

# La Atención Primaria de Salud (AP) en España en 2025

2019

Cuadernos  
CGCOM



OMC 

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

**Edita:**

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

**Coordinador de la edición:**

José María Rodríguez Vicente (*Secretario General del CGCOM*).

**ISBN:** 978-84-09-10834-3

**D.L.:** C 541-2019

## Grupo de Trabajo AP-2025-OMC (Organización Médico Colegial)

- Dra. D.ª Chao Escuer, Paula.  
*Vocal de Médicos Titulares y Rurales del Colegio de Médicos de Madrid.*
- Dra. D.ª Figueroa Jiménez, Sara.  
*Vicepresidenta de Asuntos externos de el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.*
- Dr. D. Garavís González, José Luis.  
*Médico de Familia. Centro de Salud Santa Marta de Tormes (Salamanca).*
- Dr. D. Marcos Carreras, Hermenegildo.  
*Representante Nacional de AP Rural. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).*
- Dra. D.ª Magallón Botaya, Rosa María.  
*Profesora titular de la Universidad de Zaragoza.*
- Dr. D. Matas Aguilera, Vicente.  
*Representante Nacional de AP Urbana. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).*
- Dra. D.ª Nicolás Poza, Julia.  
*Vocal de AP Rural de Bizkaia.*
- Dr. D. Ortega Marlasca, Manuel María.  
*Vocal de AP del Colegio de Médicos de Cádiz.*
- Dr. D. Repullo Labrador, José Ramón.  
*Profesor de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.*
- Dra. D.ª Rico Uríos, María Remedios.  
*Vocal de AP Rural del Colegio de Médicos de Tarragona.*

- Dr. D. Rodríguez Del Río, Francisco Javier.  
*Vocal de AP Rural del Colegio de Médicos de Ciudad Real.*
- Dr. D. Sanmartín Sánchez, Esteban.  
*Vocal de AP Rural del Colegio de Médicos de Huesca.*
- Dr. D. Torres Vázquez, Juan José.  
*Vocal de AP del Colegio de Médicos de Badajoz.*

# Índice de temas y de autores

<b>Grupo de Trabajo AP-2025-OMC (Organización Médico Colegial)</b> .....	3
<b>Prólogo</b> .....	9
<i>Dr. D. Serafín Romero Agüit</i>	
<b>Cambios urgentes de la AP en España</b> .....	15
<i>Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río,</i>	
<i>Dr. D. Hermegildo Marcos Carrera,</i>	
<i>Dr. D. Vicente Matas Aguilera</i>	
<b>Introducción</b> .....	19
<i>Dr. D. José Luís Garavís González,</i>	
<i>Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río</i>	
<b>Objetivos</b> .....	21
<i>Dr. D. José Luís Garavís González,</i>	
<i>Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río</i>	
<b>Presentación de las partes y capítulos del documento</b> .....	23
<i>Dr. D. José Ramón Repullo Labrador,</i>	
<i>Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río</i>	
<b>PARTE I:</b>	
<b>Estructuras solventes para la AP</b> .....	33
<b>I.1. Hacia la suficiencia financiera de la AP</b> .....	33
<i>Dr. D. Vicente Matas Aguilera</i>	
<b>I.2. Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras</b> .....	45
<i>Dr. D. Vicente Matas Aguilera</i>	

<b>I.3. Condiciones laborales y retributivas de los médicos de AP. Propuesta de modelo retributivo</b> .....	56
<i>Dr. D. Vicente Matas Aguilera</i>	
<b>I.4. Aspectos sociales e implicaciones laborales de la feminización de la profesión</b> .....	68
<i>Dra. D.ª Paula Chao Escuer,</i>	
<i>Dra. D.ª Remedios Rico Uríos</i>	

**PARTE II:****Organización basada en el profesionalismo y  
la autonomía de gestión** .....

75

<b>II.1. Deseos de futuro para la gestión clínica en AP para el 2025</b> .....	75
<i>Dr. D. Manuel M.ª Ortega Marlasca</i>	
<b>II.2. Incrementar la capacidad resolutoria de la AP</b> .....	91
<i>Dr. D. Esteban Sanmartín Sánchez</i>	
<b>II.3. Continuidad asistencial</b>	
<b>Relación AP-Atención Hospitalaria Rutas asistenciales</b> .....	100
<i>Dr. D. Esteban Sanmartín Sánchez</i>	

**PARTE III:****Instrumentos para una práctica clínica apropiada en AP.****Propuestas para abordar problemas emergentes** .....

105

<b>III.1.Hacia un nuevo contrato social del médico con la comunidad</b> .....	105
<i>Dr. D. Juan José Torres Vázquez</i>	
<b>III.2.La medicalización de la sociedad</b>	
<b>Elevado coste y riesgos para la salud</b>	
<b>Eliminar lo superfluo</b> .....	109
<i>Dr. D. Juan José Torres Vázquez</i>	
<b>III.3.Cronicidad. La AP como eje de la atención al paciente crónico pluripatológico</b> .....	115
<i>Dr. D. Juan José Torres Vázquez</i>	
<b>III.4. Prevención cuaternaria. Seguridad del paciente</b> .....	121
<i>Dr. D. Esteban Sanmartín Sánchez</i>	

<b>PARTE IV:</b>	
<b>Conocimiento y tecnología en AP</b> .....	129
<b>IV.1. Guía de competencias del Médico de AP</b>	
<b>Competencias de Enfermería en AP</b> .....	129
<i>Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río,</i>	
<i>D.ª Julia Nicolás Poza</i>	
<b>IV.2. La innovación tecnológica en AP</b> .....	144
<i>Dr. D. Hermenegildo Marcos Carrera</i>	
<b>IV.3. La formación del médico de familia:</b>	
<b>medicina de familia en la universidad.</b>	
<b>El mir de familia en la troncalidad.</b>	
<b>Desarrollo profesional continuo.</b>	
<b>Validación periódica de la colegiación.</b>	
<b>Reacreditación.</b> .....	151
<i>Dr. D. José Luis Garavís González</i>	
<b>IV.4 la universidad ante el reto de la medicina familiar y</b>	
<b>comunitaria: la medicina de familia en la universidad. La</b>	
<b>medicina de familia en el grado de medicina</b> .....	163
<i>Dra. D.ª Rosa María Magallón,</i>	
<i>Dra. D.ª Sara Figueroa Jiménez</i>	
<b>IV.5. La investigación en AP</b> .....	174
<i>Dr. D. José Luis Garavís González</i>	
<b>CONCLUSIONES:</b>	
<b>Plan AP 2025 – OMC para la mejora de la AP</b> .....	177





## Prólogo

*Dr. D. Serafín Romero Agüit*

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

El balance de la Atención Primaria (AP) en España desde sus reformas en los años 80 es claramente positivo. Una generación de profesionales dedicó su esfuerzo y su ilusión al trabajo en los centros de salud, y consiguieron combinar el compromiso secular de los médicos de cabecera con los pacientes en su entorno familiar, con la modernidad científica de la medicina, y con las nuevas perspectivas del trabajo comunitario y en red.

Esta generación pionera compensó la debilidad del apoyo político e institucional, con un voluntarismo anclado en la convicción de que el reto merecía la pena. Y aunque en ocasiones se ha contado con el impulso de las instituciones, su debilidad e inconstancia ha ido haciendo lento y difícil el progreso.

La sociedad cambia; la evolución de nuestro país entre el expansionismo hospitalario de la primera década del Siglo XXI y la contracción económica que en la segunda década trajo la austeridad, han castigado doblemente a la AP. En el primer castigo, la desmesura y desorientación de muchos políticos autonómicos los llevó a caer en la fascinación tecnológica; en un error de omisión y olvido de la AP. En el segundo castigo, un sálvese quien pueda dejó en la cuneta al primer nivel asistencial, el que más podía haber contribuido a la sobriedad del gasto y a una austeridad que no dañara ni a la salud ni al sistema de salud.

Dos décadas donde el perfil del paciente cambia mucho: cronicidad, pluripatología, fragilidad: justo cuando más hace falta el enfoque integrador y sintético de la AP, es cuando es más palmario el olvido y supeditación. Por no hablar del desplome del sector sociosanitario; un gigante con un nombre evocador (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) pero con los pies financieros de barro.

No sabemos cuándo nos acercaremos al techo de los 70 mil millones de € de gasto sanitario público de 2009; hoy parece un objetivo lejano. Pero según afirman algunos expertos, cuando en algunos años, con suerte, volvamos a esta frontera, algo más del 10%, unos 8 mil millones habrán cambiado de bolsillo: habrán abandonado la retribución de personal, y habrán engrosado el ya abultado gasto en medicamentos. Y AP será perdedora entre los perdedores de esta disminución.

Además del debilitamiento en recursos, el comportamiento poco ejemplar de muchos líderes políticos, económicos y sociales han ido poniendo más difícil ejercer el voluntarismo romántico.

Creo que los médicos españoles (y los demás profesionales sanitarios) hemos demostrado tener un yacimiento notable de altruismo y buenos sentimientos. La moral de la AP, doblemente castigada por el abandono en tiempos de vacas gordas, y luego también en el de vacas flacas, ha ido cambiando de la esperanza al abatimiento, pero también de la resignación a la indignación.

El problema básico reside en ser consecuentes: **saber si se quiere que el SNS tenga una AP fuerte** como centro del sistema, agente del paciente y promotor de la salud, o se prefiere la inacción, mientras observamos la eclosión de un modelo de **consumismo** directo de especialidades, procesos y procedimientos, ofertados en acceso irrestricto y guiados por un neo-marketing de superespecialistas y tecnólogos.

Es en este contexto que la Organización Médica Colegial ha querido pasar a la acción; por eso hemos convocado a un grupo de colegas del ámbito de la AP y de diversos Colegios de Médicos provinciales, para que nos ayuden a una reflexión seria sobre a donde va, y, sobre todo, a donde debe ir la AP en España, con la perspectiva del año 2025.

Este es el texto que tienen ustedes a continuación. Un documento amplio y comprometido; que busca combinar reflexión y actuación, evidencia e inteligencia práctica, conocimiento y experiencia, mente y corazón...

Al grupo de autores les hemos pedido que nos elaboren un libro comprometido, que abra y articule dimensiones para el debate profesional: las estructuras solventes que la AP necesita y exige; la organización autónoma y profesional que todos predicamos pero que las instituciones deniegan en la práctica; los instrumentos que necesitamos para hacer la práctica clínica que es posible y necesaria hoy en la AP; y los medios para construir el capital científico y tecnológico que asegure la generación y difusión de un saber y unas competencias que son singulares y específicas del primer nivel de atención sanitaria.

Los capítulos y recomendaciones tienen un alto valor en sí mismos; valor que se reforzará con el debate que queremos facilitar desde nuestras estructuras colegiales y contando con la revista Médicos y Pacientes. A través de la participación compartimos y mejoramos los contenidos; y además vamos extendiendo un mensaje contra la resignación, y a favor de la acción colectiva del mundo profesional.

En estos días nos enfrentamos a la dolorosa evidencia de las agresiones a sanitarios; desde el Observatorio Nacional de Agresiones, que creamos en 2010, cerca de 4.000 médicos españoles han comunicado a sus colegios profesionales algún tipo de agresión en su lugar de trabajo. Muchos de ellos están en AP, donde la protección institucional es más tenue, donde se trabaja en distancias interpersonales tan cortas como delicadas. La solidez de la relación médico-paciente es clave, y depende en gran medida de la confianza y del respeto. El barómetro sanitario habla del aprecio que despierta la sanidad pública, y muy en particular la AP, en la sociedad. Pero esto no significa que no haya signos claros de desapego de un segmento de pacientes.

Como decía antes, hay cambios sociales; la *medicalización* y *medicamentación* del malestar conlleva también una distorsión del concepto de enfermedad y atención sanitaria. No digo que no tengamos un poco culpa todos en este malentendido. Pero el *consumismo*, el enfoque clientelar (el cliente siempre tiene la razón), el reduccionismo típico del mercado por el cual los servicios sanitarios se van convirtiendo en acciones episódicas, inmediatas y miopes, tienden a convertir la medicina en un bucle corto demanda-tratamiento, a modo de consultas a pie de calle (*"walk in clinics"*) donde prestar un servicio descontextualizado y sin proyección de continuidad.

Este camino no sirve para recuperar la confianza, ni para hacer buena medicina, por más que pueda satisfacer la hiperquinesia de consumidores sanitarios intoxicados por la cultura de la inmediatez y la pasividad consumista. ¿Cómo blindar y asegurar la confianza y el respeto que antes, ahora y siempre va a necesitar la práctica de la buena medicina?

Lo primero para salir del hoyo es dejar de cavar haciéndolo más profundo. Ante la atonía y absentismo de las autoridades sanitarias, quizá debemos dirigirnos al Ministerio de Hacienda para explicarle que no -se puede poner en el mismo saco a la sanidad y sus profesionales con otros sectores. Más aún, que es injusto el castigo infligido al Sistema Nacional de Salud, que es inclemente el particular correctivo presupuestario a la AP, y que el maltrato en empleo y salario a los profesionales sanitarios es un abuso innoble, practicado a sabiendas de que nuestra vocación no nos permite desapegarnos de nuestras obligaciones con los pacientes.

No hablamos por hablar: diversos estudios indican que desde 2009 se han podido perder 1 0.000 puestos de trabajo entre los médicos y de 30.000 entre los enfermeros. A lo que se añade un problema de reposición o de no renovación de estos contratos, que genera una noria de contratación interina y eventual que desespera a médicos jóvenes, enfada a pacientes, y rompe el nexo de continuidad y longitudinalidad en la relación clínica; si esto es grave en el hospital, en la AP es una catástrofe, ya que un instrumento esencial del trabajo del generalista es la relación continuada con los pacientes, las familias y la comunidad.

Los médicos jóvenes maltratados buscan un futuro; a veces haciendo la maleta. En los últimos cuatro años, 12.000 médicos solicitaron el certificado de idoneidad profesional con intención de trabajar fuera de España. Además, en los próximos diez años casi 60.000 médicos nos vamos a jubilar. Si la tasa de reposición no nos cubre, vamos a tener serios problemas, porque no se ha hecho una política de recursos humanos y ni se le espera.

Todos estos elementos nos están indicando claramente el final del voluntarismo y el romanticismo como yacimiento de energía para mantener un valioso sistema de AP. Llegó el momento de la asignación de recursos, de la buena organización y gestión, y de una

práctica clínica cimentada en instrumentos clínicos y de gestión del conocimiento. Sobre esta base, el profesionalismo médico, estará en condiciones de revitalizar el contrato social con las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Por el bien de nuestros pacientes y conciudadanos, los médicos españoles debemos dar por concluida la etapa de la resignación, para exigir a los poderes públicos coherencia, responsabilidad y compromiso.

A este objetivo, estoy convencido que este documento va a prestar una enorme contribución; nuestro agradecimiento a los autores; y ahora es el momento de que los lectores participen en los debates y foros que van a tener lugar.



## Cambios urgentes de la AP en España

*Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río,  
Dr. D. Hermegildo Marcos Carrera,  
Dr. D. Vicente Matas Aguilera*

El saxofonista Sonny Rolling está considerado uno de los mejores en utilizar un recurso valorado y apreciado en el jazz, como es la improvisación, que etimológicamente, significa no mirar hacia adelante, pero su uso en la planificación de la sanidad es un grave ejercicio de irresponsabilidad.

El proyecto AP25 nació de la necesidad de alertar a los poderes políticos y agentes sociales de realizar una buena planificación de la AP de Salud a medio y largo plazo, así como desde la OMC aportar sus ideas y propuestas de soluciones, ya que el Sistema Nacional de Salud es un pilar básico del estado del bienestar y de la vertebración del país.

No obstante, la situación actual es calificada por autoridades médicas, entre ellas, el presidente de la OMC, de problema de salud pública, y como tal, se debe abordar con planificación, recursos y presupuesto adecuado, siendo necesarios cambios urgentes para paliar su constante y acelerado deterioro.

La AP soporta gran presión asistencial, (cupos desbordados con consultas de más de 50 pacientes al día, repartos de pacientes por compañeros ausentes salientes de guardia, enfermedad...), creciente burocracia de las consultas y gran complejidad de los nuevos documentos o protocolos a completar, médicos que terminaron el MIR y ahora como especialistas de AP sienten el desánimo de trabajar días sueltos, la pérdida de días por formación, etc. A todo esto hay que añadir la falta de inversión en los últimos años, que ha conllevado la obsolescencia tecnológica en los centros, y además la no compensación ni reconocimiento del trabajo realizado, etc., han favorecido el "burn out" del colectivo médico.

Para abordar de forma urgente la situación de la AP, es necesaria su inclusión en la agenda política *de facto*, no sólo de palabra, y de políticas comunes y consensuadas, apartándola de las luchas partidistas y demagógicas, mediante un pacto de estado por la AP.

Creemos que es necesario tomar medidas sin la menor demora, entre las que se deben incluir:

1. Un incremento continuado en la dotación presupuestaria para AP, hasta alcanzar el 20% en pocos años y con el horizonte de llegar hasta el 25% del presupuesto de sanidad y que este presupuesto sea finalista y transparente.
2. Las Gerencias Integradas Hospital-AP deben desaparecer, convierten a la A.P. en un nivel subsidiario del hospital y sin ningún desarrollo.
3. Invertir más en sustituciones. En la época de crisis, los recortes en las contrataciones dieron lugar a una gran pérdida de profesionales sanitarios que emigraron a otros países en busca de una mayor estabilidad laboral. La gran limitación de plazas MIR desde el Ministerio de Sanidad complica esta situación, ya que aunque anualmente salen de las facultades más de 7.000 médicos, tan solo se han ofertado en la convocatoria de 2019, 6.797 plazas de las que más de mil se ocuparán por graduados de Universidades extranjeras y MIR recirculantes. A los médicos recién especializados se les deben ofertar contratos de larga duración, o se marcharán fuera de España si se les siguen ofreciendo contratos eventuales por días, semana o meses.

Para paliar esta situación es imprescindible:

- a) Fijar a los nuevos especialistas con contratos, al menos anuales, como médicos referentes de centros de salud, y garantizando que los cupos no sobrepasen en ninguna situación las 1.500 tarjetas.
- b) Los puntos de Urgencias deben estar bien dotados de personal y material, con retribuciones adecuadas a la labor que realizan y equiparables a las que perciben los equipos de AP.
- c) Las UVI de traslados de secundarios o primarios debe de contar con un médico y no se debe autorizar su operatividad sin contar con su presencia.



- d) Realizar ofertas de empleo público de forma anual que se resuelvan en meses como el MIR, para garantizar la fidelización del profesional a un puesto de trabajo estable.
  - e) Restablecer la equidad entre las diferentes CCAA como, por ejemplo, en retribuciones y el restablecimiento de la carrera profesional.
4. Como médicos en su pleno ejercicio profesional, tenemos el derecho y la obligación de realizar una buena anamnesis, exploración física, solicitud de pruebas complementarias y su interpretación, juicio diagnóstico y tratamiento. Son necesarios cupos de 1.500 pacientes como máximo de forma urgente y avanzar hasta conseguir que no superen los 1.200 pacientes y al menos 10 minutos por paciente de media.
  5. Apostar por horas para la formación continuada y la actualización de los médicos, aumentando los días de asistencia, así como facilitar que sea en un horario acorde a la actividad a desarrollar.
  6. Contemplar el exceso de horas trabajadas, Atención Continuada, en el sueldo base y en el tiempo cotizado para la jubilación, carrera profesional, permisos o méritos en bolsa de empleo, por ser una actividad obligada y ligada al puesto de trabajo.
  7. Aumentar la dotación tecnológica en los centros de salud con ecógrafos, retinógrafos, lámparas de hendidura, desfibriladores, analítica básica, radiología, instrumental básico operativo y funcional (fonendoscopios, diapasones, martillos de reflejos, saturímetros, glucómetros...) y garantizar el tiempo necesario para su correcta utilización.
  8. El aumento de las agresiones en los ámbitos sanitarios de la AP, hacen indispensable la presencia de guardias de seguridad en los Centros de Salud que velen por la seguridad de los profesionales.



## Introducción

*Dr. D. José Luís Garavís González,*

*Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río*

Tras la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 y el establecimiento de los Centros de Salud en los años inmediatamente posteriores, la AP en nuestro país experimentó un gran desarrollo dando lugar a un nuevo modelo que ha supuesto mejoras importantísimas en los cuidados de salud de la población. En la actualidad, y tras una progresiva pérdida de peso de la AP dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), los profesionales reclaman a nivel Nacional la desburocratización que ahoga la AP, más tiempo por paciente, cupos más reducidos, mejora de la dotación tecnológica, incremento de médicos de AP. En resumen, una apuesta económica creciente para el nivel asistencial que atiende y resuelve más del 80% de las necesidades sanitarias de la población.

La falta de apoyos políticos, una financiación insuficiente, la dificultad de acceso a determinados medios diagnósticos, el escaso nivel de participación en la toma de decisiones sobre la gestión de los Centros de Salud y Gerencias de Atención Integrada, un cierto desprestigio de la especialidad en el que intervienen sin duda factores como su escasa presencia en la universidad y el empeoramiento de las condiciones laborales y retributivas, son algunos de los puntos clave que están conduciendo a la AP a esta situación de crisis como modelo y de desánimo profesional.

Sin embargo, la población concede año tras año una buena valoración a la AP en todas las encuestas de opinión, claramente influenciado por la profesionalidad de sus médicos y el trabajo en equipo con el resto de profesionales del centro de salud, la contribución de la AP a los buenos resultados en salud de nuestro país resulta innegable y el médico de familia español es un profesional altamente cualificado y con una de las mejores formaciones médicas de Europa.

Si queremos que nuestro SNS continúe obteniendo unos resultados en salud que se encuentran entre los mejores del mundo y además a un coste que es uno de los más bajos de nuestro entorno, es preciso mantener los principios y valores de la AP - accesibilidad, longitudinalidad, puerta de entrada al sistema sanitario, continuidad asistencial, integralidad, hábil manejo de la incertidumbre, polivalencia profesional – y para ello es preciso implementar urgentemente cambios estratégicos dirigidos a resolver los problemas detectados en el modelo y a encarar los profundos y acelerados cambios sociales, profesionales, demográficos y tecnológicos que están teniendo lugar en nuestro país y en el mundo en los últimos años.

Son necesarios cambios a todos los niveles. Cambios en el sistema, aumentando los recursos de la AP, aumentando el número de profesionales que trabajen en ella. Cambios estructurales en los Equipos de AP ajustándolos mejor a la población a asistir, con espacios e infraestructuras adecuadas que permitan horarios ajustados a todos los profesionales y que posibiliten al mismo tiempo cumplir con las expectativas que tiene la población. Cambios en el modelo de gestión de estos equipos, tanto de la gestión económica como de la gestión de los procesos propios de la AP, como de su continuidad con Atención Hospitalaria. El modelo sanitario de España debe dejar de ser un modelo hospitalocentrista y pasar a ser un modelo basado en la AP.

Por todo ello, el grupo de trabajo de la Organización Médica Colegial (OMC) “AP-2025-OMC”, ha elaborado este documento que pretende ser un instrumento para la reflexión y el debate sobre la AP que queremos. Para ello la OMC pondrá a disposición de los médicos colegiados y de los agentes sociales implicados en la sanidad, todos los medios de que dispone con el fin de ayudar en la difícil tarea de seguir avanzando en la mejora de la AP que nuestros ciudadanos reclaman y merecen.

## Objetivos

*Dr. D. José Luís Garavís González,*

*Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río*

- Elaborar un documento que, avalado por la OMC, sea un referente para los médicos de AP, administraciones sanitarias, sindicatos, sociedades científicas y la sociedad en general, sobre el modelo de AP pública, de calidad, universal, eficiente y sostenible que los profesionales proponemos ante los retos que se nos presentan.
- Estudiar, desde la perspectiva de la profesión, los factores que van a incidir tanto positiva como negativamente sobre la AP en los próximos seis años.
- Proponer soluciones a las actuales amenazas que favorezcan el posible declive de este nivel asistencial.
- Fijar las bases necesarias para que la AP de la próxima década sea sólida, resolutive y sostenible.
- Restablecer el principio de prevención primaria como objetivo inmediato a nuestro nivel asistencial, y minimizar en lo posible, la sobrecarga por prevención secundaria.
- Debatir ampliamente sobre el futuro de la AP. Para ello organizar foros de debate a nivel nacional, autonómico y provincial con los agentes sociales implicados en la sanidad.
- Elaborar estrategias de implementación de las medidas propuestas.



## Presentación de las partes y capítulos del documento

*Dr. D. José Ramón Repullo Labrador,  
Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río*

Los gobiernos adornan la AP con declaraciones de relevancia y prioridad que contrastan con la decreciente asignación de recursos y el debilitamiento de la atención política e institucional cotidiana; las conductas acaban revelando preferencias reales, y no la retórica gastada de tanto uso.

El modelo ensayado en la estrategia de mejora de la AP que lideró el Ministerio de Sanidad desde 2007 (AP21)<sup>1</sup> no ha sido determinante para cambiar el rumbo anterior, y se ha manifestado incapaz de proteger eficazmente a la AP de las políticas de austeridad.

Por ello, en este proyecto AP 2025, la Organización Médica Colegial pretende orientar la reflexión hacia la acción; buscar un auténtico Plan AP 2025 de acción para contener el deterioro de la AP; introducir cambios estructurales que mejoren substancialmente la situación actual y por esta vía contribuir a la efectividad, calidad, y sostenibilidad del sistema público de salud.

El trabajo se organiza en cuatro grandes apartados: estructura, organización, instrumentos para la práctica clínica, e instrumentos para construir capital científico y tecnológico.

---

1 Referencias a la “Estrategia AP-21”; el inicio de la AP21 fue la resolución del consejo inter-territorial del SNS 11 diciembre 2016; el Documento AP21 de 2007 puede descargarse en [http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf) ; hay una Evaluación AP21 2012 oficial, con un conjunto de indicadores, que puede descargarse en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21\\_INFORME\\_2012.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_INFORME_2012.pdf).

- Sin una **estructura** solvente todo es voluntarismo; y ha llegado el momento de cambiarlo por profesionalismo, recursos apropiados y organización.
- La **organización** administrativa y jerárquica sabemos que no sirve; lo sabemos todos, pero no se da el salto a modelos basados decididamente en la autonomía y el profesionalismo.
- Para fomentar una **práctica clínica apropiada** es preciso poner en las manos de la AP nuevos instrumentos que le permitan ejercer el papel distribuidor e integrador de actividades sanitarias y socio-sanitarias que se precisa: tanto por la fragmentación clínica y organizativa del hospital y sus especialidades, como por el reto de la cronicidad, multi-morbilidad y fragilidad. Además de puerta de entrada la primaria debe jugar un papel de “centrocampista” por el bien del conjunto del sistema sanitario.
- Y, finalmente, necesitamos construir **capital científico y tecnológico**: porque estos años de austeridad lo han erosionado, y porque se precisan cambios importantes en la generación y difusión del conocimiento, y en la adaptación de las tecnologías al nivel primario y poblacional.

Los diecisiete capítulos de los diversos autores se integrarán en estos cuatro grandes apartados, y para cada uno de ellos se establecerán las cuestiones clave y las propuestas de mejora que son fruto de la reflexión conjunta del grupo redactor, y que se ofrecerán al mundo colegial y profesional para articular una propuesta consensuada y vigorosa de transformación sanitaria.

## PARTE I:

# Estructuras solventes para la AP

## 1.1. Hacia la suficiencia financiera de la AP

El tránsito del voluntarismo a la organización apropiada exige revisar las estructuras que soportan el buen trabajo en AP. La financiación es clave, pues lo que no figura en los presupuestos no está disponible para la acción; y se necesita un horizonte de estabilidad, mejora y solvencia presupuestaria para empezar a hablar en serio de mejorar la infraestructura de la primaria en España.



## **I.2. Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras**

La visibilidad del gasto en prescripción farmacéutica lleva en ocasiones a imputar a AP un gasto del cual es, en buena medida, administrador más que generador. Del auténtico gasto de los equipos de AP, es el de personal el verdaderamente relevante. Por esto tenemos que hablar específicamente de la estructura de personal, para garantizar una coherencia de las cargas de trabajo con las dotaciones de puestos.

## **I.3. Condiciones laborales y retributivas de los médicos de AP: Propuesta de modelo retributivo**

Las condiciones laborales y retributivas son fundamentales si queremos reponer un equilibrio justo dentro del sector, mejorar el atractivo y fidelizar a las jóvenes generaciones al trabajo en primaria; sin olvidar que una nueva gestión de recursos humanos puede promover la continuidad y longitudinalidad, que son instrumentos distintivos y esenciales de su modelo de intervención clínica.

## **I.4. Aspectos sociales e implicaciones laborales de la feminización de la profesión**

En este sentido debemos dar un paso más: la conciliación entre la vida laboral y la particular es un tema clave en un ámbito altamente feminizado. La generación joven que hoy se incorpora a la AP y que ha de tomar el relevo de la pionera que protagonizó las reformas de los años 80, debe contar con nuevos elementos y recursos que permitan ir substituyendo el voluntarismo por organización racional.

## **PARTE II:**

# **Organización Basada en el Profesionalismo y la Autonomía de gestión**

## **II.1. Deseo de futuro para la gestión clínica en AP para el 2025.**

Aunque los centros de salud y los equipos de AP tengan un formato y apariencia de entidades administrativas y jerárquicas, en realidad

son organizaciones profesionales, aunque insertadas en una trama de funcionamiento procedimental de corte burocrático, y con modelos presupuestarios que añaden rigidez a la gestión de recursos y servicios. La tarea inaplazable es la deconstrucción de la burocracia ineficiente e inclemente, y la reconstrucción de los equipos como organizaciones profesionales dotadas de un alto nivel de autonomía para organizar su trabajo; dado el contexto, considerar las “unidades de gestión clínica” en AP como un vehículo para este rediseño organizativo puede ser una buena alternativa para catalizar el cambio necesario.

## II.2. Incrementar la capacidad resolutive de la AP

El principio de subsidiariedad debe llevar a que el nivel más próximo al paciente resuelva la mayor parte de los problemas; este principio se contradice con la práctica de retención de pacientes por las especialidades hospitalarias, y se beneficia de la existencia o disponibilidad de recursos diagnósticos, terapéuticos, de innovación, o de tecnologías de información y comunicación en manos de los profesionales de AP.

## II.3. Continuidad asistencial. Relación AP–Atención Hospitalaria. Rutas asistenciales

La fragmentación clínica de las especialidades y subespecialidades hospitalarias es un grave problema que se divisa con particular claridad en los pacientes que acuden a la AP. La lógica de los especialistas hospitalarios, en su orientación al episodio de enfermedad y al procedimiento específico, debe ir dejando lugar a una visión de subsidiariedad en relación al establecimiento de rutas asistenciales, y a la dirección del proceso asistencial. Lo anterior es compatible con la asunción del liderazgo clínico por una especialidad hospitalaria cuando aparece un cuadro grave, y mientras este sea dominante. Porque no se trata de un problema de poder, sino de organización clínica; es el corolario de pensar en la salud de nuestros pacientes, aunque no coincida necesariamente con todas sus preferencias en cada momento.

### PARTE III:

## Instrumentos para una práctica clínica apropiada en AP. Propuestas para abordar problemas emergentes

### III.1. Hacia un nuevo contrato social del médico con la comunidad

Los médicos de familia, estamos asistiendo a profundos cambios sociales que, en ocasiones, superan nuestra capacidad de adaptación. La política ha transformado la sanidad perdiendo su misión de justicia social. En ocasiones los medios de comunicación aportan información sesgada amplificando las expectativas de la investigación científica. Todos estos factores contribuyen a una población asustada, con unas expectativas irreales de excelencia, vuelcan todos sus problemas, incluso los propios de la vida, en la consulta para que los médicos se los solucionen. Por otro lado los médicos sabemos que la medicina moderna tiene poderes limitados y en ocasiones es peligrosa, no podemos resolver todos los problemas de los pacientes, especialmente los sociales, generando insatisfacción y claudicación profesional que llevan en multitud de ocasiones a la infelicidad.

### III.2. Medicalización de la sociedad. Elevado coste y riesgos para la salud. Eliminar lo superfluo e ineficaz

El principio de subsidiariedad también se aplica al nivel de AP, que debe impulsar la capacidad del paciente, usuario y familias para ser autónomos, protegiendo y promoviendo su propia salud y prevenir la enfermedad. La conversión de cualquier problema de la vida en un problema de salud es el exponente máximo de la alienación del control sobre el propio cuerpo y la propia vida. Es iluso plantearse desde la AP detener la ola masiva de medicalización del malestar promovida desde el espectáculo mediático con el impulso de los promotores de tratamientos, dietas, actividades o productos; pero sería indigno no desarrollar acciones en los escenarios clínicos para minimizar su impacto, o cuando menos no agravarlo; y también fomentar alianzas con poderes públicos para reducir la exposición a estos factores irracionales.

Paralelamente hemos de impulsar la reinversión desde lo más superfluo, innecesario o inefectivo, hacia lo que más valor añade a nuestros pacientes: nuestro tiempo, esfuerzo, talento y medios deben migrar en esta dirección de forma progresiva y sistemática; al igual que en la medicalización del malestar, la contribución de la AP estará en buena medida condicionada a la extensión de esta revisión de la práctica clínica en el conjunto de la red sanitaria.

### III.3. **Cronicidad. La AP como eje de la Atención al paciente crónico pluripatológico**

La mencionada fragmentación clínica de las especialidades hospitalarias muestra especialmente su cara más preocupante cuando enfrenta pacientes crónicos y pluripatológicos, ya que tiende a estructurar procesos paralelos e independientes en cada eje de morbilidad; la resistencia cultural a “devolver el paciente” a su Médico de AP tras el alta del episodio de atención hospitalaria, o para valorar comorbilidades emergentes en la atención al problema principal, aumenta los pacientes en permanente y múltiple revisión en el hospital.

La respuesta típica de la atención especializada es seguir sub-especializando unidades para coser las roturas que la fragmentación ha ocasionado: atención domiciliaria tras el alta, *case-management* para pacientes frágiles, equipos de atención a pacientes terminales, etc. Pero esta estrategia acaba creando más problemas de solapamientos y descubiertos, porque se construye fuera de la lógica realmente sintética e integradora de la AP. El SNS no puede ser neutro en este dilema, y debe apostar por una estrategia de cronicidad dirigida por el médico y la enfermera de AP, dotándoles de medios necesarios (propios o movilizables por la AP).

### III.4. **Prevención Cuaternaria. Seguridad del paciente**

Lo lógico de la medicina moderna entra frecuentemente en conflicto con las verdaderas necesidades de nuestros pacientes. La promoción de enfermedades nuevas desde el complejo industrial que rodea a la medicina contemporánea debe encontrar una actitud clara de contención por parte de los médicos; esta “prevención cuaternaria” de los daños que por imprudencia podemos causar a nuestros pacientes, se extiende a la epidemia diagnóstica, cribados que crean alarma y estigma sin resolver morbilidad, marcadores y chequeos no basados

en resultados en salud, y otras intervenciones donde la debilidad de la evidencia y la posibilidad de daño debería llevarnos a compartir con el paciente los problemas para que pudiera tomar una decisión informada. Aunque este sea un desafío para toda la medicina, la AP está mejor situada que el hospital para este propósito, pues suele tener menores conflictos de interés, aunque su capacidad de influencia dependerá de construir y consolidar las relaciones de confianza con el paciente.

#### PARTE IV:

### Conocimiento y tecnología en AP

#### IV.1. Guía de competencias del Médico de AP. Guía de Competencias de Enfermería en AP.

Es fundamental definir cuáles son nuestras competencias y evitar la intromisión de otras disciplinas que en ocasiones amenazan con reducir nuestras competencias a una mera labor consultiva o administrativa, amenazando la integridad de nuestro sistema sanitario, debilitando la calidad y continuidad asistencial. La AP es la especialidad que abarca todos los campos de conocimiento, si le sumamos que es el primer nivel asistencial y que atiende más del 80 % de los problemas de los pacientes que acceden al sistema sanitario, le confieren una gran complejidad. La AP es la especialidad con mayor número de salidas laborales. La dotación tecnológica facilita las posibilidades diagnósticas y evita el salto al segundo nivel asistencial, suponiendo un increíble ahorro en los sistemas sanitarios. En el 2025 no debe existir limitación en las solicitudes de pruebas complementarias. Se debe de invertir en un intervalo de tiempo digno para atender al paciente, y se puede conseguir aumentando las plantillas de Médicos de Familia, reduciendo los cupos, fomentando más la prevención primaria que la secundaria, minimizando la burocracia, entre otras medidas.

Enfermería cuenta con unas competencias bien definidas, marcadas y diferencias del Médico de AP. El trabajo de sus competencias debe de ir en cooperación y colaboración con el Médico de AP, en sus partes diferenciadas, para así realizar una sinergia asistencial cuyo beneficio final sea el paciente y la comunidad.

## IV.2. La innovación tecnológica en AP

Una serie de cambios tecnológicos suponen un reto, cargado claramente de oportunidades, y que pueden aprovecharse para mejorar la efectividad y calidad de nuestro quehacer profesional. Las Tecnologías de Información y Comunicación, bien aplicadas y adaptadas, suponen un capital esencial, una poderosa fuerza integradora de la información del paciente, permite mejorar la accesibilidad y facilita la monitorización del desempeño y la evaluación de nuestra práctica. Pero es una tecnología disruptiva, que obliga a un rediseño de la organización, que exige cambios en la estructura, organización y funcionamiento, tanto de las redes sanitarias como de los equipos de AP.

## IV.3. La formación del Médico de Familia: Medicina de Familia en la Universidad. El MIR de familia en la troncalidad. Desarrollo Profesional Continuo. Validación Periódica de la Colegiación. Reacreditación

La preparación de los futuros médicos requiere una base generalista sobre la cual construir la diversidad de trayectorias de especialización; la cantidad de alumnos y calidad de la formación universitaria es una responsabilidad indelegable de los poderes públicos, y si las administraciones educativas no son capaces de asumirla, las sanitarias deberán tener un rol más ejecutivo. Es aquí donde la formación en medicina de AP es esencial; y en la raíz de los troncos de formación especializada, particularmente en el médico, debe asegurarse un conocimiento directo de la práctica profesional en los centros de salud.

Además, el capital científico de los profesionales de la AP no se revitaliza sólo; la ingente producción científica es nominalmente accesible, pero su compilación, revisión y difusión activa exige recursos y cambios en la organización. Este objetivo debe ser internalizado por los servicios de salud de las CCAA, formar parte del trabajo de construcción de competencias en los equipos de AP, e incluirse en objetivos y evaluación de desempeño anual; paralelamente hay que avanzar en la reducción de los conflictos de interés que sesgan la formación de los profesionales sanitarios por la industria farmacéutica y tecnológica. En este contexto la validación periódica de la colegiación aporta un referente de racionalidad técnica y responsabilidad corporativa que legítima a los Colegios para promover y liderar este tipo de cambios.

