades para atraer a los médicos de familia.

Pero, muchas de estas iniciativas ya fueron expuestas durante otros mandatos y siguen en el cajón.

1. Financiación y recursos

Sin financiación y recursos para la AP nada de lo que a continuación expongo podría ser acometido con garantías de éxito.

Existe un clamor entre las sociedades científicas de AP, y coincidiendo con la recomendación de la OMS sobre la AP, que hay que in-

crementar el presupuesto de la AP, en el corto plazo al 20% y a medio plazo al 25%, y que el presupuesto debe ser finalista e independiente de la Atención Hospitalaria.

Hay que dotar a la AP de recursos y mantener los recursos físicos y estructurales ya existentes. Si se apuesta por la ecografía, tendremos que formar y facilitar ecógrafos como herramienta exploratoria en cada consulta a los médicos ya formados.

Recientemente el Servicio Murciano de Salud ha presentado un plan de apertura para los próximos años de nuevos centros de salud, pero hay que recordar que la reforma que necesita la AP no es solo de estructura física, ya que esto no asegura la calidad de la atención sin además crecer en los recursos humanos que se necesitan.

Hay que invertir en mejorar las condiciones de trabajo con un plan de sustituciones o refuerzos, remunerar dignamente los asume-cupos, solucionar las demoras, y en este sentido recordar que la actividad fuera de la jornada laboral ordinaria debe reconocerse como actividad extraordinaria.

También hay que retribuir dignamente, acercarnos a Europa en salarios, y así evitar la fuga de médicos a otros países.

2. Reforma del modelo organizativo

La sociedad está en continua evolución, y en el momento actual es diferente cuanti y cualitativamente a la del siglo pasado, y por tanto el modelo organizativo precisa adaptarse a los nuevos tiempos y a las actuales necesidades asistenciales. Sin embargo, el modelo no ha evolucionado sustancialmente y de forma paralela a la evolución social y a las necesidades de sus profesionales.

El nuevo modelo debe incorporar la participación de los ciudadanos y de los profesionales del EAP, liderados por la figura del director del centro de salud (en lugar de la denominación actual de coordinador). El objetivo es prestigiar y poner en valor la AP y situarla como eje, motor y centro del SNS.

Entre los cambios necesarios del modelo organizativo se precisa de

liderazgo y autogestión. Liderazgo de los equipos gestores para ser capaz de realizar los cambios que se necesitan. Participación activa del médico de Primaria en la gestión de los Equipos que permita la toma de decisiones sobre lo necesario en aspectos de: organización, estructura y recursos humanos y materiales.

Participación activa en el diseño del contrato de gestión, de acuerdo a las necesidades reales de la población.

Otorgar más capacidad de gestión al coordinador del Equipo de Atención Primaria (sin duda médico), incrementar su reconocimiento jerárquico, liberarlo en mayor medida de tareas asistenciales, incrementando su reconocimiento en todos los aspectos (retributivo, categoría profesional) e incluyéndolo en los foros para la toma de decisiones AP-AH. Se precisaría como herramienta para alcanzar esta propuesta de convertir al coordinador del equipo en auténtico director con capacidad de gestión, el que la empresa procure la formación en gestión.

Entre los cambios de modelo organizativo también se precisa:

- Elaborar un reglamento de funcionamiento de los EAP adaptado a las necesidades actuales, con definición de tareas de los profesionales del EAP.
- Participación de los profesionales del EAP en el diseño del contrato de gestión, de acuerdo a las necesidades de la población en el momento actual.
- Un modelo de 'gestión de presupuesto' que permita la incenti-vación por objetivos alcanzados, de modo que si se alcanza la eficiencia de gestión repercuta directamente en el propio centro de salud y sus profesionales.

Igualmente, en los cambios organizativos se precisa abordar la reorganización de tareas de forma que se facilite disminuir la sobrecarga del médico de familia.

