



NON TODO VALE NA XESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

(Baseado no Documento da Sociedade Madrileña de Medicina de Familia e Comunitaria, (SoMaMFyC) aplicable á situación da Medicina Familiar e Comunitaria en España e a Comunidade Galega.)

As recomendacións “Non Facer” en España xorden á calor dunha corrente internacional contra as decisións sanitarias erróneas nun contexto de “demasiada medicina”. Pretenden, por tanto, basearse na evidencia dispoñible, evitando duplicidades, decisións cun mal balance risco/beneficio e incidindo no verdadeiramente necesario.

Entendemos que a xestión sanitaria é un mundo moi complexo por ser un verdadeiro “cruzamento de camiños” de intereses dispares cando non contrapostos e sometido a enormes tensións económicas. A iso habemos de engadirlle que cada sistema sanitario é fillo da súa propia historia e por tanto non hai un catálogo de medidas universalmente exitosas. A actual Atención Primaria española é sólida, seguramente una das máis sólidas dos países da nosa contorna. Pero desde o seu deseño durante a transición sufriu unha erosión que cremos que non é achacable ao paso do tempo senón a un cúmulo de decisións erróneas na xestión do sistema sanitario. Son decisións na súa maior parte válidas para todo o territorio nacional, aínda que con particularidades autonómicas.

Gustaríanos unha “xestión baseada na evidencia” aínda que somos conscientes da dificultade de atopar datos confiables. Con todo, desde as investigacións de Barbara Starfield sábese que os sistemas baseados nunha Atención Primaria forte obteñen mellores resultados en saúde para a poboación e a un custo máis reducido (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>). As evidencias acumúlanse nesa dirección. Unha Atención Primaria forte non consiste en repetir o mantra do “eixo do sistema” se non en aceptar os seus valores (a integralidade, a lonxitudinalidade, a proximidade dos coidados...) como centrais no sistema, en colocala con peso suficiente nos núcleos de decisión e en dotala de recursos adecuados para o desenvolvemento da súa función balanceando o peso económico da atención nos hospitais.

Dito todo isto, atrevémonos a facer unhas recomendacións “non facer” que se afastan un tanto do movemento de “demasiada medicina”, que non dispoñen do peso da evidencia aínda que nos parecen “evidentes”. Facémolo coa intención de sinalar malas decisións que empuxan aos equipos de atención primaria a unha perigosa situación de deterioración e agravio. Todas teñen a súa bibliografía que avalan as afirmacións. Hai, sen dúbida, moitas máis. Centrémonos nunhas cantas que nos parecen relevantes.

Creemos imprescindible empezar a incidir no verdadeiramente necesario para colocar á Atención Primaria no lugar que se debe, fuxindo de retórica. De non ser así corremos o risco de chegar a un punto de non retorno na súa deterioración.

1.- PERMITIR ORZAMENTOS RAQUÍTICOS E MINGUANTES PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

“A atención primaria é o eixo do sistema”. Non debe quedar cargo político adicado á xestión sanitaria no noso país que non a pronunciou. Con todo, non se obra en consecuencia. Non existe prioridade política que non se acompañe de aposta orzamentaria. Os orzamentos da atención primaria en España sempre estiveron lonxe do recomendado 25%. A crise económica dos últimos anos non fixo máis que agudizar o problema. O orzamento de atención primaria foise reducindo mentres que o dos hospitais aumentou. O aforro da atención primaria derivouse ao seguinte chanzo da asistencia. Chegamos así á situación actual na que, se descontamos o orzamento de medicamentos a través de receita, a atención primaria de Madrid representa algo máis do 10% do orzamento de sanidade da nosa Comunidade Autónoma. Non hai verdadeira aposta pola atención primaria nin en Madrid nin no resto do país. É imposible ofrecer a calidade que os usuarios merecen con estes orzamentos

- http://saludinerop.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_d_esde_la_platea.pdf
- <http://saludinerop.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 REDUCIÓNS ENCUBERTAS DO PERSOAL POR FALTA DE SUPLENTES

Nas consultas de medicina de familia o recurso principal é o propio médico. Non se precisa gran tecnoloxía nin recursos complexos, a consulta baséase na interacción de paciente e médico. Por tanto, o tempo de consulta media é unha variable que afecta á calidade do servizo prestado. Canto menor é o tempo do que dispón un médico de familia para atender aos seus pacientes menos probable é que a atención teña a calidade desexable.

Non hai suplentes nas consultas de atención primaria. Ante as ausencias por vacacións ou por enfermidade dos profesionais son, con demasiada frecuencia, o resto dos compañeiros os que teñen que atender aos pacientes da consulta baleira. O motivo da ausencia de suplentes non é único, débese á coexistencia de varias circunstancias entre as que sen dúbida están: a precariedade dos contratos ofrecidos (días soltos, sen fins de semana, un horario nada favorable...), a marcha de compañeiros fóra de Madrid ou fóra do país, as condicións mellores dos contratos de urxencias hospitalarias

(seguramente igual de precarios pero con algo máis de estabilidade) ou que moitos, ante as condicións laborais tan adversas, optan por volver presentarse ao MIR.