#### **IV.4. La Universidad ante el reto de la Medicina Familiar y Comunitaria: La Medicina de Familia en la Universidad. La Medicina de Familia en el Grado de Medicina**

Desde el punto de vista docente La Medicina de Familia es una especialidad que nace de la necesidad científica y práctica de conocer y difundir los aspectos específicos de la AP de salud. Las características que definen el perfil profesional del médico de familia: la accesibilidad, la integralidad, la coordinación y la longitudinalidad de la Atención a la persona, a la familia y a la comunidad. La Medicina de Familia puede, y debe, jugar un papel importante en la Universidad. La visualización temprana por los estudiantes de modelos y experiencias longitudinales en AP incrementa la probabilidad de elección vocacional de la Medicina de Familia en el postgrado. La asignatura de Medicina de Familia comprende un cuerpo de conocimientos propio, resultante de la integración horizontal de diferentes disciplinas, a las que añade dos más específicas y propias que son la atención familiar y la atención comunitaria.

Desde el punto de vista de los estudiantes: la AP sigue siendo la gran desconocida, ignorando el gran número de salidas laborales que tiene. La implantación de la Medicina de Familia en la Universidad cuenta con las siguientes dificultades: la docencia se encuentra implantada de forma desigual y con escasa representatividad entre las Facultades de Medicina españolas y que la inmensa mayoría de las facultades no cuenta con estructuras docentes específicas para la Medicina Familiar y Comunitaria.

#### **IV.5. La investigación en AP**

La generación de nuevo conocimiento científico a través de la investigación no es privativo de los laboratorios o los hospitales. Algunos ejemplos de fronteras de nuevo conocimiento a estudiar desde la AP podrían ser: la investigación clínica orientada a la efectividad en condiciones de práctica habitual, el estudio de las intervenciones en condiciones de pluripatología, los diseños de investigación en servicios sanitarios, las acciones comunitarias, las intervenciones no medicamentosas, los modelos de autocuidados y cuidados informales, la combinación de intervenciones, los resultados a medio plazo de los procesos, los efectos adversos, ... Los sistemas de información aportan

nuevos instrumentos para hacer escrutinios desde la propia práctica clínica a preguntas que surgen de la observación de la realidad. Investigación e innovación pueden unirse en círculos virtuosos dentro de los centros de salud, y generar un cuerpo de doctrina de la medicina de AP (y de la enfermería) que permita consolidar el nivel primario como un auténtico nivel especializado, permitiendo renombrar a los generalistas, como gustaba decir a *Barbara Starfield* como “supra-especialistas”.

Pero para que investigación e innovación arraiguen y se desarrollen con carácter general como tercera pata de la AP hace falta algo más que la curiosidad científica y el compromiso con la generación del conocimiento. O se establecen nodos donde cristalicen y cimienten los proyectos, o no será posible de superar la barrera de lo vocacional y voluntarista; el dinero para proyectos de investigación, por sí sólo, tampoco asegura este salto cualitativo, ya que faltan las semillas sobre las cuales actúe la financiación a medio plazo.



# PARTE I:

## Estructuras solventes para la AP

### 1.1. Hacia la suficiencia financiera de la AP

*Dr. D. Vicente Matas Aguilera*

Al hablar de **Servicios Sanitarios Públicos** en España, es importante que tengamos muy presentes dos artículos que definen tres de sus **principios básicos**: *Igualdad, Equidad y Universalidad*.

**Constitución Española 1978. Artículo 14.** Los españoles son **iguales** ante la Ley, sin que pueda prevalecer **discriminación** alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

**Ley 14/1986, General de Sanidad. Artículo 3.2.** La asistencia sanitaria pública se extenderá a **toda la población española**. El acceso a las prestaciones sanitarias se realizará en condiciones de **igualdad efectiva**.

**Por tanto no deben existir:** Desigualdades, asimetrías, exclusiones e inequidades. **Y nos preguntamos** ¿existen? Pues veamos...

En el año 2016 hay en España **13.127 centros** de AP, **166 Áreas** y **2.704 Zonas Básicas de Salud** para atender a casi 46 millones de personas protegidas.

En el año 2016 había **85.532 profesionales** en las plantillas de AP, de ellos 28.506 Médicos de Familia, 6.426 Pediatras, 29.462 Enfermeras y 21.138 personal no sanitario. Es necesario aclarar que **no siempre las plantillas están cubiertas o mejor dicho casi nunca**.

En el año 2016 realizaron una gran labor, con **más de 372 millones de consultas** atendidas. Con unas cargas de trabajo diarias medias de **29,21 consultas/días para Médicos de Familia, 21,15 consultas/día para Pediatras y 18,19 para Enfermeras**. Dato que es claramente inferior a la realidad de los centros pues se han calculado con las plantillas

al completo (muchísimos días no están al completo y acumulan el trabajo de los ausentes).

La gran mayoría de la actividad se realiza en el **centro**, pero es muy importante también la que se hace en el **domicilio** del paciente, en concreto 3.297.696 visitas en el caso de los Médicos y 9.470.077 en el caso de enfermería.

Hay que añadir **22.222.808 de urgencias** atendidas por los médicos y **9.400.660 por enfermería**. En ambos casos en muchos centros, sobre todo urbanos, existen equipos específicos o personal de apoyo que colaboran en estas labores.

### Y ¿cuánto se invierte en nuestro Sistema Sanitario?

La inversión sanitaria pública realizada en España ha retrocedido desde el 6,7 % del PIB en el año 2009 hasta el 6 % del PIB en 2013 y 2014, al 6,1 % en 2015 y de nuevo al 6% en 2016. Hay un compromiso de llegar hasta el 5,3 %.

Ha pasado de una media de 1.510 euros/habitante en 2009, pasando por un mínimo de 1.321 euros/habitante en 2013 y hasta llegar en 2016 a 1.436 euros/habitante.

En 2016 y 2017 ha existido un leve incremento, en su mayor parte destinado a farmacia.

### Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España 2012-2016

@vicentematas

Muy lejos aún de los 70.579 millones de 2009 y los 1.510 euros por habitante y año

Fuente: <a href="http://www.msc.es">www.msc.es</a> añadidos datos 2009	2009	2012	2013	2014	2015	2016
Millones de euros	70.579	64.078	61.728	61.919	65.708	66.678
Porcentaje sobre PIB	6,5 %	6,2 %	6,0 %	6,0 %	6,1 %	6,0 %
Euros por habitante	1.510	1.369	1.321	1.331	1.415	1.436

Estos grandes recortes con la crisis, **han afectado especialmente en AP.**

**Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros. España 2012-2016**

@vicentematas

**La inversión (gasto) en AP aún por debajo del año 2009**

Fuente: <a href="http://www.msc.es">www.msc.es</a> añadidos datos 2009	2009	2012	2013	2014	2015	2016
Servicios hospitalarios y especializados	39.251	38.720	37.421	38.003	41.110	41.586
Servicios primarios de salud	10.775	9.468	9.138	9.045	9.358	9.530
Servicios de salud pública	1.158	699	665	655	672	756
Servicios colectivos de salud	2.074	2.038	2.040	1.730	1.864	1.766
Farmacia	13.415	10.834	10.480	10.391	10.463	10.873
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.351	1.248	1.133	1.235	1.213	1.227
Gasto de capital	2.556	1.072	850	859	1.029	940
<b>Total consolidado</b>	<b>70.579</b>	<b>64.078</b>	<b>61.728</b>	<b>61.919</b>	<b>65.708</b>	<b>66.678</b>

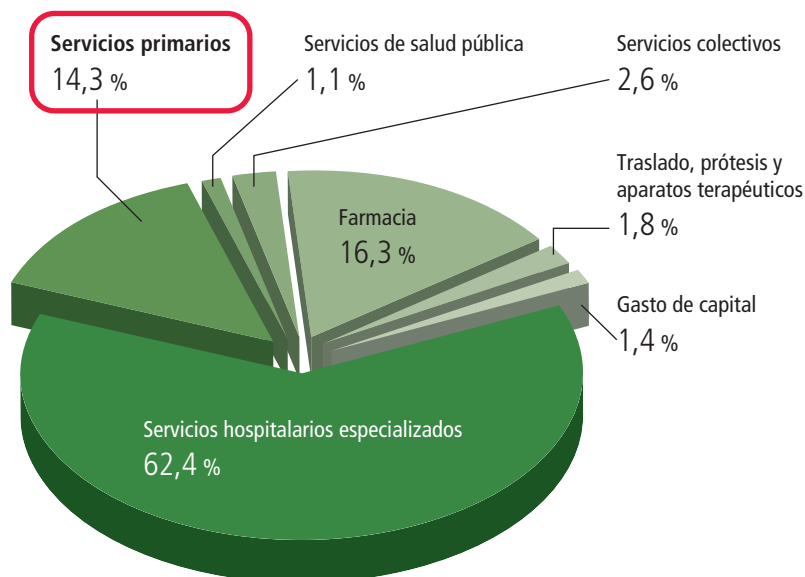
Entre los años 2010 y 2014, mientras que en la inversión sanitaria pública total se ha recortado el 10,7 % (7.453 millones de euros), **en AP el recorte ha sido muy superior, en concreto el 14,7 % (1.551 millones de euros)**. Si nos fijamos, todos los años hasta 2014 AP ha perdido financiación, mientras que otros sectores en algunos años han recuperado. Entre 2014 y 2016 la inversión total crece un 7,3 % y Primaria solo un 5,2 %.

Finalmente la inversión en AP supone **solo el 14,2 % del total en el año 2015 y el 14,3 % en 2016**. La participación de AP en la

inversión sanitaria pública ha bajado hasta niveles difícilmente soportables.

Deben los gestores tomar buena nota, pues **si desde Primaria no se puede seguir resolviendo el 85-90 % de la demanda que le llega, todo el SNS puede colapsar.**

**Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Estructura porcentual. España, 2016**



Las **consecuencias** las están sufriendo los pacientes y lo propios profesionales. Cargas de trabajo desmesuradas, acúmulos casi diarios por falta de sustituciones, consultas masificadas, demoras excesivas...

Primaria pierde porcentaje en la inversión sanitaria año tras año, con un leve incremento en 2016 y desde hace muchos años está por debajo del gasto en farmacia (recetas).

Además encontramos **grandes diferencias** en inversión sanitaria pública entre las diferentes CCAA que no se justifican completamente por factores como edad o dispersión.

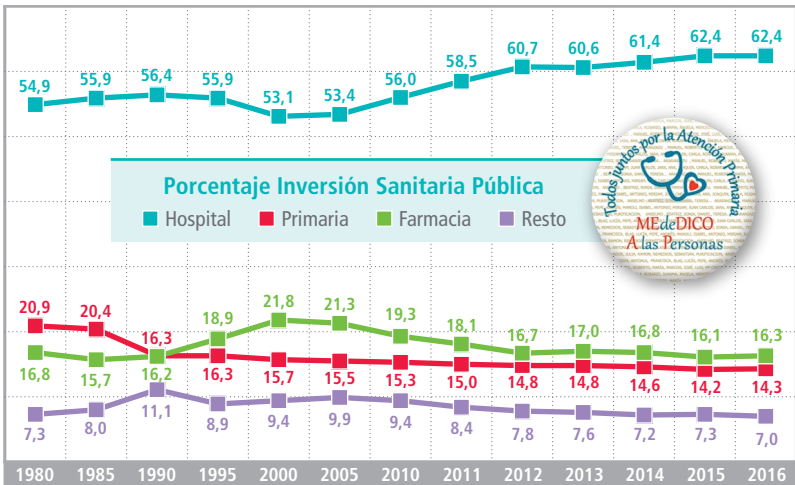
**Inversión Sanitaria Pública en España 1980-2016 (miles de €)**

	Año 1982		Año 1992		Año 2002		Año 2012	
	€uros	%	€uros	%	€uros	%	€uros	%
Servicios Hospitalarios	2.266.830	54,9	11.727.088	56,7	19.757.811	52,0	38.907.650	60,7
Servicios primarios salud	863.620	20,9	3.441.849	16,6	5.882.392	15,5	9.504.658	14,8
Farmacia	693.790	16,8	3.548.643	17,1	8.489.641	22,4	10.707.893	16,7
Resto del gasto	302.072	7,3	1.979.525	9,6	3.848.033	10,1	5.030.089	7,8
<b>Total consolidado</b>	<b>4.126.312</b>	<b>100,0</b>	<b>20.697.105</b>	<b>100,0</b>	<b>37.977.877</b>	<b>100,0</b>	<b>64.150.290</b>	<b>100,0</b>

	Año 2014		Año 2015 (*)		Año 2016 (*)	
	€uros	%	€uros	%	€uros	%
Servicios Hospitalarios	38.003.337	61,4	40.942.207	62,4	41.585.583	62,4
Servicios primarios salud	9.044.988	14,6	9.335.566	14,2	9.530.331	14,3
Farmacia	10.390.929	16,8	10.524.724	16,1	10.872.858	16,3
Resto del gasto	4.479.494	7,2	4.762.941	7,3	4.689.351	7,0
<b>Total consolidado</b>	<b>61.918.748</b>	<b>100,0</b>	<b>65.565.438</b>	<b>100,0</b>	<b>66.678.123</b>	<b>100,0</b>

Fuentes: www.msc.es Ministerio Sanidad y Centro Estudios CESM-Granada (e) V. Matas. Miles de euros. (\*) Datos provisionales.



Fuente: Ministerio de Sanidad • Elaboración: @vicentematas

Gasto sanitario público territorializado (INVERSIÓN), por habitante protegido en 2016 CCAA												
	Total		AP		Hospitales (farmacia)		Farmacia (recetas)		Conciertos		Rem. Personal	
	€/hab.	%	€/hab.	%	€/hab.	%	€/hab.	%	€/hab.	%	€/hab.	%
01-Andalucía (AN)	<b>1.160,65</b>	14,26 %	<b>165,51</b>	63,77 %	<b>740,15</b>	18,46 %	214,26	4,07 %	<b>47,24</b>	48,98 %	568,49	48,98 %
02-Aragón (AR)	1.577,52	<b>11,66 %</b>	183,94	<b>66,23 %</b>	<b>1.044,79</b>	16,26 %	256,50	<b>3,92 %</b>	61,84	<b>51,12 %</b>	<b>806,43</b>	<b>51,12 %</b>
03-Asturias, Principado (AS)	<b>1.595,83</b>	12,78 %	203,95	65,80 %	<b>1.050,06</b>	16,80 %	268,10	6,13 %	97,82	47,33 %	755,31	47,33 %
04-Baleares, Illes (IB)	<b>1.379,63</b>	<b>12,18 %</b>	<b>168,04</b>	68,54 %	945,60	<b>13,71 %</b>	<b>189,15</b>	<b>10,45 %</b>	<b>144,17</b>	<b>48,56 %</b>	669,95	48,56 %
05-Canarias (CN)	1.432,90	14,15 %	202,76	62,66 %	897,86	17,57 %	251,76	9,66 %	<b>138,42</b>	50,07 %	717,45	50,07 %
06-Cantabria (CB)	1.487,19	<b>17,70 %</b>	<b>263,23</b>	62,21 %	925,18	15,60 %	232,00	<b>3,61 %</b>	<b>53,69</b>	49,05 %	729,47	49,05 %
07-Castilla-La Mancha (CM)	1.382,27	<b>16,47 %</b>	227,66	<b>59,83 %</b>	<b>827,01</b>	19,01 %	262,77	5,03 %	69,53	51,40 %	710,49	51,40 %
08-Castilla y León (CL)	1.523,55	15,93 %	<b>242,70</b>	<b>57,83 %</b>	881,07	17,76 %	270,58	<b>3,89 %</b>	59,27	50,13 %	763,76	50,13 %
09-Cataluña (CT)	1.423,64	13,38 %	190,48	65,09 %	926,65	14,66 %	<b>208,71</b>	<b>25,01 %</b>	<b>356,05</b>	<b>35,56 %</b>	<b>506,25</b>	<b>35,56 %</b>
10-Comunitat Valenciana (VC)	1.411,18	13,14 %	184,43	61,58 %	869,00	<b>19,83 %</b>	<b>279,84</b>	4,19 %	<b>59,13</b>	<b>39,00 %</b>	<b>550,36</b>	<b>39,00 %</b>
11-Extremadura (EX)	<b>1.592,59</b>	<b>16,13 %</b>	<b>256,88</b>	<b>57,00 %</b>	907,78	<b>19,36 %</b>	<b>308,33</b>	4,40 %	70,07	51,02 %	<b>812,54</b>	51,02 %
12-Galicia (GA)	1.464,29	12,57 %	184,06	65,06 %	952,67	<b>19,57 %</b>	<b>286,56</b>	5,92 %	86,69	<b>44,99 %</b>	658,78	<b>44,99 %</b>
13-Madrid, Comunidad de (MD)	<b>1.237,23</b>	<b>11,64 %</b>	<b>144,01</b>	<b>69,60 %</b>	<b>861,11</b>	15,27 %	<b>188,93</b>	<b>10,71 %</b>	132,51	45,45 %	<b>562,32</b>	45,45 %
14-Murcia, Región de (MC)	1.552,63	13,71 %	212,87	62,86 %	975,98	16,95 %	263,17	6,64 %	103,09	48,12 %	747,13	48,12 %
15-Navarra, C. Foral de (NC)	1.587,02	14,92 %	236,78	64,04 %	1.016,33	<b>14,43 %</b>	229,01	7,29 %	115,69	50,66 %	803,98	50,66 %
16-Pais Vasco (PV)	<b>1.652,63</b>	14,48 %	239,30	64,90 %	<b>1.072,56</b>	<b>14,19 %</b>	234,51	6,77 %	111,88	<b>51,59 %</b>	<b>852,59</b>	<b>51,59 %</b>
17-La Rioja (RI)	1.406,59	14,15 %	199,03	63,43 %	892,20	16,63 %	233,92	7,83 %	110,14	48,61 %	683,74	48,61 %
<b>España (E5) CCAA</b>	<b>1.379,56</b>	<b>13,67 %</b>	<b>188,59</b>	<b>64,12 %</b>	<b>884,57</b>	<b>16,96 %</b>	<b>233,97</b>	<b>9,28 %</b>	<b>128,02</b>	<b>45,47 %</b>	<b>627,29</b>	<b>45,47 %</b>

Fuente: www.msc.es. Extraído de: INCLASMS (22 noviembre 2017). Elaboración: Vicente Matas. En negrita y rojo los tres últimos y azul los tres primeros.

Habría que estudiar si afectan al principio de **equidad**.

En la tabla podemos comprobar las **diferencias en inversión** por habitante total, en AP, en Hospitales (incluida farmacia), Farmacia (recetas), conciertos y remuneración de personal.

En **AP** la inversión en 2016, por habitante y año varía desde 144,01 euros hasta 263,23 euros.

Desde el año 2009 se han producido **importantes recortes**, tanto en inversión en el Sistema Sanitario Público como en AP por habitante protegido y año.

En la tabla podemos observar como los recortes, que de **media en inversión por habitante protegido y año han sido del 4,39 %** presentan grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas, que van desde crecimientos del 4,28 % hasta recortes del 13,21 %.

En **AP** los porcentajes de recorte son mayores, **la media ha sido del 8,73 % y oscila entre subidas del 20,24 % y recortes del 25,66 %**.

España también ha soportado un importante descenso de las partidas de **inversión en I+D+i** respecto del Producto Interior Bruto. Ha pasado del 1,4 % en 2009 al 1,23 % en 2014, alejándose de la media de la UE que ronda ya el 2%. Según el informe elaborado por EAE Business School, en España se invirtieron 12.820 millones de euros en 2014 en actividades de I+D+i, un descenso acumulado del 12 % desde 2010. La inversión total en I+D+i por habitante, realizado en España en 2014 fue de 273,60 €, muy superior a los 172,76 € que invirtieron las Comunidades Autónomas a AP.

En el año 2015, según La Republica haciendo referencia al informe COTEC, ha subido un 2,75 % hasta los 13.172 millones de euros el 1,22 % del PIB.

**La inversión en Educación**, que también es un pilar básico para el desarrollo y progreso de un país, ha sufrido un importante retroceso en inversión, al pasar de 53.099 millones de euros en 2010 (el 4,91 % del PIB) a 44.846 millones de euros en 2014 (el 4,31 % del PIB).

Inversión por habitante protegido y año total, AP y diferencias 2009/2016														
	Año 2009			Año 2011			Año 2016			Diferencias 2009/2016				
	€/hab.	% AP	€/hab./AP	€/hab.	% AP	€/hab./AP	€/hab.	% AP	€/hab./AP	€/hab.	% total	€/hab./AP	% AP	
01-Andalucía (AN)	1.310,47	16,27	213,21	1.184,14	15,93	188,63	1.160,65	14,26	165,51	-149,82	-11,43	-47,70	-22,37	
02-Aragón (AR)	1.610,84	15,36	247,43	1.609,50	15,12	243,36	1.577,52	11,66	183,94	-33,32	-2,07	-63,49	-25,66	
03-Asturias, Principado (AS)	1.661,83	11,65	193,60	1.641,19	12,23	200,72	1.595,83	12,78	203,95	-66,00	-3,97	10,34	5,34	
04-Baleares, Illes (IB)	1.345,05	13,89	186,83	1.468,09	12,81	188,06	1.379,63	12,18	168,04	34,58	2,57	-18,79	-10,06	
05-Canarias (CN)	1.494,27	13,71	204,86	1.354,67	13,77	186,54	1.432,90	14,15	202,76	-61,37	-4,11	-2,11	-1,03	
06-Cantabria (CB)	1.429,05	15,32	218,93	1.341,19	15,00	201,18	1.487,19	17,70	263,23	58,14	4,07	44,30	20,24	
07-Castilla-La Mancha (CM)	1.592,73	15,82	251,97	1.512,34	16,13	243,94	1.382,27	16,47	227,66	-210,46	-13,21	-24,31	-9,65	
08-Castilla y León (CL)	1.472,07	18,55	273,07	1.387,27	17,81	247,07	1.523,55	15,93	242,70	51,48	3,50	-30,37	-11,12	
09-Cataluña (CT)	1.449,49	14,09	204,23	1.380,93	12,50	172,62	1.423,64	13,38	190,48	-25,85	-1,78	-13,75	-6,73	
10-Comunitat Valenciana (VC)	1.353,29	13,24	179,18	1.361,70	13,17	179,34	1.411,18	13,14	185,43	57,89	4,28	6,25	3,49	
11-Extremadura (EX)	1.694,99	16,55	280,52	1.625,03	16,78	272,68	1.592,59	16,13	256,88	-102,40	-6,04	-23,64	-8,43	
12-Galicia (GA)	1.534,40	12,85	197,17	1.379,87	13,18	181,87	1.464,29	12,57	184,06	-70,11	-4,57	-13,11	-6,65	
13-Madrid, Comunidad de (MD)	1.335,03	11,85	158,20	1.371,83	10,49	143,90	1.237,23	11,64	144,01	-97,80	-7,33	-14,19	-8,97	
14-Murcia, Región de (MC)	1.646,20	12,06	198,53	1.622,13	12,80	207,63	1.552,63	13,71	212,87	-93,57	-5,68	14,33	7,22	
15-Navarra, C. Foral de (NC)	1.633,59	14,11	230,50	1.576,06	14,00	220,65	1.587,02	14,92	236,78	-46,57	-2,85	6,28	2,73	
16-País Vasco (PV)	1.692,06	14,82	250,76	1.661,47	14,64	243,24	1.652,63	14,48	239,30	-39,43	-2,33	-11,46	-4,57	
17-La Rioja (RI)	1.514,99	14,07	213,16	1.490,10	12,88	191,92	1.406,59	14,15	199,03	-108,40	-7,16	-14,13	-6,63	
<b>España (ES) CCAA</b>	<b>1.442,83</b>	<b>14,32</b>	<b>206,61</b>	<b>1.387,76</b>	<b>13,77</b>	<b>191,09</b>	<b>1.379,56</b>	<b>13,67</b>	<b>188,59</b>	<b>-63,27</b>	<b>-4,39</b>	<b>-18,03</b>	<b>-8,73</b>	

Fuente: www.msc.es. Extraído de: INCLASMS (22 noviembre 2017). Elaboración: Vicente Matas. En negrita y rojo los tres últimos y en negrita y azul los tres primeros.



En el año 2015 el gasto ha subido a 46.624,4 millones de € (el 4,32 % del PIB) con un incremento del 4 %.

Estos tres sectores son fundamentales para el desarrollo y progreso de España y centrándonos en nuestro **Sistema Sanitario Público** necesitamos urgentemente una **financiación suficiente, equitativa y finalista** con criterios objetivos entre los que deben estar la edad y la dispersión. La gran pérdida que se ha producido con la crisis debemos recuperarla, aunque evidentemente no podrá ser de un año para otro.

En el caso de **AP** la pérdida viene de muy lejos, desde los años 80 se ha perdido paulatinamente participación en el presupuesto sanitario público y ha llegado el momento de comenzar la recuperación que llevará muchos años.

Proponemos un avance del 0,1 % sobre el PIB en el **presupuesto sanitario público** entre los años 2017 y 2025 para llegar a un 6,9 % del PIB.

En la **participación de AP** en el presupuesto sanitario, se propone un avance del 0,6 % anual, hasta llegar hasta el 19,6 % del presupuesto sanitario público del año 2025, lo que equivale al 1,35 % del PIB, cercana a la inversión en I+D+I, siendo ambas inversiones fundamentales para un país que quiere progresar en bienestar y salud de su población.

**Sin AP no progresamos en salud y sin salud no avanzamos en bienestar y desarrollo.**

Si de verdad para nuestros políticos es una prioridad mantener una **sanidad pública universal, de calidad y gratuita**, como no se cansan de repetir, se debe mantener y garantizar una **inversión sanitaria pública suficiente**, de forma que las crisis económicas no pongan en grave peligro la salud de los ciudadanos.

Sin una **financiación adecuada, suficiente y equitativa de AP**, no se podrá hacer frente a los grandes retos del SNS con **eficiencia y calidad**.

Año	Producto Interior Bruto (PIB)		Diferencias 2009/2016		Inversión en AP		
	PIB mill. €	Crecimiento PIB (%)	Inversión millones €	% inversión sobre PIB	Inversión millones €	% Primaria Sanidad Pública	% Primaria sobre PIB
2008	1.116.207	1,10 %	66.918	6,20	10.396	15,5	0,93
2009	1.079.034	-3,60 %	70.579	6,50	10.775	15,3	1,00
2010	1.080.913	0,00 %	69.400	6,40	10.596	15,3	0,98
2011	1.070.413	-1,00 %	68.034	6,40	10.182	15,0	0,95
2012	1.042.872	-2,60 %	64.138	6,20	9.484	14,8	0,91
2013	1.031.272	-1,70 %	61.710	6,00	9.135	14,8	0,89
2014	1.041.160	1,40 %	61.919	6,00	9.045	14,6	0,87
2015	1.079.998	3,40 %	65.565	6,10	9.336	14,2	0,86
2016	1.118.522	3,30 %	66.678	6,00	9.530	14,3	0,85
2017	1.153.196	3,10 %	70.345	6,10	10.411	14,8	0,90
2018	1.182.026	2,50 %	73.286	6,20	11.286	15,4	0,95
2019	1.208.031	2,20 %	76.106	6,30	12.177	16,0	1,01
2020	1.232.191	2,00 %	78.860	6,40	13.091	16,6	1,06
2021	1.256.835	2,00 %	81.694	6,50	14.051	17,2	1,12
2022	1.281.972	2,00 %	84.610	6,60	15.061	17,8	1,17
2023	1.307.611	2,00 %	87.610	6,70	16.120	18,4	1,23
2024	1.333.763	2,00 %	90.696	6,80	17.232	19,0	1,29
2025	1.360.439	2,00 %	93.870	6,90	18.399	19,6	1,35

Datos reales entre 2008 y 2016. PIB años 2017 a 2019 estimado Banco de España y desde 2020 crecimiento PIB estimado del 2 % anual. Inversión Sanitaria Pública se estima, a partir del año 2017, un crecimiento acumulado del 0,1 % año sobre participación en el PIB y en Primaria incremento del 0,6 % año sobre participación del sector en la Inversión Sanitaria Pública.

## Bibliografía

Constitución Española 1978.

<https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

Ley 14/1986, General de Sanidad.

<https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de AP (SIAP).

<http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>

Actividad asistencial en centros de AP y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria).

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Act\\_ord\\_AP\\_2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Act_ord_AP_2015.pdf)

Encuesta sobre la situación del Médico de AP en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados generales.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta\\_medicos\\_ap\\_resultados\\_generales\\_14\\_01\\_16.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_medicos_ap_resultados_generales_14_01_16.pdf)

Encuesta sobre la situación del Médico de AP en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados detallados.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta\\_ap\\_resultados\\_ccaa.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_ap_resultados_ccaa.pdf)

BARÓMETRO SANITARIO 2015 (TOTAL OLEADAS) Estudio nº 8815 Marzo-octubre 2015.

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2015/Es8815mar.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2015/Es8815mar.pdf)

BARÓMETRO SANITARIO 2016 (TOTAL OLEADAS) Estudio nº 8816 Marzo-octubre 2016.

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2016/BS2016\\_MAR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_MAR.pdf)

Estadística de Gasto Sanitario Público 2016. Principales resultados.

<http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Gasto sanitario Público según criterio de devengo: Gasto real. Serie 2002-2016.

<https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

SERIES HISTÓRICAS (Gasto sanitario público según criterio de caja: Liquidaciones presupuestarias). SERIE 1960-2005 SERIE 1988-2005 SERIE 1995-2005.

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Serie\\_1988\\_2005\\_Nuevo.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Serie_1988_2005_Nuevo.pdf)

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.

<http://inclasns.msssi.es/main.html>

EAE Business School. Estudio Inversión en I+D+i 2016.

<http://www.eae.es/actualidad/noticias/la-inversion-en-i-d-i-espana-modera-su-caida-y-se-situa-en-12.820-millones-de-euros>

Estadística del Gasto público en educación. Resultados definitivos Año 2014.

<http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/recursos-economicos/gasto-publico/2014/2014NotaRes.pdf>

Estadística del Gasto público en educación. Año 2010.

<http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/gl/estadisticas/educacion/recursos-economicos/gasto-publico/2010.html>

Boletín Económico. Banco de España.

[http://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/boletines/Boletin\\_economic/](http://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/boletines/Boletin_economic/)

Producto Interior Bruto España.

<http://www.datosmacro.com/pib/espana?anio=2016>

Previsión PIB 2017 y 2018 en España.

<http://www.expansion.com/economia/2016/09/29/57ece62de2704eb7278b45a4.html>

Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

<http://inclasns.msssi.es/?show=true>

## 1.2. Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras

*Dr. D. Vicente Matas Aguilera*

En España, según datos del Ministerio, en 2016 existían 3.050 Centros de Salud y 10.077 Consultorios Locales, en ellos realizan un extraordinario, estresante y agotador trabajo 28.506 Médicos de Familia y 6.426 Pediatras. También desarrollan una importante labor 29.462 enfermeros y 21.138 profesionales de otras categorías, de ellos entre el 15 y el 20% aproximadamente es personal auxiliar de enfermería.

Si nos fijamos en la actividad que realizan estos profesionales, podemos comprobar cómo los Médicos de Familia realizaron un total de 205.679.995 consultas, equivalentes a unas 30 de media por cada día de consulta (son 247 días de consulta al año). También se atendieron 22.222.808 urgencias médicas en el año.

Con las plantillas incompletas y las ausencias sin sustituir, la mayoría de los días se producen los famosos acúmulos de cupo, con lo que consultas de más de 40, 50 e incluso más pacientes diarios son muy frecuentes en muchísimos, en demasiados Centros de Salud. Por lo que podemos afirmar que en **Primaria faltan plazas de Médicos de Familia**.

En AP las cargas de trabajo de los médicos están muy relacionadas con el cupo asignado, con el número total de personas, con la distribución por edad de las mismas y también con la dispersión geográfica del municipio en el que realiza su trabajo.

Con la frecuentación media de 5,48 visitas/año, los Médicos de Familia con cupos de una composición por edad similar a la media nacional, podemos esperar que un cupo de 1.501 personas tenga diariamente unas 34 consultas, en el caso de 1.750 las consultas serían unas 39 diarias y para 2.000 llegaría a 44 consultas/día.

Por tanto ya que según datos del Ministerio el 38,8 % de los Médicos de Familia en España tienen cupos entre 1.501 y 2.000 personas asignadas, tendrían de media entre 34 y 44 consultas diarias y el 2 % con más de 2.000 superarían las 44 consultas días de media.

Evidentemente existe gran variabilidad, porque no existen dos cupos iguales, aunque tengan el mismo número de personas asignadas, aparte de la edad influyen otros factores (incluido el médico).

Pero en todo caso, parecen cargas de trabajo excesivas, sobre todo si tenemos en cuenta, que en muchas ocasiones —demasiadas—, se incrementan estas cargas de trabajo, al tener que acumular el trabajo de los médicos ausentes por cualquier motivo y no sustituidos.

Si sumamos ambos grupos, podemos resumir que más del 40% de los Médicos de Familia tienen cupos superiores a las 1.500 personas asignadas. Pero lo más importante es que con una estimación media de 1.700 personas asignadas en el grupo de 1.501 a 2.000 y 2.200 en el grupo de más de 2.000, nos encontramos con más de veinte millones de personas afectadas, que supone más del 50% de los 39.330.880 personas con Médico de Familia asignado en el año 2015. Son estos ciudadanos los que sufren las excesivas cargas de trabajo en periodos normales y que aumentan mucho en periodos de incremento de demanda o vacaciones.

Según la encuesta realizada a finales de 2015 por la vocalías de AP de la OMC, con una participación de 3.639 Médicos de Familia, en **situaciones normales de demanda** más del 11% atendían más de 50 consultas diarias y más del 40% atendían más de 40 consultas al día. Existen importantes diferencias según el **tamaño del municipio**, siendo los que están comprendidos entre 15.000 y 49.999 los que soportan unas mayores cargas de trabajo, 17% para más de 50 consultas al día y 54,8% para más de 40 consultas al día.

En **situaciones de incremento de demanda y periodos de vacaciones** estos porcentajes crecen hasta superar el 75% para más de 40 consultas al día, con una media del 69,7%. Para más de 50 consultas al día en municipios de más de 5.000 habitantes y menos de 15.000 el porcentaje llega a superar el 44% y la media está en 34,6%.

En AP no hay listas de espera, pero existen las demoras. En la encuesta de la OMC se preguntó por los días de demora, en situaciones normales y durante las vacaciones y periodos de incremento demanda. Se entiende que no hay demora cuando se puede conseguir cita con el médico de familia o el pediatra en el mismo día o al día siguiente.

Consultas diarias Médicos Familia en situaciones normales

	Menos de 25	%	25 a 30	%	31 a 45	%	36 a 40	%
De 1.000 habitantes y menos	105	34,7 %	87	28,7%	46	15,2 %	37	12,2 %
De 1.001 a 5.000 habitantes	35	6,6 %	92	17,4%	103	19,4 %	112	21,1 %
De 5.001 a 14.999 habitantes	17	2,6 %	59	9,0%	134	20,4 %	123	18,7 %
De 15.000 a 49.999 habitantes	17	2,4 %	66	9,2%	97	13,5 %	145	20,2 %
De 50.000 habitantes y más	41	2,9 %	171	12,0%	293	20,5 %	357	25,0 %
<b>Total encuestados</b>	<b>215</b>	<b>5,9 %</b>	<b>475</b>	<b>13,1%</b>	<b>673</b>	<b>18,5 %</b>	<b>774</b>	<b>21,3 %</b>

	41 a 45	%	46 a 50	%	Más de 50	%	Más de 40	%	Con- tasta
De 1.000 habitantes y menos	13	4,3 %	7	2,3 %	8	2,6 %	28	9,2 %	303
De 1.001 a 5.000 habitantes	75	14,2 %	72	13,6 %	41	7,7 %	188	35,5 %	530
De 5.001 a 14.999 habitantes	101	15,4 %	118	18,0 %	105	16,0 %	324	49,3 %	657
De 15.000 a 49.999 habitantes	134	18,6 %	138	19,2 %	122	17,0 %	394	54,8 %	719
De 50.000 habitantes y más	267	18,7 %	170	11,9 %	131	9,2 %	568	39,7 %	1.430
<b>Total encuestados</b>	<b>590</b>	<b>16,2 %</b>	<b>505</b>	<b>13,9 %</b>	<b>407</b>	<b>11,2 %</b>	<b>1.502</b>	<b>41,3 %</b>	<b>3.639</b>

### Consultas diarias Médicos Familia en situaciones especiales

	Menos de 25	%	25 a 30	%	31 a 45	%	36 a 40	%
De 1.000 habitantes y menos	27	8,9 %	40	13,2 %	38	12,5 %	70	23,0 %
De 1.001 a 5.000 habitantes	12	2,3 %	31	5,9 %	47	8,9 %	86	16,3 %
De 5.001 a 14.999 habitantes	10	1,4 %	22	3,1 %	55	7,6 %	99	13,8 %
De 15.000 a 49.999 habitantes	1	0,2 %	20	3,0 %	47	7,2 %	95	14,5 %
De 50.000 habitantes y más	20	1,4 %	54	3,8 %	126	8,8 %	200	14,0 %
<b>Total encuestados</b>	<b>70</b>	<b>1,9 %</b>	<b>167</b>	<b>4,6 %</b>	<b>313</b>	<b>8,6 %</b>	<b>550</b>	<b>15,1 %</b>

	41 a 45	%	46 a 50	%	Más de 50	%	Más de 40	%	Con- testa
De 1.000 habitantes y menos	34	11,2 %	33	10,9 %	62	20,4 %	129	42,4 %	304
De 1.001 a 5.000 habitantes	87	16,5 %	85	16,1 %	180	34,1 %	352	66,7 %	528
De 5.001 a 14.999 habitantes	95	13,2 %	116	16,1 %	322	44,8 %	533	74,1 %	719
De 15.000 a 49.999 habitantes	92	14,0 %	115	17,5 %	287	43,7 %	494	75,2 %	657
De 50.000 habitantes y más	304	21,3 %	315	22,1 %	408	28,6 %	1.027	72,0 %	1.427
<b>Total encuestados</b>	<b>612</b>	<b>16,8 %</b>	<b>664</b>	<b>18,3 %</b>	<b>1.259</b>	<b>34,6 %</b>	<b>2.535</b>	<b>69,7 %</b>	<b>3.635</b>



En el caso de los Médicos de Familia el porcentaje **de demora se incrementa claramente con el tamaño de los cupos de personas asignadas.**

En **condiciones normales** y sin tener en cuenta el tamaño del cupo, solo el 47,6% de los 3.559 que contestaron, carecen de demora y el resto (más del 52% tienen algún día de demora).