Una fuente de sobrecarga asistencia procede de la 'actividad imprevista no demorable', ya que la inmediatez de la atención genera

tensión y expone al burnout y las agresiones al profesional. Reducir frecuentación innecesaria requiere la colaboración y actuación de distintos profesionales del EAP, de los pacientes y de la sociedad en su conjunto.

Se precisa impulsar una transformación social con intervención multisectorial de asociaciones de usuarios, colegio médico, medios de comunicación, y profesionales entre otros.

Los profesionales de enfermería pueden asumir un rol preponderante en cuestiones de prevención y promoción de la salud. en el seguimiento de la cronicidad, de forma proactiva y continuar su excelente trabajo en las campañas de vacunación. Enfermería podría filtrar la demanda sobrevenida no demorable de pacientes que acuden por una ‘urgencia’: pueden valorar el caso, tomar constantes, realizar analítica (por ejemplo, una tira de orina, una glucemia según los casos) o electrocardiograma, antes de derivarlos si precisan al médico, de forma que se facilite el trabajo posterior del médico.

Se precisa una **cartera de servicios** actualizada, la actual se ha quedado obsoleta. Dicha cartera debe responder al envejecimiento poblacional y el predominio creciente de la cronicidad en nuestra población. Además, deberá ser equitativa, a ser posible para todo el territorio nacional, que evite inequidades entre sus ciudadanos. A nivel regional, tanto la cartera de servicios como el catálogo de prestaciones y de pruebas complementarias a disposición de los profesionales y sus ciudadanos no deben tener diferencias que favorezcan las desigualdades en función del área de salud.

Igualmente, a nivel de farmacia se debería facilitar los fármacos necesarios para la actuación de los profesionales de acuerdo a las guías de práctica clínica seleccionadas en función de la evidencia, con participación de los profesionales de AP. Buscando homogeneizar actuaciones y disminuir la variabilidad para mejorar la atención a las personas que atendemos.

Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica. La mejora de la calidad repercute en mejores servicios

y atención a las personas. Facilitar y dotar de herramientas para la evaluación, y la investigación sobre la práctica clínica de las actuaciones del médico de familia, para identificar y abordar áreas de mejora.

Implicar a los profesionales en la evaluación de su práctica.

3. Dignificar nuestro trabajo y mejorar las condiciones asistenciales

Se precisa abordar varios puntos a fin de dignificar nuestro trabajo y mejorar las condiciones asistenciales que permitan atender mejor a las personas.

- Mejorar la coordinación AP-AH.
- Actualizar cartera de servicios adaptada a las necesidades de las personas.
- Tecnología al servicio de las necesidades: historia clínica.
- Dignificar el trabajo:
 - Cupos médicos.
 - Agendas.
 - Reducir burocracia.
 - Potenciar la docencia.

Coordinación entre niveles asistenciales Atención Primaria y Atención Hospitalaria

- El último informe del Ministerio de Sanidad 2020-2021 refleja que la percepción de ‘buena coordinación entre niveles asistenciales’ se mantiene por debajo del 50%, por tanto, es una cuestión que no ha mejorado con las gerencias únicas, en territorios donde se han implantado, y sigue siendo un área manifiestamente mejorable. Mejorar la coordinación AP-AH requiere medidas de coordinación real entre la AP y la AH:
- Establecer protocolos conjuntos y herramientas de continuidad asistencial. Establecer planes de formación y reciclaje.
- Mayor participación de los profesionales de la AP en la toma de decisiones.

- Cartera de servicios conjunta en los 2 niveles asistenciales.
- Establecer procesos de gestión compartida de las enfermedades prevalentes.
- Mejora de los circuitos de interconsultas no presenciales (INP).

Mejora de la historia clínica que favorezca la continuidad asistencial

La historia clínica actual es impropia del siglo XXI, parece un Word de escritorio un poco más avanzado, pero tiene muchas limitaciones. Para acceder a información del compañero especialista en Hospital tienes que entrar en el entorno de SELENE o acceder a AGORA, lo que genera consumo de tiempo de acceso, ralentizando el desarrollo normal de la consulta. Además los problemas constantes de conexión enlentecen nuestro trabajo. Otro problema es que no te permite acceder al grado de control de tus pacientes, o seleccionar a los pacientes que no se han realizado una analítica en la fecha prevista, o que no acuden a revisión de sus patologías. En definitiva, dificulta la proactividad.

