



NO TODO VALE EN LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las recomendaciones “No Hacer” en España surgen al calor de una corriente internacional contra las decisiones sanitarias erróneas en un contexto de “demasiada medicina”. Pretenden, por tanto, basarse en la evidencia disponible, evitando duplicidades, decisiones con un mal balance riesgo/beneficio e incidiendo en lo verdaderamente necesario. Entendemos que la gestión sanitaria es un mundo muy complejo por ser un verdadero “cruce de caminos” de intereses dispares cuando no contrapuestos y sometido a enormes tensiones económicas. A eso hemos de añadirle que cada sistema sanitario es hijo de su propia historia y por lo tanto no hay un catálogo de medidas universalmente exitosas. La actual Atención Primaria española es sólida, seguramente una de las más sólidas de los países de nuestro entorno. Pero desde su diseño durante la transición ha sufrido una erosión que creemos que no es achacable al paso del tiempo sino a un cúmulo de decisiones erróneas en la gestión del sistema sanitario. Son decisiones en su mayor parte válidas para todo el territorio nacional aunque con particularidades autonómicas. Nos gustaría una “gestión basada en la evidencia” aunque somos conscientes de la dificultad de encontrar datos confiables. No obstante, desde las investigaciones de Barbara Starfield se sabe que los sistemas basados en una Atención Primaria fuerte obtienen mejores resultados en salud para la población y a un coste más reducido (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>). Las evidencias se acumulan en esa dirección. Una Atención Primaria fuerte no consiste en repetir el mantra del “eje del sistema” si no en aceptar sus valores (la integralidad, la longitudinalidad, la cercanía de los cuidados...) como centrales en el sistema, en colocarla con peso suficiente en los núcleos de decisión y en dotarla de recursos adecuados para el desarrollo de su función balanceando el peso económico de la atención en los hospitales. Dicho todo esto, nos atrevemos a hacer unas recomendaciones “no hacer” que se alejan un tanto del movimiento de “demasiada medicina”, que no disponen del peso de la evidencia aunque nos parecen “evidentes”. Lo hacemos con la intención de señalar malas decisiones que empujan a los equipos de atención primaria a una peligrosa situación de deterioro y agravio. Todas tienen su bibliografía que avalan las afirmaciones. Hay, sin duda, muchas más. Nos hemos centrado en unas cuantas que nos parecen relevantes. Creemos imprescindible empezar a incidir en lo verdaderamente necesario para colocar a la Atención Primaria en el lugar que se debe, huyendo de retórica. De no ser así corremos el riesgo de llegar a un punto de no retorno en su deterioro.

1.- PERMITIR PRESUPUESTOS RAQUÍTICOS Y MENGUANTES PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

“La atención primaria es el eje del sistema”. No debe quedar cargo político dedicado a la gestión sanitaria en nuestro país que no la haya pronunciado. Sin embargo, no se obra en consecuencia. No existe prioridad política que no se acompañe de apuesta presupuestaria. Los presupuestos de la atención primaria en España siempre han estado lejísimos del recomendado 25%. La crisis económica de los últimos años no ha hecho más que agudizar el problema. El presupuesto de atención primaria se ha ido reduciendo mientras que el de los hospitales ha aumentado. El ahorro de la atención primaria se ha derivado al siguiente escalón de la asistencia. Llegamos así a la situación actual en la que, si descontamos el presupuesto de medicamentos a través de receta, la atención primaria de Madrid representa algo más del 10% del presupuesto de sanidad de nuestra Comunidad Autónoma.. No hay verdadera apuesta por la atención primaria ni en Madrid ni en el resto del país. Es imposible ofrecer la calidad que los usuarios merecen con estos presupuestos

http://saludineroop.blogspot.com.es/2017/07/las-serpientes-autonomicas_3.html
<https://colectivosilesia.net/2017/07/03/quieres-atencion-primaria-diselo-los-presupuestos/>
https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/9.Cap. 9 Renovacixn de la AP vistas desde la platea.pdf
<http://saludineroop.blogspot.com.es/2017/10/listados-de-pacientes-cuando-para-muface.html>
http://amyts.es/wp-content/uploads/2017/04/FORO-MEDICOS_PEDIATRAS_MADRID-DIA-AP-2017-1.pdf

2.- PERMITIR REDUCCIONES ENCUBIERTAS DE LA PLANTILLA POR FALTA DE SUPLENTES

En las consultas de medicina de familia el recurso principal es el propio médico. No se precisa gran tecnología ni recursos complejos, la consulta se basa en la interacción de paciente y médico. Por lo tanto, el tiempo de consulta promedio es una variable que afecta a la calidad del servicio prestado. Cuanto menor es el tiempo del que dispone un médico de familia para atender a sus pacientes menos probable es que la atención tenga la calidad deseable.