**Demora en las citas en situaciones normales de demanda**

	Sin demora	% contestan	Demora de 1 día	% contestan	Demora de 2 a 3 días	% contestan	Demora de 4 o 5 días	% contestan
Médico de Familia/ General	1.695	47,6 %	750	21,1 %	685	19,2 %	295	8,3 %
Pediatra AP	472	67,9 %	129	18,6 %	64	9,2 %	19	2,7 %
Otras categorías	5	20,8 %	2	8,3 %	4	16,7 %	2	8,3 %
<b>Total encuestados</b>	<b>2.172</b>	<b>50,8 %</b>	<b>881</b>	<b>20,6 %</b>	<b>753</b>	<b>17,6 %</b>	<b>316</b>	<b>7,4 %</b>

	Demora de más de una semana	% contestan	Contesta	No contesta	% no contestan	Total
Médico de Familia/ General	134	3,8 %	3.559	158	4,3 %	3.717
Pediatra AP	11	1,6 %	695	12	1,7 %	707
Otras categorías	11	45,8 %	24	2	7,7 %	26
<b>Total encuestados</b>	<b>156</b>	<b>3,6 %</b>	<b>4.278</b>	<b>172</b>	<b>3,9 %</b>	<b>4.450</b>

Demora para cita con el Médico de AP en situaciones normales de demanda y según la categoría que desempeña.

En **situaciones especiales** (periodos de vacaciones o incremento de demanda), solo el 27% manifiestan que no tienen demora, de los 3.531 que contestaron a la pregunta.

### Demora en las citas en situaciones especiales de incremento de demanda y vacaciones

	Sin demora	% contestan	Demora de 1 día	% contestan	Demora de 2 a 3 días	% contestan	Demora de 4 o 5 días	% contestan
Médico de Familia/ General	953	27,0 %	638	18,1 %	959	27,2 %	568	16,1 %
Pediatra AP	334	48,3 %	145	21,0 %	142	20,5 %	36	5,2 %
Otras categorías	6	25,0 %	2	8,3 %	2	8,3 %	2	8,3 %
<b>Total encuestados</b>	<b>1.293</b>	<b>30,4 %</b>	<b>785</b>	<b>18,5 %</b>	<b>1.103</b>	<b>26,0 %</b>	<b>606</b>	<b>14,3 %</b>

	Demora de más de una semana	% contestan	Contesta	No contesta	% no contestan	Total
Médico de Familia/ General	413	11,7 %	3.531	186	5,0 %	3.717
Pediatra AP	35	5,1 %	692	15	2,1 %	707
Otras categorías	12	50,0 %	24	2	7,7 %	26
<b>Total encuestados</b>	<b>460</b>	<b>10,8 %</b>	<b>4.247</b>	<b>203</b>	<b>4,6 %</b>	<b>4.450</b>

Demora para cita con el Médico de AP en situaciones especiales de demanda y según la categoría que desempeña.

Demoras de **más de dos días** son ya preocupantes en el primer nivel asistencial, pues quiere decir que si es lunes, el paciente no consigue cita con su médico hasta el jueves y en el caso de ser un jueves la consulta se demora hasta el martes de la siguiente semana.

En 2015 también el CIS preguntó a los ciudadanos por las demoras en las consultas con su médico de familia, los datos obtenidos en ambas encuestas, **corroboran que para aproximadamente la mitad de los ciudadanos la cita tiene una demora de un día o más**, es decir no se les puede atender el mismo día o al siguiente. Esto es un problema importante de nuestro SNS y necesita solución urgente.

	Sin demora	% contestan	Demora de 1 día	% contestan	Demora de 2 a 3 días	% contestan
Encuesta CIS pacientes	2.547	50,9 %	895	17,9 %	780	15,6 %
Médicos AP situación normal	2.172	50,8 %	881	20,6 %	753	17,6 %
Médicos AP situación especial	1.293	30,4 %	785	18,5 %	1103	26,0 %
Médicos Familia situación normal	1.695	47,6 %	750	21,1 %	685	19,2 %
Médicos Familia situación especial	953	27,0 %	638	18,1 %	959	27,2 %
Pediatra situación normal	472	67,9 %	129	18,6 %	64	9,2 %
Pediatra Familia situación especial	334	48,3 %	145	21,0 %	142	20,5 %

	Demora de 4 o 5 días	% contestan	Demora de más de una semana	% contestan	No contestan	Contestan pregunta	Total encuestados
Encuesta CIS pacientes	336 (*)	6,7 %	444	8,9 %	150	5.002	5.152
Médicos AP situación normal	316	7,4 %	156	3,6 %	172	4.278	4.450
Médicos AP situación especial	606	14,3 %	460	10,8 %	203	4.247	4.450
Médicos Familia situación normal	295	8,3 %	134	3,8 %	158	3.559	3.717
Médicos Familia situación especial	568	16,1 %	413	11,7 %	186	3.531	3.717
Pediatra situación normal	19	2,7 %	11	1,6 %	12	695	707
Pediatra Familia situación especial	36	5,2 %	35	5,1 %	15	692	707

Fuente: encuesta vocalías AP de la OMC 2015 y Barómetro Sanitario del CIS (adaptado a criterios de encuesta vocalías AP) (\*) Estimado el 50 % del tramo de 5 a 10 días.

En resumen ambas encuestas (una a médicos y otra a pacientes) ponen de manifiesto importantes demoras en obtener cita para el médico de AP, este es un **grave problema para el SNS** y para la **calidad** de la atención sanitaria que reciben los pacientes. Afecta igualmente al principio de **equidad**, pues los datos de ambas encuestas muestran **diferencias muy acusadas entre las diferentes Comunidades Autónomas y por el tamaño de los municipios**. Sin embargo el barómetro sanitario no encuentra diferencias importantes en relación con la condición socio-económica, la edad, el nivel de estudios y el sexo.

Hay que destacar además, que **los Médicos de Familia y los Pediatras, en general no cuentan con personal auxiliar en las consultas** en los Centros de Salud y Consultorios.

Hemos comprobado hasta ahora como los cupos superiores a 1.500 personas asignadas, las cargas de trabajo excesivas y las demoras afectan en condiciones normales a un 40 % aproximadamente de los médicos de familia que trabajan en el Sistema Nacional de Salud.

Con la falta de sustituciones y los acúmulos correspondientes en periodos vacacionales y de incremento de demanda, las cargas de trabajo y demoras se incrementan peligrosamente y ponen seriamente en riesgo la calidad asistencial y la salud del médico y sus pacientes.

Pero lo más grave es que los ciudadanos afectados por estos cupos excesivos, estas cargas de trabajo y estas demoras superan el 50% de los que tienen en España médico de familia asignado.

Según todo lo anterior ahora toca proponer soluciones, y sin duda **en España faltan plazas de Médicos de Familia en AP**, como por otro lado recoge la prensa especializada estos días haciéndose eco de los últimos datos de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), referentes a 2014, España cuenta con 34.880 médicos de Familia (incluidos los que trabajan en hospitales y los MIR), lo que supone un promedio de 7,5 médicos por cada 10.000 habitantes. La cifra, muy lejana a los 17,2 que tienen en Alemania, los 15,4 de Francia, Portugal o Australia, y es que, hasta 22 países de la Unión Europea que cuentan con más médicos de Familia por habitantes que España.

Médicos de familia en España, año 2016, según grupo asignado y necesidades estimadas de plantilla MFyC												
	Distribución según grandes grupos de cupo asignado						Estimación personas afectadas y MFyC necesarios					
	Menos de 1.501	1.501 a 2.000	> 2.000	MFyC con más de 1.500	Porcentaje más de 1.500	Total MFyC actuales	Ratio Hab./MFyC	Personas de 1.501 a 2.000	Personas > 2.000	Total personas	MFyC necesarios	MFyC que faltan
Andalucía	2.427	2.222	156	2.378	49,49	4.805	1.453	3.771.400	343.200	4.120.600	2.842	464
Aragón	658	298	4	302	31,46	960	1.160	506.600	8.800	515.400	355	53
Asturias (Principado de)	341	322	3	325	48,80	666	1.389	547.400	6.600	554.000	382	57
Baleares (Islas)	95	395	42	437	82,14	532	1.765	671.500	92.400	763.900	527	90
Canarias	591	577	8	585	49,74	1.176	1.450	980.900	17.600	998.500	689	104
Cantabria	282	84	0	84	22,95	366	1.327	142.800	0	142.800	98	14
Castilla y León	2.039	286	0	286	12,30	2.325	922	486.200	0	486.200	335	49
Castilla-La Mancha	787	517	39	556	41,40	1.343	1.257	878.900	85.800	964.700	665	109
Cataluña (*)	2.813	1.582	36	1.618	36,80	4.397	1.434	2.689.400	79.200	2.768.600	1.909	291
Comunidad Valenciana	1.297	1.452	13	1.465	53,04	2.762	1.524	2.468.400	28.600	2.497.000	1.722	257
Extremadura	596	216	1	217	26,69	813	1.135	367.200	2.200	369.400	255	38
Galicia	1.494	368	2	370	19,85	1.864	1.272	625.600	4.400	630.000	434	64
Madrid (Comunidad de)	1.530	1.707	296	2.003	56,69	3.533	1.560	2.901.900	651.200	3.553.100	2.450	447
Murcia (Región de)	508	317	8	325	39,25	828	1.440	538.900	17.600	556.500	384	59
Navarra (Comunidad de)	284	129	0	129	32,99	391	1.351	219.300	0	219.300	151	22
País Vasco	1.022	436	1	437	29,95	1.459	1.342	741.200	2.200	743.400	513	76
La Rioja	159	58	0	58	26,73	217	1.239	98.600	0	98.600	68	10
Ceuta Y Melilla (Inglésa)	6	63	0	63	91,30	69	1.723	107.100	0	107.100	74	11
<b>Total España</b>	<b>16.329</b>	<b>11.029</b>	<b>609</b>	<b>11.638</b>	<b>40,83</b>	<b>28.506</b>	<b>1.381</b>	<b>18.749.300</b>	<b>1.339.800</b>	<b>20.089.100</b>	<b>13.853</b>	<b>2.215</b>

Fuente: www.msc.es Ministerio de Sanidad (e) V. Matas. (\*) Cataluña datos de la distribución según grupo cupo asignado del año 2010 (último dato facilitado) total 2016. Estimación media de 1.700 personas en el grupo de 1.501 a 2.000 y 2.200 en el grupo de > 2.000. \* Médicos necesarios para cupo máximo de 1.450 personas por MFyC.

En la tabla anterior podemos comprobar como estimando una media de 1.700 personas adscritas para los médicos con cupos entre 1.501 y 2.000 y 2.100 personas adscritas para los que tienen cupos de más de 2.000 nos encontramos con más de 20 millones de ciudadanos afectados. Para conseguir que los cupos máximos no superaran los 1.450 ciudadanos adscritos, en España **se necesitaría ampliar la plantilla en 2.217 Médicos de Familia adicionales**. El coste de la medida, podría suponer poco más de 100 millones de euros al año, si tenemos en cuenta los beneficios para los ciudadanos y la repercusión en ahorro en otros niveles (menos derivaciones, ingresos, urgencias hospitalarias...), posiblemente sería una medida muy eficiente. El envejecimiento, con el consiguiente incremento de patología crónica hace necesario seguir avanzando hasta conseguir que no existan cupos que superen las 1.200 tarjetas.

En el caso de pediatría también son necesarios unos 300 nuevos especialistas para rebajar, de forma urgente, los cupos excesivos y que no queden pediatras con más de 1.200 tarjetas asignados y aproximarse paulatinamente a un cupo óptimo que no supere las 1.000 tarjetas.

**Los Médicos de AP –en muchísimos centros– están al límite desde hace tiempo.** Trabajando en estas condiciones resulta ya imposible, seguir manteniendo una atención sanitaria de calidad y sin una AP resolutive y eficiente el SNS está en peligro. Se necesitan médicos de familia pero no los habrá si no hay una **apuesta política importante** que incremente la financiación, mejore las condiciones laborales, propicie nuevos modelos organizativos y aumente el prestigio académico de la especialidad.

## Bibliografía

Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de AP (SIAP).

<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>

Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

<http://inclasns.msssi.es/?show=true>

Actividad asistencial en centros de AP y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria).

[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad\\_ordinaria\\_A\\_P\\_2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad_ordinaria_A_P_2014.pdf)

Actividad asistencial en centros de AP y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria).

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Act\\_ord\\_AP\\_2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Act_ord_AP_2015.pdf)

Encuesta sobre la situación del Médico de AP en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados generales.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta\\_medicos\\_ap\\_resultados\\_generales\\_14\\_01\\_16.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_medicos_ap_resultados_generales_14_01_16.pdf)

Encuesta sobre la situación del Médico de AP en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados detallados.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta\\_ap\\_resultados\\_ccaa.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_ap_resultados_ccaa.pdf)

BARÓMETRO SANITARIO 2015 (TOTAL OLEADAS) Estudio nº 8815  
Marzo-octubre 2015.

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2015/Es8815mar.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2015/Es8815mar.pdf)

BARÓMETRO SANITARIO 2016 (TOTAL OLEADAS) Estudio nº 8816  
Marzo-octubre 2016.

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2016/BS2016\\_MAR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_MAR.pdf)

Healthcare personnel statistics – physicians.

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians)

### I.3. Condiciones laborales y retributivas de los médicos de AP. Propuesta de modelo retributivo

*Dr. D. Vicente Matas Aguilera (24 febrero 2019)*

La gran mayoría de los médicos Españoles son empleados públicos, pero de unas **características muy diferentes y específicas**. Las retribuciones son en general, las correspondientes al resto de empleados públicos del mismo nivel y grupo. Sería necesario un planteamiento que contemple un **modelo retributivo específico** para el médico teniendo en cuenta estas especiales características. Hay muchos ejemplos en los que podemos fijarnos:

- Personal funcionario de las Cortes Generales y de las Asambleas de las Comunidades Autónomas.
- Personal funcionario de los demás Órganos Constitucionales del Estado y de los Órganos Estatutarios de las Comunidades Autónomas.
- Jueces, Magistrados, Fiscales y demás personal funcionario de la Administración de Justicia.
- Profesores de Universidad.
- Personal militar de las Fuerzas Armadas.
- Personal de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Personal retribuido por arancel.
- Personal del Centro Nacional de Inteligencia.
- Personal del Banco de España y Fondos de Garantía de Depósitos en Entidades de Crédito.

A modo de ejemplo, nos fijaremos en jueces y fiscales, profesionales que también tienen unas especiales características y unas altas responsabilidades y a los que la Administración se las reconoce con sueldos y retribuciones especiales.

En el caso de los **jueces y abogados fiscales** inician su carrera tiene un sueldo mensual de 1.550,83 euros (doce mensualidades) en el año 2018 y que llegan hasta unos 49.000 euros anuales con los complementos.



**Magistrados y fiscales** tienen asignado un sueldo mensual de 1.772,43 euros (doce mensualidades). En el caso de los **Magistrados del Tribunal Supremo** el sueldo mensual es de 1.928,08 euros (catorce mensualidades) y un total de 110.708,80 euros anuales más antigüedad. Por último para los **fiscales jefes** el sueldo mensual es de 1.928,08 euros (catorce mensualidades) y un total de 112.166,96 euros anuales más antigüedad.

Los miembros del Poder Judicial y del Ministerio Fiscal a excepción del Fiscal General del Estado que se regula en el número siguiente, a que se refieren los números anteriores de este apartado, percibirán catorce mensualidades de la retribución por antigüedad o trienios, en su caso, que les corresponda. Asimismo, percibirán dos pagas al año, en junio y diciembre, por la cuantía, cada una de las mismas, que se detalla a continuación: Van desde 6.976,29 a 7.477,33.

La antigüedad se remunerará mediante un incremento sucesivo del cinco por ciento del sueldo inicial correspondiente a la categoría de ingreso por cada tres años en servicio activo, **unos 75 euros mensuales** para jueces y abogados fiscales.

Los **jueces y magistrados** que en el semestre inmediatamente anterior hubiesen superado en un 20 por ciento el objetivo correspondiente a su destino tendrán derecho a percibir un **incremento no inferior al cinco por ciento ni superior al 10 por ciento de sus retribuciones fijas**. Los **jueces y magistrados** que en el semestre inmediatamente anterior no alcancen, por causas que les sean atribuibles, el 80 por ciento del objetivo correspondiente a su destino **percibirán sus retribuciones fijas minoradas en un cinco por ciento**, previo expediente contradictorio cuya reglamentación, trámite y resolución corresponderá al Consejo General del Poder Judicial.

## Características muy diferentes

Los médicos en España tienen unas características muy diferentes al resto de los empleados públicos, que podemos resumir en:

### A. Exigencias de formación inicial.

Para comenzar a ejercer como médico especialista en España se exige un gran esfuerzo en Formación inicial:

- **La nota para acceder a los estudios de Medicina**, un año tras otro es la mayor de todas las titulaciones de nuestra Universidad.
- Seis largos años de **estudios universitarios**, la licenciatura, grado o master de mayor duración.
- Un año de preparación de la oposición para acceder a la formación del **sistema MIR**.
- Entre cuatro y cinco años de **formación como MIR**.

En total **entre once y doce años de formación y una edad de 29-30 años** para poder estar en condiciones de ejercer la profesión.

## B. Exigencias de jornada y dedicación.

- **Jornada ordinaria:** Igual que el resto de empleados públicos (37,5 o 35 horas).
- **Jornada complementaria:** Hasta completar 48 horas semanales, es obligatoria y se abona a precio inferior a la hora ordinaria. Este nivel de dedicación no se exige al resto de empleados públicos, salvo alguna excepción.
- **Jornada especial:** Hasta 150 horas al año (voluntaria).

Las jornadas complementaria y especial suponen un esfuerzo muy importante y sin reflejo en las cotizaciones (al superar la base máxima de cotización) ni computo como tiempo de trabajo a efectos de jubilación.

## C. Responsabilidad profesional.

Una alta responsabilidad que se traduce en:

- **Responsabilidad civil:** En cada acto, el médico puede ser demandado.
- **Responsabilidad penal:** En cada acto, el médico puede ser demandado.
- **Responsabilidad ética:** Cada acto se debe realizar de acuerdo con el código deontológico de la profesión que regula la misma

Este alto nivel de responsabilidad asumida y exigida día a día es la causa de que los seguros de responsabilidad sean cada vez más caros para la profesión.

#### D. Formación continua y permanente.

Pocas profesiones o quizás ninguna tienen el nivel de exigencia de formación continua y permanente, que viene dada por la rápida evolución y mejora de la medicina día a día.

Varios hechos caracterizan la formación del médico:

- Es una **obligación ética y legal** (art. 33 LOPS) que no termina nunca.
- **Los Servicios de Salud no facilitan el tiempo necesario** para esta formación obligatoria. Hasta tal punto que el 67 % de los 4.217 médicos de AP que respondieron a la encuesta de las vocalías de AP en 2015 realizan menos de 25 horas al año de formación continuada en su tiempo de trabajo.
- Más del 68 % de los médicos que respondieron a la encuesta de las vocalías de AP en 2015 (4.380) dedican más de 3 horas semanales (más de 150 al año) a **formación en tiempo libre**.

Las Administraciones no solo no facilitan la formación continuada y permanente del médico sino que además generalmente no reconocen el esfuerzo que los médicos realizan en su tiempo libre.

#### E. Condiciones laborales.

Las condiciones laborales en muchísimas ocasiones no son las idóneas para el ejercicio de una profesión con tan alto nivel de responsabilidad y exigencia.

- **Masificación.** En muchas ocasiones la profesión se ejerce en condiciones de falta de tiempo y masificación en las consultas.
- **Agotamiento.** El gran número de horas de trabajo y el alto ritmo de trabajo en demasiadas ocasiones lleva a los médicos al agotamiento físico y mental.
- **Riesgos y estrés.** El médico en el ejercicio de su profesión está sometido a todo tipo de riesgos (biológicos, químicos, físicos,

psico-sociales...) y todo ello junto a la falta de tiempo, el ritmo de trabajo y las interminables jornadas conducen al estrés.

## Modelo retributivo actual y mejoras necesarias

La gran mayoría de los Médicos en el SNS están sujetos a la Ley 55/2003 y RDL 3/87. Podemos distinguir dos grandes tipos de retribución.

- Retribuciones básicas.
- Retribuciones complementarias.

### 1.- Retribuciones básicas.

Compuesta por sueldo, trienios y pagas extra.

Las cuantías del **sueldo y los trienios** serán iguales en todos los servicios de salud (excepto Navarra) y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos. Para 2018 el sueldo es 1.151,17 euros/mes y el importe del trienio es de 44,29 euros. Existe muy poca diferencia con relación a los profesionales del grupo A2 (Enfermería, Fisioterapeuta, Trabajador Social, Matrona...) 995,39 euros de sueldo y 36,11 euros por trienio. Además se da la paradoja de que los médicos aún tienen el sueldo por debajo del que cobraban a comienzos del año 2010 y el resto de categorías ya superan el importe de dicho año.

En realidad son iguales en todos los Servicios de Salud, con la única excepción de la Comunidad Foral de Navarra, en la que el sueldo es superior al resto del Estado en más de un 60 % y no existen los trienios, que son sustituidos por un sistema de antigüedad basado en quinquenios y grado (cada seis años y siete meses). **Se abona en 14 pagas**, aunque han sufrido un importante recorte en las dos pagas extra, el sueldo en las extras es de 710,36 euros y el trienio se abona a 27,33 euros. El sueldo es inferior al que reciben los profesionales del grupo A2 (Enfermería, Fisioterapeuta, Trabajador Social, Matrona...) 725,95 euros de sueldo en la extra, un agravio y un insulto.

Sería necesario que el sueldo y los trienios reflejaran mínimamente el extraordinario nivel de exigencias que tiene la profesión, llegando a un mínimo de 1.800 euros mensuales de sueldo (el doble que el

nuevo salario mínimo) y 50 euros por trienio en catorce pagas que deben ser iguales, para acabar con la discriminación actual en las extras.

## 2.- Retribuciones Complementarias.

Compuestas por Complemento de Destino, Complementos Específicos, Complementos de Productividad, Atención Continuada y otros.

- **Complemento de Destino.**

Es correspondiente al nivel del puesto que se desempeña, los puestos base (Médicos de Familia y Pediatras) cobran el nivel 24 que suponen 605,05 euros/mes, los Directores de Centro de Salud tienen nivel 25 y el importe es 642,99 euros/mes, los Jefes de Sección de los Hospitales tienen nivel 26 que suponen 724,73 euros mes y los jefes de servicio con nivel 28 cobran un importe es de 864,01 euros/mes. Muchos funcionarios de igual nivel que los médicos de AP tienen reconocido el nivel 25 en gran parte de la Administración. Se abona en 14 pagas. Cantidades aún inferiores a las que se cobraban en mayo de 2010.

La complejidad del puesto de trabajo merece que los puestos base de Médico de Familia y Pediatras tengan reconocido el nivel 25. Para aquellos que realizan además labores docentes deberían tener reconocido el nivel 26 y para los directores de centro de salud el nivel 28 que corresponde a los jefes de servicio de hospital.

- **Complemento específico.**

Retribuye las condiciones particulares de los puestos: Exclusividad e incompatibilidad, general o por puesto de trabajo, especial dedicación (jornada adicional), modificación de jornada (tardes), peligrosidad y penosidad y otros.

Presenta grandes diferencias por Servicios de Salud, que va desde menos de 100 euros/mes sin exclusividad en los médicos de AP de Andalucía hasta más de 1.200 euros mes en médicos de otros Servicios de Salud.

Suele abonarse en las pagas extras. Debería desaparecer en todas las CCAA el concepto de exclusividad y por el mismo trabajo se debe cobrar igual, dependiendo de las exigencias del puesto, dedicación, horario, peligrosidad y penosidad el importe debería oscilar como mínimo entre los 800 y 1.200 euros al mes.

- **Complemento Productividad.**

Destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.

- **Productividad Fija.** Generalmente para los médicos de Hospital, es una cantidad fija, que varía por categoría profesional y muy diferente de unos servicios de salud a otros. Para los médicos de AP con tarjetas asignadas es una cantidad fija por tarjeta, que varía por tramos de edad y en la mayoría de servicios por dispersión. Deben existir unos mínimos de al menos 500 euros al mes y llegar o superar los 1.000 euros al mes, se debe tener en cuenta, además de la edad y la dispersión, otros aspectos (cronicidad, pluripatología...). La parte correspondiente a dispersión debería estar exenta en el IRPF pues retribuye la obligación de acudir a los domicilios de los pacientes en la mayoría de las ocasiones con medios propios.
- **Productividad Variable.** Por objetivos, varía mucho por CCAA y por categorías. No existe en todos los Servicios de Salud. Generalmente los objetivos se conocen tarde, son impuestos, están muy influenciados por criterios economicistas (gasto farmacéutico) y no siempre se miden con criterios totalmente objetivos. Para que sea incentivador debe suponer al menos un 20% del sueldo final.

- **Complemento Atención Continuada (Guardias).**

Destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada, al margen de la jornada ordinaria, por las tardes, por las noches, en sábados, domingos y festivos. Equivalente a las “horas extraordinarias” de otros trabajadores aunque con importantes diferencias: **Obligatorias** (salvo excepciones), remuneradas por debajo de la hora ordinaria y no al 175% de las extraordinarias. Y límites imprecisos, (hasta más de 800 al año en lugar de las 80 de las horas extra).

En general el importe por hora es igual en Hospital y AP, excepto INGESA, Extremadura y alguna circunstancia especial (aislamiento, insularidad, desplazamiento...). Las diferencias superan el 70 %.

Sería necesaria la **voluntariedad** y premiar el mero **compromiso** para realizar un determinado número de horas año (300-600). **El importe por hora debe aproximarse o sobrepasar al de la hora ordinaria** (al menos 25 euros/hora en laborable y 30 euros/hora en sábado y festivo). Debería tener un **tratamiento fiscal especial**, por su contribución al sostenimiento del SNS, hoy día casi la mitad de su importe va directamente a hacienda al incrementar el porcentaje de la retención de toda la nómina.

- **Carrera Profesional.**

Hace más de quince años se comenzó a hablar de Carrera Profesional, había muchas esperanzas ante la puesta en marcha de un sistema que reconociera al médico los esfuerzos y méritos a lo largo de su desempeño profesional, pero nos hemos encontrados con dieciocho modelos de Carrera Profesional muy diferentes, distintos y distantes.

Son diferentes los **requisitos**, tanto en antigüedad como en los **baremos** para acceder y progresar, son diferentes los **niveles y su denominación**, son diferentes los **calendarios de implantación**, los **procedimientos extraordinarios** para su puesta en marcha, los **importes por nivel**, los sistemas y dificultad de actualización y acceso... y ahora unas están suspendidas, otras congeladas, otras con recortes...

En general son cuatro niveles, excepto en Andalucía y Navarra que tienen cinco niveles, aunque en estas Comunidades el primer nivel no es retribuido. En la práctica en todos los Servicios de Salud son cuatro niveles retribuidos. Las diferencias en los importes anuales, con los recortes se han disparado, hasta superar en algunos casos el 200% en el importe anual entre el máximo y el mínimo en algunos niveles.

En general se exigen 5 años de servicios prestados por nivel, aunque varía desde este mínimo hasta un máximo de 8 años de permanencia en alguna CCAA. Para llegar al último nivel retribuido se exigen entre 20 y 25 años.

Sería necesaria una homologación real en los dieciocho servicios de salud, baremos equitativos y ajustados a la realidad de AP (masificación, lejanía, aislamiento, falta de tiempo...) y unos importe mínimos de 300 euros por nivel, para disminuir las grandes diferencias.

- **Otros complementos.**

Existen otros muchos complementos en los diferentes servicios de salud: Complemento residencia, en INGESA, Baleares y Canarias. Complemento acuerdo. Complemento autonómico. Complemento nivelación. Otros.

Retribuciones básicas y complementarias componen el sueldo bruto, pero al médico llega una cantidad muy inferior, el sueldo neto.

El **descuento para Seguridad Social** para propietarios supone el 4,8 % de la base reguladora, para el año 2018 el **máximo** de es de 4.070 euros/mes en doce meses al año. Para el Servicio de Salud el porcentaje es del 24,2 %.

De la **parte del sueldo bruto que sobrepasa la base reguladora máxima** –es muy fácil que un médico que hace guardias cobre un sueldo bruto superior a la base máxima– no se realiza cotización.

A continuación se retiene una importante cantidad para el IRPF, que en España es muy progresivo: pagan mucho más quienes ganan más (sobre todo en nómina).

Es necesario mencionar que con la crisis proliferaron todo tipo de contratos precarios para los médicos, contratos que en muchas ocasiones son a tiempo parcial, con importantes recortes, aunque las funciones a realizar suelen ser las mismas. También se ha producido una importante pérdida de empleo entre los médicos que ocupaban contratos eventuales y las sustituciones y suplencias se han reducido al mínimo, con el consiguiente incremento de la carga de trabajo para cubrir las ausencias reglamentarias por el resto del equipo médico.

**El médico** con su gran formación, la jornada más amplia, la gran responsabilidad de todo tipo que asume en su trabajo... **recibe una retribución, bastante inferior al de sus colegas europeos**, pero superior al de otros trabajadores de menor cualificación, menor jornada, menor responsabilidad...

Estas retribuciones a las que se suman las guardias, hace que su porcentaje de retención para IRPF sea muy superior al del resto de trabajadores de menor cualificación, dedicación y responsabilidad. Por su nivel de ingresos le será muy difícil (prácticamente imposible) acceder a muchos tipos de ayudas, subvenciones y becas.



En definitiva **aporta mucho** (en dinero, esfuerzo, horas de trabajo, dedicación, formación, responsabilidad...) **y recibe menos, por su nivel de renta, para que otros, con menor nivel de renta, aportando menos reciban más** (en la mayoría de las ocasiones porque necesitan más).

Sin cuestionar el principio de “solidaridad social”, existe un **desequilibrio exagerado que afecta al médico**.

Sería necesario hacer más justo nuestro sistema, dando a cada uno lo que le corresponde según sus **necesidades** y teniendo también en cuenta el **esfuerzo** realizado, especialmente en el caso de la fiscalidad de las guardias.

El sistema retributivo general de los empleados públicos resulta insuficiente para una profesión como la de médico, que tiene demasiadas características muy especiales, sería necesario un estatuto marco del médico con un sistema retributivo y negociación específica para los médicos.

## Bibliografía

Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018.

<https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/04/pdfs/BOE-A-2018-9268.pdf>

Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017.

<https://www.boe.es/boe/dias/2017/06/28/pdfs/BOE-A-2017-7387.pdf>

Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.

<https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/30/pdfs/BOE-A-2015-11644.pdf>

Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11719-consolidado.pdf>

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>

**Bases y tipos de cotización a la Seguridad Social 2017.**

[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Trabajadores/CotizacionRecaudaci10777/Basesytiposdecotiza36537/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/CotizacionRecaudaci10777/Basesytiposdecotiza36537/index.htm)

**Resolución, de 25 de febrero de 2016, retribuciones del Servicio Aragonés de Salud, año 2016.**

[http://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/2016\\_instrucciones\\_nominas\\_personal\\_estatutario\\_salud.pdf](http://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/2016_instrucciones_nominas_personal_estatutario_salud.pdf)

**Retribuciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias del SAS. Ejercicio 2016.**

[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/general/transparencia/.../profesionales/guia/20160418\\_Resolucion\\_0136\\_2016.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/general/transparencia/.../profesionales/guia/20160418_Resolucion_0136_2016.pdf)

**Acuerdo de 16 de junio de 2016, del Consejo de Gobierno, por el que se fijan para 2016 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias.**

<http://sede.asturias.es/bopa/2016/06/17/2016-06680.pdf>

**Instrucción Núm. 1/16, Retribuciones Servicio Canario de Salud para 2016.**

[http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/90ae700d-bb65-11e5-8e0b-a3f752735c57/INSTRUCCION\\_1-16\\_DE\\_14-01-2016\\_RETRIBUCIONES\\_PERSONAL\\_IISS\\_SCS\\_2016.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/90ae700d-bb65-11e5-8e0b-a3f752735c57/INSTRUCCION_1-16_DE_14-01-2016_RETRIBUCIONES_PERSONAL_IISS_SCS_2016.pdf)

**Resolución retribuciones Servicio Cántabro de Salud para 2016**

<http://sanidad.ugtcantabria.org/wp-content/uploads/INSTRUCCION-DE-NOMINAS-2016.pdf>

**DECRETO 1/2016, de 21 de enero, por el que se fijan las cantidades retributivas para el año 2016 del personal al servicio de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y sus Organismos Autónomos.**

[http://www.empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico/es/Plantilla100Detalle/1246947697738/\\_/1284526781013/Comunicacion](http://www.empleopublico.jcyl.es/web/jcyl/EmpleoPublico/es/Plantilla100Detalle/1246947697738/_/1284526781013/Comunicacion)

**Resolución del Servicio de Salud de Castilla La Mancha por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal del SESCAM para el año 2016.**

<http://www.satse.es/comunicacion/noticias/modificadas-las-instrucciones-del-sescam-para-la-elaboracion-de-las-nominas-y-las-retribuciones-2016>

**Llibre de Retribucions 2016 Personal Estatutari de L'ICS.**

[http://governacio.gencat.cat/web/.content/funcio\\_publica/documents/empleats\\_publics/retribucions/2016/Llibre-de-Retribucions-2016-ICS.pdf](http://governacio.gencat.cat/web/.content/funcio_publica/documents/empleats_publics/retribucions/2016/Llibre-de-Retribucions-2016-ICS.pdf)

**Resolución retribuciones Servicio Extremeño de Salud año 2016.**

[http://saludextremadura.gobex.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=20ca20d9-9c1c-4d5b-809c-529643788623&groupId=19231](http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=20ca20d9-9c1c-4d5b-809c-529643788623&groupId=19231)

**ORDEN de 14 de enero de 2016 por la que se dictan instrucciones sobre la confección de nóminas del personal al servicio de la Administración autonómica Gallega para el año 2016.**

[https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2016/20160121/AnuncioCA01-180116-0001\\_es.html](https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2016/20160121/AnuncioCA01-180116-0001_es.html)

**ORDEN de 22 de enero de 2016, de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, por la que se dictan Instrucciones para la Gestión de las Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid para 2016.**

[https://www.bocm.es/boletin/CM\\_Orden\\_BOCM/2016/01/29/BOCM-20160129-13.PDF](https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2016/01/29/BOCM-20160129-13.PDF)

Resolución de 15 de febrero de 2016, de la Secretaría General de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 10 de febrero de 2016, sobre retribuciones del personal al servicio de la Administración General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, sus organismos autónomos y Altos Cargos de esta Administración Regional, para el año 2016.

<http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=743016>

Retribuciones de los funcionarios navarros año 2016.

<https://gobiernoabierto.navarra.es/es/open-data/datos/retribuciones-2016>

Resolución retribuciones 2016 del Servicio Riojano de Salud (BOR 4 julio 2016). [http://ias1.larioja.org/boletin/Bor\\_Boletin\\_visor\\_Servlet?referencia=3595615-1-PDF-502659](http://ias1.larioja.org/boletin/Bor_Boletin_visor_Servlet?referencia=3595615-1-PDF-502659)

Retribución personal IISS Comunidad Valenciana. Año 2016.

<http://www.san.gva.es/web/dgrhs/retribuciones-personal-iiss>

## 1.4. Aspectos sociales e implicaciones laborales de la feminización de la profesión

*Dra. D.ª Paula Chao Escuer,*

*Dra. D.ª Remedios Rico Uríos*

### 1. Introducción

La progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral es un hecho innegable en las últimas décadas. Hasta hace unos años se asumía que el lugar de la mujer estaba en su casa, ocupándose de la crianza de los hijos, si los había, y si trabajaba fuera del ámbito doméstico lo hacía en trabajos menos cualificados (y por supuesto, menos retribuidos) que sus maridos, por lo que parecía lógico que fueran ellas las que abandonasen sus empleos para cuidar a la familia.

El término feminización, que resulta inapropiado e incluso ofensivo en determinados foros sociales, hace referencia al aumento del número de mujeres en determinadas esferas o trabajos que habitualmente han sido copados por una mayoría de género masculino. Este fenómeno se está dando con más intensidad en determinadas profesiones, como las sanitarias o en educación. En 1965, sólo el 2,6 % del total de los aproximadamente 40.000 médicos que trabajaban en España eran mujeres. En el año 1975 se igualó el número de matrículas universitarias en la carrera de Medicina de hombres y mujeres, y en 1990 el número de matrículas de mujeres ya sobrepasó al de varones.

Este debate viene de largo: ya en el año 2008 la prestigiosa *British Medical Journal* planteó un debate en sus páginas titulado “¿Hay demasiadas mujeres médicas?” en el que Brian McKinstry, de la Universidad de Edimburgo, fue el encargado de defender el “sí”, y Jane Dacre, de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Londres, abogó por el “no”. En años sucesivos, medios en nuestro país se han hecho eco de esta realidad sanitaria reflejando ya en 2010 que un 74 % de los estudiantes de Medicina era mujer o que en 2009 Osakidetza contaba con un 70% de mujeres entre los médicos por debajo de los 35 años. Y es que España es la potencia europea en la que más feminizada está la carrera de

Medicina por delante de Francia, Alemania o Reino Unido, si bien en estos países también el número de mujeres matriculadas en las universidades suponen más de la mitad de los estudiantes. Una de las últimas noticias que ha saltado a la prensa generalista sobre la preocupación que causa este fenómeno en determinados países la encontramos en las páginas del diario “El Mundo” el 8 de agosto de 2018: “Una escuela de Medicina en Japón se disculpa por bajar las notas de las mujeres para limitar su ingreso”. En ella, los directivos de la Escuela de Medicina de Tokio justificaban unas prácticas que se remontan a 2006 y que perseguían que no hubiera más de un 30 % de mujeres matriculadas por el hecho de que muchas mujeres deciden abandonar el ejercicio de la profesión una vez que se casan y tienen hijos.

## 2. Realidad actual

Según los datos del “Estudio sobre demografía médica” del año 2017 publicado por la OMC y CESM, el País Vasco es la comunidad autónoma con un mayor grado de feminización (71,6 %) entre los médicos en formación, seguida por La Rioja (69,2 %) y Castilla La Mancha (69,1 %). En el lado opuesto encontramos a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (63 %), la comunidad canaria (63,6 %) y Cataluña (65,4 %). A pesar de las diferencias todas las CCAA mantienen tasas de feminización por encima del 60% entre el colectivo MIR, destacando las especialidades de Ginecología y Obstetricia, donde el 86.1 % de las residentes son mujeres, seguida de Pediatría y Alergología (esta última en llamativo ascenso en los últimos años).