Se precisa una historia clínica única con el Hospital, ágil, rápida, conectada, que permita fácilmente la obtención de datos de tus pacientes y la conectividad hospital-AP. Que permita adjuntar archivos, imágenes, y que proteja al médico frente a temas legales.

Minimizar la burocracia

Distintas sociedades científicas de AP, como SemFYC, ha propuesto un decálogo de medidas para minimizar la burocracia que ocupa de forma notable nuestro escaso tiempo y nos distrae de nuestra fundamental labor de escuchar y atender los problemas de salud de las personas. En este sentido, para minimizar la burocracia, nuestra empresa podría:

- Diseñar los circuitos para eliminar los actos prescindibles.
- Revisar la burocracia ligada a la incapacidad temporal (IT) en consulta.

- Poner la tecnología al servicio del profesional para facilitar las tareas burocráticas. Por ejemplo en la receta electrónica de los pacientes crónicos próxima a caducar, le salte una cita en la agenda médica para la renovación, sin que el paciente tenga que llamar o decir que le han caducado.
- En las recetas con visado de inspección: minimizar los fármacos, más claridad en las páginas a cumplimentar.

Plantillas y cupos médicos

Cupos médicos adaptados a las demandas y necesidades de la población, para humanizar nuestro trabajo y dar seguridad a nuestras actuaciones.

Distintas sociedades científicas de AP, estiman que entre 2022 y 2025 harían falta 4500-5000 médicos de familia en AP y más de 1300 pediatras.

Se estima que abordar las contrataciones que se necesitan, al menos inicialmente, tendría un coste de 280 millones de euros.

Se precisan cupos de 900 en pediatría y 1200 en medicina de familia, para disminuir la sobrecarga asistencial, con pequeñas variaciones en función de:

- Proporción de pacientes ancianos
- Proporción de pacientes crónicos complejos.
- Zonas urbanas versus rurales.
- Nivel socioeconómico de la población, ...

Así mismo, se precisa mejorar la precariedad laboral con contratos estables, que favorezcan la necesaria longitudinalidad en Atención Primaria. Salarios dignos sin merma por la mejora de las condiciones de carga de trabajo revisadas.

Agendas

Tenemos que partir de la premisa que una agenda que se considera adecuada para las consultas externas de un especialista hospitala-

rio, también lo es para un especialista en medicina familiar y comunitaria.

- Se propone mínimo 10 minutos/paciente de media (5´ administrativas, 10´ presencial en demanda, 15´ programadas de crónicos, ecografía, infiltraciones, ...)
- 25-30 pacientes/día.
- Delimitar el número de consultas imprevistas y que se cargan automáticamente (urgencias, altas Hospital, respuesta INP, COVID,...)
- Dejar espacio para CONSULTAS NO PRESENCIALES 7 minutos (telefónicas, telemáticas, videoconsultas)

Se debe permitir la autogestión de las agendas regulada por el director del EAP. Permitir otros tiempos en el trabajo de un médico de familia, tiempos para docencia, formación MIR o de estudiantes de medicina, investigación, adquisición de nuevas competencias con formación en horario laboral, etc.

En la solución de las demoras en AP se ha propuesto para paliar la falta de médicos, y a corto plazo, hasta que no se resuelva el déficit de recursos humanos, realizar módulos, voluntarios, en jornada extraordinaria, con un sistema similar a los ya implantados a nivel hospitalario y con similar reconocimiento retributivo.

Mejoras en áreas de difícil cobertura

Existe un problema derivado de la falta de médicos en zonas más periféricas de nuestra Región (hasta un 25% de vacantes de médicos sin cubrir, muchas en AH). Se precisa mejorar el entorno rural donde no hay mucha población y están más alejados de los núcleos urbanos.

