

RESUMEN DE PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SVMFiC¹

INTRODUCCIÓN

La Calidad de la atención a **nivel individual** podemos decir que está determinada por:

- Accesibilidad.
- Alta Calidad de la atención clínica (ej: diagnóstico, tratamiento).
- Alta calidad de la atención interpersonal (ej: escuchando, dirigiéndose a las preocupaciones de los pacientes, empatía...).

A **nivel poblacional**, la equidad es importante para asegurar que algunos grupos de población no sean marginados en la atención que reciben.

Partiendo de este esquema, en relación tanto con la accesibilidad, como con la alta calidad de la atención clínica e interpersonal, desde la SVMFiC consideramos necesario mejorar el **tiempo** de dedicación a cada paciente (punto A). En relación con la accesibilidad y también con la eficiencia del sistema, creemos necesario el aumento de la **capacidad resolutive** (punto B) y la mejora de la **relación atención primaria-especializada** (punto C). En una empresa de servicios como la nuestra, el mayor activo son los profesionales, por ello es necesaria una política seria de **"gestión de recursos humanos"**: la satisfacción de los profesionales está relacionada con la calidad de la atención. En este sentido es necesario el desarrollo de la **carrera profesional** (punto D) y la existencia de **incentivos** (punto E). Es imprescindible para mejorar la organización del Centro de Salud, una formación en **"gestión clínica"**, así como una **"Cultura de mejora de**

la calidad", la cual para que sea efectiva debe incluir tanto la formación, como un clima organizacional adecuado: misión, liderazgo, cliente externo, cliente interno, procesos, medir... Sin estas premisas, difícilmente podrá haber un **sistema de información y de Indicadores válidos y fiables**, imprescindible para poder mejorar y para poder medir **objetivos pactados**, incentivos... Veremos algunos aspectos concretos en CS (punto F). Finalizaremos con una serie de aspectos generales (punto G)

A) Incremento del tiempo medio de dedicación a cada paciente en las consultas de medicina de familia.

Los tiempos medios dedicados actualmente (4-6 minutos) deben incrementarse, dado que es el "tiempo" el que va a permitir la utilización de las herramientas fundamentales en la actividad asistencial de los médicos de familia, la entrevista clínica y la exploración física.

Parece razonable que el tiempo "medio" asignado por paciente sea de 10 minutos.

Las propuestas para conseguir este objetivo son:

- Creación de circuitos alternativos a la consulta del médico de familia para la atención a demandas meramente burocráticas (repetición de recetas, visados de inspección, repetición de partes de ILT, prescripción delegada etc.).
- Flexibilización de las hojas de cita previa, con posibilidad de

que los tiempos dedicados sean variables en función del tipo de consulta.

- Adecuación de la población adscrita a cada médico de familia. Respecto al número de personas asignadas, un reciente documento de SEMERGEN, semFYC, CESM lo fijaba en 1.200. La SVMFiC dada la situación actual considera una cifra razonable a corto plazo la cifra de 1400-1500 personas/médico de familia como máximo, y tender hacia la cifra de 1200 a largo plazo.

B) Aumento de la capacidad resolutive de los médicos de familia.

Los médicos de familia, tras la formación en el sistema MIR, adquieren conocimientos y habilidades que les permiten la resolución de la mayor parte de los problemas por los que consulta la población, desde los órganos de gestión se deben favorecer las condiciones para que éstos puedan desarrollar su perfil plenamente.

Propuestas:

- Posibilidad de solicitud de exploraciones complementarias (diagnóstico por la imagen, fundamentalmente).
- Potenciación de la realización por los médicos de familia de procedimientos que habitualmente no se realizan en la actualidad en las consultas (cirugía menor, infiltraciones aparato locomotor).

¹ Las propuestas recogidas en este documento fueron elaboradas, ante la petición del Dr. Marciano Gómez (Subsecretario de la Agencia Valenciana de Salud) de que nuestra Sociedad le presentase un resumen de los aspectos que deberían mejorar en Atención Primaria.

C) Mejoras en la relación atención primaria-atención especializada

La tradicional separación entre niveles asistenciales no tiene ningún sentido y generalmente provoca evidentes repercusiones en los pacientes (desplazamientos innecesarios, retrasos diagnósticos, repetición de exploraciones, etc.).

Los tiempos de espera existentes en la actualidad entre la visita por el médico de familia y la del especialista en varias especialidades no parecen razonables.

Propuestas de mejora:

- Mejoras en los circuitos de información (revisión del modelo de interconsulta, posibilidad de contacto directo, sesiones de discusión de casos etc.).
- Elaboración de protocolos conjuntos de derivación y actuación ante problemas de mayor relevancia por su prevalencia o gravedad.
- Actuación de los especialistas de 2º nivel como "consultores" de los médicos de familia, recayendo la responsabilidad de la atención de los procesos en atención primaria, esto evitaría la saturación de las consultas de 2º nivel asistencial por pacientes cuyos controles podrían ser asumidos por los médicos de familia.
- Existencia de un liderazgo efectivo por parte de las Direcciones de Área de AP y Direcciones de Centros de Especialidades para mejorar la Coordinación entre Niveles.

D) Acceso de los médicos de familia a la Carrera profesional

La situación existente en la

actualidad en la que un médico de familia tras la obtención de su plaza no tiene ninguna perspectiva de mejora ni profesional ni económica hasta la jubilación no parece adecuada.

Propuesta:

- El acceso a una carrera profesional con diferentes niveles que lleven aparejados mejoras en la retribución económica y potenciación de diferentes perfiles profesionales (docente investigador) parece en la actualidad necesaria.

E) Existencia de incentivos

La ausencia total de reconocimiento del esfuerzo de determinados profesionales por prestar una atención de mayor calidad a la población asignada, actúa como un factor desmotivador que ya es evidente en los centros de salud de nuestra Comunidad con mayor antigüedad.

Propuesta:

- La existencia de un sistema de incentivos (económicos, profesionales) parece necesario en la actualidad. Los incentivos deberían ir ligados a cumplimiento de objetivos pactados y relacionados con calidad de la atención, uso racional del medicamento, accesibilidad, satisfacción de la población atendida etc.

F) Otros aspectos necesarios en un Centro de Salud:

La gestión clínica y la cultura de calidad comentadas en la introducción, serán necesarias o se complementarán con los siguientes aspectos:

- Existencia de objetivos medibles.

- Analizar procesos clave para mejorar la organización. Creación de equipos de mejora.
- Potenciar el trabajo en equipo: formación sobre todo en habilidades y actitudes.
- Informatización para facilitar sistemas de información.
- Mejorar el acceso a información y a los sistemas de comunicación. No es de recibo que todos los CS no estén conectados a red.
- Existencia de "espacios vitales" para actividades preventivas, de promoción, docentes y de investigación.

G) Otros aspectos generales:

- Acabar ya la reforma. La coexistencia de los dos modelos dificulta seguir avanzando.
- Potenciar la investigación: es una buena inversión, ya que difícilmente puede haber una AP de calidad si no hay una investigación de calidad. Además tiene el valor añadido, o precisamente por ello, de mejorar la formación, el espíritu crítico, la motivación y la satisfacción de los profesionales. Sería deseable la existencia de varias Unidades de Investigación en AP potentes.
- Disminuir la sobrecarga de las estructuras docentes de la especialidad (por ej. el nº de técnicos de las UUD se ha mantenido mientras el nº de residentes se ha triplicado).
- Autoevaluación de la organización con modelos como el Modelo europeo de mejora de la calidad.