## 4. Impacto en AP

Según los datos del último estudio sobre Demografía Médica del 2017 editado por el CGCOM hay un 61,6 % de mujeres Médicos de Familia ejerciendo en España, pero la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en abril de 2017 contaba con un 71,9 % de mujeres en periodo de formación MIR. Por tanto, el porcentaje de mujeres médicos de familia que ejercerá en un futuro como especialista en el Sistema Público de Salud presenta una tendencia al alza a expensas de las nuevas generaciones de médicos jóvenes, hecho

fundamental para la planificación sanitaria futura puesto que entre los 30 y los 45 años ese colectivo pasará por embarazos, partos, lactancias, crianzas... con sus correspondientes permisos y ausencias.

Es un hecho incontestable que la capacidad para gestar y parir sigue siendo exclusiva de la mujer y que esto deriva en determinados descansos laborales que, en la actualidad, son mayoritariamente asumidos por las mujeres (obligatoriamente al menos 6 semanas tras el parto). Y es un hecho que hay un grueso de médicos de entre los nacidos en la década de 1950 (concretamente los nacidos entre 1955 y 1960) que pueden suponer hasta un 30 % de los integrantes de las plantillas de los centros de salud y que ven cercana su jubilación.

Por tanto, aproximadamente 16.300 médicos de familia podrían jubilarse en la próxima década y las autoridades sanitarias deben planificar la sustitución de estos profesionales. Pero calcular la tasa de reposición de médicos que harán falta no es sencillo puesto que debemos añadir 3 características particulares de la Medicina de Familia: primero, en ausencia de una especialidad específica de Urgencias y Emergencias, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es elegida por muchos licenciados que desean trabajar en ese campo (urgencias hospitalarias, SUMMA...), y además, una vez acabada la Residencia muchos especialistas recién titulados ven en él una salida laboral más atractiva; segundo, muchos trabajan en la Medicina Privada; y tercero, la tasa de recirculación de los médicos de familia es la mayor de entre todas las especialidades (aunque presenta una tendencia a la baja).

En el caso de Pediatría los cálculos se encuentran con dificultades añadidas. Hay cerca de 3.000 pediatras que se jubilarán en la siguiente década y las variables expresadas para la Medicina de Familia son igualmente aplicables a la Pediatría de AP, con la corrección de que el porcentaje de pediatras con actividad hospitalaria frente a los de actividad de AP es superior, por lo que en este colectivo se está manifestando la carencia de sustitutos naturales al déficit de profesionales desde hace más tiempo.

Así pues, de entre los médicos de AP que están en ejercicio actualmente, más del 50 por ciento estarán en condiciones de poder jubilarse entre el año 2015 y el año 2027. Y el problema de la falta

de recambio generacional se prevé desde hace más de una década, como ilustra este ejemplo de estimación de Sacyl del 2008:

<b>Medicina Familiar</b>	
<b>Efectivos 2017</b>	<b>2.734</b>
<b>Jubilaciones 2008-2017</b>	<b>499</b>
<b>Crecimiento 2008-2017</b>	<b>273</b>
<b>Pérdidas Mir 2008-2017</b>	<b>231</b>
<b>N.º óptimo de MIR estimados 2017</b>	<b>1.003</b>
<b>N.º entradas vía MIR</b>	<b>1.130</b>
<b>Balance</b>	<b>127</b>

Fuente: Sacyl (2008)

<b>Atención Primaria</b>							
TRAMO	Menos de 45	%	45 a 55	%	Más de 55	%	Total
N.º y porcentaje	<b>454</b>	<b>15</b>	<b>1.928</b>	<b>62</b>	<b>730</b>	<b>23</b>	<b>3.112</b>

Fuente: Sacyl (2008)

## 5. Propuestas de futuro

Desde nuestro punto de vista, la progresiva feminización de la AP debería servir de incentivo para lograr una mejora en las condiciones laborales de los médicos de familia, disminuir la precariedad laboral, la inestabilidad en los contratos y fomentar la posibilidad de la conciliación familiar.

Esto pasa inexorablemente por potenciar la AP como eje del sistema, invirtiendo económicamente en la contratación de médicos de familia que formen parte de plantillas estables, lo que precisará de convocatorias periódicas de concursos-oposición para la consolidación de las plazas o de otros mecanismos alternativos que proporcionen empleos de calidad.

Debería tenderse a la flexibilización de los horarios laborales, especialmente en aquellas comunidades en las que existen turnos de tarde hasta las 21 h que habitualmente son ocupados por los médicos más jóvenes que, ante la dificultad para conciliar su vida laboral con la familiar, se ven abocados a buscar otras salidas profesionales o a solicitar una reducción de su jornada laboral con la consecuente disminución de sus ingresos.

Igualmente se debe solventar el perjuicio económico que le supone a la médica joven que se queda embarazada el hecho de tener que dejar de hacer guardias (hecho muy frecuente en el ámbito rural).

## Bibliografía

Actividad asistencial en centros de AP y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria).

[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad\\_ordinaria\\_A\\_P\\_2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad_ordinaria_A_P_2014.pdf)

Encuesta sobre la situación del Médico de AP en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados generales.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta\\_medicos\\_ap\\_resultados\\_generales\\_14\\_01\\_16.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_medicos_ap_resultados_generales_14_01_16.pdf)

Encuesta sobre la situación del Médico de AP en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Resultados detallados.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta\\_ap\\_resultados\\_ccaa.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_ap_resultados_ccaa.pdf)

Healthcare personnel statistics – physicians.

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians)



<http://www.elmundo.es/internacional/2018/08/08/5b6ade54468aeb2d7f8b4725.html>

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/espana-es-la-potencia-europea-mas-feminizada-en-la-carrera-de-medicina-5278>

Estudio sobre Demografía Médica del CGCOM 2017.

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio\\_demografia\\_2017/3/](http://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/3/)



## PARTE II: Organización basada en el profesionalismo y la autonomía de gestión

### II.1. Deseos de futuro para la gestión clínica en AP para el 2025

*Dr. D. Manuel M.ª Ortega Marlasca*

La Gestión Clínica (GC) supone un concepto **algo ambiguo** para muchos de los que hacemos de la asistencia clínica nuestra razón de ser, además de un elemento fundamental de nuestra labor diaria. Nos planteamos si es un concepto sólo para directivos. Algo que no es de uso diario para nosotros que estamos siempre, frente a pacientes que reclaman nuestra valoración, ayuda, consejo o simplemente, hacen de la consulta un lugar donde intentar reclamar u obtener algo que creen se merecen, precisan o es fundamental para su vida o la de los suyos.

En general, se define como un **concepto** muy focalizado en la importancia de realizar y coordinar unas prestaciones de servicios sanitarios, en general con elevada calidad, adaptada al entorno que se fija como objetivo, que suele estar muy relacionado con enfermedades crónicas a lo largo de la vida de unos pacientes y con una serie de recursos adecuados.<sup>(1)</sup> Creo que esta definición sería la más consensuada a lo que los clínicos entendemos y con ello, nos diferenciamos netamente de sistemas y conceptos de gestión político-económica estacional en unos años. Lo que en la actualidad se está haciendo, puede que en el futuro sea todo lo contrario, al igual que hace años, la AP (AP) se desarrollaba en el día a día en consultas auxiliadas de 2'5 horas de actividad asistencial y en las que para nada se aludía al factor "tiempo dedicado" como nuestro objetivo principal.

Valoramos mucho una buena referencia que hace ESAN de lo que el Profesor Enrique Cárdenas **define como gestión clínica** ("Definimos la gestión clínica como la estrategia que permite sistematizar y orde-

nar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto”).<sup>(2)</sup>

En ella se enfatiza un detalle: que los clínicos y Médicos de AP (MAP) en general, estamos muy sensibilizados en el control del gasto y su correlación práctica con nosotros, como son las presiones que recibimos de muchas fuentes para disminuir nuestras derivaciones, solicitud de pruebas complementarias y sobre todo en las prescripciones.

En una **pasada obra**,<sup>(3)</sup> ya encarábamos este concepto e intentábamos aproximarnos a lo que deseamos sea una realidad en el próximo 2025. Para muchos podrá ser una pura utopía, pero otros, lo vemos como nuestra razón de ser y un motivo de lucha para mejorar. La actual situación, no nos deja otra opción y precisamos tener una luz de referencia que nos haga compensar los no pocas contrariedades que sufrimos en nuestro día a día. Todo ello, sin dejar de lado los deseos de una mejor AP para los alumnos que tutorizamos o a los que les impartimos la docencia y el sentir de la Medicina de Familia (MDF) en las Facultades de Medicina.

Queríamos hacer un especial hincapié en nuestros deseos y los de muchos más MAP de **despolitización de la sanidad**. No podemos aceptar ni acatar, que los objetivos sanitarios y de asistencia de calidad, se vean supeditados única y exclusivamente, a deseos partidistas del momento o de las negociaciones de los mismos en bloque heterogéneos de intereses, donde tenemos claro que no van a ser elementos prioritarios.

Con vistas a poder tratar de forma más cómoda los deseos que me planteo en cuanto a la gestión clínica, voy a diferenciar los grandes bloques en que se deberían configurar en el horizonte de 2025.

## Dirección del Centro de Salud

Entendemos que las direcciones de los centros de salud (DCS) deberían de ser adjudicadas de forma **priorizada a MAP**. Pero su nombramiento debe partir de un proceso selectivo dentro del personal del CS, y por tanto, el candidato debería ostentar una neta figura de liderazgo en su centro.

No es una opción elitista ni discriminatoria de otros colectivos profesionales con los que convivimos, sino una forma adaptada a lo que supone el día a día en la sanidad. Nos basamos en la fundamentación clínico-práctica de la asistencia sanitaria que pivota especialmente sobre la asistencia médica, pues de ella va a depender en su casi completa realidad todas las consecuencias que se desarrollan tras el contacto de un paciente con el sistema sanitario. Cuando acuden los pacientes al Centro de Salud (en su amplísima mayoría), piden cita con su MAP, y por tanto somos en la mayoría de las ocasiones los que ya iniciamos el proceso de las decisiones a tomar con esos pacientes. Creemos sinceramente que somos los que debemos, por tanto, tomar las decisiones directivas en los CS.

Pero esta decantación por el MAP como director del CS no debe ser una simple decisión, sin que conlleve una serie de **apoyos asociados al cargo**. No puede seguir como es, hasta el momento, en casi todos los CS donde el director es un MAP. Los directores, en la mayoría de los casos, soportan una carga laboral extra a su labor asistencial, que hace que sea repudiado este cargo, por los **altos costes laborales, personales, profesionales y familiares** que supone. De tal modo se llega a esta situación, que en muchas ocasiones la dirección del centro se otorga y recae sobre otro profesional del centro (con mucha frecuencia, personal de enfermería) dado que no se ha ofertado a ningún MAP del CS. Algo de lo que somos todos conscientes, es que no todo el mundo sirve para este cargo y no todo el mundo que podría servir, le atrae y acepta el mismo. El balance beneficio-coste personal no es actualmente rentable para muchos.

A propósito de este detalle, creemos que es fundamental que el director sea un **MAP del equipo del CS**. Se haría por periodos concertados por todos (4 años es lo habitual) y las sustituciones se harían con antelación debida para evitar "vacíos de poder". En nuestra experiencia, hemos visto como la presencia impuesta de un director "extraño" al equipo, ha provocado las reticencias de sus integrantes, máxime cuando son decisiones venidas de "arriba" y por tanto, obligadas. Creemos que en estos casos, la elección de ese nuevo personal jamás debería conllevar el desplazamiento de un integrante del equipo, pues conllevaría el rechazo del propio grupo de trabajo. De esta forma se reforzaría más el equipo.

Otro punto crucial para este cargo es que **se le libere de forma suficiente y real** de su labor asistencial, pero nunca sin dejarla

de lado, al igual que todos los integrantes del equipo directivo del centro. Con ello se facilitaría y apoyaría su labor de gestión y nunca abandonaría el contacto diario con la asistencial. He visto a directores que hacían sus labores de dirección al completar su jornada asistencial y no creo que sea algo ni justo ni adecuado tras la sobrecarga laboral que todos soportamos en las consultas.

El DCS debe tener plena conciencia de ocupar el **centro de un triángulo** en cuyos vértices se encuentran los pacientes, los profesionales del centro y la institución en la que se encuentran.<sup>(4)</sup> Esta posición precisa de una buena cintura y artes para poder adecuar las pretensiones y presiones de todos los vértices, si bien la prioridad máxima se debería fijar en la lealtad al paciente.<sup>(4)</sup>

Pero todo este gran bagaje del que debe concienciarse un DCS, se debería de ir organizando **de una forma programada, desarrollada y profesionalizada**, pues en muchos casos hemos visto como se ha nombrado a personas por una vía de apremio, sin consenso y casi sin aceptación por los dirigidos. El liderazgo<sup>(5)</sup> no se garantiza ni se garantiza en estas situaciones, con lo que el fracaso, es previsible.

Creemos que este liderazgo de la dirección debe de partir de unas **nuevas maneras de hacer las cosas en el centro** y que aporte nuevas formas de trabajo. La innovación y la remodelación planificada deben aportar unas nuevas vivencias en el día a día del equipo, gestionándose otras relaciones en el propio centro.

En esta asignación de responsabilidades, se debe de garantizar desde el primer momento de la negociación para el cargo, de una serie de elementos a disponer como son los recursos materiales, personal y el dinero.<sup>(6)</sup> Sin este marco básico, no existen los valores mínimos que garanticen una buena planificación. Es algo lógico.

Finalmente nos gustaría señalar también como digno elemento de cambio en los temas de la DCS, con el abandono de los sistemas jerárquicos de concentración de poder<sup>(6)</sup> vigente en nuestras realidades asistenciales, para pasar a un sistema de líderes que "tiran del carro" gracias a la gestión de ambientes positivos, tomando decisiones responsables y sin miedo a tener que rendir cuentas a nadie.

## Objetivos clínicos

Para unos buenos resultados, es crucial disponer de claros objetivos. Creemos que es algo bastante fácil de entender por todos y en lo que estaremos de acuerdo. Pero cuando hablamos de objetivos clínicos, y por tanto, tangibles especialmente en nuestros pacientes, debemos de partir de las características propias de la población que atendemos y sobre todo, de la realidad socioeconómica en la que debemos movernos. Por tanto, los mismos deben ir ligados de forma real a los pacientes atendidos y los acontecimientos históricos del CS y de la sanidad en general, pues los cambios actuales del modelo social vigente evolucionan a un ritmo acelerado con respecto a lo que hasta hace poco, teníamos muchos por normalidad.

Deben de ser por tanto, eminentemente **clínicos y no economistas**, pues hasta las fechas en las que nos movemos, generalmente denotan artes focalizadas en la restricción del gasto en todos sus epígrafes, antes que por el uso adecuado de los recursos disponibles.

Por ello, deben ser pactados con antelación con todos los integrantes del CS y no ser un arte fustigador de los entes directivos, hacia niveles organizativos inferiores mediante un sistema piramidal impuesto, algo que llevamos soportando desde hace años.

Y en este punto, dirá el lector que ¿cómo le ponemos el cascabel al gato?. Creo que el sistema no es nada novedoso y es nuestro motivo de supervivencia habitual: la **"gestión económica familiar"**. Sería una nueva denominación de lo que se denomina en ambientes más puristas una autogestión.<sup>(6)</sup> Todos gestionamos los recursos familiares y nos adaptamos a lo que nuestro bolsillo nos permite. Controlamos al máximo los gastos de los integrantes de la familia e intentamos ahorrar algo para nuestros "caprichitos ocasionales" y apartamos, si acaso, una mínima cantidad para posibles incidencias imprevistas. En un CS deberíamos de actuar de la misma forma y con las mismas relaciones de familiaridad, entre todos los integrantes.

De la misma forma, los CS deberían de contar con una **dotación presupuestaria capitativa** (presupuesto asignado por cada paciente adscrito al CS) teniendo en cuenta edad, zona geográfica y su carga real de enfermedades (especialmente crónicas y raras). Con esos números, se deberían de hacer cargo los equipos asistencia-

les de sus pacientes y poder gestionar su labor asistencial de una forma plástica y adaptada a cada momento. Creo que este sistema de **“microgestión”** además de ser pactado entre todos, se basaría en las condiciones propias y reales locales de cada centro, pues la diversidad de los centros es algo que para nada se tiene en cuenta en la forma de gestionar que hemos tenido que soportar hasta el momento en nuestro día a día.

Mediante la **gestión operativa de presupuestos anuales** de los CS se otorgaría a ellos las capacitaciones decisivas de gestión en todos los conceptos de manejo real del CS: personal, materiales, medios, recursos... incluso hasta la captación o cesión de actividades asistenciales externas a la institución como fuente de beneficio que sea constatable por el personal, y por tanto, un elemento de refuerzo en su día a día. De esta forma, se podrían aligerar las actuales organizaciones de gestión vigentes, mastodóndicas.

Llamamos la atención en la necesidad de **inventar nuevos elementos y ayudas** que fomenten los resultados en salud dentro de un nuevo modelo organizativo. Algo en lo que haría especial hincapié es en potenciar el uso de las tecnologías y apoyar económicamente su uso con sencillas medidas como sería los **smartphones** que en su amplia mayoría, utilizamos a nuestra costa. Para ello, aquellos que hacen uso de los mismos por el bien de los pacientes, deberían de contar con un **pago económico compensatorio**. Partimos de la base que el sistema público no va a disponer de recursos para la compra de estos elementos para su personal y en las ocasiones que se han comprado elementos móviles, muchos “dejan de utilizarse” en muy poco tiempo, además de la demora que conllevaría las gestiones administrativas para su adquisición<sup>(7)</sup> en interminables procesos administrativos. Creemos que esta forma de estructuración más ligera, garantizaría buenos resultados puesto que cada uno cuida mejor lo que es de cada uno, no sobrecargamos al personal con otros elementos añadidos del trabajo y premiaría la conectividad entre profesionales. Me resulta duro ver como muchos colegas deben llevar su smartphone personal además del laboral, cuando todos somos conscientes que en el día de hoy es casi consustancial llevar tu móvil siempre encima, por motivos obvios. Una compensación económica directa mensual, ahorraría al sistema público además, gastos derivados del mantenimiento de terminales, su renovación y de la tenencia de más líneas telefónicas en el caso de los directivos, y por ampliación de los que no lo sean.



Creemos firmemente que muchas de las medidas que se están llevando son nefastas para la mayoría de nuestros pacientes, como es el caso de las **subastas de medicamentos**. Esta medida, eminentemente economicista, nos trae a diario sobrecargas asistenciales debido a la discrepancia de los pacientes con los cambios frecuentes de los nombres comerciales y de las incidencias por desabastecimiento.<sup>(8)</sup> Entendemos que el actual sistema de precios de referencia, consensuado de las marcas comerciales autorizadas en nuestro país por el Ministerio, es una medida más que suficiente para controlar los gastos de farmacia. En este punto, añadiríamos que se precisaría un aumento de la vigilancia ministerial de las calidades de los medicamentos que tenemos actualmente y la normalización de la bioequivalencia<sup>(9,10)</sup> de los medicamentos, para así poder atajar los múltiples incidentes que tenemos con los tratamientos.

Dentro de los objetivos, se debería de hacer un especial esfuerzo en la **responsabilización de los pacientes**,<sup>(11)</sup> pues a diario podemos detectar una serie de abusos o malas actuaciones que se deben de atajar lo antes posible, con medidas institucionales normalizadas que reviertan su frecuentación.

En primer lugar el gran número de **citas a las que no acuden los pacientes**: algo que acontece tanto en el medio hospitalario como en AP con una frecuentación diferenciada. Las cifras de las que hablamos son muy similares para ambos niveles asistenciales, pues en mi caso tengo registradas el 20 % de media de citas que no son utilizadas en mi consulta (dato propio de estudio pendiente de publicación) o el 17% de algunos servicios como geriatría<sup>(12)</sup> o 15,72% en consultas de alergología.<sup>(13)</sup> Todo ello puede conllevar un correlato económico que no es nada desdeñable, como son más de 3 millones de euros para una tasa de inasistencia del 13,8%.<sup>(14)</sup>

Otro gran bloque que recae en la responsabilidad de los pacientes, es el abuso frecuente de las habitualmente **mal llamadas, urgencias**.<sup>(15)</sup> Como bien se cita en algunos artículos,<sup>(16)</sup> la AP no debe ser señalada como la vía de solución. Creo que no todos los casos son iguales, pero todos sabemos que muchos pacientes a los que se les ha intentado informar del buen uso de esta vía de asistencia y que son francamente "abusuarios", por lo que la acción de la administración es más que necesaria con medidas correctoras.<sup>(17)</sup> En este punto creo que la demagogia política y sus promesas incumplidas de prestacio-

nes sanitarias ilimitadas, han sido mal interpretadas por una buena parte de la sociedad que tan solo se basa en la satisfacción instantánea y en un lugar lo más próximo a su domicilio, si no puede ser hasta en el mismo, si ello fuera posible. No estaría mal hacer una campaña de sensibilización de la población en base al artículo 11 de la Ley General de Sanidad.<sup>(18)</sup>

## Gestión de personal

En esta estructura y forma de trabajo, el personal es el elemento fundamental del que debemos partir. Pero no creemos que sea algo que se nos escape, al ver que **no todos somos iguales** y que de todas las maneras, intentamos rodearnos de personas con las que tenemos mayor grado de afinidad, o simplemente, con la que podamos estar. En el tema laboral es algo similar lo que nos pasa. Deseamos rodearnos de aquellos que nos facilitan nuestra labor y nos hacen sentir más cómodos en nuestro puesto de trabajo.

Pero las condiciones actualmente vigentes son estructuras jerarquizadas por **decisiones de altos cargos y en estructuras sindicales** en las que se negocian beneficios de los trabajadores de muy distinto nivel formativo, responsabilidades y profesiones. No creo que la tarifa plana (que se hace desde hace años) de esta forma de actuar, nos ha beneficiado en absoluto a los Médicos en general y a los MAP en específico.

En el tema de personal, creemos que es prioritaria la mejora de las **condiciones laborales y sobre todo salariales** de los médicos como colectivo y especialmente de los de AP. De entrada, equiparar los sueldos de todos los médicos en las comunidades autónomas, con aquella que tenga los pagos más altos. Es algo incomprensible ver la gran diferencia de ingresos que tenemos entre los MAP<sup>(19)</sup> con cantidades tan grandes como los 30.000 €.

Algo que creemos debería ser fundamental en todos los centros, es **comenzar la jornada con una sesión rápida informativa** liderada por el director del centro. Sería una versión actualizada en el medio sanitario de los que veíamos en la serie televisiva “Canción triste de Hill Street”, y en la que el sargento de la policía ponía al día al equipo de policías entrantes y que siempre terminaba con la una frase en la que les pedía que tuvieran cuidado. En ella se comunicaría información

de última hora y decisiones a tomar por el equipo ante incidencias intempestivas. Sería un intercambio de información y organización a la vez que el personal se toma un café. Es algo que he visto se hace en algunos servicios hospitalarios y en otras profesiones distintas de la nuestra, otorgando de forma rápida y operativa mayor coordinación y cooperación del grupo de trabajo.

Es difícil que la administración tenga en cuenta las **características propias, idiosincrasia e historia de cada CS**. En esto su personal es fundamental y continuar teniendo buenos resultados, es vital que la cohesión entre ellos sea lo más perfecta que se pueda. En el caso de la AP pienso que es todavía más crucial, dado que su labor está más íntimamente conectada entre los profesionales tanto en el propio CS como en su exterior (domicilios y sitios públicos).

Muy importante por tanto, que la movilidad del personal sea una gestión directa desde un **centro de gestión de personal único a nivel autonómico** con una actividad tan solo telemática y completa de la administración y los profesionales. De esta forma, se tendría una oferta actualizada y diaria de las plazas disponibles en cada centro, con oferta instantánea al solicitante que le pudiera interesar y que garantizara en todo momento, una transparencia de las plazas disponibles. Creo que de esta forma el proceso de movilidad del personal estaría actualizado casi a diario, y no como hasta el momento tenemos, con concursos de traslados que se oferta con muchos años de demora, cuando no se bloquean incluso.<sup>(20-23)</sup>

Para garantizar resultados, debemos disponer de **plantillas sobradamente dimensionadas**, y contar con una holgura mínima para afrontar las vicisitudes de un CS. Recalco en el término de sobradamente, pues es la única forma de poder garantizar la disponibilidad de personal para la cobertura de incidencias. En los casos que precisamos sustitutos (verano, navidades, semana santa, grandes acontecimientos locales...) raramente podemos localizarlos, y si los encontramos, se niegan a la cobertura de **contratos precarios puntuales**, con desborde asistencial garantizado como parte del abuso asociado, a su situación inestable. Esta **forma precaria de contratación** está claramente abocada a desaparecer, pues su fracaso ya lo soportamos desde hace años.

Además, con una plantilla con estas características, sí que podemos trabajar con esos **10 minutos por paciente**,<sup>(24)</sup> que desde hace

años venimos reclamando. Todo esto ha abocado, al despropósito recientemente publicado de 100 pacientes diarios,<sup>(25)</sup> algo que sobrepasa los datos que hasta el momento teníamos en nuestro estudio nacional.<sup>(26)</sup> Muchos al final de nuestra jornada, reflexionamos y nos damos cuenta que **no conocemos bien a nuestros pacientes**, lo cual es ya constatable en nuestra propia producción científica.<sup>(27)</sup>

No podemos continuar con los cupos asistenciales actuales, en muchos de los puestos. Nuestros **cupos no pueden ser mayores de 1.200 pacientes para los MF ni más de 900 niños** para los cupos de Pediatría, además de contar con una agenda con tiempos protegidos que faciliten la asistencia programada, visitas domiciliarias, actividades comunitarias, de formación o de docencia en el grado y en la especialización.<sup>(24)</sup> Algo de lo que estamos plenamente convencidos es que en las condiciones laborales que soportamos con **consultas de alta velocidad, cupos sobredimensionados y alta presión asistencial**, no es viable plantear objetivos alguno más que la **propia supervivencia**.

En este punto, debemos de hacer mención a que ese **enrarecimiento de nuestra asistencia** puede conllevar los mismos riesgos que ya se han demostrado en quirófanos cuando se ajetea y estresa al personal.<sup>(28)(29)</sup>

Tema especialmente digno de ser priorizado en toda la gestión, es la garantía de la **seguridad de todos los trabajadores del centro**. Para ello, es fundamental contar con la figura del vigilante de seguridad en todos los centros desde su apertura al cierre, de forma mantenida, priorizando su presencia en todos aquellos, donde se hayan denunciado casos de intentos o de agresiones consumadas. Ello se debe de complementar con **botones antipánico** con señales que sean perceptibles por el resto de los integrantes del CS y de videograbación permanente que incluya también las señales sonoras de la zona.

## Gestión de medios

En pleno siglo de las comunicaciones interpersonales, parece mentira que muchas de nuestras intra e interrelaciones sean mediadas y gestionadas por **“papeleo”**. Ello conlleva una serie de costes, tiempo, recursos y lesiones medioambientales de muy alto nivel y que no son suficientemente valoradas por todos nosotros. Casi nos hemos

aclimatado o acostumbrado a una actividad profesional y social mediada por la documentación impresa, de la que se deriva, toda la **maquinaria burocrática de la administración** que nos manda no pocos pacientes a diario para que realicemos todo tipo de documentación, solicitudes o informes para muy distintos trámites. Gran 8 cantidad de ellos, sin mucha argumentación médica y menos que deban ser emitidos en una consulta de 3 minutos como la que tenemos de media.<sup>(30)</sup> La **presión burocrática sin fundamento**, debe ser un objetivo prioritario<sup>(31-33)</sup> como elemento de descarga laboral en el MF.

Nos conectamos con nuestra familia y amigos por nuestro móvil y ordenador, pero desde el punto de vista laboral es algo poco habitual. Buena parte de ello creo que está motivado por la **escasez de elementos tecnológicos en nuestro puesto de trabajo**. A Dios gracias, cada vez somos más los MF que disponemos de un ordenador en la consulta, con historiales digitalizados accesibles al medio hospitalario como en AP, pero muy pocas veces podemos hacer trámites directos por medio de ellos, sin que medie la impresión de documentación, y es algo por lo que deberíamos de iniciar la lucha sin más demora.

**Disponiendo todos de medios tecnológicos actuales y de tiempo**, podríamos tener resultados muy pronto y a un coste muy bajo. No pocas derivaciones a los hospitales se evitarían si tuviéramos una comunicación real y tangible por medio de algo tan barato como es el **correo electrónico o el teléfono** (móvil o fijo) de un colega. En los pocos casos en los que he hecho uso de ellos, gracias a la comunicación directa e instantánea con el encargado de una actividad, sin que medie más personal de por medio, la capacidad de respuesta y resolución de problemas o eventos ha sido altísima. Pero en este punto contamos con la cruda realidad de ver, como no se cuenta con tiempo para ver nuestro correo electrónico laboral, no nos es tan fácil acceder al mismo por **limitaciones surrealistas** de aplicaciones o software institucional o contamos con limitaciones en la disponibilidad del espacio virtual asignado.

Más abocados al día a día, podríamos hacer uso y explotación de las **nuevas vías de comunicación electrónica instantánea** como es Whatsapp, Telegram o Snapchat. Inicialmente lo enfoco para el contacto interprofesional, si bien se podría incluso hablar de su uso en algunos tipos de pacientes cuyo desplazamiento al centro no es viable y se podrían atender de esta forma, a incluso sus ajetreados y sobrecargados cuidadores.

Otro gran elemento de mejora el uso diario de las otras redes sociales como **Facebook, páginas webs o blogs**. Ambas pueden ser fácilmente accesibles por la población que asistimos y por tanto, vías donde comunicar información de todo tipo. Desde la meramente institucional hasta aquella que puede ser valorada por el propio paciente que tengamos en la consulta.

Respecto a este punto desearíamos hacer referencia a **dos ejemplos**, sin dejar de reconocer que puede haber más. En primer lugar la web de nuestros colegas cordobeses del Centro de Salud de Posadas (<https://ugcposadas.wordpress.com/>) en la que ponen a disposición de sus pacientes bastante información contrastada y de fuentes fiables. En segundo lugar pongo mi página de Facebook (<https://www.facebook.com/DRORTEGAMARLASCA>) en la que intento colgar información complementaria a solicitudes que algunos pacientes me plantean en la consulta y que no puedo responder por ausencia de tiempo o bien detalles que creo les serán de utilidad. En la puerta de mi propia consulta disponen de un código QR que les facilita el acceso a la misma.<sup>(9)</sup>

## Bibliografía

1. Ortún Rubio V. Gestión clínica y sanitaria. 1o. ELSEVIER DOYMA S.L., editor. BARCELONA: ELSEVIER DOYMA S.L.; 2003. 267 p.
2. La gestión clínica: ¿qué es y para qué sirve? | Salud | Apuntes empresariales. [Internet]. ESAN. 2017 [citado 7 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2017/05/la-gestion-clinica-que-es-y-para-que-sirve/>
3. Varios. LA AP DE SALUD EN ESPAÑA EN 2025. 1a. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España., editor. LA AP DE SALUD EN ESPAÑA EN 2025. Madrid.: Consejo general de Colegios Oficiales de Médicos de España; 2017. 124 p.
4. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. PRINCIPIOS Y DEBERES EN EL EJERCICIO DE LA DIRECCIÓN MÉDICA DE LOS HOSPITALES Y CENTROS SANITARIOS. BARCELONA; 2018.
5. Los directivos de la salud necesitan una revolución de liderazgo [Internet]. REDACCION MEDICA. 2018 [citado 15 de noviembre de 2018]. Disponible en:

[https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/directivos-salud-necesitan-revolucion-liderazgo--3182&utm\\_source=redaccionmedica&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=boletin](https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/directivos-salud-necesitan-revolucion-liderazgo--3182&utm_source=redaccionmedica&utm_medium=email&utm_campaign=boletin)

6. La autogestión es el camino [Internet]. Avances en gestión clínica. 2019 [citado 21 de enero de 2019]. Disponible en: <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2019/01/la-autogestion-es-el-camino.html?m=1>
7. El SAS prevé incrementar en torno a 1500 profesionales la plantilla de AP en los próximos dos años. [Internet]. Sindicato Médico Andaluz. 2017 [citado 25 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.smandaluz.com/noticia/1374/el-sas-prev-incrementar-en-torno-a-1500-profesionales-la-plantilla-de-atencion-primaria-en-los-prximos-dos-aos>
8. El SAS confirma hasta un 53% de suministro deficiente en las subastas | @diariofarma [Internet]. DIARIOFARMA. 2018 [citado 29 de agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.diariofarma.com/2018/08/29/el-sas-confirma-hasta-un-53-de-suministro-deficiente-en-las-subastas?&utm\\_source=nwlt&utm\\_medium=regular&utm\\_campaign=08/30/2018](https://www.diariofarma.com/2018/08/29/el-sas-confirma-hasta-un-53-de-suministro-deficiente-en-las-subastas?&utm_source=nwlt&utm_medium=regular&utm_campaign=08/30/2018)
9. Samper E. Por qué las apariencias de los medicamentos importan. El País. 8 de agosto de 2018;
10. Palacio J, Astier P, Hernández MÁ. Medicamentos: cuando las apariencias engañan. AP. agosto de 2017;49(7):375-7.
11. Tendencias que cambian el mundo y los sistemas de salud (y no nos damos cuenta) | Redacción Médica [Internet]. REDACCION MEDICA. 2018 [citado 2 de enero de 2019]. Disponible en: [https://www.redaccionmedica.com/opinion/tendencias-que-cambian-el-mundo-y-los-sistemas-de-salud-y-no-nos-damos-cuenta--3577&utm\\_source=redaccionmedica&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=boletin](https://www.redaccionmedica.com/opinion/tendencias-que-cambian-el-mundo-y-los-sistemas-de-salud-y-no-nos-damos-cuenta--3577&utm_source=redaccionmedica&utm_medium=email&utm_campaign=boletin)
12. González-Guerrero JL, García-Mayolín N, Gallego R, Cavestany F, García-Gutiérrez R, Arana A. Falta de asistencia a las citas programadas en una consulta ambulatoria de geriatría: estudio de casos y controles. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(5):269-74.
13. Negro Álvarez J, Campuzano López F, Pellicer Orenes F, Bernal Fernández T, Calahorro M, Martínez López R, et al. Incumplimiento de citas concertadas en los pacientes de una consulta de alergología

- tras el segundo año de implantación de un ciclo de mejora. *Alergol Inmunol Clin.* 2004;19:195-204.
14. Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porrás González MH. Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. *Rev Calid Asist.* 2017;32(4):194-9.
  15. Un médico estalla contra los pacientes que hacen mal uso de Urgencias [Internet]. REDACCION MEDICA. 2018 [citado 2 de enero de 2018]. Disponible en:  
<https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/un-medico-estalla-contra-los-pacientes-que-hacen-mal-uso-de-urgencias-2093>
  16. Urgencias: ¿el eterno problema? | iSanidad [Internet]. ISANIDAD. 2018 [citado 9 de enero de 2018]. Disponible en:  
<http://isanidad.com/103361/urgencias-el-eterno-problema/>
  17. ¿Se puede definir y evitar una visita «inadecuada» a Urgencias? - DiarioMedico.com [Internet]. DIARIO MEDICO. 2018 [citado 4 de enero de 2018]. Disponible en:  
<http://www.diariomedico.com/2018/01/04/area-profesional/sanidad/se-puede-definir-y-evitar-una-visita-inadecuada-a-urgenciasr>
  18. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Texto Consolidado. BOE. 1986;102:1-90.
  19. Matas Aguilera V. Las diferencias retributivas entre médicos de A.P. llegan a alcanzar casi los 30.000 euros anuales. [Internet]. ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. 2015 [citado 27 de mayo de 2015]. Disponible en:  
[http://www.cgcom.es/noticias/2015/05/15/05/27\\_AP\\_retribuciones](http://www.cgcom.es/noticias/2015/05/15/05/27_AP_retribuciones)
  20. Los médicos rurales ganan al Sacyl el pulso por los traslados - Provincia - Diario de León [Internet]. Diario de León. 2016 [citado 5 de abril de 2016]. Disponible en:  
[http://www.diariodeleon.es/noticias/provincia/medicos-rurales-ganan-sacyl-pulso-traslados\\_1057718.html](http://www.diariodeleon.es/noticias/provincia/medicos-rurales-ganan-sacyl-pulso-traslados_1057718.html)
  21. SMA denuncia que el SAS y sindicatos aliados pactan un concurso de traslado que «discrimina» a los médicos andaluces. *Eur Press.* 2018;
  22. Sanidad impondrá el traslado forzoso de médicos para paliar la escasez de profesionales | El Comercio [Internet]. EL COMERCIO.



- 2018 [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en:  
<https://www.elcomercio.es/asturias/sanidad-impondra-traslado-medicos-asturias-20180801002001-ntvo.html>
23. El SAS no quiere traslado. [Internet]. Sindicato Médico Andaluz. 2019 [citado 9 de enero de 2019]. Disponible en:  
<http://www.smandaluz.com/noticia/1994/el-sas-no-quiere-el-traslado>
24. DECALOGO DE MEDIDAS IMPRESCINDIBLES Y URGENTES PARA LA AP [Internet]. BASTAYA MALAGA. 2017 [citado 8 de enero de 2019]. Disponible en:  
<https://bastayamedicosdeatencionprimariademalaga.wordpress.com/nuestros-objetivos/>
25. Los médicos se quejan de que ven unos 100 pacientes al día [Internet]. REDACCION MEDICA. 2019 [citado 4 de enero de 2019]. Disponible en:  
<https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/mas-de-100-pacientes-al-dia-en-una-consulta-de-primaria-quien-da-mas--1725>
26. ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. ESTUDIO SOBRE DEMOGRAFIA MEDICA 2017 [Internet]. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS DE ESPAÑA. 2018 [citado 19 de julio de 2018]. Disponible en:  
[http://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio\\_demografia\\_2017/2/](http://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/2/)
27. Gervás J. Pacientes: más allá de diagnósticos y de tratamientos, como personas de las que sabemos poco [Internet]. ACTA SANITARIA. 2019 [citado 6 de enero de 2019]. Disponible en:  
<https://www.actasanitaria.com/pacientes-mas-alla-de-diagnosticos-y-de-tratamientos-como-personas-de-las-que-sabemos-poco/>
28. Si hay ajetreo en quirófano los cirujanos cometen un 66% más de errores. [Internet]. REDACCION MEDICA. 2018 [citado 7 de enero de 2019]. Disponible en:  
[https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/si-hay-ajetreo-en-quiropano-los-cirujanos-cometen-un-66-mas-de-errores-1404&utm\\_source=redaccionmedica&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=boletin](https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/si-hay-ajetreo-en-quiropano-los-cirujanos-cometen-un-66-mas-de-errores-1404&utm_source=redaccionmedica&utm_medium=email&utm_campaign=boletin)
29. Fecso AB, Kuzulugil SS, Babaoglu C, Bener AB, Grantcharov TP. Relationship between intraoperative non-technical performance

- and technical events in bariatric surgery. Br J Surg. 1 de julio de 2018;105(8):1044-50.
30. El 'basta ya' de Primaria: 10 minutos de consulta frente a los 3-5 actuales [Internet]. CONSALUD.ES. 2018 [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en:  
[https://www.consalud.es/pacientes/el-basta-ya-de-primaria-10-minutos-de-consulta-frente-a-los-3-5-actuales\\_56908\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/el-basta-ya-de-primaria-10-minutos-de-consulta-frente-a-los-3-5-actuales_56908_102.html)
31. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en AP. AP. 2004;33(9):496-502.
32. e-Documentos | 10 actividades burocráticas para No Hacer en AP [Internet]. SEMFYC. 2017 [citado 18 de octubre de 2018]. Disponible en:  
<http://e-documentossemfyc.es/10-actividades-burocraticas-para-no-hacer-en-atencion-primaria/>
33. Actividad burocrática en la consulta del médico de AP. Propuestas para la desburocratización. AP. 1998;21(7):489-98.