Se propone:

- Revisar cargas asistenciales, acordes al tipo de población
- Dar facilidades donde no llegan los recursos para que la población se pueda desplazar.

- Incentivar al facultativo en baremo de méritos, carrera profesional, reconocimiento económico específico.

4. Impulsar la formación sanitaria especializada (FSE) y el reconocimiento de los tutores

La formación sanitaria especializada es clave para poder acometer los retos futuros de nuestro SNS.

Medicina de familia y universidad

Antes de avanzar merece destacar el papel que debe contar la MFYC en los estudios de grado de Medicina, cuyo peso hasta el momento actual ha sido claramente infraponderado en los currículos formativos del grado. Si consideramos que un tercio de los médicos formados van a ser especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFYC), podemos afirmar con rotundidad que la presencia de la MFYC en la Universidad es claramente deficitaria.

Es necesario que los estudiantes de medicina tomen contacto con la Atención Primaria (AP) y la MF. Si la formación y las prácticas de medicina se centran en los hospitales y hay poca formación en los centros de salud, la AP no se va a valorar por estudiante con la misma relevancia.

Otra medida necesaria es la existencia de más profesorado con el título de medicina familiar y comunitaria en la Universidad, para ello se precisa por las autoridades revisar los actuales criterios de acreditación de la ANECA, muy enfocados a ámbitos hospitalarios y con más capacidad de realizar investigación que la que dispone un médico especialista de MFYC en su ámbito y condiciones de trabajo. La medicina tiene mucho de abordaje integral de las personas, de la perspectiva comunitaria, la atención longitudinal, la visión integradora, la prevención, y por supuesto, las habilidades de comunicación. Todas estas son competencias de la MF y a las que solo se accede desde AP, de ahí la necesidad de incrementar la participación de la medicina familiar y comunitaria en los estudios de grado.

FSE en Medicina Familiar y Comunitaria

El parlamento europeo consciente de la falta de médicos aconseja planificar ‘una reserva de talento’ para fichar a médicos extranjeros. Esta iniciativa, enfocada al ‘acceso urgente’ al mercado laboral, podría estar resuelta si antes hubiéramos formado a los profesionales que se necesitan.

Hasta antes de la pandemia las plazas MIR habían disminuido un 10%. Se precisa formar más residentes, y crecer en la red docente necesario para ello, y por tanto, en el número de tutores. Cada año quedan más de 1000 egresados de las facultades de Medicina sin posibilidad de formarse por falta de plazas MIR, algunos sindicatos estiman que existe una bolsa de más de 5000 médicos procedentes de las facultades sin posibilidad de acceso a la formación MIR. En nuestra Región de Murcia, no se aprovechan los alumnos formados en medicina para incrementar el número de plazas, al contrario de otras comunidades que se han anticipado y ofertado más plazas (‘llegamos tarde’).

Otra problemática añadida de la FSE es que no se aprovecha el talento de los médicos recién formados.

Fuentes de los colegios de médicos cifran en 18000 médicos formados desde 2015 que han decidido no trabajar en el SNS (‘fuga de talentos’). Aquí la especialidad más afectada es la MFYC. Entre las razones figuran el entorno laboral en AP, la escasez de tiempo y medios, y el cansancio y desmotivación. Se estima que un 30% de los médicos de MYC formados se van a otros entornos laborales más atractivos como las urgencias fundamentalmente hospitalarias. Otra parte de los médicos que finalizan MFYC deciden realizar una segunda especialidad. También una parte importante de médicos deciden no prestar servicios al SNS, ni presentarse a las plazas de AP que oferta la administración.

Este año 2022, doscientas plazas MIR de Medicina Familiar y Comunitaria no han sido adjudicadas en la elección de plazas de MIR, lo que traduce el desprestigio de una especialidad a la que no se ha cuidado durante años.

Consecuencia de todo lo expuesto, se acrecienta el déficit de médicos de familia.