No hay suplentes en las consultas de atención primaria. Ante las ausencias por vacaciones o por enfermedad de los profesionales son, con demasiada frecuencia, el resto de los compañeros los que tienen que atender a los pacientes de la consulta vacía. El motivo de la ausencia de suplentes no es único, se debe a la coexistencia de varias circunstancias entre las que sin duda están: la precariedad de los contratos ofrecidos (días sueltos, sin fines de semana, un horario nada favorable...), la marcha de compañeros fuera de Madrid o fuera del país, las condiciones mejores de los contratos de urgencias hospitalarias (seguramente igual de precarios pero con algo más de estabilidad) o que muchos, ante las condiciones laborales tan adversas, optan por volver a presentarse al MIR.

Estamos así ante una reducción encubierta de plantilla y en la detracción de recursos porque el dinero no gastado en suplencias no repercutirá en la mejora de otras partidas presupuestarias. El "reparto" continuo de consultas además rompe la continuidad

en la asistencia a los pacientes que serán atendidos cada día por un profesional mientras dure la "ausencia". Esto se vuelve especialmente grave en las reducciones de jornada no cubiertas

<http://www.madridactual.es/20170419748771/medicos-de-atencion-primaria-denuncian-la-precariedad-del-servicio-en-madrid>

<http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/12/atencion-primaria-cerrado-por-vacaciones.html>

<https://rafabravo.blog/2012/04/05/suplentes-a-coste-cero/>

<https://vicentebaos.blogspot.com.es/2010/12/el-suplente.html>

3.- PERMITIR AGRAVIOS COMPARATIVOS EN LA REMUNERACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Una guardia en los días más complicados de las fiestas navideñas se paga el doble en los hospitales que en los dispositivos de urgencias que dependen de atención primaria (Servicios de Atención Rural) en la Comunidad de Madrid. Cuando, ante la falta de suplentes, un médico debe quedarse a trabajar en el turno contrario (13 horas de trabajo en un día deberían considerarse un problema de seguridad para los pacientes) la cantidad de dinero percibida es muy inferior a la recibida en el hospital por las coloquialmente llamadas "peonadas". Ni siquiera se incluye un complemento para la comida.

<http://saludinerop.blogspot.com.es/2016/04/ser-medico-de-familia-en-el-reino-unido.html>

<https://rafabravo.blog/2012/04/05/suplentes-a-coste-cero/>

<https://vicentebaos.blogspot.com.es/2010/12/el-suplente.html>

<http://saludinerop.blogspot.com.es/2017/11/el-fracaso-de-la-ojep-de-medicos-y.html>

<http://saludinerop.blogspot.com.es/2017/12/faltan-medicos-datos-y-misterios.html>

4.- PERMITIR QUE EL ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SEA DIFERENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA SI LA INDICACIÓN ES CORRECTA.

Una atención primaria bien presupuestada y organizada es capaz de dar respuesta a más del 90% de las necesidades de los pacientes. Para eso se precisa una capacidad resolutoria que se le niega a nuestra atención primaria. Muchas determinaciones analíticas o pruebas complementarias son exclusivamente para el hospital aunque estén muy bien indicadas. Hasta el punto que un residente de primer año de medicina de familia puede pedir en el hospital pruebas que su tutor con muchos años de experiencia no podrá solicitar en el centro de salud. Es imprescindible abandonar el catálogo de pruebas y cambiarlo por el catálogo de indicaciones de las mismas y generalizar su uso en todas las áreas de Madrid. Redundará en mayor resolución de problemas, menos derivaciones, menos tiempo de espera y mayor satisfacción del usuario, además de reducir desigualdades en el acceso a medios diagnósticos de muchos pacientes.