## II.2. Incrementar la capacidad resolutive de la AP

*Dr. D. Esteban Sanmartín Sánchez*

Como vamos exponiendo a lo largo de este documento, desde la aparición de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (M-FYC), existe un estancamiento en el desarrollo del papel y de la capacidad resolutive de la AP.

El modelo del Sistema de Salud actual está basado en la atención Hospitalaria y es preciso que cambie de sentido y gire hacia la AP. Debe dejar de ser un sistema hospitalocentrista.

Ya en 1994 la profesora Bárbara Starfield en un estudio comparativo, de los indicadores sanitarios de los diferentes sistemas de salud, concluyó que aquellos países con una AP potente obtienen mejores resultados en salud, con un menor coste y mayor satisfacción de los usuarios.

En el año 2003 se presentó en Cataluña el Proyecto MPAR-5, con un tema principal: Poder resolutive y AP y sus factores limitantes. Entre otros factores se habla de factores económicos, del modelo sanitario y las poco desarrolladas relaciones entre niveles, de la necesidad de adaptación a los cambios de la demanda asistencial, de la dotación y gestión de recursos y de la insatisfacción de los profesionales asistenciales.

En el año 2007 aparece un valiosísimo documento "Marco estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012" el Proyecto AP 21. En este documento se presentan diferentes estrategias, entre ellas:

- Impulsar una imagen de la AP como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los ciudadanos.
- Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.
- Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Potenciar la calidad de la atención en los Equipos de AP Rurales.

- **Hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los Médicos de AP.**
- **Mejorar las tecnologías de la información en AP.**
- Mejorar la efectividad en los procedimientos administrativos desarrollados por los profesionales.
- **Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas.**
- **Impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas y los intercambios de información sobre buenas prácticas para su generalización en el sistema sanitario.**
- Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos.
- **Estimular cambios en las organizaciones de AP y Hospitalaria que favorezcan la continuidad asistencial.**
- **Potenciar la comunicación y coordinación entre niveles.**
- **Impulsar la gestión de procesos asistenciales.**

Como vemos desde hace muchos años se han detectado los problemas que impiden el avance de la capacidad resolutoria de la AP.

En este documento vamos a centrarnos en algunos de ellos y proponer algunas soluciones. Tenemos en estos momentos unos profesionales excelentemente formados y a todas las administraciones se les oye siempre la misma cantinela. **“La AP es el pilar fundamental del sistema sanitario”**, aunque la triste realidad es que nadie hace nada por ella. Para aumentar la capacidad resolutoria tendríamos que actuar sobre los siguientes puntos:

- Presupuestos suficientes y mayor implicación en la gestión del personal de A.P.
- Recursos Humanos adecuados.
- Reducir la burocracia en consultas.
- Acceso a todas las pruebas diagnósticas.
- Mejorar la dotación material y tecnológica de los Centros de Salud.
- Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

## Presupuestos suficientes y mayor implicación en la gestión del personal de AP

Como se puede observar en la parte de financiación los presupuestos destinados a AP van disminuyendo año tras año y a pesar de ello el Comité de Asuntos Económicos y Financieros de la Unión Europea ha alabado el papel de la AP en España como una de las fortalezas del Sistema Nacional de Salud ante los retos financieros que se plantean a medio y largo plazo, por el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas. **En este mismo informe el citado comité recrimina a España la poca implicación, que permite, a los Equipos de AP en la gestión de los recursos.**

España con un presupuesto medio dentro de la Unión Europea, lidera las estadísticas de esperanza de vida, y tiene un alto grado de acceso a la AP. Entre las recomendaciones específicas para España, el organismo destaca que se debe **“incrementar la capacidad de resolución de los Médicos de Familia impulsando su papel en la gerencia”**.

En los últimos años el presupuesto de gasto sanitario ha bajado con respecto al PIB, y ha bajado sobre todo en el gasto sanitario de AP más que en la Atención Hospitalaria, como puede verse en los gráficos, publicados en mayo de 2016, por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad que vemos a continuación:

	2010	2011	2012	2013	2014
Millones de euros	69.400	68.034	64.138	61.710	61.947
Porcentaje sobre PIB	6,4%	6,4%	6,2%	6,0%	5,9%
Euros por habitante	1.493	1.458	1.370	1.321	1.332

A pesar de ello la Administración del Estado pretende disminuir el porcentaje del gasto por debajo del 5,5% del PIB. Y además subir el gasto en farmacia.

	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios hospitalarios y especializados	38.908	39.803	38.914	37.421	38.043
Servicios primarios de salud	10.596	10.169	9.484	9.135	9.045
Servicios de salud pública	758	747	698	664	653
Servicios colectivos de salud	2.058	2.088	2.014	2.027	1.720
Farmacia	13.406	12.333	10.708	10.480	10.388
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.467	1.393	1.248	1.133	1.236
Gasto de capital	2.205	1.500	1.072	850	862
<b>Total Consolidado</b>	<b>69.398</b>	<b>68.033</b>	<b>64.138</b>	<b>61.710</b>	<b>61.947</b>

## Recursos Humanos Adecuados

En el Atlas de la Sanidad Mundial publicado por la OMS este año España ha caído desde el puesto nº 7 del ratio de médicos por habitante al nº 16 en dos años. Con este descenso España se aleja de las medias mínimas recomendadas para países desarrollados, máxime para un sistema de cobertura universal como es el nuestro y con el envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de patología crónica.

Estamos en estos momentos en unas tasas de 37 por 10.000 habitantes y según el Foro de la Profesión Médica Español esta tasa puede seguir descendiendo en los próximos años.

Por si esto fuera poco el porcentaje entre médicos especialistas en MFYC y el resto de especialidades hospitalarias es superior a lo que sería deseable. Este porcentaje es superior al 40-50% deseable como vemos en las tablas publicadas por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Mientras que en Atención Hospitalaria se encuentran trabajando unos 77.446 facultativos en todo tipo de contratos (funcionarios, estatutarios, interinos, eventuales, laborales, etc.) en AP estamos trabajando 34.900 Especialistas de los cuales 6.400 son de Pediatría y solo 28.500 son especialistas de Medicina de Familia.

Creemos que para una buena asistencia con incremento de la capacidad resolutoria de la AP el número de especialistas generalistas que trabajen en el sistema debe acercarse al 50% con respecto a los especialistas hospitalarios.

Ver tablas:

**Número de profesionales de medicina de familia y pediatría de AP del Sistema Nacional de Salud y tasa por cada 1.000 personas asignadas según comunidad autónoma, 2014**

	Medicina de familia	Pediatría	Total	Tasa por 1.000 personas asignadas
Andalucía	4.830	1.130	5.960	0,7
Aragón	955	177	1.132	0,9
Asturias	637	125	762	0,7
Baleares	527	139	666	0,6
Canarias	1.174	312	1.486	0,8
Cantabria	365	79	444	0,8
Castilla y León	2.343	287	2.630	1,1
Castilla-La Mancha	1.348	252	1.600	0,8
Cataluña	4.425	1.016	5.441	0,7
Comunidad Valenciana	2.759	794	3.553	0,8
Extremadura	816	134	950	0,9
Galicia	1.865	329	2.194	0,8
Madrid	3.499	884	4.383	0,7
Murcia	832	240	1.072	0,8
Navarra	389	108	497	0,8
País Vasco	1.453	327	1.780	0,8
La Rioja	214	43	257	0,8
Ceuta y Melilla	69	24	93	0,6
SNS	28.500	6.400	34.900	0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

### Número y tasa por 1.000 habitantes de médicos de atención especializada en ejercicio en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por comunidad autónoma, 2014

	Médicos	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	11.809	1,4
Aragón	2.655	2,0
Asturias	2.156	2,0
Baleares	1.776	1,6
Canarias	2.968	1,4
Cantabria	977	1,7
Castilla y León	4.282	1,7
Castilla-La Mancha	3.538	1,7
Cataluña	12.524	1,7
Comunidad Valenciana	7.712	1,6
Extremadura	1.851	1,7
Galicia	4.579	1,7
Madrid	11.561	1,8
Murcia	2.476	1,7
Navarra	1.188	1,9
País Vasco	4.654	2,1
La Rioja	515	1,6
Ceuta y Melilla	225	1,3
SNS	77.446	1,7

Observaciones: Datos estimados. Sólo se incluyen los médicos vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

## Reducir la burocracia en consultas

Con la instauración de la receta electrónica se ha disminuido mucho la burocracia en la consulta de AP pero queda todavía mucho por hacer:

- Universalizar la receta electrónica y que esta sirva en todo el Estado, que cualquier ciudadano de cualquier CCAA pueda solici-



tar su medicación en cualquier oficina de farmacia del territorio Español.

- Culminar de una vez las revisiones de la Incapacidad Laboral según el RD 624/2014, de 21 de julio.
- Digitalizar para reducir los numerosos informes y ordenes de tratamiento en papel que seguimos soportando.
- Un largo etc. de papeleo entre niveles que hoy en día con los avances tecnológicos carecen de sentido.

### Acceso a todas las pruebas diagnósticas

Ya en el informe de AP 21 en su estrategia 12 habla de hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los médicos de AP. Para ello establecía unas líneas de actuación que todavía no se han llevado a término y que deberían potenciarse, estas son:

- Establecer un catálogo de pruebas diagnósticas y de equipamiento básico, garantizando el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, que permita incorporar de manera progresiva el acceso a las nuevas tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en AP.
- Elaborar protocolos y guías que definan los criterios de uso racional de pruebas diagnósticas.
- Evaluar periódicamente el uso racional de pruebas diagnósticas **en ambos niveles asistenciales**.

### Mejorar la dotación material y tecnológica de los Centros de Salud

Sería conveniente terminar la **implantación informática** de todas las consultas y centros de salud y al mismo tiempo valorar la implantación de **una Historia Clínica única para todo el territorio usada por todas las CCAA**, esto no solo **abaratara costos de mantenimiento sino que permitiría una mejor comunicación entre CCAA, permitiría una capacidad para la investigación importantísima y beneficiaría sobre todo a los Usuarios**, que podrían desplazarse con tranquilidad por todo el territorio sabiendo que en cualquier punto se podría acceder a su historial médico.

En unos momentos en los que se está trabajando en un modelo de historia clínica Europea seguimos con 17 modelos de historia clínica.

No existen motivos, ni siquiera económicos, para que todos los centros de salud incluidos los rurales no estén dotados de **ecógrafos**, una tecnología inocua y resolutive que ayudaría en el día a día de los centros de salud.

## Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales

Deberíamos ser capaces de favorecer la **continuidad asistencial** y mejorar la comunicación entre niveles, AP y Hospitalaria. Aprovechar los avances de algunas Áreas de Salud en Telemedicina y una historia clínica electrónica que permita acceso a datos entre ellos.

El médico de AP es quien debe coordinar todos los actos sanitarios que se realicen sobre los usuarios, con ello evitaríamos la **latrogenia y el sobrediagnóstico**. En un reciente artículo en el BMJ, la Universidad Johns Hopkins de Baltimore confirmaban las estimaciones que ya Barbara Starfield había hecho hace 16 años, los efectos adversos de la práctica médica serían la tercera causa de muerte en los EEUU, por delante del cáncer de mama o el SIDA.

No puedo dejar de citar un artículo o carta al director de la revista AP de Ángeles Vara Ortiz del Institut Català de la Salut, que concluye tras la revisión de un problema asistencial: “Es posible que un alto grado de especialización ofrezca respuestas más exactas e idóneas con un alto nivel de resolución, pero cuando las necesidades son complejas y se necesiten varios especialistas, puede haber una pérdida de visión holística y una tendencia a actuar en la parcela conocida, pudiendo olvidar el fin último que es el bienestar de la persona. Actuar de una **manera más generalista** y coordinada puede aportar beneficios a la persona, ampliando la perspectiva, la sensibilidad y la capacidad de relación con otras disciplinas”.

Termino con un símil, que en una mesa redonda hizo una compañera sobre la actuación de las diferentes especialidades en su actuación sobre el enfermo, con una orquesta sinfónica. Contestando a un compañero especialista de O.R.L, que dijo **“el enfermo es una partitura y las diferentes especialidades son los diversos instrumentos**

**de una orquesta que interpretan ésta.”** A lo que la compañera especialista de MFYC contestó: **“es cierto y el médico de AP debe de ser el director de la misma”**.

## Bibliografía

La AP del Futuro, Federación de Asociaciones para defensa de Sanidad Pública.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015.

Joint Report On Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability, Octubre 2016.

Artículo Redacción Médica mayo 2016´.

Poder resolutivo y A.P, Factores limitantes visiones y aproximaciones. MP5AR, 2003.

Los Sistemas Sanitarios en la Unión Europea. Eurostat. EHIS.

Situación actual y futuro de la A.P. Escuela Andaluza de Salud Pública. Informe SESPAS 2002.

Rev, AP. 2016;48(8):557-56.

BMJ, Jhons Hopkins de Baltimor.

## II.3. Continuidad asistencial

### Relación AP-Atención Hospitalaria

### Rutas asistenciales

*Dr. D. Esteban Sanmartín Sánchez*

Siempre se ha deseado un sistema sanitario que aborde desde la promoción y prevención de la salud pase por la asistencia y se extienda hasta la rehabilitación e inserción social y con un continuum asistencial de todos los niveles. Pero nuestro sistema parece más enfocado a la vertiente asistencial siendo esta la que consume casi todos los recursos.

En el libro del buen quehacer del médico en su Ámbito 4 y 5 se nos aconseja favorecer la continuidad y la coordinación de la asistencia y colaborar con los compañeros y compañeras para mantener y mejorar la atención al paciente.

En el modelo actual la relación entre niveles no es todo lo buena que sería deseable, y para conseguirlo debemos de realizar un cambio de modelo. Existe en estos momentos una pugna entre dos modelos diferentes que coexisten en la actualidad:

- Un modelo tecnológico asistencial orientado a la atención individual, hospitalocentrista.
- Otro de orientación hacia la comunidad basado en la AP.

La continuidad asistencial se puede definir como **“la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos”**. Esta continuidad debe ser percibida por el paciente.

La descoordinación y mala comunicación entre ambos causa la mayor ineficiencia, con un aumento de los costes que amenazan la sostenibilidad del sistema.

Se describen tres tipos de continuidad asistencial:

1. De información, el usuario percibe que se utiliza la información de episodios anteriores, de los diferentes niveles, para un tratamiento más apropiado en cada momento.
2. De relación, el usuario percibe la relación entre los diferentes niveles asistenciales y proveedores.
3. De gestión, el usuario percibe que las diferentes actuaciones no se duplican y se complementan.

Desde hace años se ha tratado de corregir esta falta de continuidad asistencial y descoordinación entre niveles, para ello se han presentado diferentes modelos de gestión que se han demostrado útiles en otros ámbitos empresariales no sanitarios. El sistema sanitario público debe de hacer frente a una demanda creciente optimizando unos recursos limitados, y para ello se propone como imperativo el desarrollo de **la gestión por procesos asistenciales**.

## La gestión por procesos

Como exponíamos al principio la gestión por procesos se basa en un sistema de base poblacional. Para determinar los procesos debemos de conocer la población a la que nos dirigimos. Identificarla desde el punto de vista demográfico, el consumo de recursos individuales, la prevalencia de los problemas de salud y los recursos de que disponemos, hospitalarios, AP, farmacia, sociosanitarios, etc.

En general sabemos que en una población determinada nos vamos a encontrar que:

- Un 65 % de ella tiene un riesgo bajo y se beneficiarían de programas de prevención de salud.
- Un 30 % presenta un riesgo moderado, pacientes crónicos, que se beneficiarían de programas de gestión por procesos.
- Un 5 %, con un elevado consumo de recurso, presenta un riesgo elevado y se beneficiarían de programas de gestión de casos. En estos se concentra casi el 52 % del total del gasto sanitario.

Esta gestión transversal de casos mejora la atención a pacientes crónicos, determinando en cada momento y para cada paciente el tipo de cuidado y nivel (Hospital, AP) más apropiado, optimizando así la relación coste efectividad. Existen programas de este tipo en la gestión de enfermedades como la Insuficiencia Cardíaca que consiguen reducir las urgencias (un 43,8 %), los ingresos (19,2 %), disminuyendo las visitas en A.P. (23,7 %), y mejorando las pautas de los tratamientos farmacológicos.

## Las vías clínicas, guías de práctica clínica y protocolos

Los tres instrumentos tienen como objetivo la estandarización de la práctica clínica pero no son equivalentes.

Las vías clínicas se aplican a enfermos con una determinada patología con un curso predecible, se aplican en un entorno determinado, servicio u hospital, y quizás no es aplicable en otro escenario.

Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones que nos ayudan a la selección de las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas para una determinada condición clínica. Deben estar basadas en la mayor evidencia disponible y sirven a todos los niveles tanto nacional como internacionalmente.

Los protocolos son planes precisos para el estudio de un problema o para un tratamiento de una enfermedad determinada. Comportan obligatoriedad de seguimiento y deben aplicarse a todos los pacientes.

Para mejorar la continuidad asistencial y la comunicación entre niveles podemos servirnos de cualquiera de los instrumentos detallados anteriormente, preferiblemente la gestión por procesos. Consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado, sobre patologías prevalentes en el mismo y basados siempre en la mejor evidencia disponible. Con ello conseguimos mejorar al mismo tiempo que la comunicación la calidad de la asistencia y la eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.

Sobre la base de esta estandarización y coordinación de procesos, se puede y debe construir una relación directa entre profesionales, con una cultura cooperativa y de respeto mutuo y con canales de comunicación que permitan afrontar la complejidad y construir una auténtica atención centrada en los pacientes y personalizada.

## Bibliografía

Niveles, ópticas y estructuras del Sistema Sanitario, Dr. Josep Farres.

El buen quehacer del médico.

Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

Reingeniería del cambio (U.O.C.).

La gestión por procesos asistenciales integrales, editorial AP. 2003.

El continuum asistencial y la gestión de casos transversales. ConxaEmbid (U.O.C.).





## PARTE III:

# Instrumentos para una práctica clínica apropiada en AP. Propuestas para abordar problemas emergentes

### III.1. Hacia un nuevo contrato social del médico con la comunidad

*Dr. D. Juan José Torres Vázquez*

Los médicos de familia, que prestamos nuestro conocimiento y dedicación al sistema sanitario público, estamos asistiendo a profundos cambios sociales que, en ocasiones, superan nuestra capacidad de adaptación, produciendo con frecuencia infelicidad, como lo demuestra la mayor incidencia de síntomas depresivos en este colectivo respecto a la población general.

La política ha condicionado la organización de la sanidad en función de las demandas y pretensiones sociales en lugar de orientarla a las necesidades reales de la población, y así cumplir con su misión de justicia social.

Simultáneamente, apreciamos una actitud sesgada en los medios de comunicación, a la hora de tratar las noticias médicas, en la que se destaca lo excepcional sobre lo normal o lo nuevo. Vemos cómo se incide en los errores médicos o el fallo de un dispositivo asistencial, sobre la actividad diaria y los éxitos cotidianos y callados que consigue la práctica de la medicina en el día a día. A la vez que se amplifican las expectativas de la investigación científica, transmitiendo a la sociedad la sensación irreal de omnipotencia de la ciencia aplicada a la medicina.

Esta situación, que se arrastra desde hace décadas, se ha visto agravada por la reciente crisis económica y las demandas sociales y políticas que esta conlleva.

En mayo de 2001, Richard Smith se preguntaba en el *British Medical Journal* «por qué los médicos son tan infelices» y animaba a sus lectores en todo el mundo a participar en una encuesta sobre el tema. El 41% de los 1.540 profesionales que respondieron a la pregunta se declaró infeliz en su trabajo y el 16%, muy infeliz.

Las causas de esta infelicidad probablemente son muchas y algunas de ellas profundas. Hoy en día, cuando más se habla de *empoderar* al paciente y de reforzar su autonomía, estamos asistiendo, cada vez con más intensidad, a una población asustada, con unas expectativas irreales que demanda una excelencia casi inhumana, depositando toda clase de problemas, incluso los propios de la vida, en la consulta para que los médicos se los solucionen.

De este modo, como dice Ivan Illich, al transformar el dolor, la enfermedad y la muerte de un reto personal en un problema técnico, la práctica médica expropia el potencial de las personas para hacer frente a su condición humana de una manera autónoma y se convierte en la fuente de una nueva forma de morbosidad que denomina *latrogenesis Cultural*, que consiste en la incapacidad de la persona para responder saludablemente al sufrimiento, al deterioro y a la muerte.

Esto hace que, en lugar de atender a una población autónoma y autosuficiente en la resolución de sus problemas sociales, aquella demande una medicina paternalista. Por el contrario, los médicos, que no estamos preparados para desmitificar esa creencia, por temor a sufrir herida narcisista, intentamos cubrir sus expectativas con intervenciones clínicas que no solucionan la raíz del problema, generando insatisfacción y claudicación profesional que llevan en multitud de ocasiones a la infelicidad. Ante esta situación, la Administración no valora que, para que la población esté bien atendida precisa de médicos sanos y motivados en la realización de su trabajo.

Esta concepción de la medicina, que conlleva una ilusión terapéutica desproporcionada, tanto de los pacientes como de los responsables políticos, está llevando a los sistemas sanitarios a una situación de quiebra ya que, de seguir en esta dinámica, no se podrán abastecer las demandas crecientes que tienden al infinito con unos recursos humanos en evolución decreciente.

Como alternativa a esta situación, estamos de acuerdo con Richard Smith en dirigir la profesión médica hacia un “nuevo contrato” que deje atrás las creencias que, tanto pacientes, políticos y médicos tenemos de la práctica clínica. Para ello, tenemos que evolucionar del contrato actual, que consideramos irreal y falso, a otro nuevo más realista.

En el **contrato actual**, la visión errónea de **los pacientes** les lleva a la creencia de que la medicina moderna puede hacer cosas extraordinarias, como la de resolver la inmensa mayoría de los problemas incluso los de la vida diaria.

Igualmente, los pacientes consideran que los médicos pueden ver el interior de la persona y averiguar lo que anda mal, ya que los médicos saben todo lo que es necesario saber y pueden resolver los problemas del individuo, incluso los de índole social. Por todo ello, piensan que reciben una gran consideración social y un buen salario.

Por otra parte, en el contrato actual, la visión de **los médicos** es, que la medicina moderna tiene poderes limitados y en ocasiones es peligrosa. Los médicos no podemos resolver todos los problemas de los pacientes, especialmente los sociales.

Los médicos no lo sabemos todo, pero sí sabemos lo difíciles que son muchas cosas, ya que el balance entre beneficiar y dañar es muy estrecho. De este modo, lo mejor es guardar silencio de esto para no decepcionar a los pacientes y así, no perder nuestro estatus social. Entrando de este modo en una espiral que debemos abordar.

En definitiva, se impone la concepción de un **nuevo contrato** en el que **tanto paciente como médicos** reconozcamos que:

La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.

El poder de la medicina es limitado, particularmente para resolver los problemas sociales; a esto hay que añadir que la medicina tiene riesgos.

Los médicos debemos reconocer abiertamente nuestras limitaciones: no lo sabemos todo, necesitamos sopesar decisiones con un grado de incertidumbre que en ocasiones llega a precisar apoyo psicológico.

Los pacientes no pueden simplemente abandonar sus problemas a los médicos.

Por último, los políticos y los medios de comunicación deberían abstenerse de hacer promesas y generar expectativas sin fundamento para centrarse en la realidad.

Solo asumiendo esta visión de la medicina, podemos iniciar un camino que nos lleve, tanto a los médicos como a los pacientes, a asumir nuestras responsabilidades desde una óptica realista, en la que los pacientes asuman la realidad del poder de la misma a la hora de la recomposición ontológica de las pérdidas que ocasiona la vida, y los médicos no se vean obligados a realizar intervenciones que no van encaminadas a solucionar la raíz de su problema y sí a engrosar la iatrogenésis cultural y el desánimo en la profesión.

### III.2. La medicalización de la sociedad

## Elevado coste y riesgos para la salud

## Eliminar lo superfluo

*Dr. D. Juan José Torres Vázquez*

El concepto de salud, entendido no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar absoluto, ha hecho que situaciones y problemas que causan incomodidad a la persona se incorporen al ámbito médico, originando una dependencia de la Medicina, que incapacita a las personas para el autocuidado y origina la disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar. Esto hace que precisen atención sanitaria situaciones que eran aceptadas y resueltas sin necesidad de la intervención de los profesionales de la salud.

El concepto de salud, entendido no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar absoluto, ha hecho que situaciones y problemas que causan incomodidad a la persona se incorporen al ámbito médico.

Estamos viendo que el paciente acude a la consulta nada más aparecer síntomas o molestias inespecíficas que no se corresponden con una enfermedad física o mental. Se presentan habitualmente con una mezcla de síntomas de baja intensidad derivados de problemas personales, con frecuencia desencadenados por estresantes psicosociales ya sean familiares, escolares, laborales o duelos.

El médico de familia, a veces por falta de tiempo, o por falta de formación en ciertas áreas, deriva al paciente al nivel secundario, ya sea salud mental u otra especialidad, o prescribe un fármaco que se incorpora a su tratamiento habitual que será difícil retirar con el paso del tiempo. Esto con frecuencia hace que se etiqueten como enfermedades comportamientos o acontecimientos que forman parte de situaciones vitales de la persona.

Al etiquetar a una persona de “enferma” le quita responsabilidad, pasando esta al sistema sanitario. Al mismo tiempo, esta etiqueta da seguridad al paciente y al médico, pues al ser “enfermedad” existe una

Al etiquetar a una persona de “enferma” le quita responsabilidad, pasando esta al sistema sanitario.

La responsabilidad de este proceder es compartida tanto por la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación, los políticos y la industria farmacéutica.

proceder es compartida tanto por la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación, los políticos y la industria farmacéutica.

La medicalización tanto de la vida como de los procesos morbosos ha crecido hasta el punto que, en la actualidad, el consumo de medicamentos ha pasado de ser la solución para mejorar la salud de la población, a ser también uno de los principales problemas de salud. Se estima que la carga de enfermedad asociada al uso y abuso

de medicamentos ha pasado de ser la solución para mejorar la salud de la población, a ser también uno de los principales problemas de salud.

de medicamentos ha adquirido proporciones epidémicas, pues la morbimortalidad que producen los efectos adversos de los fármacos quedaría tan solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

La Comisión Europea en su informe de 10 de diciembre de 2008 titulado Fortalecimiento de la farmacovigilancia para reducir los efectos adversos de los medicamentos, señala que en el conjunto de la Unión

Europea, el 5% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a medicamentos, siendo la quinta causa de muerte en hospitales. Este mismo informe estima que en la UE, 197.000 muertes al año se deben a reacciones adversas a medicamentos (RAM) siendo el coste total para la sociedad de 79.000 millones de €.

Europea, el 5% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a medicamentos, siendo la quinta causa de muerte en hospitales. Este mismo informe estima que en la UE, 197.000 muertes al

Este proceder, muchas veces originado por la presión de la población, hace que se prescriban tratamientos que van a ser ineficaces cuando no perjudiciales; originando nuevas consultas y nuevos tratamientos con el correspondiente aumento del coste y de efectos adversos. La responsabilidad de este

Este mismo informe estima que en la UE, 197.000 muertes al

año se deben a reacciones adversas a medicamentos (RAM) y que el coste total de estas RAM, para la sociedad, es de 79.000 millones de €.

Por ello, deberíamos abordar el problema de la prescripción, no por la carga económica que supone el gasto farmacéutico, sino por la iatrogenia que producen los efectos adversos derivados del uso inadecuado de los medicamentos.

En España, el estudio Apeas, realizado en 2006, sobre los efectos adversos de los medicamentos en el SNS, estima que el número de casos anuales de RAM se eleva a 19 millones, de los que más de un millón serían graves y casi la mitad potencialmente evitables.

Hasta la fecha, las políticas farmacéuticas en el SNS han estado fundamentalmente orientadas a reducir el gasto, limitando el abordaje sobre la adecuación y cantidad de las prescripciones realizadas. Esto se ha hecho empleando reiteradamente la misma estrategia: la reducción del precio de los medicamentos mediante Decretos de precios de referencia y publicación de listas negativas de fármacos, sin acompañarse del más mínimo esfuerzo en promover estrategias para modificar la cantidad, la calidad y la adecuación de los medicamentos prescritos.

Entendemos que, la tarea de gestionar la prescripción a nivel micro es una de las más complejas en el quehacer médico; pues en España disponemos de más de 1.000 principios activos y casi 20.000 medicamentos. Un número de opciones que, más que ampliar el abanico terapéutico, entorpece la labor de prescribir. Hecho que se ve incrementado por los propios grupos de pacientes que, cada vez más, funcionan como lobbies que compiten entre sí por recursos limitados junto a una tendencia creciente a la medicalización de la vida.

La tarea de gestionar la prescripción a nivel micro es una de las más complejas en el quehacer médico.

Sabemos que la salud de un individuo y, por extensión de la sociedad a la que pertenece, está fuertemente condicionada por su genética, el ambiente socioeconómico en el que se desenvuelve, sus hábitos de vida y el sistema sanitario que lo protege, siendo

este último el que, en menor medida, determina su salud; por el contrario, es el que consume mas recursos económicos destinados a la recuperación de la misma.

De todos los recursos empleados en este proceso de recuperar la salud y prevenir la enfermedad, el medicamento consume más del 30% del gasto sanitario. Porcentaje que en la próxima década, si se cumplen los pronósticos del desarrollo y aplicación de los tratamien-

De todos los recursos empleados en este proceso de recuperar la salud y prevenir la enfermedad, el medicamento consume más del 30% del gasto sanitario.

tos emergentes (la terapia génica, las células madres, la nanomedicina así como los nuevos sistemas de administración de fármacos, en forma de partículas microscópicas para aplicarse directamente en las dianas terapéuticas) pueden hacer claudicar el sistema sanitario como lo conocemos en la actualidad.

Esto se agravará por el envejecimiento creciente de la población por la pluripatología que conlleva y la polimedicación que implica. Este tema se aborda en otro apartado de este documento.

El reto que tienen los sistemas sanitarios es la adaptación a estos cambios, ya que parodiando a Darwin “los sistemas que consiguen sobrevivir no son los mas fuertes sino los que mejor se adaptan a los cambios”.

Es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo

Por ello, es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo para el manejo de aquellos procesos que limitan su bienestar. Por ello, proponemos

invertir en conocer y mejorar los determinantes de la salud sin que ello suponga retirar recursos al sistema de asistencia que ya se encuentra infrafinanciado.

Respecto a la investigación en el campo de la farmacología, debemos abogar por un cambio de paradigma centrado en identificar las causas de las patologías, y no solo en sus consecuencias para que en lugar de controlarlas de forma indefinida, permita buscar soluciones cuando aparece la misma.



Hemos de declarar que, cuando el avance de la investigación biomédica con la aparición de nuevas moléculas, dispositivos y tecnología, supongan avances en la lucha contra las enfermedades, el beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni poner en peligro la viabilidad económica del Sistema Nacional de Salud. Por ello, instamos a revisar y reformar con urgencia, el sistema de patentes en el sector salud para medicamentos y productos sanitarios, así como los criterios para su financiación.

El beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni poner en peligro la viabilidad económica del sistema nacional de salud.

Asimismo, urge blindar la financiación de un listado de medicamentos esenciales que cubra las necesidades prioritarias de atención a la salud de las patologías más prevalentes, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia, pues como declara la OMS, *tras la inmunización contra las enfermedades infecciosas de la infancia, la utilización apropiada de medicamentos esenciales es uno de los componentes más coste-efectivos de la atención sanitaria*, máxime en contextos de necesidades crecientes y limitación de recursos.

Urge blindar la financiación de un listado de medicamentos esenciales que cubra las necesidades prioritarias de atención a la salud de las patologías más prevalentes.

Al mismo tiempo se impone la necesidad de crear una agencia independiente de evaluación de tecnología sanitaria que evalúe los beneficios en salud de las terapias emergentes y determine su incorporación o no al catálogo de prestaciones.

Se impone la necesidad de crear una agencia independiente de evaluación de tecnología sanitaria

Para combatir la iatrogenia se precisa incorporar en los módulos de prescripción electrónica, sistemas de detección de alergias, intolerancias, interacciones e incompatibilidades de los distintos fármacos que componen el plan terapéutico de cada paciente.

Finalmente, la prescripción, por la trascendencia que tiene desde el punto de vista sanitario y económico, requiere una gestión a nivel micro que mejore el conocimiento de la efectividad y coste de los recursos que maneja cada médico de familia. Para ello, se precisa de un cuadro de mando que monitorice la actividad prescriptora y retroalimente esta información para emprender un proceso continuo de mejora en la reducción de la iatrogenia y de la salud de la población atendida.

Proponemos mejorar la relación entre niveles asistenciales con incentivos compartidos en función de unos objetivos, igualmente compartidos, en salud.

## Bibliografía

- 1.- Carta de constitución de la Organización Mundial de Salud.  
<http://www.who.int/about/mission/es/>
- 2.- Informe del sector farmacéutico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.  
[http://www.cgcom.es/sites/default/files/informe\\_omc\\_sector\\_farmaceutico\\_oct\\_2014.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmaceutico_oct_2014.pdf)
- 3.- Selección de medicamentos esenciales. Junio de 2002. Organización Mundial de la Salud Ginebra.  
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3006s/h3006s.pdf>
- 4.- La prescripción farmacéutica en AP. Informe SESPAS 2012.  
<http://www.gacetasanitaria.org/es/la-prescripcion-farmaceutica-atencion-primaria/articulo/S0213911111003207/>
- 5.- El fortalecimiento de farmacovigilancia para reducir los efectos adversos de los medicamentos. Comisión Europea. Informe de 10 de diciembre de 2008.  
[http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-08-782\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-08-782_en.htm)
- 6.- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en AP de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008.  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

### III.3. Cronicidad. La AP como eje de la atención al paciente crónico pluripatológico

Dr. D. Juan José Torres Vázquez

#### Introducción

En las últimas décadas hemos asistido a una transición demográfica que ha supuesto un cambio en la estructura poblacional hacia el envejecimiento de la misma, en gran parte favorecido por la mejora en las condiciones de vida. España, junto a Italia y Japón, encabeza este proceso de envejecimiento a nivel mundial, estimándose que para 2050 cerca del 35% de nuestra población superará los 65 años.<sup>2, 3 y 4</sup>

Este fenómeno se ha visto acompañado de una transición epidemiológica, en la que se ha producido una reducción de las patologías agudas, que requieren intervenciones verticales, hacia la proliferación de patologías crónicas que precisan, por el contrario, cuidados continuados en el tiempo.

Las enfermedades crónicas comparten una serie de características comunes: se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional del paciente. Su etiología es múltiple y compleja. Aparecen de forma gradual y silente con un pico de prevalencia en edades avanzadas. Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo. Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada. Son susceptibles de prevención, retrasar su aparición o,

- 
- 2 Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.
  - 3 *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*. <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
  - 4 *World Population Ageing, 1950-2050*, (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.02.XIII.3) y *World Population Ageing, 2007* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.07.XIII.5).

al menos, atenuar su progresión; por último, se manifiestan mediante la triada: edad, comorbilidad y polimedicación.<sup>5</sup>

En la actualidad, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, la diabetes y las que afectan al sistema musculoesquelético son las más prevalentes y las que más reducen la esperanza de vida y la calidad de la misma. Estas patologías ocasionaron en España en el año 2012 un total de 3,5 millones de años de vida ajustados por discapacidad<sup>6</sup> (DALYs).

Se estima que en 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años. Actualmente, estas enfermedades y la comorbilidad que originan ocasionan más de 300.000 muertes anuales en nuestro país, lo que supone casi el 90% de todas las defunciones.<sup>7</sup>

Así pues, no es tanto el envejecimiento como las patologías crónicas, que se van agregando a lo largo de la vida, lo que deteriora la salud del individuo y aumentan el grado de utilización de los recursos sanitarios, sino que es la comorbilidad la que determina en realidad el elevado consumo de recursos.<sup>8</sup> Patologías crónicas que, por otra parte, tienen su principal origen en los hábitos de vida tales como sedentarismo, obesidad, hábitos alimenticios, conductas de riesgo... que de no combatirse continuarán originando en un futuro más cronicidad y comorbilidad.

Este fenómeno está ocasionando unas tensiones económicas en nuestro sistema de protección social que amenazan su supervivencia, tal como lo entendemos en la actualidad. Una muestra de ello es que, hoy, dos tercios del gasto sanitario están motivados por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas. Los costes que originan la atención de los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan

---

5 Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Documento de consenso SEMI/SEMFyC. Varios autores. Mergablum. Edición y comunicación SL. 2011. Sevilla.

6 Institute for Health Metrics and Evaluation.

7 World Health Organization Chronic Diseases Fact Sheet – Spain.

8 Star eld B. Point: The changing nature of disease. Implications for health services. Med Care [Internet]. 2011;49(11):971-2. Disponible en: [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/E92.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E92.pdf)

a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una, multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario<sup>9, 10</sup> hasta el punto que un individuo con 9 o más enfermedades crónicas consume 47 veces más recurso que un paciente no crónico.<sup>11</sup>

En definitiva, la cronicidad se ha convertido en un problema de salud pública, puesto que afecta a un amplio sector de la población, compromete gravemente la salud de la misma y origina unos costes económicos que desbordan la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Estas dos transiciones no se han acompañado de la necesaria adaptación asistencial de nuestro sistema sanitario.

Actualmente tenemos un sistema hospitalocentrista y fragmentado, centrado más en la enfermedad que en la persona. Tras la descompensación de un proceso, habitualmente se realizan intervenciones verticales para resolverlo hasta que el paciente necesita una nueva intervención. Es preciso completar este sistema, siguiendo a Rafael Bengoa, con otro que razone tanto en términos de “cuidar” como de “curar”. Que ofrezca continuidad de cuidados a lo largo de la vida, para prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes; esto supone una coordinación asistencial que elimine las barreras interniveles, potenciando una atención horizontal dirigida a la persona y su entorno como un todo.

