



Propuestas para bajar la presión asistencial Estrategias urgentes y a corto plazo

Documento semFYC. Jornadas de la semFYC 2023



Dada la situación de la Atención Primaria (AP) y comunitaria a lo largo de los últimos años, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) inició en 2018 un proceso de reflexión que partía del análisis y proponía acciones que dieran respuesta a los retos y necesidades en el documento *Un nuevo modelo de Atención Primaria*, publicado en 2019. Tras la pandemia, la situación más tensa y deteriorada, si cabe, exige la adopción de **estrategias a corto plazo que permitan bajar presión** y avanzar hacia un nuevo modelo¹.

Ante la necesidad de acotar el número de visitas diarias por parte del médico/a de familia y la necesidad de limitar la agenda laboral para dar solución a la sobrecarga actual, se apuesta por la incorporación de cambios organizativos y de gestión que mejoren la calidad de los procesos, de manera eficiente y sostenible.

Se apuesta por un modelo que incorpore las tareas de docencia, formación, organización e investigación a la actividad asistencial diaria, y con un reparto de tareas que asegure el desempeño de estas tareas, además de la actividad asistencial habitual.

PROPUESTAS DIRIGIDAS A MÉDICOS Y MÉDICAS (MICROGESTIÓN)

APOSTAMOS POR LA **AUTOGESTIÓN DE LA CONSULTA**. Esto implica facilitar una agenda auto-gestionada por el o la profesional, versátil, con flexibilidad para dar respuesta a las diferentes situaciones temporales y circunstancias del equipo. Basada en la confianza del jefe/a o director/a de equipo y en la responsabilidad del o la profesional, y que siempre sea compatible con el trabajo del equipo. Supone compromiso y responsabilidad de los profesionales.

I. Propuestas organizativas:

- A. Flexibilizar citas telemáticas, virtuales, telefónicas, domiciliarias en la agenda diaria.
- B. Desburocratizar las consultas. **Eliminar la carga IMPROPIA**².
 1. Es necesario implementar la **DECLARACIÓN responsable del o de la paciente** para ausencias laborales por procesos leves y autolimitados.
 2. No se han de hacer **bajas laborales gestionadas en otros dispositivos** (servicios de urgencias, ingresos hospitalarios, atención en mutuas, etc.)³.
 3. No se cumplimentarán **justificantes de ausencia laboral**. "No debe irse al médico por un papel". Declaración responsable.
 4. No emitir justificantes de ausencia laboral a *posteriori*. Desterrar la idea de que el médico o la médica justifica el pasado; directrices de las administraciones en este sentido.
 5. No emitir **justificantes de ausencia** de los menores al colegio o instituto.
 6. Es necesario implementar y facilitar a los pacientes la disposición de **informes clínicos accesibles y autodescargables** desde su carpeta personal.
 7. No emitir **certificados médicos de aptitud** requeridos para obtener permisos de uso de armas o de conducir, carnets para prácticas deportivas o reconocimientos para acceder a pruebas selectivas (policía, bombero, etc.).
 8. No hacer **certificados específicos** para guarderías, enseñanza obligatoria, enseñanza de adultos, estudios en el extranjero, balnearios, gimnasios, actividades deportivas municipales.
 9. No hacer informes para minusvalías, ayuda domiciliaria o ingreso en residencias socio-sanitarias, y cumplimentar por el o la profesional socio-sanitaria del equipo, que corresponda.
 10. No cumplimentar ninguna **derivación**, solicitud de prueba complementaria o técnica, petición de traslado en ambulancia, ni solicitud de revisión en el mismo servicio instada por profesionales de atención hospitalaria o de urgencias.
 11. No hacer nueva **interconsulta** en pacientes que solicitan un cambio de especialista hospitalario o una segunda opinión.
 12. No hacer continuación de **tratamientos prescritos** por atención hospitalaria que no se consideran adecuados por el médico o la médica de familia. Es imprescindible la adecuación del tratamiento y la resolución de discrepancias terapéuticas.
 13. No entregar el documento de **consentimiento informado** para pruebas solicitadas o realizadas por otros profesionales.