En el remate del absurdo, se generaliza la costumbre de ir a ver a la consulta del médico de familia las pruebas pedidas por los compañeros de hospital dada la habitualmente importante lista de espera de las consultas hospitalarias.

https://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

<http://www.cgcom.es/incrementar-la-capacidad-resolutiva-de-la-atenci%C3%B3n-primaria>

http://foromap.cgcom.es/capacidad_resolucion

5.- PERMITIR CARGAS DE TRABAJO INDIGNAS QUE PONEN EN RIESGO LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

La saturación de las consultas es una de las características de la atención primaria española. El análisis de las causas de la saturación no es sencillo pero se dispone de muy abundante literatura y datos. El tiempo de consulta en nuestro país y en la Comunidad de Madrid resultaría inaceptable en cualquier país de nuestro entorno. Las mal llamadas “agendas de calidad” tienen como única pretensión que todo lo que llega sea atendido sin importar la calidad de la atención ni las condiciones laborales de quien lo atiende

Aproximadamente el 50% de la asistencia es programable, el 35% es demorable y sólo un 15% de la asistencia es necesario verla en el mismo día de cita. Se puede razonablemente prever qué tipo de consulta se va a trabajar.

Es imprescindible analizar el problema en profundidad y establecer medidas correctoras porque trabajamos bordeando, cuando no sobrepasando, los límites de la atención segura a pacientes: el análisis de las plantillas, de las necesidades de la población, la eliminación de la burocracia, la implicación de otros niveles asistenciales y de otros profesionales de la propia atención primaria y otras muchas cosas más deben ser modificadas para una atención digna y segura.

<http://www.spapex.es/pdf/criteriosatencionprimaria.pdf>

http://www.abc.es/espana/pais-vasco/abci-grito-socorro-medica-desbordada-guipuzcoa-201709221405_noticia.html

[Ortega del Moral A, Melquizo M. Obsesionados por la demora. AMF. 2007; 3\(3\):121-3.](#)

6.- PERMITIR QUE PRÁCTICAMENTE CUALQUIER INSTITUCIÓN (PÚBLICA O PRIVADA) DECIDA QUÉ TRÁMITES ADMINISTRATIVOS REALIZA EL MÉDICO DE FAMILIA

La sanidad pública no es la sanidad de administración. La sanidad pública es del conjunto de los ciudadanos que tienen que ser los protagonistas del sistema. Es relativamente común que diversas instituciones solicitan, sin filtro ni cortapisa alguna documentos al médico de familia: colegios, institutos, mutuas de accidentes laborales y enfermedades profesionales, empresas y, lo que es aún peor, otros departamentos de la administración decidan de forma unilateral solicitar trámites administrativos en las consultas del médico de familia. Dichos trámites pueden estar cargados de razón, aunque muchas veces es mera burocracia. Es imprescindible que dichos trámites sean valorados previamente por los gestores de la sanidad para que decidan si procede y, si es así, digan quién, cómo y cuándo se hará.

<https://www.semfyC.es/eliminar-burocracia-para-mejorar-la-atencion-a-los-pacientes-2/>

<http://saludconcosas.blogspot.com.es/2015/10/atencion-primaria-entre-lobos-y-corderos.html>

<http://medymel.blogspot.com.es/2014/06/la-asfixiante-burocracia-medica.html>

<http://residentestias.blogspot.com.es/2012/01/burocracia-acuda-su-medico-de-atencion.html>

7.- REALIZAR ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y PROVISIÓN DE RECURSOS ANTES DE IMPLANTAR NUEVAS ACTIVIDADES Y SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Atención primaria por su cercanía al paciente es un lugar idóneo para el desarrollo de múltiples actividades. De hecho, en los últimos tiempos se han asumido actividades que antes eran propias de la atención hospitalaria (el control de la anticoagulación oral) y otras que antes no se realizaban (la campaña de detección precoz de cáncer de colon). En ningún caso hemos visto un cálculo de la carga de trabajo ni, por descontado, un incremento de los recursos. No es cierto que se hayan puesto en marcha estrategias de “dejar de hacer para hacer mejor”. Simplemente se considera que las consultas de atención primaria son indefinidamente elásticas y por lo tanto todo cabe con los mismos recursos. Como muestra, la reciente puesta en marcha del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cólono y Recto (PREVECOLON) de la comunidad de Madrid. Se incrementa la carga de trabajo de las consultas de medicina de familia y los recursos se destinan al hospital.

Es imprescindible que la actividad de atención primaria se fundamente en evidencia sólida y que se revisen las actividades implantadas para desechar aquellas que los conocimientos actuales no avalan. La cartera de servicios es siempre incremental sin acompañamiento de recursos y con frecuencia crece al margen de la ciencia.