En este sentido, para superar esta situación, debemos pasar de un sistema reactivo, fragmentado, incomunicado y centrado en la resolución de procesos, a otro sistema de atención centrado en la persona a lo

---

9 Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med.* 2009 Oct 15; 361(16):1521-3.

10 Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollars: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.

11 Osakidetza. Gobierno Vasco – Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi - 2010.

[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/información/principios\\_programaticos/es\\_sanidad/adjuntos/transformando\\_sistema\\_salud.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/información/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf)

largo de su vida, integrado por profesionales que se relacionen salvando los escalones asistenciales y organizados desde los servicios de AP; pues como declara Edward Wagner (creador del Chronic Care Model) «el mejor cuidado para un paciente con enfermedad crónica será el que le pres- te un equipo de AP, que le conozca como persona y le trate como tal».<sup>12</sup>

De igual modo, se ha pronunciado la OMS que ha denominado, al describir su modelo de atención a la cronicidad: “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas”, e Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC).<sup>13</sup> En este modelo se apuesta decididamente por el enfoque poblacional, la coordinación de servicios teniendo la prevención como eje central y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

## Recomendaciones

Si estamos decididos a llevar a cabo una intervención sanitaria en general, o sobre la cronicidad en particular, debemos tener presente que la benevolencia con la que nos ponemos a realizarla es una condición necesaria, pero no suficiente. Si nos guiamos solo por la benevolencia podemos incurrir, sin darnos cuenta, en repetir lo que han hecho otros, también con buena fe, pero cuyo resultado puede haber tenido el mismo efecto que si se hubiera hecho con malevolencia.

Antes de llevar a cabo un plan de atención a la cronicidad en cualquier territorio, es imprescindible conocer la magnitud del problema que deseamos abordar para fijar la posición de partida.

Sabemos, de un modo genérico, que un plan de atención a la cronicidad, tiene como *objetivo prioritario la mejora de la salud, aumentando el número de años de vida saludable y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas y, paralelamente, mejorar la eficiencia contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema sanitario.*

---

12 Wagner EH. Counterpoint: Chronic illness and Primary Care. Med Care [Internet]. 2011;49(11):973-5. Disponible en:

[http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/E92.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E92.pdf)El papel de cada uno de los actores.

13 Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Informe global OMS.

Pero a la hora de llevarlo a efecto, no podemos quedarnos en este objetivo, ya que es difícil de medir y evaluar. Tenemos que preguntarnos cuál, o cuáles, son los objetivos específicos que perseguimos con el plan de cronicidad ya que, en función de los mismos, las acciones que debemos realizar serán distintas.

No es lo mismo plantearnos como objetivo aumentar los años libres de discapacidad, o reducir el número de reingresos, o los días de estancia hospitalaria, o la mortalidad evitable, o reducir los costes asistenciales, o aumentar la actividad clínica... Pues cada uno de estos objetivos contempla unas acciones específicas, que deben acompañarse de unos indicadores, también específicos, y fiables que permitan evaluar la reducción de la situación basal de la que partimos para, de este modo, saber si las intervenciones llevadas a cabo son igual, peor o mejor que no haber hecho nada.

En la actualidad, existen dos modelos en la gestión de enfermedades crónicas, que se usan como referencia en la inmensa mayoría de los planes de atención a crónicos. Por un lado, están los modelos sistémicos, centrados en la organización de sistemas como son: a) Chronic Care Model (CCM) desarrollado por el Mac Coll center for Health y b) Innovate Care for Conditions, diseñado por la OMS. Y por otro, los modelos poblacionales, que están centrados en el análisis y respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos, entre los que distinguimos: a) la Pirámide de Kaiser Permanente, basada en la estratificación de pacientes en función de su complejidad y las necesidades de atención, y b) el modelo de estratificación de riesgo de la Kings Fund británica.

Estos modelos son los que, a grandes rasgos, comparten los planes de atención a la cronicidad en la inmensa mayoría de nuestros sistemas de salud. Pero al analizar los planes de atención a la cronicidad vigentes en la actualidad en nuestra geografía, sorprende que, si bien todos ellos contemplan sistemas de evaluación, no se han publicado estudios concluyentes sobre los efectos conseguidos en la reducción de la situación de partida.<sup>14</sup>

---

14 Sergio Minue Lorenzo. Visión y argumentación sobre los programas de atención a la cronicidad en AP y Comunitaria. AP. 2018; 50 (2): 114-129.

Sin embargo, existen estudios<sup>15, 16</sup> que han analizado los modelos en los que se sustentan los planes que están desarrollando los sistemas regionales de salud, que concluyen que, hasta el momento, la revisión de la evidencia científica no aporta pruebas concluyentes respecto a la efectividad de esos modelos de organización en comparación con los modelos previamente existentes.<sup>13</sup> De ahí la necesidad de llevar a cabo evaluaciones de los planes implantados antes de implementar estrategias, que consuman tiempo y recursos que, diseñados con toda buena fe, puedan tener resultados similares a placebo.

Sin embargo, existen múltiples pruebas de que se obtienen mejores resultados en la atención a la cronicidad cuando los sistemas sanitarios se dirigen hacia la AP.<sup>17</sup> Por todo ello cabe preguntarse sobre la necesidad de buscar modelos alternativos cuando se podrían conseguir las mismas metas fortaleciendo realmente la AP.<sup>13</sup>

Pero si finalmente tenemos el convencimiento de intervenir sobre el fenómeno de la cronicidad, por la repercusión que tiene para los pacientes, la sociedad y para el sistema sanitario, deberíamos actuar según el uso racional del *principio de precaución*, que obliga en primer lugar, a identificar los riesgos basales que queremos reducir, fijando unos objetivos claros y evaluables, a continuación llevar a cabo un proyecto piloto y por último realizar una evaluación de los beneficios obtenidos en relación con los riesgos, inconvenientes y costes que han supuesto la intervención sanitaria que deseamos implementar.

---

15 McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Care Coordination vol 7. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

16 Oxman A, Bjorndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK. Integrated health care for people with chronic conditions. A policy brief. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2008.

17 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.



### III.4. Prevención cuaternaria

## Seguridad del paciente

Dr. D. Esteban Sanmartín Sánchez

Conocemos como Prevención cuaternaria al conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir o paliar el daño producido por las actividades sanitarias. El término fue utilizado por primera vez por el médico belga Marc Jamouille en 1995. Pero ya se atribuye a Hipócrates la frase **“Primum non nocere”** (primero no dañar), que nos propone una mirada crítica sobre nuestras actuaciones.

En la literatura médica actual podemos leer múltiples artículos sobre la iatrogenia médica, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Aceptamos sin más las cifras objetivo de cLDL, HTA o HbA1c, realizamos pruebas de detección precoz de cáncer de próstata o tiroides sin plantearnos el perjuicio que podemos acarrear a nuestros pacientes y probablemente lo infructífero de las mismas. Como ejemplo tenemos el aumento de la incidencia de cáncer de tiroides en EEUU y Australia, que se ha triplicado en la última década, mientras que las tasas de mortalidad en el mismo periodo no se han modificado, solo han mejorado los medios diagnósticos.

La revista BMJ publicó el 3/5/2016, un estudio en el que los autores Martin Macario, y Michael Daniel, de la Universidad Johns Hopkins de Medicina de Baltimore, concluyen que **el error médico** es la tercera causa principal de muerte en EEUU. Esto es aplicable a nuestro sistema, **“el único hombre que no se equivoca es el que nunca hace nada” (Johann W. Goethe).**

### Actuaciones a nivel Internacional

Desde **la OMS** se vienen realizando acciones en este sentido, en 2014 convocó un grupo de trabajo con el objetivo de definir y promover buenas prácticas en la presentación de los resultados de las investiga-

ciones sobre estimaciones de salud. En junio de 2016 se publica la **Declaración GATHER** o *Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting*. Iniciativas como esta deberían ser adoptadas por los gobiernos e instituciones sanitarias en beneficio de las políticas sanitarias, y por ende, de la mejora de la salud de la población y de la seguridad del paciente.

Hoy en día debemos plantearnos si la medicina que realizamos está impregnada de intereses no exclusivamente científicos ni humanistas y si de cara al futuro precisamos de un **rearme ético**, valorando la verdadera necesidad de pruebas y tratamientos, apoyándonos en nuestro **Código Deontológico, en la Medicina Basada en la Evidencia y en un Paciente Informado** con capacidad para decidir.

Las actuaciones a realizar se deben de valorar según los niveles de acción y de la capacidad de actuación. Así la Prevención Cuaternaria y la Seguridad del paciente concierne a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los gobiernos en general, y tanto a la AP como a la Hospitalaria. Teniendo en cuenta que en AP se resuelve más del 90% de los casos y tiene una especial visión, más holística, del paciente, en ella recaerá de una manera especial su gestión.

Las propuestas de la declaración se pueden resumir en:

- Presentar la fuente de financiación del trabajo y discutir potenciales conflictos de interés.
- Definir los indicadores o medidas de salud, las poblaciones (incluyendo la edad, sexo y geografía) y los períodos de tiempo analizados.
- Describir la identificación y el acceso a los datos.
- Proporcionar las fuentes de información, sus características principales y el método de recolección de datos.
- Proporcionar a descripción detallada del proceso de análisis y describir los métodos estimaciones.

- Indicar de qué manera puede accederse al código fuente utilizado para generar las estimaciones.
- Presentar los resultados de las estimaciones de manera precisa y transparente.
- Proporcionar acceso público de los datos y su análisis.

## Actuaciones de Política Sanitaria

Desde las **Instituciones Sanitarias** debería de proponerse un modelo asistencial en el que se **disminuya la variabilidad**, basado en la evidencia científica y con mayor participación e información del paciente.

Sistemas como **GRADE** (Graduación de la fuerza de las recomendaciones clínica) ponen al paciente en el centro de la evaluación y ayuda a la toma de decisiones. Sus recomendaciones son de gran interés para **el paciente, el profesional, y el decisor de política sanitaria**. Esta graduación se realiza en función de los **Beneficios, Riesgos, Inconvenientes y Costes, centrada en el Paciente**.

Desde las instituciones sanitarias se debe abordar y **desterrar las falsas expectativas** generadas en la población en general sobre los beneficios de ciertas prácticas poco eficaces. En general es difícil, mientras pacientes y médicos creamos que una práctica o procedimiento es beneficioso e inofensivo, que una reforma sea eficaz.

## Actuaciones de los profesionales

Tanto a nivel de A.P. como en A. Hospitalaria debemos de actuar bajo los principios de Beneficencia, No Maledicencia, Autonomía del Paciente, y el de Justicia. Valorando el balance de riesgo y beneficio en un paciente informado atendiendo a todos los pacientes por igual según sus necesidades sin perder de vista las consecuencias que dichas actuaciones tienen sobre la comunidad por el consumo de recursos.

Como hemos indicado anteriormente, es la AP la que está mas directamente en contacto con toda la población y por tanto sobre la que recae la mayor parte de las actividades preventivas. Por tanto es a este nivel donde el potencial de evitar daño es mayor.

## La prevención puede ser:

- Prevención primaria.
  - Disminuir la incidencia.
  - Incrementar factores que mejoran la seguridad del paciente.
  - Reducir aquellos factores de riesgo de aparición de errores y fallos latentes del sistema.
- Prevención secundaria.
  - Detección y abordaje precoz.
  - Mitigar consecuencias para el paciente y los servicios sanitarios.
- Prevención terciaria.
  - Reducir el impacto y las consecuencias derivadas del efecto adverso: incapacidad, dolor, complicaciones clínicas (iatrogenésis en cascada), litigios,...

Según IonaHeat, la búsqueda de una vida más larga y sana ha llevado a que más personas sean etiquetados como enfermas. Ella analiza los factores que explican esta paradoja y sostiene que tenemos que encontrar el coraje para resistir el sobrediagnóstico y, en su lugar, aceptar la inevitabilidad del envejecimiento.

- Evitar su reaparición.
- Prevención cuaternaria: es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica.

***“Sustentados por redes de imperativos financieros e intereses en conflicto, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento se han convertido en un problema preocupante y generalizado en la medicina contemporánea y profundamente arraigado en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Ambos han penetrado y contaminado las industrias farmacéutica y de tecnología médica, las entidades dedicadas a la investigación médica y los organismos reguladores,***

***la práctica clínica, los sistemas de pago, la producción de guías de práctica clínica y los sistemas nacionales de atención a la salud. Uno y otro son la causa de una asombrosa cantidad de despilfarro y de daño para la salud”.***

En la cuarta conferencia de prevención del sobrediagnóstico celebrada en Barcelona en septiembre de 2016 se concluyó entre otras cosas que ***“iniciativas como la toma compartida de decisiones, o la medicina realista, nos aproximan a los pacientes. Es necesario realizar una atención personalizada, practicar una medicina centrada en el consultante y en la comunidad, compartir la información con los pacientes haciéndoles partícipes de las decisiones a tomar, así como las conductas diagnósticas o terapéuticas a seguir, y siempre en base a sus prioridades.”***

***“A nivel individual, reduciremos la iatrogenia y las prácticas de poco valor, y a nivel general contribuiremos a la sostenibilidad del sistema sanitario”.***

En junio de 2012 en la revista AMF, se publicó un artículo, de **Juan Gérvas Camacho, Enrique Gavilán y Laura Jiménez de Gracia**, sobre prevención cuaternaria en el que se plantean algunos ejemplos de prácticas innecesarias, inadecuadas, dañinas o sobreutilizadas en AP como:

- La solicitud del PSA para el cribado de cáncer de próstata, sangre oculta en heces para el cribado sistemático de cáncer de colon, densitometría ósea en mujeres perimenopáusicas, etc.
- Uso inadecuado de fármacos como antibióticos en bronquitis agudas no complicadas, inhibidores de la bomba de protones o anti-H2 en todo adulto que tome AINES, uso de hipolipemiantes en prevención primaria, etc.
- Pruebas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos como radiografías para lumbalgias agudas, chequeos analíticos regulares a persona sanas, marcadores tumorales para despistaje inicial de tumores malignos, etc.

Para ayudarnos en la práctica los autores relatan una serie de características de la AP que facilitan la prevención cuaternaria y que deberíamos potenciar:

- Profesionalismo y compromiso.
- Autonomía organizativa.
- Accesibilidad y longitudinalidad.
- Manejo adecuado del tiempo y de la incertidumbre.
- Respeto y consideración con la situación del paciente.
- Promoción y prevención según oportunidad y prioridad.
- Máxima calidad y mínima cantidad.
- Polivalencia.
- Capacidad resolutoria.
- Función de filtro o gatekeeping.
- Capacidad de coordinar los cuidados de pacientes.
- Solidez clínica y científica, e integración de lo biológico con lo psicosocial y con el entorno.

En todas las actuaciones médicas, preventivas, curativas y rehabilitadoras debemos de guiarnos por la mejor evidencia con sistemas de evaluación como **GRADE** y contando siempre con el paciente.

En nuestro ámbito, las autoridades sanitarias deben asumir y cumplir un compromiso de evitar la influencia comercial en la medicalización y *medicamentización* del malestar, así como en la publicidad engañosa y el fraude intervencionista en la salud. También deben evitar las campañas de presunta educación para la salud, no basadas en la evidencia, que son llevadas a cabo por políticos para conseguir popularidad y presencia en los medios.

Este mismo principio en AP debe llevar a activar al paciente y a sus cuidadores y facilitarle las competencias y seguridad en el auto-cuidado; también debe fomentar la personalización del conjunto de intervenciones asistenciales, conciliando, simplificando y priorizando condiciones y tratamientos para evitar iatrogenia y facilitar que el paciente y sus cuidadores puedan asumir al máximo posible el control.

Los servicios especializados de los hospitales deben aplicar el principio de subsidiariedad, y no retener o “secuestrar” pacientes que podrían y deberían ser tratados o seguidos en el primer nivel asistencial.

**Debemos pues realizar una medicina científicamente fundada, segura, efectiva y basada en la mejor evidencia; centrada en el paciente adecuada a sus necesidades y valores, con decisiones compartidas y acordes con los principios de accesibilidad, equidad y eficiencia.**

Para promover este papel *agencial* de la AP se precisa un empoderamiento de la AP y un redimensionamiento de sus recursos.

## Bibliografía

Redacción médica, 5/11/2016, ¿se explica bien el médico en su consulta?

Presentación: prevención de sucesos adversos, Carlos Aibar Ramón, universidad de Zaragoza.

Medical error, BMJ, 3/5/2016.

Antonio Morente, Mayo 2016, la OMS, modelos de salud centrados en las personas.

El precio de las falsas creencias, Ann FamMed, 2010,nov;10.

Too much medicine; too little care, BMJ 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f4247> (Published 02 July 2013) Cite this as: BMJ 2013;347:f4247.

Elrincondesifo.es prescripción prudente una necesidad I, 17/10/2012.

Elrincondesifo.es prescripción prudente una necesidad II, 17/10/2012.

Junio de 2016, la Declaración GATHER, OMS.

Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ et al, too much medicine in older people? Deprescribingthrough shareddecisionmaking. BMJ 2016 jun 3, 3;353:12893.

Editorial Rev. Esp. Salud Pública, 2016, Vol. 90: 22 de agosto, Ferrán Catalá López y Cristina Pérez Andrés.

Redacción médica, la OCU denuncia uso excesivo de pruebas en neurología, 5/12/2016.

Editorial WONCA, vol 31, no 3, septiembre de 2013, Maria Noble, prevención cuaternaria, repasando la medicina desde el paciente.

La seguridad del paciente, Revista clínica electrónica de AP, Maria Luisa TorijanoCasalengua. 2003.

AMF, Junio 2012, prevención cuaternaria: es posible y deseable una asistencia sanitaria menos dañina. Juan Gervas Camacho; Enrique Gavilán Moral, Laura Jiménez de Gracia.

Curso de auditoría médica Hospital Aleman 2014, Seguridad del paciente y Prevención Cuaternaria: Un desafío para todos.

Redacción Médica, 21/8/2016, Seis fármacos por Anciano límite para evitar errores de prescripción.

BMJ, 2/11/2013, traducción evalmed-GRADE. Sobrediagnóstico: cuando las buenas intenciones coinciden con los intereses creados.

Editorial AP. 2016;48 (10):619-620, sobrediagnóstico, cuando las personas reciben un diagnóstico que no necesitan.

Médicos y Pacientes. 20/9/2016, Iatrogenia y sobrediagnóstico. Andreu Segura y Martín Zurro.

Medscape, 18/5/2016, un tercio de la antibioterapia ambulatoria puede ser inadecuada. Diana Swift.

Proceedings of the National Academy of sciences.2/8/2016, Una revisión invalida miles de estudios sobre el cerebro.



## PARTE IV: Conocimiento y tecnología en AP

### IV.1. Guía de competencias del Médico de AP Competencias de Enfermería en AP

*Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río,  
D.ª Julia Nicolás Poza*

#### Guía de competencias del Médico de AP

*Dr. D. Francisco Javier Rodríguez del Río*

La AP es la base de nuestro sistema sanitario y para desempeñar un correcto funcionamiento requiere una intervención responsable por parte del profesional (basándose en la evidencia científica, metodología de nuestras sociedades científicas y hacer un uso razonable de los medios de los que disponemos), de la Administración (que debe de incrementar las dotación presupuestaria en AP) y por parte del paciente (es responsabilidad del usuario hacer un uso adecuado de su sistema sanitario).

Desde atención primaria se realiza la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento en un primer nivel asistencial, permitiendo hacer una criba de aquellos problemas que requieren una asistencia más compleja en otro nivel asistencial, principalmente en el Hospital de referencia. Estas tareas se realizan por parte de los diferentes profesionales sanitarios que constituyen los equipos de atención primaria (principalmente médicos y enfermeros, pero también trabajadores sociales y en algunos casos profesionales de apoyo desde el ámbito de la salud mental, la rehabilitación y fisioterapia, la obstetricia, etc.) siendo esencial el determinar los entornos competenciales a nivel general de cada profesión, así como los circuitos específicos en cada unidad de gestión clínica de primaria que dependerá en algunas situaciones del número de profesionales adscritos y de su preparación y habilidad específica, desde el necesario liderazgo clínico del médico.

Desde hace tiempo y en la actualidad, asistimos a nivel general a una importante discusión sobre cuales deben ser las nuevas competencias de enfermería, o inclusive de los farmacéuticos de oficina de farmacia, que han de ser definidas y consensuadas en el ámbito de un nuevo marco competencial profesional y legislativo ya que no solo distorsionan a veces la "normalidad asistencial" sino que deja en manos de decisiones políticas con un alto grado de conflicto interés (como hemos podido constatar con la crisis económico financiera) lo que debería estar en manos del debate exclusivamente profesional y experto.

El Consejo Interterritorial debe velar para que la cobertura sanitaria sea de calidad sin inequidades entre las diferentes comunidades autónomas. La AP va dirigida a la generalidad y los principales problemas de salud de la población, la atención debe de ser universal para todos, con principal interés por los más desfavorecidos y los más necesitados. Disponer de un sistema sanitario como el nuestro, que es ejemplo para otros países, es esfuerzo de la colaboración de nuestra Constitución por sus principios de cobertura universal, del esfuerzo de nuestros profesionales por su dedicación, bajo el respeto de su código deontológico, su extenso conocimiento científico y actualización constante, y la educación sanitaria a sus pacientes para la realización de un uso responsable del sistema sanitario. Los gobiernos deben generar planes de actuación sanitarios integrados que fomenten la sinergia de AP y Atención Hospitalaria.

El fundamento de las competencias de la AP es ofrecer una primera asistencia de calidad, englobando a los individuos en particular y a la familia y comunidad en general, con el trabajo de profesionales adecuadamente formados que lo realizan bajo las premisas de la autorresponsabilidad y la autodeterminación. De aquí que la AP es el eje de nuestro sistema sanitario y debe de velar por la salud y calidad asistencial.

La AP presenta como características la accesibilidad, continuidad, integridad y coordinación con enfoque clínico, docente e investigador.

### **Accesibilidad:**

Esta es la principal demanda de la población, y la AP debe de velar por una mejora en el acceso a la atención sanitaria de los usuarios atendiendo a los problemas de salud, salvando discriminaciones culturales, geográficas, arquitectónicas, horarias y económicas. Esta accesibilidad no

sólo engloba al paciente, sino también a su familia y a la comunidad y es fundamental para lograrla, una correcta y actualizada información, la existencia de unas historias clínicas bien documentadas que preserven su integridad y un adecuado uso social de recursos.

### **Continuidad:**

La AP garantiza la continuidad asistencial al enfermo, su familia y la zona comunitaria donde reside. Y más allá de este ámbito, se extiende al área de salud, en la integración con la Atención Hospitalaria, para la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, de manera que se sincronicen y alcancen un objetivo común.

### **Integridad:**

La AP abarca la atención integral del paciente desde el nacimiento hasta su muerte, mediante la educación y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y engloba también el cuidado del paciente durante la enfermedad, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos, en una atención y abordaje biopsicosocial de la familia y la comunidad.

### **Coordinación:**

Los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria trabajan de forma coordinada con todos los profesionales que componen los equipos de AP, (Médicos de Urgencias, Enfermeros, Unidades de Salud Bucodental, Psicólogos, Matronas, Fisioterapeutas, Administrativos, Celadores, Veterinarios), equipos de Dirección (Gerentes, Dirección y subdirección hospitalarias...), instituciones públicas (Ayuntamientos, Centros Educativos, radio, prensa...) y equipos de Atención Hospitalaria (Médicos de Emergencias, Especialidades hospitalarias).

La labor de coordinación consiste en:

- Representación del equipo de salud del centro, con los demás Servicios e Instituciones sanitarias, grupos políticos, con la población, asociaciones, los Ayuntamientos, Centros Educativos, El Coordinador Médico armoniza los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a su centro de salud, y a nivel del área de salud, con el Consejo de Dirección.
- **Su trabajo es una garantía de calidad**, de cara a velar por la renovación y mejora constante del centro, actualización y for-

mación del equipo, optimización de las necesidades de sustitución, atención al paciente... La actividad del coordinador va ligada a su labor asistencial, que no se verá mermada.

### **Enfoque clínico, docente e investigador:**

Además del trabajo asistencial a la comunidad con un enfoque científico y actualizado, el médico de AP realiza labores de docencia pregrado, postgrado, formación médica de residentes, o trabajos de investigación con su respectiva publicación en sociedades y revistas científicas. Son los centros de AP el ambiente idóneo para llevar a cabo estos estudios, por realizarse un seguimiento longitudinal en el tiempo, del paciente y la comunidad por el mismo profesional y la colaboración con otros niveles asistenciales

### **Las competencias del Médico de Familia engloban:**

- Manejo de la Historia Clínica Electrónica y los sistemas de Información Sanitaria. Manejo de la comunicación con el paciente agresivo. Intervención educativa desde la consulta. Utilización de las nuevas tecnologías en relación con el paciente.
- Urgencias y Emergencias Sanitarias.
- Organización de la Asistencia Sanitaria y Coordinación entre niveles asistenciales. Acuerdos de Gestión. Unidades de Gestión clínica.
- Programas de Calidad Sanitaria.
- Derechos y garantías del Sistema Sanitario.
- Declaración y registro de voluntades anticipadas.
- Manejo epidemiológico.
- Economía de la Salud.
- Metodología de la investigación.
- Enfermedades infecciosas.
- Programas de actividades preventivas y de promoción de la salud.
- Calendario vacunal.

- Programa de detección precoz del cáncer de mama.
- Programa de cribado de cáncer colorrectal.
- Programa de Salud Bucodental.
- Programa de Salud infantil. Patología urgente en el niño. Diagnóstico y tratamiento de las principales urgencias pediátricas. Principales infecciones agudas y enfermedades exantemáticas en la infancia.
- Atención al joven. Conductas adictivas. Trastornos en la alimentación. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención y seguimiento del embarazo no planificado.
- Uso racional del medicamento. Seguridad del paciente. Farmacovigilancia. Revisión de polimedicados. Indicadores de calidad de prescripción y receta electrónica.
- Manejo del paciente con patología cardíaca en AP. Insuficiencia cardíaca. Cardiopatía isquémica. Principales arritmias.
- Manejo de las principales urgencias cardiológicas, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca aguda, arritmias cardíacas, pericarditis aguda, tromboembolismo pulmonar. Soporte vital básico y avanzado.
- Manejo de la patología vascular. Insuficiencia venosa crónica, trombosis venosa profunda, enfermedad tromboembólica, insuficiencia arterial.
- Manejo de patologías respiratorias. EPOC. Asma bronquial. Apnea del sueño. Cáncer pulmonar. Neumonías e infecciones respiratorias. Tuberculosis. Abordaje del tabaquismo. Manejo de la disnea aguda.
- Patología neurológica. Infecciones del SNC. Cefaleas. Vértigos. Convulsiones. Pérdidas de conciencia. Enfermedad cerebrovascular aguda y crónica. Demencias y deterioro cognitivo.
- Manejo de patología osteoarticular. Artritis. Artrosis. Espondiloartropatías. Osteoporosis. Fibromialgia. Manejo del paciente con lumbalgia.
- Manejo del politraumatizado. Accidentes de tráfico. Esguinces. Luxaciones. Fracturas. Heridas. Mordeduras, Quemaduras. Intoxicaciones.

- Patología digestiva. Dispepsia. Estreñimiento. Dolor abdominal. Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad celiaca. Patología anorrectal. Hemorragia digestiva. Toxinfecciones alimentarias.
- Asistencia al paciente con hepatitis. Ictericia. Cirrosis hepática.
- Manejo de los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base.
- Manejo de la Obesidad.
- Manejo de la Hipertensión Arterial.
- Manejo de las dislipemias.
- Manejo de la diabetes mellitus.
- Manejo de la patología tiroidea.
- Manejo de la patología nefrourológica.
- Trastornos de la sexualidad.
- Diagnóstico diferencial y tratamiento de las anemias.
- Patología de la coagulación y la anticoagulación.
- Manejo de la patología oftalmológica.
- Manejo de la patología otorrinolaringológica.
- Abordaje de las enfermedades de transmisión sexual.
- Clínica, diagnóstico y tratamiento de problemas dermatológicos.
- Manejo de las Alergias.
- Atención a la mujer. Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. Seguimiento del embarazo normal y puerperio. Uso de fármacos durante el embarazo y lactancia. Atención al parto urgente.
- Patología ginecológica. Infecciones. Metrorragias. Amenorrea. Dismenorrea. Menopausia. Urgencias gineco-obstétricas.
- Prevención y detección de la violencia doméstica.
- Atención al anciano. Evaluación geriátrica global. Valoración funcional. Prevención de caídas. Síndromes geriátricos.

- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. Cuidados paliativos.
- Manejo de la Salud Mental. Ansiedad. Depresión. Trastornos de la alimentación. Trastornos del sueño. Brote psicótico. Crisis de ansiedad. Agitación. Intento de autólisis.
- Conductas de riesgo adictivo. Bebedor de riesgo y alcohólico. Toxicomanías.
- Manejo de la rehabilitación. Ejercicios terapéuticos del Aparato Locomotor. Rehabilitación del ICTUS. Rehabilitación postIAM. Rehabilitación respiratoria.
- Interpretación y uso racional de pruebas complementarias.
- Actividades administrativo-legales. Receta Médica. Incapacidad laboral. Certificados médicos y de defunción. Parte de lesiones y comunicación con el juzgado.

**La previsión de las competencias en el 2025 debe de apostar por el uso de las nuevas tecnologías y un papel aún más activo del Médico de Familia en la Sociedad.**

Con el desarrollo de Internet y las búsquedas on-line, nos encontramos a un paciente más informado, pero teniendo en cuenta que la veracidad de la información de los buscadores de internet ronda el 35 %, los pacientes suelen acudir orientados, aunque mal informados. Las redes y los soportes informáticos nos han permitido avances como la historia clínica electrónica, la receta electrónica, la farmacovigilancia, la epidemiología o las actualizaciones, pero aún se puede dar un mayor uso de cara a la previsión de competencias para los próximos años. La figura del Médico de Familia en la comunidad con sus actividad preventivas y de promoción de la salud, deben de potenciarse en las redes sociales y plataformas vía web, los pacientes deben de participar y colaborar en un intercambio electrónico y potenciar las actividades divulgativas. Los soportes electrónicos tipo tablets, laptop o teléfonos móviles son dispositivos ideales para explicar de una forma comprensible al paciente los entresijos de su enfermedad, además de realizar más fácil el compartir esta información con el paciente, su familia o la comunidad. Desde los centros de AP se debe de apostar por una dotación tecnológica más dinámica y eficiente para favorecer y fomentar esta información. Gracias a internet se debe de favorecer

la teleconsulta, de tal forma que aquellos pacientes que no dispongan de movilidad o medios, puedan resolver pequeños trámites o consultas a través de sistemas de teleconsulta on line, sin necesidad de realizar un desplazamiento al centro, o por parte del profesional, al domicilio del paciente. Las consultas se deben de adaptar a un tiempo digno por paciente, estimando consultas de 10-15 minutos, si queremos que la apuesta tecnológica sea útil.

Las actividades de telemedicina con los centros hospitalarios deben de estar resueltas en los próximos años. Actualmente no todas las comunidades autónomas disponen de un sistema de telemedicina como “telederma” o sistema de consulta on line con especialistas en Digestivo o Reumatología, que optimicen las listas de espera y puedan priorizar patologías no demorables, con el compromiso de gestión de los referentes por mail.

El uso de los ecógrafos desde los centros de AP y la formación específica en ecografía durante los próximos años, debe de ser una apuesta prioritaria desde las gerencias, con la finalidad de que la ésta sea una competencia básica del Médico de Familia, como actualmente lo son la radiografía, el electrocardiograma, la espirometría y la cirugía menor.

La dotación en los centros de AP rural y urbanos de tecnología para los próximos años, con lámparas de hendidura, retinógrafos, dermatoscopios, ecógrafos, aspiradores, analítica básica... es imprescindible para evitar el desplazamiento de los pacientes a centros hospitalarios para la resolución de problemas que son competencia de AP.

**Para el 2025 no deben de existir limitación de cara a la petición de pruebas complementarias**, deben de establecerse **criterios equitativos** en la prescripción por especialistas de AP y Hospitalaria.

**El tiempo dedicado al paciente debe de ser digno para poder hacer una historia clínica adecuada basada en una correcta anamnesis, exploración física, optimizar pruebas complementarias, hacer un correcto juicio clínico tras el meditado diagnóstico diferencial y finalmente un tratamiento óptimo.** Esto sólo es posible si el tiempo indicado por paciente es de 10-15 minutos, no hay sobrecargas de agendas y la dotación de Médicos de Familia es la adecuada para cubrir mil doscientos pacientes por médico. Hay que favorecer con condiciones



especiales, a los equipos que trabajan en centros de transformación social o desfavorecidos e igualmente se debe de estimar para centros rurales alejados, o con dispersión. Esto se convierte en una prioridad para una asistencia primaria de calidad y sostenible. También es importante para favorecer la investigación en AP y contribuir con sus aportaciones a enriquecer a la comunidad científica.

**Se debe instituir la Medicina de Familia como disciplina obligatoria en todas las Facultades de Medicina a nivel nacional** y debemos fomentar una correcta cooperación entre el médico especialista en Medicina de Familia y el médico especialista en Medicina Hospitalaria. Así mismo se debe generar en las facultades de medicina un departamento de Medicina de Familia. **Los estudiantes de medicina deben de rotar y hacer sus prácticas en centros de salud urbanos y rurales.** Hay que fomentar la participación de los Médicos de Familia en la Universidad como modelos de ejercicio profesional y como profesores universitarios. Los profesores vinculados en las facultades a tiempo parcial, deben de permanecer con contrato estable vinculados a sus departamentos. **Hay que mostrar a los estudiantes de medicina la complejidad de la cartera de servicios del Médico de Familia, que supone un trabajo extraordinario** con respecto a cualquier otra especialidad, pero es precisamente este dinamismo lo que **aporta a nuestra especialidad la ilusión de progreso, avance, entusiasmo, superación,** evitando así entrar en un bucle de monotonía asistencial como ocurre con el paso del tiempo con otras especialidades.

La AP es actualmente la especialidad con mayor número de salidas laborales y además abarca todos los campos de conocimiento de la Medicina, pudiendo trabajar en sectores públicos y/o privados. La situación de la AP permite garantizar una jornada laboral constante. **La Medicina de Familia seguirá siendo en el 2025 la especialidad con mayor número de salidas laborales.**

Un Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria puede trabajar como:

- Médico de AP.
- Pediatra de AP.
- Médico del Trabajo: Mutuas y Servicios de Prevención.
- Urgencias de AP.
- Urgencias Hospitalarias.

- Médico del sistema coordinador del 112.
- Emergencias 112: UVI Móvil y/o Helicóptero.
- Transporte interhospitalario.
- Medicina del deporte.
- Inspección Médica de la Seguridad Social.
- Inspección Médica de Muface.
- Médico valorador Centro Base.
- Médico de Empresa.
- Médico de Residencias de Tercera Edad.
- Médico de Residencias de Discapacitados.
- Médico en Centros de día.
- Médico en Unidades de Epidemiología y Salud Pública.
- Médico en Unidades de Conductas Adictivas, atención al drogodependiente.
- Médico en Unidades del Tabaco.
- Médico en Unidades del Dolor.
- Médico en Unidades de Cuidados Paliativos.
- Médico en Unidades de Sexología.
- Técnico de Salud de Unidad Docente.
- Coordinador de Unidad Docente.
- Médico en Unidades de Calidad.
- Medicina Estética.
- Cirugía menor.
- Sanidad Militar.
- Inspector Sanitario.
- Docente.
- Sanidad Penitenciaria.
- Reconocimientos médicos.
- Gestión Sanitaria.
- Investigación.
- Inspector Médico de Renfe.
- Inspector Médico de Registro Civil.
- Médico de Archivo y Documentación Clínica.
- Valoración de daño corporal.

## Bibliografía

1. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI. ONTSI [consultado 10 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.red.e>
2. Las competencias del médico de familia en la atención a pacientes en fase de final de vida. Reflexiones a partir de la propuesta de ACE en Cuidados Paliativos. Octubre 2015 ; 47 (8): 477-550.
3. Barrett A, Galvin R, Steinert Y, Scherpbier A, O'Shaughnessy A, Horgan M, et al. A BEME (Best Evidence in Medical Education) systematic review of the use of workplace-based assessment in identifying and remediating poor performance among postgraduate medical trainees. *Syst Rev* [Internet]. 8 de mayo de 2015;4.
4. Fuertes Goñi MC, Loayssa Lara JR. Razonamiento clínico. *AMF*. 2014;10(8):435-43.
5. Kroenke K. A Practical and Evidence-Based Approach to Common SymptomsA Narrative ReviewA Practical and Evidence-Based Approach to Common Symptoms. *Ann Intern Med*. 21 de octubre de 2014;161(8):579-86.
6. Price-Haywood EG, Harden-Barrios J, Cooper LA. Comparative effectiveness of audit-feedback versus additional physician communication training to improve cancer screening for patients with limited health literacy. *J Gen Intern Med*. agosto de 2014;29(8):1113-21
7. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico- paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Rev Comun Salud*. 18 de junio de 2014;4(0):19-34.
8. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2013.
9. Resolución de 15 de octubre de 2013, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se modifica la de 17 de diciembre de 2001, de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades, por la que se establecen las características comunes de las pruebas a que se refiere el artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio. Octubre 2013. BOE. 258: 87.110 – 87.111.
10. Real Decreto 220/2013, de 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional

al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título. Marzo 2013. BOE. 71: 22.955 – 22.956.

11. RESOLUCIÓN de 26 de marzo de 1999, de la Subsecretaría, por la que se aplica lo dispuesto en el artículo 1.2 y en la disposición adicional quinta del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. Abril 1999. BOE. 89:13.958 -13.964.
12. REAL DECRETO 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. Agosto 1998. BOE. 205: 29.232- 29.235.
13. Prados JA. Introducción de los pacientes simulados en la docencia del arte de la medicina en nuestro país. EIDON. 8:40-5.

## Competencias de Enfermería en AP

*D.<sup>a</sup> Julia Nicolás Poza*

La enfermería tiene un papel relevante en el Equipo de AP que se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud y sobre todo, al centrar su objetivo de atención en la promoción y el abordaje de los problemas del autocuidado, realizado todo ello en el contexto de su actividad profesional: en el Centro de Salud, el domicilio de las personas y la comunidad.

En el contexto de la AP, la enfermería centra su atención en los ciudadanos y sus familias, así como en las comunidades donde ambos se desarrollan.

Esta atención se contextualiza en el Equipo de AP donde la enfermería está obligada a liderar los procesos asistenciales y de gestión, tanto de recursos como del conocimiento relacionado con el cuidado y dependencia de cuidados, garantizando la coordinación con otros miembros del Equipo, lo que reportará al ciudadano una Atención integral y continuada.