- C. **Reducir la CARGA PROPIA.** Es necesario automatizar la carga burocrática propia para evitar consultas innecesarias.
1. **Automatización** e informatización de solicitudes de pruebas de controles periódicos y cribados.
 2. **Renovación de prescripciones crónicas** (alertas).
 3. Comunicación de resultados de pruebas sin incidencias: (mensajes automáticos, llamada del personal administrativo, etc.).
 4. Asegurar la **citación proactiva** de los pacientes con enfermedades crónicas o necesidades de seguimiento, en la agenda de los profesionales de referencia.
- D. **Resolución de procesos clínicos en el menor número de visitas posibles, a ser posible, en un solo día.** (En una visita, asegurar la resolución de problemas, en coordinación con los profesionales necesarios).

Necesidades en el momento actual para dar respuesta a las propuestas:



Cambios normativos inmediatos (la pandemia nos demostró que es posible).



Cambios en los aplicativos informáticos inmediatos.



Formación a los profesionales en gestión de la consulta, y los cambios desburocratizadores propuestos.

PROPUESTAS DIRIGIDAS A DIRECTORES/DIRECTORAS DE EQUIPO // JEFES/JEFAS DE SERVICIO (MESOGESTIÓN)

- I. **FACILITAR LA AUTOGESTIÓN DE LA AGENDA** de los profesionales, basada en la confianza y el profesionalismo.
- II. **APOSTAR POR PLANTILLAS DIMENSIONADAS**, que permitan la autogestión en el equipo. Propuesta de necesidades del equipo para la autogestión actualizada periódicamente, incluyendo recursos humanos, estructura física.
 - A. Imprescindible tener en cuenta las situaciones de dificultad de cobertura y redimensionar la plantilla si es necesario.
 - B. Adaptar el actual sistema de asignación de tarjeta sanitaria individual a la complejidad de la población atendida y reordenar los cupos si procede.
 - C. Estrategias de agendas fuera de horario habitual como medida excepcional para bajar presión (horas extras con prestación económica como alternativa). Asegurar la resolución de las consultas.
 1. Prioridad 1. Por el propio profesional.
 2. Prioridad 2. Otro profesional del equipo.
 3. Prioridad 3. Personal externo (evitar la pobre implicación de los profesionales).



- III. **PROPUESTAS ORGANIZATIVAS QUE PERMITAN FLEXIBILIZAR COMPETENCIAS (capturar horas médicas).**
- A. Incorporar **flexibilidad horaria** que facilite la conciliación (flexibilidad horaria, reducción de jornada, adaptación de tareas, jubilación activa).
 - B. Apostar por los **métodos telemáticos** que ayuden a mejorar la accesibilidad y facilitar la conciliación y/o trabajos mixtos.
 - C. Apostar por **propuestas de actividad mixta** (asistencial y con otros entornos, como docencia, investigación, urgencias, etc.). Posibilidad de horas asistenciales, y horas de otra actividad.
 - D. Valorar la incorporación de plazas de atención pediátrica con mirada hacia la atención familiar, y con la figura de pediatra de AP como consultor. Cambios en la atención pediátrica de urgencias.
 - E. **Asegurar la longitudinalidad** de los pacientes con sus profesionales de referencia.
 - F. **Apostar por la docencia y la investigación.**
- IV. **APOSTAR POR UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO.**
- A. **Gestión de la demanda por un administrativo o administrativa sanitaria** apoyado en sistemas de algoritmos de decisión.
 - B. **Triada asistencial.** La población tiene asignada una triada asistencial: Médico/a, enfermera/o y administrativo/a sanitario/a.
 - C. Principio de **subsidiariedad y techo competencial** de cada categoría profesional.
- V. **INCORPORAR** foros y/o estrategias de escucha activa para las propuestas de mejora por parte de la ciudadanía.