La llamada “estrategia de crónicos” simplemente no existirá si no es dirigida por la atención primaria debidamente dotada.

[Repullo J.R. Primaria y estrategias de crónicos: venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos. Aten Primaria. 2013;45\(7\):335-337](#)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.001>

[Ortún V. Primary care at the crossroads. Gac Sanit. 2013;27\(3\):193-195](#)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.02.005>

[Bohmer, R. Leading Clinicians and Clinicians Leading. N Engl J Med 2013; 368:1468-1470](#)

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1301814>

[Hernansanz F. ¿Recibimos demasiada asistencia? ¿Innecesaria? Algunos elementos para no perderse en el debate de la reasignación. In: Casajuana J, Gervas J, directors. La renovación de la AP desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare. 2102. p. 139-56.](#)

8.- ASEGURAR QUE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA SEAN RESUELTOS EN LA CONSULTA Y NIVEL ASISTENCIAL QUE LOS GENERA

Toda la actividad sanitaria lleva aparejada, de forma inevitable, documentos y trámites. Toda la gestión debe orientarse a que estos trámites sean realmente imprescindibles. Cuando así lo sean, la normativa vigente, la deontología médica y el sentido común dictan que deben ser resueltos por el profesional que los origina. Por tanto, las recetas correspondientes al inicio de tratamiento, los partes de interconsulta, las solicitudes de transporte sanitario, las citas de revisión... deben ser resueltas como parte de la atención al paciente por quien las genera. Se evitan así molestias a los pacientes y hacer recaer por “cercanía” y una mal entendida “accesibilidad” dichos trámites en los centros de salud

<http://e-documentossemfyc.es/10-actividades-burocraticas-para-no-hacer-en-atencion-primaria/>

9.- DISEÑAR APLICACIONES INFORMÁTICAS QUE HAGAN PERDER EL TIEMPO A LOS PROFESIONALES EN HACER CLICS INÚTILES SIN RESOLVER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES.

La historia electrónica para la gestión clínica tiene un formato rígido, responde a un enfoque biologicista, no está adaptada a los múltiples motivos de una misma visita ni a interrelacionarlos, elemento de alto valor en el diagnóstico clínico.

Siendo la informatización absolutamente necesaria, los sistemas utilizados parecen más pensados para el control de los profesionales que para la asistencia clínica a los pacientes. La Cartera de Servicios crece al margen de la ciencia. Nació como un documento de mínimos (lo que es imprescindible hacer a un paciente a la luz del conocimiento actual) y poco a poco ha ido transformándose en uno de máximos. Eso ha hecho que se incluyan actividades de muy dudoso valor para la salud de los pacientes. Corremos el riesgo de convertir el trabajo en una maquina y acrítica sucesión de “clicks” en la pantalla

<http://www.sanidadpublicaasturias.org/wp-content/uploads/2016/08/MODELO.pdf>
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1833358316689481?journalCode=himd&>
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00338-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00338-X/fulltext)
<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2016.0811>
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2018/01/abducidos-por-la-pantalla.html>

10.- PONER LA ESTRUCTURA DE PRIMARIA AL SERVICIO DE INTERESES DE TERCEROS

La Comunidad de Madrid aprobó en el año 2009 la sustitución de las antiguas 11 áreas sanitarias por una única área. Tras 9 años y varios gobiernos seguimos sin un organigrama claro ni una estructura estable. Sigue sin desarrollarse la figura del director, sin estar claro el papel de las Direcciones Asistenciales y más de 250 centros sanitarios dependen de una única gerencia. Las Unidades Docentes tienen más de un centenar de residentes repartidos en varios hospitales.. Se desarmó una estructura, seguramente mejorable, en nombre de la libre elección de los pacientes cuando el tiempo ha revelado que el objetivo era poder trasvasar a los pacientes a los hospitales de gestión privada. La decisión, contestada desde el principio por todos los implicados no se puede o no se sabe resolver casi una década después.

<https://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgent/399/Files/29/17-12%20REVISTA%20SoMaMFyC%202%20Vol%2012%20Web.pdf>
http://www.semng.es/doc/comunidades/madrid/alegato_ap.pdf
<http://saludconcosas.blogspot.com.es/2009/03/area-unica-sanitaria-en-madrid-mas.html>