Aunque las competencias de Enfermería deben ser consideradas en esencia de manera íntegra, éstas han sido consideradas como sigue:

- A. Competencias específicas: son competencias relacionadas con el saber ser y saber estar. Son los conocimientos y destrezas propios de la disciplina.
- B. Habilidades personales, sociales y/o metodológicas que en el Marco Europeo de Calificaciones se describen en términos de Responsabilidad y Autonomía.

Las Competencias de Enfermería se estructuran en los siguientes 5 bloques y 10 criterios.

Los criterios externos a los que se ha atendido son Descriptores de Berlín y El Marco Europeo de Calificaciones en la Educación.

Hay una necesidad manifiesta de reorientar la labor de Enfermería de manera que las capacidades de sus profesionales tengan su expresión en el valor que puedan aportar al proceso asistencial.

<b>I. El ciudadano</b>	1. Orientación al ciudadano
<b>II. La atención sanitaria integral</b>	2. Promoción de la salud, prevención y atención comunitaria
	3. Atención al individuo y a la familia
	4. Gestión por procesos asistenciales integrados
<b>III. El/la profesional</b>	5. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales
	6. Actitud de progreso y desarrollo profesional
	7. Compromiso con la docencia
	8. Compromiso con la investigación
<b>IV. La eficiencia</b>	9. Uso eficiente de los recursos
<b>V. Los resultados</b>	10. Orientación a resultados en el desempeño profesional

Es en este marco de reorientación donde tiene cabida la figura de Gestión de Casos: El camino que un ciudadano debe de recorrer dentro del sistema es complicado y posiblemente demasiado rápido para tomar decisiones con suficiente información comprendida. Esta situación requiere de una figura que acompañe en este complejo recorrido, y pueda ejercer de bisagra para armonizar la relación entre los ciudadanos y el sistema, a fin de garantizar su derecho, no solo a la salud sino a la salud propia y conscientemente decidida desde la autonomía.

De aquí podemos deducir y afirmar que la Enfermería Familiar y Comunitaria por su perfil, es la figura idónea para la gestión de casos por su formación sociosanitaria e integral en el cuidado de la salud de las personas/grupos de población, y su cercanía y accesibilidad al paciente.

De este papel sobre el autocuidado de la población se derivan las siguientes responsabilidades que sitúan a la enfermería como garante del autocuidado del ciudadano:

1. Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.

2. Completar los déficits del autocuidado causadas por las diferencias existentes entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.
3. Proporcionar a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
4. Supervisar las acciones de autocuidado para garantizar la seguridad.
5. Sustituir al cuidador en las acciones de cuidado complejo en el periodo de aprendizaje de este y/o ante situaciones que supongan riesgo para las personas.
6. Acompañar desde la presencia cuidadora en el proceso de la salud y de la muerte.

## Bibliografía

1. Marco Europeo de cualificaciones para el aprendizaje permanente. Descriptores de Dublín.
2. Marco Europeo de Calificaciones en la Educación Superior (MECES).
3. Marco normativo para la adaptación de los estudios preexistentes, en este caso, los estudios de Diplomado en Enfermería, Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, Artículo 3.5.
4. Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería, los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería y las recomendaciones que realiza el Consejo Internacional de Enfermeras. Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

## IV.2. La innovación tecnológica en AP

*Dr. D. Hermenegildo Marcos Carrera*

Se conoce a la **tecnología** como un producto de la ciencia y la ingeniería que envuelve un conjunto de instrumentos, métodos, y técnicas que se encargan de la resolución del conflicto y que puedan satisfacer las necesidades y deseos de los seres humanos.

La base para su buen uso en la medicina de AP es el conocimiento médico. No se trata tanto de hacer una predicción de las nuevas y futuras tecnologías como de que el médico esté preparado para incorporarlas y aprovecharlas en su quehacer diario. La flexibilidad y adaptabilidad son características de la AP. **El médico debe conocerlas, dominarlas y explicar su funcionamiento al paciente para extraer el máximo partido de ellas.**

La tecnología actual avanza a un ritmo cada vez más acelerado, dentro de 10 años habrá prestaciones y capacidades de la misma que actualmente no podemos imaginar.

Las nuevas tecnologías cambiarán la forma de ejercer la medicina y serán necesarios nuevos tipos de profesionales de la salud. El aumento de la capacidad diagnóstica y terapéutica de la medicina de AP exigirá que los Médicos de Familia estén, como siempre lo han hecho, permanentemente actualizados **aunque el contacto directo con el paciente, esencia de la AP, deberá permanecer inalterable.**

Aumentará la implicación del paciente en su propia salud creando, modificando y manejando su propia carpeta personal de salud.

Se necesitará una **regulación legal por parte de las autoridades sanitarias y una adaptación del código de deontología médica** a sus características.

Las nuevas tecnologías, de la información y comunicación, médicas específicas o de uso generalizado con implicaciones en la salud, influirán en todos los aspectos de la continuidad asistencial.

Es de prever que la **genómica y proteómica** se incorporarán al quehacer diario del médico. Cada paciente podrá llevar en un archivo,



tipo tarjeta o similar, su genoma y/o proteoma que será la base de una promoción de la salud y prevención de la enfermedad más personalizada en relación a sus fortalezas y riesgos individuales, incluyendo aspectos de ingeniería genética. Teniendo siempre en cuenta, que su capacidad predictiva será limitada dada la importancia de factores ambientales y epigenéticos. Así mismo permitirán un tratamiento personalizado, aumentará su efectividad y disminuirá sus efectos adversos ya que permitirá adaptarlos a cada paciente.

El **diagnóstico precoz** se verá favorecido con el perfeccionamiento de técnicas actuales como la ecografía y el desarrollo de nuevos procedimientos y marcadores precoces de enfermedades, incluso antes de que la misma se desarrolle, con aumento de la seguridad y disminución de efectos secundarios. **Es necesario que el médico de AP se familiarice con ellos, ya que serán elementos fundamentales en su práctica clínica diaria.**

El **tratamiento personalizado** aumentará su efectividad. La medicina regenerativa mediante células madres y bioimpresoras en 3D que crearán copias de órganos para ensayar procedimientos quirúrgicos o, incluso, para trasplantes de órganos estará en los centros superespecializados, pero es posible que se simplifiquen otras técnicas diagnósticas y terapéuticas que hoy en día se realizan en medio hospitalario y **el médico de AP deberá dominarlas para incorporarlas a su quehacer diario.**

Las **tecnologías de la información y comunicación favorecerán la interacción entre el médico y sus pacientes** haciéndola más ágil y continuada, pero el profesional debe poner límites para que no invada su parcela de vida privada así como, debido, previsiblemente, a la gran cantidad de información generada, tener una **formación adecuada para elegir la que más se adapte a sus conocimientos, interés personal y profesional y mejore la atención a sus pacientes.**

La comunicación mediante dispositivos móviles de mensajería como whatsapp, telegram o similares permiten la comunicación instantánea y aportan seguridad al paciente pero debe evitar la excesiva dependencia respecto al médico. El correo electrónico, el teléfono o la videoconferencia pueden, en algunos casos ahorrar el desplazamiento del médico al domicilio del paciente o el paciente a la consulta del médico, siendo **necesario reservar un horario dentro de su**

**jornada laboral para atender estas consultas.** Así mismo permitirán una respuesta rápida a brotes y emergencias sanitarias siendo una herramienta epidemiológica potente aumentando la rapidez en las actuaciones. La elaboración de blogs y webs oficiales por los centros de salud facilitarían información a pacientes y profesionales, así como un acceso actualizado a las agendas asistenciales y programaciones del centro y trabajadores como formación, vacaciones, etc.

Las **Apps de salud** se incorporaran y recomendaran dentro de las pautas habituales de las intervenciones clínicas. Pueden ayudar a mejorar la salud de diferentes maneras como, por ejemplo, convirtiendo al paciente en elemento activo del tratamiento y seguimiento de su enfermedad, modificando hábitos, incentivando que sean más saludables, facilitando la relación médico-paciente, sobre todo en las enfermedades crónicas, controlando síntomas, determinado niveles (glucosa, TA, saturación Oxígeno, etc.), gestionando citas, o contribuyendo a la monitorización del paciente (ECG, etc.).

**Económicamente** hablando, las apps de salud, sobre todo las relacionadas con la diabetes y enfermedades y riesgos cardiovasculares, tienen una gran oportunidad de negocio, además de reducir coste sanitario per cápita, sobre todo en pacientes crónicos.

Pero su uso tiene sus **riesgos**, gran cantidad de ellas no cumplen los estándares para evitar el uso y divulgación de datos sensibles de los usuarios con terceros.

Es indudable que las apps de salud han llegado para quedarse y son los **médicos**, junto con otros profesionales de la salud, quienes deben **orientar a los pacientes en su buen uso y que no interfieran ni contradigan sus recomendaciones.**

Para que pueda disponer de toda la información sanitaria, así como, poder consultar la bibliografía cuando sea necesario, el uso de **tablets se debe incorporar al ejercicio habitual del médico**, sobre todo el que ejerce la AP debido a que la atención a su paciente se realiza en cualquier momento, situación y lugar.

La **telemedicina** es de gran ayuda en el acceso y apoyo a profesionales que ejercen la medicina en regiones remotas y aisladas. Incluye, entre otros, el Telediagnóstico como Radiología, ECG, Retinografía,

Dermatología, etc. que nos permite compartir datos y opiniones en tiempo real con otros profesionales y la teleconsulta o videoconferencia que permite comunicación con paciente y su entorno y facilita una segunda opinión médica.

El desarrollo de nuevos chips de **laboratorio y biomarcadores** permitirá realizar analíticas en la propia consulta, agilizará, aumentará la efectividad de la misma y exigirá al médico adaptarse a estos nuevos usos para utilizarlos de forma racional y correcta.

Es previsible que los pacientes porten **dispositivos** que controlen constantes y cambios vitales, permitiendo la automonitorización mediante la obtención de datos clínicos en tiempo real y otros de alerta y vigilancia para transmitir los datos de interés a su médico y/o al hospital. Así mismo los dispositivos de reconocimiento facial, que incluye las emociones, permitirá la comunicación con los pacientes que tengan dificultad para comunicar sus sentimientos y vivencias, como, por ejemplo, el dolor en enfermos con demencia. El médico de AP debe conocer, manejar y explicar a sus pacientes los mismos para hacer un uso adecuado de ellos.

Los avances en **Inteligencia Artificial** y, en concreto, en **Robótica**, nos planteará el dilema de que si el robot sustituirá al médico. Memorizarán gran cantidad de datos y cifras que actualizarán continuamente y pueden contribuir a que el diagnóstico sea más preciso y rápido. Pueden dar y ofrecer un abanico de posibilidades y sugerencias de diagnóstico diferencial y posibilidades de tratamiento, pero ¿quién decidirá, la Inteligencia Artificial o el Médico?

Aunque las investigaciones en Inteligencia Artificial son prometedoras, su aplicación real, en el momento actual, es limitada con problemas en su actualización y en la evaluación de su seguridad y eficacia.

Por otra parte, la **robótica** y la **domótica**, son, y serán cada día más, de ayuda para mantener la calidad de vida de personas con alguna dolencia, contribuyendo en aspectos como cumplimentación del tratamiento o rehabilitación, entre otros.

Un apartado fundamental en el quehacer médico y que merece ser tratada con algo más de profundidad, es la **Historia Clínica Electrónica (HCE)**.

La historia clínica ha ido evolucionando conforme evolucionaban las formas de ejercer la medicina pero el nuevo modelo se ha construido sobre la base del anterior. En cierto modo, hoy en día disponemos de una HCE que está basada en un modelo de documento del siglo XIX a la que se han ido añadiendo nuevas prestaciones según las demandas.

A la pregunta **¿hacia dónde debería ir la HCE?** La respuesta puede ser diferente dependiendo de quién responda a la pregunta, médicos, pacientes o administración.

Es fundamental que para agilizar, coordinar la toma de decisiones, mejorar la gestión de los recursos y evitar duplicidades, se debe avanzar hacia su unificación, no sólo entre todas las Comunidades Autónomas, sino en todos los países de Europa.

Debe permitir la **gestión de todo el proceso**, de principio a fin. Para ello es fundamental la interoperabilidad entre niveles asistenciales, con herramientas que faciliten diferentes accesos, en función del profesional que atienda en ese momento al enfermo. También facilitará su consulta, sin desvelar la identificación del paciente con fines de docencia, investigación y gestión de calidad.

Así mismo, la HCE debería salvaguardar los comentarios personales del facultativo, como la discusión de su pensamiento, que no tienen que ser necesariamente juicios clínicos, pero que pueden ayudar en la mejor atención al paciente. Sería interesante que ejerciera la función de **documento de trabajo** que se pueda compartir con otros profesionales para servir de debate y dónde se expresen dudas, opiniones y comentarios en relación al proceso en estudio y con acceso restringido.

Al ser un documento compartido se deben **unificar criterios** en su nomenclatura y en la forma de incluir datos, evitando duplicidades. Hay consensos europeos en utilizar nomenclaturas con codificaciones consensuadas pero es necesario avanzar más en esta dirección ya que debido al aumento de prevalencia de enfermedades crónicas y de la movilidad, el paciente será atendido por diferentes profesionales en distintas situaciones y localizaciones.

La **presentación de datos** no tiene que ser necesariamente de forma cronológica. Los datos pueden ser observados desde distintas perspectivas y agrupados según la conveniencia del buscador de

datos, médico o enfermo. Debido al, previsible, gran aumento de información se debe separar lo fundamental de lo accesorio para no desviarnos de la **razón fundamental de la misma, que es la de ayudar al paciente y al médico a tomar decisiones en base a las últimas evidencias científicas y recomendaciones de salud pública.**

La HCE favorece el análisis epidemiológico y la accesibilidad a ensayos y estudios clínicos y estadísticos, estando abierta a los conocimientos médicos que se generan a gran velocidad y en cualquier parte del mundo.

El paciente debe y exige tomar cada vez más protagonismo en la **toma de decisiones.** La HCE en una herramienta fundamental para ello.

La HCE puede amenazar la confidencialidad y privacidad por lo que es necesario establecer una **seguridad y mecanismos estrictos de control de acceso.** La HCE debe ser gestionada por el paciente y su médico de familia, debe ser accesible de manera global pero siempre bajo el consentimiento explícito de ellos. Una cuestión pendiente de resolver es la de si los propios pacientes pueden escribir en su HCE.

En estrecha relación con la HCE, se encuentra la forma de compartir la información disponible que puede ser mediante un chip con formato parecido a tarjeta de crédito que se incluirá en la **tarjeta sanitaria individual (TSI)** y comprenderá toda información sanitaria del paciente, tanto su historia clínica como otros datos sanitarios de interés.

Todos los datos relacionados con la salud de una persona deberían estar recogidos en su **carpeta personal de salud** que sería un espacio de almacenamiento personal de información sanitaria que las autoridades ofrezcan a los usuarios. La gestión sería responsabilidad del usuario o de la persona autorizada. Estaría a su disposición en cualquier momento y desde cualquier dispositivo con conexión a Internet. Una diferencia con la HCE sería que el propio paciente quien suba la información sanitaria que el considere conveniente y la gestione de la forma más adecuada de acuerdo a sus intereses.

Si como decía Jean Dausset, la partitura no hace la sinfonía, las tecnologías debe estar guiadas por un profesional capacitado, motivado, actualizado y que no olvide la esencia de la labor del médico de AP.

## Bibliografía

1. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: BOE, 2002, p.40126-40432.
2. Comisión Europea. Libertad, Seguridad y Justicia. Grupo de Trabajo sobre protección de datos del artículo 29. Tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos. Disponible en la URL:  
[http://ec.europa.eu/justice\\_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/privacy/docs/wpdocs/2007/wp131_es.pdf)
3. Etreros, J. Alonso, C. Marco, G. Cabronero, M. Alfaro, M. El sistema de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Accesibilidad y protección de la información como elementos clave. Derecho y Salud, 2009; 18(1): 99-110.
4. Etreros, J. Marco, G. Abad, I. Muñoz, JF. La interoperabilidad como base de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Todo Hospital, 2009; 258(jul-ago): 467-474.
5. International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) [página web]. Copenhagen: IHTSDO; 2009 [acceso 18 de febrero de 2009]. Disponible en:  
<http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/snomed-ct0/different-languages/>
6. Gervas J, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en AP. Fundamento clínico, teórico y práctico. SEMERGEN. 2000;26(1):17-32.
7. Anderson NL, Anderson NG (1998). "Proteome and proteomics: new technologies, new concepts, and new words". Electrophoresis 19(11): 1853-61
8. Medicina personalizada posgenómica, Juan sabater tobella, Gloria Sabater Sales, Elsevier,2010, ISBN 978-84-458-2025, pág. 4.
9. Plan de telemedicina del INSALUD. Dirección General de Informática del INSALUD. Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid,2000.
10. Jian F, Jian Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, Wang Y, Dong Q, Shen H, Wang Y. Artificial Intelligence in healthcare: past, present and future. Stroke Vasc Neurolo. 2017. Jun21;2(4):230-243.

### **IV.3. La formación del médico de familia: medicina de familia en la universidad. El mir de familia en la troncalidad. Desarrollo profesional continuo. Validación periódica de la colegiación. Reacreditación.**

*Dr. D. José Luis Garavís González*

## **Medicina de familia en la universidad**

La formación universitaria en España minusvalora el perfil del profesional de AP (AP) pues, aunque en este nivel asistencial ejercen casi la mitad de los médicos del Sistema Nacional de Salud, la mayoría especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), no se reconoce de manera expresa la especialidad como área de conocimiento.

La formación universitaria en España minusvalora el perfil del profesional de AP.

La especialidad de MFyC es la que oferta un mayor número de plazas MIR, es la base de nuestro sistema sanitario, tanto por el número de profesionales como por la actividad que desarrolla, y es la especialidad que garantiza la equidad y el acceso a la salud hasta en el hogar más alejado. Sin embargo, año tras año, no se encuentra entre las más elegidas por los aspirantes con mejor número, aunque está mejorando levemente.

Posiblemente el principal motivo de la falta de atractivo de la especialidad para los nuevos médicos sea el poco conocimiento que tienen de la especialidad, precisamente por la poca presencia de la misma en las facultades de medicina, aunque indudablemente, también influirá la percepción de los aspirantes sobre las condiciones laborales, profesionales, y retributivas que padecen los médicos de AP, que son manifiesta-

Posiblemente el principal motivo de la falta de atractivo de la especialidad para los nuevos médicos sea el poco conocimiento que tienen de la misma, por la poca presencia en las facultades de medicina.

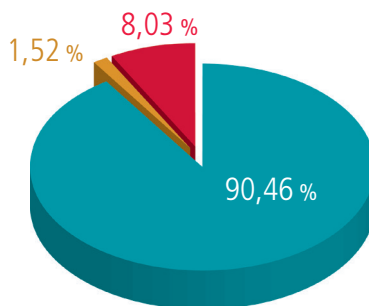
mente mejorables y superadas por otras especialidades. El atractivo de la MFyC para los médicos jóvenes estará sin duda determinado por la evolución organizativa de la AP en el futuro, sobre cuyos aspectos fundamentales trata este trabajo de aportar alguna luz.

La OMC, consciente de este problema puso en marcha en 2015 el Programa “AP en la Universidad” con el objetivo de acercar la Medicina de Familia los estudiantes, programa que continúa desarrollándose en las facultades de medicina de toda España. Un avance de los resultados de las encuestas que se realizan a los estudiantes en el transcurso de las actividades del Programa resulta ilustrativo:

De forma casi unánime los encuestados opinan que la formación en MFyC debería formar parte del programa de grado de Medicina.

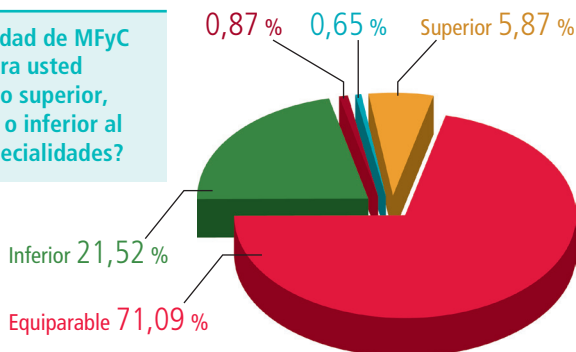
¿La formación en MFyC debería formar parte del programa de la licenciatura?

- A. De acuerdo.
- B. En desacuerdo.
- C. No sabe/no contesta.



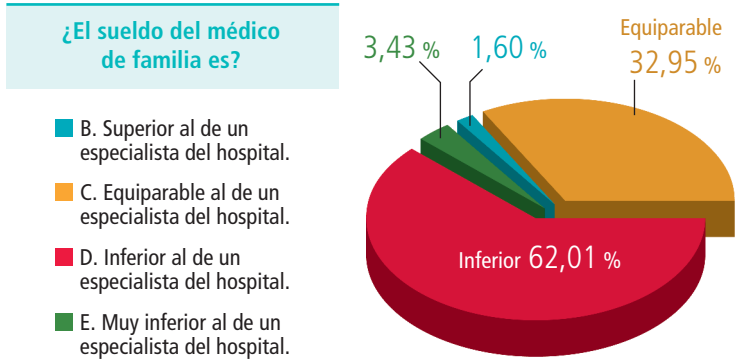
El prestigio que tiene la Medicina de Familia para los estudiantes encuestados es equiparable o inferior al de otras especialidades, muy pocos consideran que tenga un prestigio superior.

¿La especialidad de MFyC tiene para usted un prestigio superior, equiparable o inferior al de otras especialidades?





Los encuestados piensan que el sueldo del Médico de Familia es equiparable o inferior al de otros especialistas.



La mayoría de los alumnos encuestados piensa que el Médico de Familia tiene suficiente formación, conoce su perfil profesional y las funciones básicas de un centro de salud, sin embargo no tiene claro el alcance de sus competencias, que tiende a establecer por debajo de la realidad.

El actual modelo de acreditación implica múltiples trabas para que los médicos de familia puedan incorporarse de forma estable al cuerpo docente del grado.

El reconocimiento académico de la Medicina de Familia se ha ido produciendo progresivamente en la universidad española a partir del año 2000, si bien su generalización tuvo lugar a partir de la Orden Ministerial ECI/332/2008 que supuso la incorporación en los planes de estudio de Medicina de actividades docentes encaminadas a la adquisición por el alumno de competencias en Medicina Familiar y Comunitaria. En la actualidad, ninguna universidad española tiene un departamento de medicina de familia, mientras en algunos países europeos y en Canadá existen departamentos en todas las facultades de medicina y en otros muchos países europeos y en EEUU hay departamentos de medicina de familia en la mayoría de ellas. Aunque de forma heterogénea en cuanto a número de créditos y denominación, la Medicina de Familia se imparte como asignatura en 31 (77,5%) de las 40 facultades que aparecen el listado de la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina de España. Solo en 18 de estas 31 facultades la asignatura de Medicina de Familia se imparte

de forma independiente, siendo obligatoria en 16 y optativa en 2. En las 13 restantes facultades la asignatura se imparte asociada a otras materias. En las otras 9 universidades la medicina de familia no forma parte de sus planes de estudio. A este respecto es destacar el excelente trabajo de Ana María de Santiago Nocito, Esther Ramos Lledó y Luis España Barrio, recientemente publicado por la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares. Sin embargo no llegan a un 20 % las facultades que cuentan con médicos de familia impartiendo la asignatura. Esto es debido a que el actual modelo de acreditación implica múltiples trabas para que los profesionales de esta especialidad puedan incorporarse de forma estable al cuerpo docente del grado (titulares y catedráticos).

La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA) apenas valora la actividad asistencial, a la que dedican la mayor parte de su tiempo los médicos de familia, por lo que debería valorarse esta actividad, que además es diferente a la de otras especialidades médicas. En cambio, la investigación tiene un gran peso en la evaluación de la ANECA para acceder a los puestos de profesor, pero las revistas de investigación de MFyC tienen un menor impacto que las de otras especialidades médicas, por lo que debería evaluarse el impacto dentro de su ámbito.

Pensamos que el futuro pasa necesariamente por:

- Instauración de la asignatura obligatoria de MFyC en todas las universidades.
- La inclusión de la MFyC en el Catálogo de Áreas del Conocimiento de la Universidad Española.
- La creación de departamentos de MFyC y AP específicos en todas las facultades de medicina integrados por médicos de familia.

Los poderes públicos tienen la responsabilidad de que la cantidad de alumnos y la calidad de su formación sea la adecuada a las necesidades del país. En manos de las administraciones educativas y sanitarias está introducir medicina de familia en la universidad y mejorar las condiciones del ejercicio de la profesión en el primer nivel asistencial, para convertirlo realmente en el eje del sistema.

## El MIR de familia en la troncalidad

La troncalidad en formación especializada podría definirse como el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado.

Es indudable que a través del programa MIR, se ha alcanzado un nivel de competencia muy alto de los médicos españoles, pero también ha conducido a una progresiva superespecialización de los profesionales, al requerirse un número cada vez mayor de especialistas dedicados a parcelas muy concretas de su ámbito de conocimiento. Esta superespecialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia terciaria y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia, aunque también tiene algunos inconvenientes a otros niveles asistenciales, al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e, incluso, la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés.

La superespecialización tiene algunos inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales.

Esta necesidad de múltiples especialistas para un mismo proceso, es debida a que la superespecialización conlleva una menor o incluso nula formación en aspectos básicos y genéricos de la medicina que todo médico debería poseer para el manejo de los procesos más comunes y prevalentes.

Con objeto de corregir esta situación y mejorar la formación común o básica de nuestros médicos especialistas, la **Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)** contempla un replanteamiento de los programas formativos mediante la inclusión del concepto de troncalidad. Por otro lado la flexibilidad inherente a la formación troncal, podría permitir la movilidad racional de los profesionales entre las especialidades del mismo tronco (de acuerdo al artículo 23 de la LOPS), lo que podría ser una solución a los problemas que plantea la escasez de titulados en determinadas especialidades.

Hasta fechas recientes desde las Vocalías de AP de la OMC se ha venido apoyando este proceso porque:

- Posibilitaría la circulación de todos los especialistas por los centros de salud y el contacto con los médicos de familia.
- La troncalidad conllevaría un mejor conocimiento de la AP por los demás especialistas.
- Con la troncalidad la AP se constituiría en lugar de aprendizaje básico.

La troncalidad es también una consecuencia lógica de la situación en el entorno europeo, en el que la mayoría de países cuentan con una formación troncal. En España hay 47 especialidades mientras que en la UE el país que más tiene son 26.

Pero en el último año se ha venido produciendo un cambio de posicionamiento debido a que se considera que, en las sucesivas versiones de los borradores, la AP pierde peso en el proceso formativo del tronco médico, y con el formato actual no se podrán alcanzar los objetivos establecidos en el Real Decreto de Troncalidad y en la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad, incumpléndose también la resolución de la Dirección General de Recursos Humanos (de 15 de junio de 2016) que acordó incorporar la rotación por Primaria en los programas de formación sanitaria especializada.

Así pues, tras la anulación en diciembre de 2016 por parte del Tribunal Supremo del Real Decreto 639/2014, donde se regula la troncalidad, y a la espera de los resultados de las negociaciones que están teniendo lugar entre el Ministerio y el resto de los agentes implicados, a día de hoy la situación es de total incertidumbre pues no es seguro que el Ministerio asuma los posicionamientos de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria y del Foro de la AP y la expectativa de que la deriva hospitalocentrista de nuestro Sistema Sanitario acabe por imponerse también en el desarrollo de la troncalidad planea sobre nuestra especialidad. Aunque también es posible que este interminable proceso, que arrancó en 2003, acabe en nada, dilapidando el esfuerzo realizado por tantos profesionales e instituciones.

## Desarrollo profesional continuo. Validación periódica de la colegiación. Recertificación. Carrera profesional

### ***Desarrollo profesional continuo (DPC)***

Podemos definir el DPC como el conjunto de todas las actividades orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la competencia requerida para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional. Comprende fundamentalmente tres tipos de actividades: el aprendizaje autónomo, el aprendizaje en servicio y las actividades de formación médica continuada.

En España, la LOPS define el DPC como el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.

La evaluación del DPC no será punitiva y consistirá en alcanzar unas competencias y unos requisitos previamente definidos que en el caso de no alcanzarse deben ir asociados a un programa de mejora.

Como pone de manifiesto la conclusión 19 de la IV Convención de la Profesión Médica, “el DPC constituye una herramienta fundamental para el médico y es un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, que ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional”.

El DPC es un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional y su evaluación no será punitiva

### ***Validación periódica de la colegiación (VPC)***

La VPC no es más que un tipo de certificación en la que un ente certificador, los Colegios de Médicos, evalúan y reconocen la buena praxis profesional, el adecuado estado psicofísico y el DPC de los médicos para el ejercicio de la profesión. Así pues, la VPC da fe de que el mé-

dico que la obtiene reúne y mantiene los estándares definidos para ejercer como médico. Sería un ejemplo concreto de recertificación.

“El valor de la VPC, implementada por el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), radica en garantizar a los ciudadanos la seguridad de un modelo para una asistencia de calidad por profesionales competentes”, (conclusión 20 de la IV Convención de la Profesión Médica).

### **Recertificación**

La recertificación es un proceso periódico para renovar una credencial conseguida y que garantiza su cualificación para el ejercicio profesional. Habitualmente es atribuida a la renovación de las competencias específicas de una especialidad médica. Los protagonistas de este proceso no son otros que los médicos y los pacientes “los más beneficiados por la recertificación, puesto que proporciona seguridad a los primeros y garantía a los segundos, mientras que la Administración, los Colegios de Médicos y las Sociedades Científicas desempeñan un papel instrumental necesario” (A. Gual).

El proceso de recertificación debe ser comprensible, voluntario, con unos requisitos mínimos y de fácil implementación en las primeras fases, con carácter periódico cada seis años, que no sea punitivo, con un programa asociado de mejora, basado en indicadores previamente definidos, con un peso significativo en la práctica clínica y que sea asimilable a procesos internacionalmente reconocidos.

El marco legal de la recertificación es la DIRECTIVA 2013/55/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 20 de noviembre de 2013.

Los agentes implicados en la recertificación son la Organización Médica Colegial, las Sociedades Científicas de AP, el MSSSI y las Comunidades Autónomas. El liderazgo del proceso debe ser compartido: El CGCOM se encargará de la

El certificado conjunto (VPC-R) dará fe de que estos profesionales reúnen y mantienen los estándares definidos para ejercer como tales, lo cual es una garantía para la sociedad y para los pacientes.

buena praxis médica, el estado psicofísico y la actividad laboral profesional, mientras que las Sociedades Científicas de AP reconocerán el DPC de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para el ejercicio de la profesión. Así pues, el certificado conjunto dará fe de que estos profesionales reúnen y mantienen los estándares definidos para ejercer como tales, lo cual es una garantía para la sociedad y para los pacientes de que los médicos que disponen de esta certificación actúan bajo los principios de calidad y que sus actos están avalados por las estructuras profesionales.

No se deben confundir estos conceptos, que hacen referencia a la formación del Médico de Familia desde la Universidad y a lo largo de toda su vida profesional, con la Carrera Profesional que entra de lleno en el campo sindical y es tratada por ello en otro apartado este estudio.

### ***Carrera Profesional***

La Carrera Profesional (CP) constituye el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, reconociendo su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios. Dicho reconocimiento repercute de manera directa sobre el nivel competencial del profesional de modo que a mayor nivel competencial mayor valoración profesional en la empresa. El reconocimiento por parte de la empresa debe ser negociable tanto en aspectos laborales como salariales. Estos aspectos de la CP hacen que entre en el campo de negociación sindical, a diferencia del DPC que lo hace en el campo de las organizaciones profesionales y los agentes reguladores.

En España, la CP viene definida en la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, de 16 de diciembre de 2003 y su formulación operativa depende de los gobiernos de las comunidades autónomas.

Sería deseable una homogeneización de la CP en los 18 servicios de salud.

## Referencias

Cantero Santamaría JI; Zarco Rodríguez J. ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN ESPAÑA. Análisis sobre recursos asistenciales, condiciones de trabajo, organización y motivación profesional. SEMERGEN. IMC, Madrid 2013. Disponible en: <http://www.semergen.es/index.php?seccion=dinamico&subSeccion=documento&idf=147>

González López-Valcarcel B., Barber Pérez P., Ortún Rubio V., ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. En: Ortún V., LA REFUNDACIÓN DE LA AP. Springer Healthzcare Ibérica. Barcelona 2011.

González López-Valcarcel B., Barber Pérez P. Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria. En: Casajuana J, Gervás J. LA RENOVACIÓN DE LA AP DESDE LA CONSULTA. Springer Healthcare. Madrid 2012.

García Quintans A. Planificación de la carrera del profesional sanitario de AP. Hacia una formación sólida y continuada. AP DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE AP (SEDAP) 2009. Disponible en: <http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Cardellach F. Formación de AP en pregrado y posgrado. AP DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE AP (SEDAP) 2009. Disponible en: <http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Navarro López V, Martín-Zurro A. LA AP DE SALUD EN ESPAÑA Y SUS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. Universidad Pompeu Fabra. Semfyc ediciones. Barcelona 2009.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE AP EN ESPAÑA (Medicina General / de Familia y Pediatría). Antecedentes, situación actual y criterios para su desarrollo futuro. CEMS. 2010.

Borrell F, Gené J. La AP española en los albores del siglo XXI. GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA. 2008 ;10(1):1-7



Gracia D. Compromiso ético con el desarrollo profesional continuo. JANO. 2006;1626:20-25.

Gérvás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria. 1995;16:501-6.

Gervás J. et al. REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA. Aten Primaria. 2005;35(2):95-8.

Gervás J; Pérez M. La necesaria AP en España. GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA. 2008;10(1):8-12.

Palomo L. Expectativas y realidades en la AP española. FADSP/CCOO. 2010.

Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet. 2002; 359:520-2.

Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Ann Intern Med.2002;136:243-6.

Oriol A, Pardell H, Gual A. SER MÉDICO, HOY. RETOS DEL NUEVO PROFESIONALISMO MÉDICO EN ESPAÑA. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. MADRID, 2006.

PROYECTO AP-21: MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA AP EN ESPAÑA: 2007-2012 MSC. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.mssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf)

R.D 639/2014 de 25 de julio, sobre la regulación de la Troncalidad. BOE» núm. 190, de 6 de agosto de 2014, páginas 63130 a 63167.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE AVANCE. ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). 2014. Disponible en: [http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf)

Martín Zurro A, Jodar Solà G. AP DE SALUD Y ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA. Elsevier España 2011.

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y

Comunitaria Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/en/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

Cartera de Servicios de AP. Desarrollo, organización, usos y contenido. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información de AP (SIAP). Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2010.

Starfield B. AP. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

Gual A. Validación Periódica de la Colegiación. Formación Médica continuada. Desarrollo Profesional Continuo. Certificación y Recertificación. Abstract 7ª Mesa. IV CONVENCIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA. Madrid 2014. Disponible en: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/IV\\_convencion/index.html#304](http://www.cgcom.es/sites/default/files/IV_convencion/index.html#304)

III CONFERENCIA NACIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA Y UNIVERSIDAD. Decálogo de Alicante. 2015. Disponible en: <http://www.smumfyc.es/data/archivos/Decalogo%20Alicante%202015.pdf>

MEDICINA DE FAMILIA EN LA UNIVERSIDAD. COMPETENCIAS, CONTENIDOS, METODOLOGÍA Y SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA ASIGNATURA. Cátedras de Patrocinio de Medicina de Familia, Academia de Medicina de Familia. Enero 2009.

Casado V. La Medicina Familiar y Comunitaria va a la Universidad. Aten Primaria. 2015;47(7):393-395.

Casado, V. La Medicina Familiar y Comunitaria en la troncalidad. AP DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE AP (SEDAP) 2009. Accesible en: <http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Ana María de Santiago Nocito, Esther Ramos Lledó, Luis España Barrio. *RIECS* **2018**, 3, 1; ISSN: 2530-2787.

ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-2674>

## IV.4 la universidad ante el reto de la medicina familiar y comunitaria: la medicina de familia en la universidad. La medicina de familia en el grado de medicina

*Dra. D.ª Rosa María Magallón,  
Dra. D.ª Sara Figueroa Jiménez*

### La medicina de familia en la universidad

*Dra. D.ª Rosa María Magallón Botaya*

*“Solo se ama lo que se conoce”,  
Leonardo Da Vinci*

La Medicina de Familia es una especialidad que nace de la necesidad científica y práctica de conocer y difundir los aspectos específicos de la AP de salud, la más cercana al paciente en su entorno natural, en todas las etapas de su vida, con una atención integral, holística y coordinada. Las características biológicas, psicológicas y sociales del individuo y su familia a lo largo de su vida justifican la inclusión de un conocimiento básico sobre las mismas en la formación del médico.

¿Qué se enseña desde la Medicina de Familia?: El compromiso con las personas, con la sociedad, con el interés continuo por mejorar, con la formación, con el razonamiento clínico, con el manejo de la incertidumbre y de nuestras propias frustraciones, con una buena comunicación con el paciente y el equipo asistencial, con la percepción de las diferencias entre la atención al individuo, a la familia y a la comunidad, con la atención a los ancianos, las impagables visitas a sus domicilio y lo que aprendes de ellos, con cuidar y acompañar a los pacientes a un buen morir, con promover que las personas tengan hábitos de vida saludables, con estar atento a cualquier atención urgente y vital que pueda surgir, con atender a los pacientes en sus banalidades y en sus complejidades, (aspecto éste que se lleva gran parte de la docencia de grado y que es por cierto el que más interesa a los alumnos...), con estudiar para estar siempre al día para nuestros pacientes, con conocer a sus familias y su entorno, con trabajar con otros activos de salud por

la comunidad,... Y esto con las características que definen el perfil profesional del médico de familia: la accesibilidad, la integralidad, la coordinación y la longitudinalidad de la Atención a la persona, a la familia y a la comunidad. Todo ello, desarrollando una buena relación con el paciente, con empatía, asertividad y otros elementos motivadores para una toma de decisiones compartida.

La Medicina de Familia puede, y debe, jugar un papel importante en la Universidad. En primer lugar, porque facilita una formación más orientada y adaptada a las necesidades sociales y sanitarias actuales, en las que la AP es, al menos como marco teórico, el eje sobre el que pivota el Sistema Sanitario. Y en segundo lugar, porque aporta un incremento de la elección vocacional para dedicarse en el futuro profesional a la Medicina de Familia. Esto es importante si consideramos que el 42% de los médicos españoles se dedica a la AP. La visualización temprana por los estudiantes de modelos y experiencias longitudinales en AP incrementa la probabilidad de elección vocacional de la Medicina de Familia en el postgrado. Las facultades de Medicina tienen la responsabilidad de formar buenos médicos y además de incentivar su motivación para ocupar posiciones donde la sociedad y los sistemas de salud más los necesiten.