PROPUESTAS PARA GESTORES (MACROGESTIÓN) PROPUESTAS URGENTES Y A CORTO PLAZO

- I. **GERENCIAS PROPIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
- II. **PRESUPUESTO FINALISTA de Atención Primaria**
- III. **REORDENACIÓN TERRITORIAL siguiendo criterios poblacionales** (ruralidad, dispersión, envejecimiento y nivel socioeconómico).
- IV. **FOMENTAR que haya jefes/as de servicio / directores/as de equipo con liderazgo. PROFESIONALIZAR** la figura de director o directora de equipo con candidaturas y proyectos para el equipo, y con el soporte y apoyo de los profesionales. Su liderazgo es una pieza clave para posibilitar el cambio de modelo.
- V. **PLANTILLAS DIMENSIONADAS** que permitan cubrir necesidades o imponderables. Evitar la figura del sustituto, la precariedad de las bolsas de empleo y los contratos temporales. Asegurar que las plantillas bien dimensionadas, en periodos de menor presión asistencial, puedan desarrollar competencias comunitarias, de docencia e investigación complementaria a las asistenciales, y trabajar en aspectos de calidad y medición de resultados.



VI. **CONTRATACIONES ATRACTIVAS**, económicamente, y además que permitan la conciliación, con flexibilidad horaria, e incluyan incentivos como kilometraje y vivienda en plazas de difícil cobertura. Consideración para la carrera profesional y los méritos. Consideración específica para desempeñar docencia e investigación.

VII. **RECUPERAR LA CARRERA PROFESIONAL**, como instrumento de reconocimiento profesional, económico y de gestión. Basado en competencias y desempeño.

VIII. **CAPTAR Y RETENER TALENTO**. Ofrecer contratos en condiciones dignas para los residentes al finalizar el periodo formativo. Facilitar fórmulas contractuales que resulten atractivas a los residentes (contrato mixto asistencial AP-hospital, AP - unidades de investigación, AP-universidad, AP - otras unidades de soporte). Asegurar la permanencia en Atención Primaria. Facilitar la jubilación activa, con condiciones flexibles, y retener el talento de los séniores, con condiciones laborales y contractuales flexibles, y con competencias profesionales adecuadas.

IX. INCENTIVOS SALARIALES

- A. Valorar los incentivos por buena práctica clínica y eficiencia. Incorporar cuadro de mandos a los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- B. Incentivar la formación y la obtención de logros de investigación (doctorado, proyectos financiados, publicaciones científicas).
- C. Incentivar la docencia de posgrado y pregrado. Formación a médicos internos residentes y docencia universitaria.
- D. Incentivar ser tutor o tutora de residentes⁴.
- E. Incentivar ser colaborador o colaboradora docente.
- F. Valorar las horas extraordinarias por cupos más grandes y/o razones epidemiológicas, de forma excepcional (según momentos de alta presión y hasta ajustar por plantillas dimensionadas).

X. ASEGURAR LA LONGITUDINALIDAD DE LA ATENCIÓN

- A. ASEGURAR ratio de población asignada (médico/a de familia, enfermo/a de familia). Ratios de 1200-1800 personas dependiendo de envejecimiento, nivel socioeconómico, dispersión o ruralidad.
- B. ASEGURAR que cada paciente tenga asignada una TRIADA de médico/a, enfermería, administrativo/a sanitario/a. Valorar triadas en espejo.
- C. Para la dotación de cada EAP se calcula un número de administrativos/as sanitarios/as y de enfermeras/os de al menos 1-1,5/médico/a de familia. Se añaden administrativos/as para tareas de gestión.
- D. El EAP se completa con trabajadores/as sociales, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería, con soporte de pediatría y odontología. Valorar la incorporación de otras categorías profesionales de soporte, en función de las necesidades de cada servicio/zona básica.