Estamos así ante unha redución encuberta de persoal e na detración de recursos porque o diñeiro non gastado en suplencias non repercutirá na mellora doutras partidas orzamentarias. A "repartición" continua de consultas ademais rompe a continuidade na asistencia aos pacientes que serán atendidos cada día por un profesional mentres dure a "ausencia". Isto vólvese especialmente grave nas reducións de xornada non cubertas

- <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 NA REMUNERACIÓN DOS PROFESIONAIS

Unha garda nos días máis complicados das festas do Nadal págase o dobre nos hospitais que nos dispositivos de urxencias que dependen de atención primaria (Servizos de Atención Rural) na Comunidade de Madrid. Cando, ante a falta de suplentes, un médico debe de quedar a traballar na quenda contraria (13 horas de traballo nun día deberían considerarse un problema de seguridade para os pacientes) a cantidade de diñeiro percibida é moi inferior á recibida no hospital polas coloquialmente chamadas "peonadas". Nin sequera inclúe un complemento para a comida.

- <http://saludineriap.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://saludineriap.blogspot.com.es/2017/11/el-fracaso-de-la-opep-de-medicos-y.html>
- <http://saludineriap.blogspot.com.es/2017/12/faltan-medicos-datos-y-misterios.html>

4.- PERMITIR QUE O ACCESO A PROBAS DIAGNÓSTICAS SEXA DIFERENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA E ATENCIÓN HOSPITALARIA SE A INDICACIÓN É CORRECTA.

Unha atención primaria ben orzamentada e organizada é capaz de dar resposta a máis do 90% das necesidades dos pacientes. Para iso precísase unha capacidade resolutiva que se lle nega á nosa atención primaria. Moitas determinacións analíticas ou probas complementarias son exclusivamente para o hospital, aínda que estean moi ben indicadas. Ata o punto que un residente de primeiro ano de medicina de familia pode pedir no hospital probas que o seu titor con moitos anos de experiencia non poderá solicitar no

centro de saúde. É imprescindible abandonar o catálogo de probas e cambialo polo catálogo de indicacións das mesmas e xeneralizar o seu uso en todas as áreas de Madrid. Redundará en maior resolución de problemas, menos derivacións, menos tempo de espera e maior satisfacción do usuario, ademais de reducir desigualdades no acceso a medios diagnósticos de moitos pacientes.

No remate do absurdo, xeneralízase o costume de ir ver á consulta do médico de familia as probas pedidas polos compañeiros de hospital dada a habitualmente importante lista de espera das 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 POÑEN EN RISCO A SEGURIDADE DOS PACIENTES

A saturación das consultas é unha das características da atención primaria española. A análise das causas da saturación non é sinxelo, pero dispónse de moi abundante literatura e datos. O tempo de consulta no noso país e na Comunidade de Madrid resultaría inaceptable en calquera país da nosa contorna. As mal chamadas "axendas de calidade" teñen como única pretensión que todo o que chega sexa atendido sen importar a calidade da atención nin as condicións laborais de quen o atende.

Aproximadamente o 50% da asistencia é programable, o 35% é demorable e só un 15% da asistencia é necesario vela no mesmo día de cita. Pódese razoablemente prever que tipo de consulta vai traballar.

É imprescindible analizar o problema en profundidade e establecer medidas correctoras porque traballamos bordeando, cando non excedendo, os límites da atención segura a pacientes: a análise das plantillas, das necesidades da poboación, a eliminación da burocracia, a implicación doutros niveis asistenciais e doutros profesionais da propia atención primaria e outras moitas cousas máis deben ser modificadas para unha atención digna e 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 PRACTICAMENTE CALQUERA INSTITUCIÓN (PÚBLICA Ou PRIVADA) DECIDA QUE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS REALIZA O MÉDICO DE FAMILIA

A sanidade pública non é a sanidade de administración. A sanidade pública é do conxunto dos cidadáns que teñen que ser os protagonistas do sistema. É

relativamente común que diversas institucións solicitan, sen filtro nin molestia algunha, documentos ao médico de familia: colexios, institutos, mutuas de accidentes laborais e enfermidades profesionais, empresas e, o que é aínda peor, outros departamentos da administración decidan de forma unilateral solicitar trámites administrativos nas consultas do médico de familia. Devanditos trámites poden estar cargados de razón, aínda que moitas veces é mera burocracia. É imprescindible que devanditos trámites sexan valorados previamente polos xestores da sanidade para que decidan se procede e, se é así, digan quen, como e cando se fará.