Hay motivos para la enseñanza de Medicina de Familia en el Grado de Medicina (1,2):

1. Reequilibra la formación actual basada en especialidades hospitalarias, orientada a la teoría muy especializada y la focaliza en la formación **en situaciones sanitarias y sociales reales del paciente**, basada en la resolución de problemas, orientada a la comunidad, en un modelo bio-psico-social y una visión holística del paciente.
2. **Aporta contenidos teórico-prácticos esenciales y con cuerpo doctrinal.** Sobre la variedad de motivos de consulta en AP, realiza un enfoque sobre la persona sana, presente en todo el proceso natural de la enfermedad, con un enfoque integral e integrado, aporta continuidad de cuidados y multidisciplinaridad en su abordaje de individuo, familiar y comunitario. Utiliza el método científico y método epidemiológico.
3. Es un **entorno docente** ideal por la interacción con los pacientes. En AP, en España, se atienden más de 212 millones de consultas anuales, frente a los 2,8 millones de ingresos en hospitales. En

AP habrá cada vez más pacientes, mientras que en los hospitales se produce el fenómeno inverso, las estancias medias de hospitalización han descendido en los últimos años de 14 días en 1982 a 7,6 en 1999 y a 6,86 en 2016 (3). La AP está más cercana a la realidad del proceso salud-enfermedad, a las actividades preventivas clínicas, a las patologías más prevalentes. Los centros de salud disponen de una estructura docente, ya existente, que permite el desarrollo de actividades de pregrado por contar con profesorado y tutores clínicos competentes para realizar una docencia con cualidades de excelencia.

4. Aporta metodologías docentes, como el **“razonamiento clínico” en entornos de incertidumbre y la toma de decisiones**. Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles. Desarrolla competencias para el acceso a la información y sus nuevas tecnologías. Facilita el aprender a comunicarse con el paciente en entornos reales y cotidianos para el paciente y sus familias. Su visión transversal del historial de salud del paciente potencia el flujo horizontal entre disciplinas y por su carácter ínter y multidisciplinario estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades.
5. En el campo de la investigación **genera cuerpo de conocimiento** por su capacidad de dar respuesta a preguntas que sólo se pueden responder cuando el proceso investigador se realiza en AP o es imprescindible su colaboración.
6. Pero además de ello, diversos estudios demuestran el **beneficio que el desarrollo de la Medicina de Familia en los sistemas de salud**, produce en términos de reducción de mortalidad en diferentes poblaciones y diversas patologías como el cáncer (4,5), la salud mental (6), la diabetes y otras enfermedades crónicas (6,7) y otros.

En resumen, la Medicina de Familia se define claramente por cuatro aspectos:

- **Ámbito de actuación diferenciado:** La AP.
- **Cuerpo de conocimientos propio:** Resultante de la integración horizontal de diferentes disciplinas, a las que añade dos más específicas y propias que son la atención familiar y la atención comunitaria.

- Un paradigma de actuación: Introduce un paradigma científico representado por la teoría general de los sistemas y una forma de pensar en el paciente: el modelo bio-psico-social.
- Una orientación específica: Hacia la integración de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y el cuidado paliativo.

## Propuestas de mejora

- 1. Mejorar definición de Competencias Básicas en Medicina de Familia y Comunitaria.** La Normativa de los planes de estudio de la **Orden ECI/332/2008 (8)** define actualmente las Competencias en Medicina Familiar como el conocimiento del entorno vital de la persona enferma, la promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario, y el reconocimiento, diagnóstico y orientación en el manejo de las situaciones de riesgo vital. Son competencias poco definidas, a las que desde aquí se proponen unos objetivos más amplios como son:
  - Ser capaz de establecer la adecuada relación médico/paciente. Responder con sentido ético a las necesidades del paciente, familia, cuidadores y comunidad en las diversas situaciones de salud y enfermedad y especialmente en las situaciones de enfermedad terminal en las que se requiera a apoyo, tratamiento y seguimiento domiciliario. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes, a sus cuidadores y a sus familias.
  - Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación. Indicar la terapéutica adecuada en los procesos agudos y crónicos más prevalentes.
  - Ser capaz de realizar una anamnesis completa, centrada en el tipo, edad del paciente, situación vital y orientada a las diversas patologías e interpretando su significado. Saber realizar una exploración clínica por aparatos y sistemas, así como una exploración psicopatológica e interpretando su significado. Saber valorar las modificaciones de los parámetros clínicos en las diferentes edades de la vida. Saber establecer un plan de actuación enfocado a las necesidades del paciente de su entorno familiar y social, coherente con los síntomas y signos del paciente.
  - Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor evidencia disponible en condiciones de seguridad clínica.

- Adquirir capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente. Desarrollar la práctica con respeto a otros profesionales de la salud.
- Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones del médico en la sociedad actual.
- Adquirir el hábito de estudio de manera permanente, constante y a lo largo de la vida. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional.

## **2. Ampliación de los ETCS de dedicación a la Asignatura de Medicina de Familia.**

Para conseguir dar cumplimiento a las expectativas de los alumnos y a la adaptación del Grado a la realidad social y futuro profesional de los estudiantes, sería necesario aumentar los créditos para una asignatura de formación generalista que interesa al 100% de los alumnos de medicina y de manera específica a alrededor del 40% de los alumnos que serán médicos de familia en su futuro profesional. En los 6 años del Grado de Medicina hay 360 créditos, de los que, en el mejor de los casos, se dedican entre 10 y 15 créditos a la enseñanza de Medicina de Familia. Los proyectos docentes de las facultades de medicina siguen empeñados en el reparto de créditos en función de tradiciones, y no en función de las necesidades docentes de los alumnos: formar buenos médicos.

La Asignatura de Medicina de Familia requeriría disponer de al menos 6 créditos ETCS, tal como se recomienda en el Libro Blanco (9), y como un mínimo estándar para acercarnos a la docencia en AP de nuestros países vecinos, además de la formación práctica. Temas que actualmente no se pueden desarrollar, que no se tratan en otras asignaturas o que no tiene un enfoque general. Patologías en las que el alumno que finalice el grado, desde de estar formado, dentro de las Competencias Generales y dentro de las Específicas. Sería pues absolutamente recomendable ampliar esta perspectiva generalista aumentando los créditos dedicados a esta Asignatura troncal para la formación.

## **3. Asignatura con nombre propio: Medicina de Familia y Comunicación Asistencial.**

Es una cuestión de normalización de la Medicina de Familia, disponer de una asignatura propia y caminar hacia la implantación de los Departamentos de Medicina de Familia como en otros países. Con un programa docente consensuado y uniforme (10).

## Bibliografía

1. Vicente Navarro y Amando Martín Zurro, AP de Salud en España y sus Comunidades Autónomas, Semfyc ediciones, Idiap Jordi Gol. Barcelona, 2009. ISBN: 978-84-96761-75-9.
2. Violan Fors, C. Fábregas Escurriola M, Bonal Pitz P, Casado Vicente V. Docencia y Formación en AP. En: AP de Salud en España y sus Comunidades Autónomas, Semfyc ediciones, Idiap Jordi Gol. Barcelona, 2009. ISBN: 978-84-96761-75-9.
3. Juan Simó. <http://saludinerop.blogspot.com>
4. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: A comparison between urban and non-urban areas. Public Health. 2005; 119 (8):699-710.;
5. Jones LE, Doebbeling CC. Beyond the traditional prognostic indicators: The impact of primary care utilization on cancer survival. J Clin Oncol. 2007; 25 (36):5793-5799.
6. Maarsingh OR, Henry Y, van de Ven, P M, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people: A 17-year prospective cohort study. Br J Gen Pract. 303 2016;66(649): e531-9.
7. Copeland LA, Zeber JE, Wang CP, et al. Patterns of primary care and mortality among patients with schizophrenia or diabetes: A cluster analysis approach to the retrospective study of healthcare utilization. BMC Health Serv Res. 2009;9 :127-6963. (Copeland LA, Zeber JE, Wang.
8. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE» núm. 260, de 30 de octubre de 2007 Referencia: BOE-A-2007-18770. En: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>



9. Libro Blanco Titulación Medicina, aprobado en la CND del 20 de abril de 2005 Madrid: ANECA En: [http://www.aneca.es/media/150312/libroblanco\\_medicina\\_def.pdf](http://www.aneca.es/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf).
10. Medicina de familia: guía para estudiantes / Manuel Serrano Martínez, Verónica Casado Vicente, Pablo Bonal Pitz. 1ª ed. Barcelona: Ariel: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005.

## Medicina de familia en el grado de medicina

*Dra. D.ª Sara Figueroa*

En el examen MIR celebrado en febrero de 2019, la AP ha hecho su aparición en forma de la declaración de Alma Ata. Esta declaración viene a definir la AP como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la población y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

De ella se concluye que la AP fomenta el desarrollo social y económico de la sociedad, mejorando los estándares de calidad de vida en un país, llegando a ser un reflejo de las características de una sociedad. Una buena prevención y una rápida respuesta a las diversas enfermedades desde AP mejoran los índices de salud de una sociedad, pudiendo mejorar los datos económicos y disponer de más recursos para el sistema sanitario.

En el ámbito docente, aún considerándose de suma importancia, tanto por parte de los estudiantes como de los docentes, la AP sigue siendo la gran desconocida. La falta de conocimiento desde la Universidad sobre las salidas laborales que ofrece, así como de las posibilidades que tiene un especialista de desarrollarse en un campo tan importante como puede ser la investigación, sin olvidar el desprestigio de esta especialidad, hace que los estudiantes acaben por decantarse por otros campos profesionales.

¿Por qué, siendo conscientes a todos los niveles de que la AP es fundamental para el correcto funcionamiento de un sistema sanitario, sigue siendo olvidada en los planes de estudio de las facultades de Medicina?

Aunque el Ministerio no ha realizado ningún estudio que pueda arrojar un poco de claridad sobre esta situación, detectamos una serie de problemas que impiden la correcta formación en AP de los estudiantes de grado, a pesar de que la Medicina Familiar y Comunitaria sea por sí sola una especialidad con contenidos teóricos y prácticos.

- En la actualidad, la docencia de esta especialidad se encuentra implantada de forma desigual y escasa entre las Facultades de Medicina españolas. Diferentes revisiones a los planes de estudios muestran que en pocas se establece la docencia teórica obligatoria de esta especialidad, que en muchos casos se reduce a la posibilidad de una rotación práctica y que en algunos casos su ausencia es total.
- Además la inmensa mayoría de las facultades no cuenta con estructuras docentes específicas para la Medicina Familiar y Comunitaria, siendo esta situación muy distinta a la que se da en las universidades europeas y americanas. En las facultades del estado, la Pediatría hospitalaria cuenta con mayor número de créditos tanto teóricos como prácticos, sin embargo la mayor parte de los pediatras, tras el MIR acaban trabajando en AP.

Podríamos, partiendo de estos dos puntos, hablar detenidamente de todos los problemas que experimenta la AP en el Grado de Medicina, pero el propósito bien hallado de este documento es el de proponer soluciones para la mejora de este campo. Por todo ello, desde el punto de vista de la docencia, nos centramos en las siguientes propuestas:

- Un seguimiento continuado de la situación en la que se encuentra la incorporación de la AP a las Facultades de Medicina Españolas, que persiga potenciar y fomentar dicho proceso, y que cuente con todo el apoyo y los esfuerzos necesarios de los organismos responsables.
- La creación de órganos docentes específicos (Departamentos, Unidades Docentes, Cátedras...) que aseguren la calidad e instauración de la docencia en AP, y especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria en todas las Facultades de Medicina.

- Destinar los recursos necesarios para que el número de profesores titulares y catedráticos de Medicina Familiar y Comunitaria, así como asociados y colaboradores sea el adecuado para asegurar un correcto cumplimiento de las competencias formativas en AP.
- Revisar y flexibilizar los criterios de acreditación de profesorado de ANECA, que actualmente suponen un problema para la existencia de los docentes necesarios, considerando las características específicas del médico de familia. Creemos que debe tenerse en cuenta la actividad asistencial, docente e investigadora, todas ellas importantes para las cualidades como docente de un profesional. Esto debe hacerse de acuerdo con la realidad del desarrollo profesional del médico de AP y sin primar uno de estos aspectos de forma que se dificulte la acreditación de este colectivo para la docencia.
- Favorecer la introducción a medio y largo plazo de asignaturas obligatorias y/o como parte curricular de otras asignaturas de formación en Medicina Familiar y Comunitaria, persiguiendo la implantación de formación real y completa en todas las Facultades de Medicina de España de forma lo más homogénea posible.
- Afianzar la figura del Centro de Salud junto con la del hospital universitario como medio idóneo para el aprendizaje, dada la temporalidad, la variedad y la visión integral del paciente, y potenciar la realización de prácticas en éste como parte de la enseñanza al estudiante de medicina.
- Que los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria se incorporen a la docencia en competencias de su ámbito en diversas asignaturas, con el correspondiente reconocimiento, y que se facilite dicha actividad docente.
- Realizar una reflexión sobre el enfoque del Grado de Medicina, dado que el objetivo durante el mismo debería ser formar Médicos de Familia lo más completos posible. Por ello, creemos que es imprescindible que se encuentre un equilibrio entre la oferta de competencias de formación especializada y aquellas correspondientes al médico generalista. Son éstas últimas las que en un futuro nos permitirán como médicos enfrentarnos al abordaje de la persona de forma más integral y comenzar la especialización con un conocimiento del paciente lo más global posible.

- Garantizar un número de horas lectivas suficiente en Pediatría de AP y se aseguren las prácticas en Centros de Salud.
- Que las facultades de medicina se impliquen como un organismo que fomente la AP entre el estudiantado y la sociedad en general. Aproximadamente un 30% de los estudiantes de medicina ejercerán en un futuro como Medicina Familiar y Comunitaria y por tanto, nos parece esencial, que la facultad fomente la formación de sus estudiantes en este ámbito y les prepare de la forma más profesional posible.
- Fomentar la dignificación y valoración del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, como el ente fundamental del SNS que es, siendo imprescindible su figura para su existencia y mantenimiento sostenible.
- Fomentar la investigación en AP, tanto en el grado como en el posgrado, favoreciendo así la creación de conocimientos y la mejora de las condiciones de acreditación de docentes de éste área. Consideramos que el conocimiento longitudinal del paciente a lo largo de su vida y la facilidad de acceso tanto a los pacientes como a sus antecedentes, ofrecen un amplio campo de posibilidades para realizar investigación en este nivel.
- Incorporar métodos de examen más próximos a la realidad médica y al trato con el paciente, por ejemplo, el ECOE, y que se tenga en cuenta las posibilidades que ofrece el Centro de Salud y la Medicina Familiar y Comunitaria para desarrollar dichas evaluaciones.
- Destinar más recursos tanto humanos como materiales a la AP, con el objetivo de mejorar las malas condiciones con las que están trabajando actualmente los médicos de este sector.

Apoyamos la necesidad de dedicar un 25% del presupuesto sanitario a los servicios primarios de salud, y en ningún caso, seguir disminuyendo el porcentaje que se le dedica como se ha visto en los últimos años. Esto permitiría un aumento de la calidad en el primer nivel asistencial y un aumento del número de pacientes atendidos por este nivel, con el correspondiente ahorro que esto supondría para el SNS. Esto fomentaría a su vez una mejora de la valoración de esta especialidad tanto por la sociedad como por los estudiantes de Medicina.

## Bibliografía

**La información de este documento y las propuestas están extraídas de las reivindicaciones apoyadas por todo el colectivo de estudiantes de Medicina, las cuales fueron aprobadas por la asamblea reunida en Valladolid en octubre del año 2015.**

[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_de\\_ALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_de_ALMA_ATA.pdf)

<http://www.ceem.org.es/web/pfn/raiz/Vocalias/VAP/Mesa%20redonda%20MdF%20y%20AP.pdf>

Martín Zurro A, Jiménez Villa J, Monreal Hijar A, Mundert Tuduri X, Otero Puime A. Medicina de Familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal. *Aten Primaria*. 2011; 43(4):203208

J.M. García Puga, C. Villazán Pérez, B. Domínguez Aurrecoechea, R. Ugarte Líbano. ¿Qué opinan pediatras y residentes de Pediatría sobre la rotación por AP? *An Pediatr (Barc)*. 2009;

[http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712003496?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=ihub&docanchor=&md5=9ffa87934275edd7180b52f5e973f002&ccp=y](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712003496?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=ihub&docanchor=&md5=9ffa87934275edd7180b52f5e973f002&ccp=y)

<http://www.clipprensa.com/SEMFYC/DecalogoAlicante.pdf>.

## IV.5. La investigación en AP

*Dr. D. José Luis Garavís González*

La “investigación”, entendida como una actitud y una capacidad de conocimiento crítico y reflexivo, el preguntarse el por qué de nuestras intervenciones, ha de ser uno de los grandes valores de los profesionales de AP (AP).

En nuestro país la mayor parte de los proyectos de investigación clínica y sanitaria con financiación externa procedente de la industria farmacéutica o del FIS, se llevan a cabo en los hospitales o en las universidades, sin embargo la AP se encuentra en una posición estratégica inmejorable y debería tener un papel relevante en la investigación biomédica, pues una parte considerable de este tipo de investigación se realiza sobre problemas de salud prevalentes y atendidos mayoritariamente en la propia AP.

La AP se encuentra en una posición ideal para la realización de una investigación clínica orientada a la efectividad en condiciones de práctica habitual.

La gran ventaja que presenta la AP para la realización de actividades de investigación es el abordaje longitudinal y continuado de los problemas de salud, atendiendo a las personas, no en momentos puntuales, sino a lo largo de toda su vida. Además, la población atendida en AP es la que más se acerca a la situación real de la población de nuestra colectividad. Estas características de la AP la sitúan en una posición ideal para la realización de una investigación clínica orientada a la efectividad en condiciones de práctica habitual. La realización de estudios sobre enfermedades prevalentes, prácticas de riesgo para la salud, problemas de salud comunitarios, el estudio de las intervenciones en condiciones de pluripatología, los diseños de investigación en servicios sanitarios, las intervenciones no medicamentosas, ... son ejemplos de aspectos y fronteras del conocimiento que pueden y deben abordarse desde la AP.

No obstante, aspectos como la falta de tiempo, la necesidad de formación en metodología de la investigación o la escasez de recursos humanos y económicos, dificultan enormemente esta tarea, imprescindible para que el desarrollo del primer nivel asistencial se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles.

Con el objetivo de impulsar la investigación en AP realizamos las siguientes propuestas:

- Debe garantizarse la disponibilidad de **tiempo específico para la investigación** en las agendas de nuestros profesionales.
- Deberían establecerse **dotaciones presupuestarias específicas** e independientes para la investigación en AP.
- Así mismo, es necesario la puesta en marcha de **estructuras investigadoras en red** para poder abrir nuevas líneas de trabajo, y la creación de **alianzas intercentros**, así como estructuras estables y **servicios de apoyo al investigador** en metodología de investigación y conocimientos estadísticos.
- La **creación de departamentos universitarios de AP** podría ejercer un importante estímulo, señalando líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la AP.

Es necesario crear una cultura investigadora, que la investigación pase de ser un complemento de la actividad clínica a ser una necesidad, una forma de trabajo. Para ello es preciso que los planes formativos pregrado, postgrado y formación continuada se hagan partícipes de esta demanda. La investigación necesita de una aptitud, es decir adquirir las capacidades y los conocimientos para hacer una tarea y de una actitud entendida como la disposición para la acción, como la capacidad de empezar a hacer.

## Referencias

PROYECTO AP-21: MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA AP EN ESPAÑA: 2007-2012 MSC. ESTRATEGIA 29: INCENTIVAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN EN LOS EQUIPOS DE AP. Accesible en:

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf)

Daniel i Díez J. INVESTIGAR EN AP ¿POR QUÉ? EN: AP DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE AP (SEDAP) 2009. Accesible en:  
<http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Violán C. LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR EN AP. EN: AP DE SALUD: NUEVOS RETOS NUEVAS SOLUCIONES. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE AP (SEDAP) 2009. Accesible en:  
<http://www.sedap.es/documentos/informe2009.pdf>

Delgado Gallego S, Franquelo Morales P, Cuéllar de León AJ. INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA AP. CUADERNOS DE ACTUALIZACIÓN PARA EL MÉDICO DE AP. EL MÉDICO. SANED, MADRID 2008.

Segura Frago A. INVESTIGACIÓN EN AP. Rev Clin Med Fam vol.7 no.2 Cuenca jun. 2014. Accesible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699695X2014000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2014000200001)

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN PELIGRO. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS PARA EVITARLO. Noviembre 2016. Accesible en:  
<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1335-la-atencion-primaria-en-peligro-analisis-de-la-situacion-y-propuestas-para-evitarlo>



## CONCLUSIONES: Plan AP 2025 – OMC para la mejora de la AP

### Hacia la suficiencia financiera de la AP

1. La financiación es clave, pues lo que no figura en los presupuestos no está disponible para la acción; y se necesita un horizonte de estabilidad, mejora y solvencia presupuestaria para empezar a hablar en serio de mejorar la infraestructura de la Primaria en España. Sin AP (AP) no progresamos en salud y sin salud no avanzamos en bienestar y desarrollo.
2. Proponemos un avance del 0,1% sobre el PIB en el presupuesto sanitario público entre los años 2017 y 2025 para llegar a un 6,9% del PIB y dentro de este un avance del 0,6% anual en la participación de AP, hasta llegar en una primera etapa hasta el 19,6% del presupuesto sanitario público del año 2025, lo que equivale al 1,35% del PIB. Sin una financiación adecuada, suficiente y equitativa de AP, no se podrá hacer frente a los grandes retos del SNS con eficiencia y calidad.

### Plantillas suficientes para una asistencia eficiente, eficaz y sin demoras

3. Con los datos de que disponemos podemos afirmar que sin duda en España faltan Médicos de Familia en AP. Para conseguir que los cupos máximos no superaran los 1.450 ciudadanos adscritos, en España se necesitaría ampliar la plantilla en 2.217 Médicos de Familia adicionales. El coste de la medida, podría suponer poco más de 100 millones de euros al año, si tenemos en cuenta los beneficios para los ciudadanos y la repercusión en ahorro en otros niveles (menos derivaciones, ingresos, urgencias hospitalarias...), posiblemente sería una medida muy eficiente. Los Médicos de AP –en muchísimos centros– están al límite desde hace tiempo. Trabajando en estas condiciones resulta ya imposible, seguir manteniendo una atención sanitaria de calidad y sin una AP resolutive y eficiente el SNS está en peligro.

## Condiciones laborales y retributivas de los médicos de AP. Propuesta de modelo retributivo

4. Las condiciones laborales y retributivas son fundamentales si queremos reponer un equilibrio justo dentro del sector sanitario, mejorar el atractivo y fidelizar a las jóvenes generaciones al trabajo en primaria; sin olvidar que una nueva gestión de recursos humanos puede promover la continuidad y longitudinalidad, que son instrumentos distintivos y esenciales de su modelo de intervención clínica.
5. El médico con su gran formación, la jornada más amplia, la gran responsabilidad de todo tipo que asume en su trabajo... recibe una retribución, bastante inferior a la de sus colegas europeos. El sistema retributivo general de los empleados públicos resulta insuficiente para una profesión como la del médico, que tiene demasiadas características muy especiales. Sería necesario un estatuto marco del médico con un sistema retributivo y negociación específica para la profesión.

## Aspectos sociales e Implicaciones laborales de la Feminización de la profesión

6. En 1965, sólo el 2,6% del total de los aproximadamente 40.000 médicos que trabajaban en España eran mujeres; en 1990 el número de matriculas de mujeres en las Facultades de Medicina superó al de hombres.
7. España es el país más feminizado de toda la UE, y País Vasco, La Rioja y Navarra son las CCAA que más MIR mujeres acogen.
8. Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Alergología son las 3 especialidades que más mujeres eligen para hacer el MIR. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en abril de 2017 contaba con un 71,9% de mujeres en periodo de formación.
9. El recambio médico se realizará a expensas de nuevas generaciones feminizadas por lo que se deberá tener esto en cuenta de cara a prever permisos correspondientes por maternidad, o como consecuencia del propio embarazo.

10. Va a producirse una jubilación masiva de casi el 30% de la plantilla de médicos de los Centros de Salud en los próximos 10 años.
11. Para calcular la tasa de reposición de médicos de AP se deben tener en cuenta 3 características particulares: se debe considerar la Urgencia como una opción muy demandada; muchos médicos trabajan en la Medicina Privada; y la tasa de recirculación de los médicos de familia es la mayor de entre todas las especialidades.

### **Deseo de futuro para la gestión clínica en AP para el 2025**

1. La sanidad debe ser un terreno despolitizado y liderado de forma efectiva y real por los médicos de AP.
2. La gestión clínica debe liderarse por directores médicos que cuenten con medios y formas, adaptarse a las condiciones reales asistenciales, y dotada al menos con el 25% del presupuesto sanitario.
3. La atenuación de la burocracia y el cese de las actividades no-asistenciales de baja utilidad para los Médicos de AP y sus pacientes, debe ser uno de los puntos a tener en cuenta siempre en la mejora de las condiciones laborales y profesionales de la AP nacional.

### **Incrementar la capacidad resolutive de la AP**

4. El principio de subsidiariedad debe llevar a que el nivel más próximo al paciente resuelva la mayor parte de los problemas; este principio se contradice con la práctica de retención de pacientes por las especialidades hospitalarias, y se beneficia de la existencia o disponibilidad de recursos diagnósticos, terapéuticos, de innovación, o de tecnologías de información y comunicación en manos de los profesionales de AP.
5. El modelo del Sistema de Salud actual está basado en la atención Hospitalaria y es preciso que cambie de sentido y gire hacia la AP, debe dejar de ser un sistema hospitalocentrista.
6. Para aumentar la capacidad resolutive de la AP tendríamos que actuar sobre los siguientes puntos: Presupuestos suficientes y mayor

implicación en la gestión del personal de AP. Recursos Humanos adecuados. Reducir la burocracia en consultas. Acceso a todas las pruebas diagnósticas. Mejorar la dotación material y tecnológica de los Centros de Salud. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales

## **Continuidad asistencial. Relación AP – Atención Hospitalaria. Rutas asistenciales**

7. Para mejorar la continuidad asistencial y la comunicación entre niveles podemos servirnos de instrumentos como son los protocolos, las vías clínicas o la gestión por procesos, preferiblemente este último. Consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado, sobre patologías prevalentes en el mismo y basados siempre en la mejor evidencia disponible. Con ello conseguimos mejorar al mismo tiempo que la comunicación la calidad de la asistencia y le eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.
8. Sobre la base de esta estandarización y coordinación de procesos, se puede y debe construir una relación directa entre profesionales, con una cultura cooperativa y de respeto mutuo y con canales de comunicación que permita afrontar la complejidad y construir una auténtica atención centrada en los pacientes y personalizada.

## **Hacia un nuevo contrato social del médico con la comunidad**

9. El poder de la medicina es limitado, particularmente para resolver los problemas sociales; a esto hay que añadir que la medicina tiene riesgos.
10. Los políticos y los medios de comunicación deberían abstenerse de hacer promesas y generar expectativas sin fundamento para centrarse en la realidad.

## **Medicalización de la sociedad. Elevado coste y riesgos para la salud. Eliminar lo superfluo e ineficaz**

11. Es iluso plantearse desde la AP detener la ola masiva de medicalización del malestar promovida desde el espectáculo mediático

con el impulso de los promotores de tratamientos, dietas, actividades o productos; pero sería indigno no desarrollar acciones en los escenarios clínicos para minimizar su impacto, o cuando menos no agravarlo; y también fomentar alianzas con poderes públicos para reducir la exposición a estos factores irracionales.

12. Es prioritario avanzar en modelos basados en la promoción de la salud, reducción de las desigualdades, aumentar la prevención, así como la capacitación del individuo para el manejo de aquellos procesos que limitan su bienestar. Por ello, proponemos invertir en conocer y mejorar los determinantes de la salud sin que ello suponga retirar recursos al sistema de asistencia que ya se encuentra infrafinanciado.
13. Cuando el avance de la investigación biomédica con la aparición de nuevas moléculas, dispositivos y tecnología, supongan avances en la lucha contra las enfermedades, el beneficio comercial no puede eclipsar los verdaderos beneficios clínicos para los pacientes, ni poner en peligro la viabilidad económica del sistema nacional de salud. Por ello, instamos a revisar y reformar con urgencia, el sistema de patentes en el sector salud para medicamentos y productos sanitarios, así como los criterios para su financiación.
14. Urge blindar la financiación de un listado de medicamentos esenciales que cubra las necesidades prioritarias de atención a la salud de las patologías más prevalentes, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia, pues como declara la OMS, *tras la inmunización contra las enfermedades infecciosas de la infancia, la utilización apropiada de medicamentos esenciales es uno de los componentes más coste-efectivos de la atención sanitaria*, máxime en contextos de necesidades crecientes y limitación de recursos.
15. Se impone la necesidad de crear una agencia independiente de evaluación de tecnología sanitaria que evalúe los beneficios en salud de las terapias emergentes y determine su incorporación o no al catálogo de prestaciones.
16. Para combatir la iatrogenia se precisa incorporar en los módulos de prescripción electrónica, sistemas de detección de alergias,

intolerancias, interacciones e incompatibilidades de los distintos fármacos que componen el plan terapéutico de cada paciente.

17. La gestión de la prescripción, por la trascendencia que tiene desde el punto de vista sanitario y económico, requiere una gestión a nivel micro que mejore el conocimiento de la efectividad y coste de los recursos que maneja cada médico de familia. Para ello, se precisa de un cuadro de mando que monitorice la actividad prescriptora y retroalimente esta información para emprender un proceso continuo de mejora en la reducción de la iatrogenia y de la salud de la población atendida.

### **Cronicidad. La AP como eje de la atención al paciente crónico pluripatológico**

18. El Sistema Nacional de Salud debe apostar por una estrategia de cronicidad dirigida por el médico y la enfermera de AP, dotándoles de medios necesarios (propios o movilizables por la AP).
19. Una triple alianza entre Administradores Sanitarios, AP y Servicios de Medicina Interna de los hospitales de referencia, que garantice la Atención Coordinada de Cuidados, es precisa para el abordaje con garantías de la cronicidad.
20. Se precisa establecer un sistema de vías clínicas, de actuación conjunta, entre los dos niveles asistenciales, para coordinar la asistencia del paciente frágil pluripatológico.
21. Así mismo,, las nuevas tecnologías de la información y comunicación y la telemedicina deben jugar un papel fundamental para la coordinación de cuidados en el manejo, seguimiento y control de los pacientes.
22. Se precisa incorporar al paciente en su proceso de atención, potenciando el autocuidado mediante el conocimiento y adiestramiento en el manejo de su patología.
23. La intervención comunitaria debe ser otro pilar en el que se base la atención a pacientes crónicos. Debemos implicar a la población y asociaciones de pacientes en el proceso de asesoramiento en el autocuidado.

## Prevención Cuaternaria. Seguridad del paciente

24. Debemos plantearnos si la medicina que realizamos está impregnada de intereses no exclusivamente científicos ni humanistas y si de cara al futuro precisamos de un rearme ético, valorando la verdadera necesidad de pruebas y tratamientos, apoyándonos en nuestro Código Deontológico, en la Medicina Basada en la Evidencia y en un Paciente Informado con capacidad para decidir.
25. La Prevención Cuaternaria y la Seguridad del paciente concierne a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los gobiernos en general, y tanto a la AP como a la Hospitalaria. Teniendo en cuenta que en AP se resuelve más del 90% de los casos y que tiene una especial visión, más holística, del paciente, en ella recaerá de una manera especial su gestión.
26. Las autoridades sanitarias deben asumir y cumplir un compromiso de evitar la influencia comercial en la medicalización y *medicamentización* del malestar, así como en la publicidad engañosa y el fraude intervencionista en la salud. También deben evitar las campañas de presunta educación para la salud, no basadas en la evidencia, que son llevadas a cabo por políticos para conseguir popularidad y presencia en los medios.
27. Los servicios especializados de los hospitales deben aplicar el principio de subsidiariedad, y no retener o “secuestrar” pacientes que podrían y deberían ser tratados o seguidos en el primer nivel asistencial.
28. Este mismo principio en AP debe llevar a activar al paciente y a sus cuidadores y facilitarles las competencias y seguridad en el auto-cuidado; también debe fomentar la personalización del conjunto de intervenciones asistenciales, conciliando, simplificando y priorizando condiciones y tratamientos para evitar iatrogenia y facilitar que el paciente y sus cuidadores puedan asumir al máximo posible el control.
29. En todas las actuaciones médicas, preventivas, curativas y rehabilitadoras debemos guiarnos por la mejor evidencia con sistemas de evaluación como GRADE y contando siempre con el paciente.

30. Para promover este papel *agencial* de la AP se precisa un empoderamiento de la AP y un redimensionamiento de sus recursos.

## Guía de competencias del Médico de AP

31. La AP es el eje de nuestro sistema sanitario y debe de velar por la salud y calidad asistencial. Presenta como características la accesibilidad, continuidad, integridad y coordinación con enfoque clínico, docente e investigador.
32. La previsión de las competencias en el 2025 debe de apostar por el uso de las nuevas tecnologías y un papel aún más activo del Médico de Familia en la Sociedad. La AP es la especialidad con mayor número de salidas laborales y además abarca todos los campos de conocimiento de la Medicina.
33. El tiempo dedicado al paciente debe de ser digno para poder hacer una historia clínica adecuada basada en una correcta anamnesis, exploración física, optimizar pruebas complementarias, hacer un correcto juicio clínico tras el diagnóstico diferencial y un tratamiento óptimo. Es inaceptable el concepto de 5 minutos por paciente, o en caso de sobrecargas de agendas, un tiempo inferior aún.

## Las Nuevas Tecnologías: La historia clínica electrónica, receta electrónica, telemedicina, sistemas de información

34. Las Tecnologías de Información y Comunicación, bien aplicadas y adaptadas, suponen un capital esencial, una poderosa fuerza integradora de la información del paciente, permite mejorar la accesibilidad y facilita la monitorización del desempeño y la evaluación de nuestra práctica. Pero es una tecnología disruptiva, que obliga a un rediseño de la organización, que exige cambios en la estructura, organización y funcionamiento, tanto de las redes sanitarias como de los equipos de AP.
35. Las nuevas tecnologías cambiarán la forma de ejercer la medicina y serán necesarios nuevos tipos de profesionales de la salud, pero el contacto directo con el paciente, esencia de la AP, deberá permanecer inalterable.



36. La comunicación mediante dispositivos móviles de mensajería como *whatsApp*, *telegram* o similares permiten la comunicación instantánea y aportan seguridad al paciente, pero se debe evitar la excesiva dependencia respecto al médico. El correo electrónico, el teléfono o la videoconferencia pueden, en algunos casos ahorrar el desplazamiento del médico al domicilio del paciente o el paciente a la consulta del médico, siendo necesario reservar un horario dentro de su jornada laboral para atender estas consultas.
37. La telemedicina que incluye, entre otros, el telediagnóstico como radiología, ECG, retinografía, dermatología, etc.; la teleconsulta o videoconferencia que permite comunicación con paciente y su entorno son de gran ayuda para el acceso y apoyo a profesionales que ejercen la medicina en regiones remotas y aisladas, por ello deben ser potenciadas.
38. La historia clínica electrónica (HCE) debe ser única para AP y hospital, la misma en todas CCAA, debe ser gestionada por el paciente y su médico de familia, debe ser accesible de manera global pero siempre bajo el consentimiento explícito de ellos.

### **La formación del Médico de Familia: Medicina de Familia en la Universidad. El MIR de familia en la Troncalidad. Desarrollo Profesional Continuo. Validación Periódica de la Colegiación. Reacreditación**

39. La asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) debe ser obligatoria en todas las universidades. Deben crearse departamentos de MFyC y AP específicos en todas las facultades de medicina integrados por médicos de familia.
40. En la raíz de los troncos de formación especializada, particularmente en el médico, debe asegurarse un conocimiento directo de la práctica profesional en los centros de salud.
41. El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) constituye una herramienta fundamental para el médico y es un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, que ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional. La evaluación del DPC no será punitiva y consistirá en alcanzar unas competen-

cias y unos requisitos previamente definidos que en el caso de no alcanzarse deben ir asociados a un programa de mejora.

42. El proceso de Validación Periódica de la Colegiación y Recertificación (VPC-R) debe ser comprensible, voluntario, con unos requisitos mínimos y de fácil implementación en las primeras fases, con carácter periódico cada seis años, que no sea punitivo, con un programa asociado de mejora, basado en indicadores previamente definidos, con un peso significativo en la práctica clínica y que sea asimilable a procesos internacionalmente reconocidos.
43. Los agentes implicados en la VPC-R son la Organización Médica Colegial, las Sociedades Científicas de AP, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas. El liderazgo del proceso debe ser compartido: El CGCOM se encargará de la buena praxis médica, el estado psicofísico y la actividad laboral profesional, mientras que las Sociedades Científicas de AP reconocerán el DPC de los especialistas en MFyC para el ejercicio de la profesión.

### **La Universidad ante el reto de la Medicina Familiar y Comunitaria: La medicina de Familia en la Universidad. La medicina de Familia en el grado de Medicina**

44. La Medicina de Familia es una especialidad que nace de la necesidad científica y práctica de conocer y difundir los aspectos específicos de la AP de salud, la más cerca al paciente en su entorno natural, en todas las etapas de su vida, con una atención integral, holística y coordinada.
45. La docencia de la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentra implantada de forma desigual y con una escasa representación entre las Facultades de Medicina españolas. Diferentes revisiones a los planes de estudios muestran que en pocas se establece la docencia teórica obligatoria de esta especialidad, que en muchos casos se reduce a la posibilidad de una rotación práctica y que en algunos casos su ausencia es total.
46. La mayoría de las facultades no cuentan con estructuras docentes específicas para la Medicina Familiar y Comunitaria, siendo esta

situación muy distinta a la que se da en las universidades europeas y americanas.

## La investigación en AP

47. Debe garantizarse la disponibilidad de tiempo específico para la investigación en las agendas de nuestros profesionales, así como establecer dotaciones presupuestarias específicas e independientes para la investigación en AP.
48. Es necesario la puesta en marcha de estructuras investigadoras en red para poder abrir nuevas líneas de trabajo, y la creación de alianzas intercentros, así como estructuras estables y servicios de apoyo al investigador en metodología de investigación y conocimientos estadísticos.
49. La creación de departamentos universitarios de AP podría ejercer un importante estímulo, señalando líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la AP.
50. Es necesario crear una cultura investigadora, que la investigación pase de ser un complemento de la actividad clínica a ser una necesidad, una forma de trabajo. Para ello es preciso que los planes formativos pregrado, postgrado y formación continuada se hagan partícipes de esta demanda.

OMC 

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

| CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

Plaza de las Cortes, 11  
28014 Madrid  
Tel +34 914 317 780  
cgcom@cgcom.es  
www.cgcom.es