Reconocimiento de los tutores

La figura del tutor es la piedra angular que soporta la FSE.

Se necesita un mayor número de médicos tutores e incrementar la red y capacidad docente. La situación actual en es crítica se han producido renunciaciones masivas de tutores porque no se dan las condiciones laborales para ofertar una buena docencia.

No hay previsión para afrontar el relevo generacional en los tutores. Habría que atraer a los médicos de familia más jóvenes para que asuman tutorizaciones de residentes, algo que solo se puede lograr con RECONOCIMIENTO en todos los aspectos, laborales, carrera profesional, retributivo, etc. El recambio generacional de los tutores es insuficiente por falta de reconocimiento, estímulo y atractivo de la función tutorial.

Delimitar en la jornada laboral el tiempo dedicado a formación continuada y a investigación.

Algunas noticias alarmantes sobre la situación de los tutores han trascendido a la prensa, como la renuncia, concretamente en Madrid, de más de 200 médicos de familia tutores a impartir más formación de residentes, debido a la crítica situación de los centros de salud. Nos estamos quedando sin tutores suficientes para las plazas MIR de MFYC.

Entre las preocupaciones y quejas de los tutores en la última encuesta colegial realizada por el Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia en 2022, el 98% de los tutores no encuentra reconocimiento suficiente. Un 48% solicita disminuir la carga asistencial de los tutores, un 25% mayor reconocimiento curricular, un 18% prioriza mayor retribución, y un 9% más recursos para ejercer la labor tutorial. 2 de cada 3 médicos de familia consideran la plantilla de su centro insuficiente de modo que el 94% de los tutores se quejan de tener un tiempo insuficiente para ejercer la labor de tutor.

Desde que se promulgó el RD 183/2008 que regula la FSE y que debería continuarse con un decreto autonómico que ordenase el sistema de FSE en Ciencias de la Salud a nivel autonómico, han pasado cerca de 15 años sin que esa regulación autonómica vea la luz en la Comunidad Autónoma de Murcia. Esta ausencia de decreto a nivel de la Región de Murcia hace que no esté regulado el reconocimiento del tutor, que no estén regulados los espacios de tiempo necesarios para la docencia e investigación, y que no esté regulada la carga asistencial de los tutores, y quede a la buena voluntad de los gestores.

A nivel regional se precisa crear más plazas de FSE, se debe optimizar y aprovechar mejor la existencia en nuestra Región de 2 facultades de medicina y evitar que médicos recién egresados realicen el MIR fuera de nuestra Región por tener limitado el número de plazas MIR.

Se precisa incrementar la red docente necesaria para el desarrollo de la FSE, potenciar la participación de los tutores a través de las comisiones de docencia y fortalecer la figura del tutor.

Decálogo de conclusiones

1. La AP está en crisis. Si no se renueva desaparecerá como hoy la conocemos.
2. Situar la AP en la agenda política y en el centro del SNS.
3. Invertir en AP de forma urgente para la sostenibilidad económica y funcional.
4. Reformar el modelo organizativo y tareas intra EAP. Rescatar las gerencias de AP.
5. Redimensionar las plantillas y los cupos para tener el tiempo necesario.
6. Renovar la historia clínica electrónica en conexión 'ágil'.
7. Revisar la cartera de servicios y catalogo de pruebas sin inequidades entre áreas.
8. Mejorar los circuitos asistenciales y aumentar la coordinación entre niveles asistenciales. Contar con los profesionales.

9. Favorecer la autogestión, incentivación, reconocimiento profesional.
10. Prestigiar la AP y sus profesionales.

Para acabar, una reflexión personal: debemos colocar la Atención Primaria en el centro del Sistema Nacional de Salud, para que pueda cumplir con el objetivo de mejorar la vida de las personas, proporcionando cuidados y servicios de calidad, a un coste social asequible, fomentando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para mejorar la salud de todos, y dentro de un sistema colaborativo con otros especialistas.

He dicho.