- <https://www.semfyec.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 ANÁLISE, AVALIACIÓN E PROVISIÓN DE RECURSOS ANTES DE IMPLANTAR NOVAS ACTIVIDADES E SERVIZOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Atención primaria pola súa proximidade ao paciente é un lugar idóneo para o desenvolvemento de múltiples actividades. De feito, nos últimos tempos asumíronse actividades que antes eran propias da atención hospitalaria (o control da anticoagulación oral) e outras que antes non se realizaban (a campaña de detección precoz de cancro de colon). En ningún caso vimos un cálculo da carga de traballo nin, por descontado, un incremento dos recursos. Non é certo que se puxeron en marcha estratexias de “deixar de facer para facer mellor”. Simplemente considérase que as consultas de atención primaria son indefinidamente elásticas e por tanto todo cabe cos mesmos recursos. Como mostra, a recente posta en marcha do Programa de Detección Precoz de Cancro de Colon e Recto (PREVECOLON) da comunidade de Madrid. Incrementábase a carga de traballo das consultas de medicina de familia e os recursos destínanse ao hospital.

É imprescindible que a actividade de atención primaria fundaméntese en evidencia sólida e que se revisen as actividades implantadas para refugar aquelas que os coñecementos actuais non avalan. A carteira de servizos é sempre incremental sen acompañamento de recursos e con frecuencia crece á marxe da ciencia.

A chamada “estratexia de crónicos” simplemente non existirá se non é dirixida pola 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 OS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DAS CONSULTAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA SEXAN RESOLTOS NA CONSULTA E NIVEL ASISTENCIAL QUE OS XERA

Toda a actividade sanitaria leva aparellada, de forma inevitable, documentos e trámites. Toda a xestión debe orientarse a que estes trámites sexan realmente imprescindibles. Cando así o sexan, a normativa vixente, a deontoloxía médica e o sentido común ditan que deben ser resoltos polo profesional que os orixina. Por tanto, as receitas correspondentes ao comezo de tratamento, os partes de interconsulta, as solicitudes de transporte sanitario, as citas de revisión... deben ser resoltas como parte da atención ao paciente por quen as xera. Evítanse así molestias aos pacientes e facer recaer por "proximidade" e unha mal entendida "accesibilidade" devanditos trámites nos centros de saúde

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

9.- DESEÑAR APLICACIÓNS INFORMÁTICAS QUE FAGAN PERDER O TEMPO AOS PROFESIONAIS EN FACER CLICS INÚTILES SEN RESOLVER AS NECESIDADES DOS PACIENTES.

A historia electrónica para a xestión clínica ten un formato ríxido, responde a un enfoque bioloxicista, non está adaptada aos múltiples motivos dunha mesma visita nin a interrelacionais, elemento de alto valor no diagnóstico clínico.

Sendo a informatización absolutamente necesaria, os sistemas utilizados parecen máis pensados para o control dos profesionais que para a asistencia clínica aos pacientes. A Carteira de Servizos crece á marxe da ciencia. Naceu como un documento de mínimos (o que é imprescindible facer a un paciente á luz do coñecemento actual) e aos poucos foi transformándose nun de máximos. Iso fixo que se inclúan actividades de moi dubidoso valor para a saúde dos pacientes. Corremos o risco de converter o traballo nunha maquinal e acrítica sucesión de "clicks" na 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.- POÑER A ESTRUTURA DE PRIMARIA Ao SERVIZO DE INTERESES DE TERCEIROS

A Comunidade de Madrid aprobou no ano 2009 a substitución das antigas 11 áreas sanitarias por unha única área. Tras 9 anos e varios gobernos seguimos sen un organigrama claro nin unha estrutura estable. Segue sen desenvolverse a figura do director, sen estar claro o papel das Direccións Asistenciais e máis de 250 centros sanitarios dependen dunha única xerencia. As Unidades Docentes teñen máis dun centenar de residentes repartidos en varios hospitais. Desarmouse unha estrutura, seguramente mellorable, en nome da libre elección dos pacientes cando o tempo revelou que o obxectivo era poder transvasar aos pacientes aos hospitais de xestión privada. A decisión, contestada desde o principio por todos os implicados non se pode ou non se sabe resolver case unha década despois.

- <https://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgent/399/Files/29/17-12%20REVISTA%20SoMaMFyC%202%20Vol%2012%20Web.pdf>
- [Alegato por la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid](#)
- <http://saludconcosas.blogspot.com.es/2009/03/area-unica-sanitaria-en-madrid-mas.html>

En **Galicia**, as **estruturas de xestión da Atención Primaria** están desaparecidas integradas e fagocitadas pola estrutura hospitalaria e os profesionais de atención primaria sentense orfos, sen apoio nin referentes; os centros e os servizos de Atención Primaria trátanse de compartimentar sen ter unha estrutura clara de xestión, sen protagonismo do seu xefe de servizo, que só é usado como correa de transmisión das ordes que nacen en estruturas moi afastadas e sen coñecemento da realidade asistencial. Así vemos, a miúdo, iniciativas feitas desde o ámbito hospitalario, con boa intención, pero con absoluto descoñecemento da realidade do primeiro nivel asistencial, que son de inmediato bendicidas polas nosas xerencias sen unha mínima avaliación do seu impacto en Atención Primaria. Por suposto todas as reclamacións que realizan os profesionais (acceso a probas, a consultas, maior resolutividade, tempo, ...) non ten impacto nin repercusión algunha. Esta é a realidade da nosa pouca relevancia nas estruturas de xestión tanto central como nas EOXIs