XI. ASEGURAR LA ACCESIBILIDAD

- A. Todas las agendas deben disponer de consultas presenciales, telefónicas o telemáticas, o virtuales ("e-consulta"), y espacios para la atención domiciliaria.
- B. GESTIÓN DE LA DEMANDA del o la paciente:
 - 1. Por parte del administrativo o la administrativa. Reubicar la demanda del o la paciente, según prioridad en el tiempo y profesional más adecuado. Call center propio.



2. Solicitudes de cita a través de internet acotadas a consultas demorables o administrativas. Utilizar algoritmos de citación para la citación virtual que ubique la demanda al profesional más adecuado.
- C. ELIMINAR los call centers externalizados, que no tengan colaboración directa con el personal administrativo del centro de salud.
 - D. ASEGURAR horario de atención 7 × 24 × 365 en Atención Primaria y atención continuada o urgencias extrahospitalarias.

XII. TRANSFORMACIÓN DIGITAL

- A. La **historia clínica** debe tener al y la paciente en el centro del proceso. La historia clínica debe ser compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria o sociosanitaria; también tiene que ser interoperable e intercomunidades: la información debe seguir al paciente.
- B. Deben proporcionarse herramientas de gestión del conocimiento en los gestores de historia clínica, así como ayudas a la prescripción y automatización de los procesos clínicos más frecuentes.
- C. Es necesaria la incorporación de consultas virtuales y herramientas de telemonitorización incluidas en los sistemas corporativos y una mejora de los equipamientos digitales en AP.
- D. Debemos dotarnos de una infraestructura con servidores de datos que puedan analizar en tiempo real y que proporcionen información actualizada.

Bibliografía

1. semFYC. Un nuevo modelo de Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2019. Disponible en: <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/un-nuevo-modelo-de-atencion-primaria/>
2. León Vázquez.F, Alonso López FA, Ballarín González A, Blanquer Gregori JJ, Casajuana Brunet J, et al. 10 actividades burocráticas para No Hacer en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2017 Disponible en: <https://e-documentossemfyec.es/10-actividades-burocraticas-para-no-hacer-en-atencion-primaria/>
3. Cubero P. En defensa de un modelo de Incapacidad Temporal del siglo XXI. At. Primaria 2023, 55 (2); 102577. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102577>.
4. Recomendaciones de la semFYC para la acreditación de Unidades Docentes y tutores para la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: semFYC; 2022. Disponible en <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/101223/>

AUTORES

Remedios Martín Álvarez, Susana Aldecoa Landesa, Gisela Galindo Ortego, Paula Chao Escuer, Laura Carbajo Martín, María del Campo Giménez, Miguel Ángel Hernández Rodríguez, Carmen Lázaro de Juan, Paula Bellido Izquierdo, Juan Antonio López Rodríguez, Ignacio Párraga Martínez, Beatriz Gutiérrez Muñoz, José Luis Hernández Galán, María Filomena Alonso Morales, Izarbe Galindo Serrano, Rubén Villa Estébanez, Ylenia Fernández Ramírez, Lucía Gorreto López, Gustavo Moreno Valentín, Gema Suárez Sánchez, Antonio Alberto León Martín, María Isabel Gutiérrez Pérez, Antoni Siso Almirall, Marta Corraliza Morcillo, María José Fernández Domínguez, Alberto Cotillas Rodero, Miguel Azofra Crespo, María Ángeles Medina Martínez, Gorka Maiz López, Josep Basora Gallisà, Verónica Casado Vicente, María Fernández García, Manel Ferrán Mercadé, Tomás Gómez Gascón, Asensio López Santiago, Amando Martín Zurro, Manuel Medina Peralta, José María Molero García, Carmen Moliner Prada, Albert Planes Magrinyà, Asunción Prieto Orzanco, Mario Soler Torroja, José Ramón Vázquez Díaz, Juan Simó Miñana

© 2023, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyec.es

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-126903-0-9

