

Medicina de familia, ¿próxima estación?

La mayoría de los sistemas sanitarios de nuestro entorno, que tienen el derecho a la salud como una de las señas de identidad del Estado del bienestar, han reconocido la existencia de elementos de crisis que nos obligan a plantear alternativas a la organización de sus servicios. Los costes progresivos encajan cada vez con mayor dificultad en los presupuestos públicos; son consecuencia de las cada vez mayores demandas de un usuario más informado que exige más y mejores servicios, de la necesidad de adecuar las actividades clínicas a criterios de calidad y de «medicina basada en la evidencia» y de mantener, al mismo tiempo, un adecuado nivel de motivación entre los profesionales sanitarios. Durante estos años se ha puesto énfasis en la reforma de las estructuras de la asistencia médica en atención primaria (AP); en un futuro próximo será necesario introducir cambios en la organización y las competencias de los centros, de los equipos de AP y de los médicos de familia (MF).

En los últimos 20 años hemos podido asistir, en el ámbito de la AP, a tres hechos importantes: la creación de la especialidad de medicina de familia y comunitaria, la Ley General de Sanidad y la profunda reforma de la AP. Se empezó a trabajar en equipos multidisciplinarios, con un horario más amplio, se implantó la historia clínica, comenzaron a registrarse las actividades, se recuperaron habilidades, como la cirugía menor, y pruebas complementarias como los análisis clínicos o la espirometría, se introdujo la programación y la protocolización de la asistencia; también empezaron a abordarse aspectos relacionados con la educación, la promoción y la prevención de la salud, y se iniciaron las sesiones clínicas y docentes así como los proyectos de investigación. Todos éstos, entre otros muchos, son elementos ligados a la reforma de la AP.

Por otro lado, vivimos en un país que ha experimentado cambios importantes en los

últimos años. Hemos asistido a un incremento de la utilización de los servicios de AP, incremento derivado en gran medida del aumento de necesidades de salud como consecuencia del crecimiento de la población anciana enferma y de las personas con patologías crónicas, de los cambios en la estructura familiar, de los factores ligados a los estilos de vida y al entorno o de las nuevas necesidades y expectativas originadas por problemas que producen «infelicidad». Pero incremento también debido a la mayor calidad y oferta de los servicios, favorecidas éstas por el desarrollo tecnológico y su accesibilidad, con una mejor formación y mayor capacidad resolutoria de los MF. Todo ello unido a un aumento de la demanda de información, con mayor capacidad para la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades por parte de los usuarios.

Pero no todas las cosas van bien. A continuación enumeramos algunas de las características que pueden ayudarnos a percibir la situación actual: *a)* la lentitud en la adecuación de recursos y la persistencia del desequilibrio presupuestario en favor de la asistencia hospitalaria; *b)* el excesivo peso de la demanda asistencial, con escasa implantación de la prevención y promoción de la salud; *c)* la progresiva pérdida de capacidad resolutoria y de la competencia profesional de la AP (p. ej., la gestión de la incapacidad temporal); *d)* la incoordinación entre niveles asistenciales; *e)* las dificultades para adaptarse a las nuevas demandas y necesidades de la población; léase atención urgente, atención domiciliaria y sociosanitaria o problemas de salud emergentes (inmigración), y *f)* los síntomas de desgaste profesional con una cierta decepción y creciente desmotivación.

Dónde estamos, dónde nos encontramos, dónde nos movemos

En la actualidad, la sociedad civil tiene nuevas demandas en salud y, sin lugar a dudas,

Durante estos años se ha puesto énfasis en la reforma de las estructuras de la asistencia médica en atención primaria (AP); en un futuro próximo será necesario introducir cambios en la organización y las competencias de los centros, de los equipos de AP y de los médicos de familia (MF).

Algunas de las características de la situación actual son la lentitud en la adecuación de recursos, el desequilibrio a favor de la asistencia hospitalaria, la escasa implantación de la prevención, la pérdida de capacidad resolutoria y de la competencia profesional de la AP, la incoordinación entre niveles, las dificultades para adaptarse a las nuevas demandas y necesidades de la población y el desgaste profesional.

Es preciso aprovechar el prestigio y la credibilidad que otorgan los usuarios al MF como interlocutor cercano, cómplice y legitimado; transmitir de alguna forma nuestros conocimientos debe ser un objetivo en salud.

Los pacientes desean y esperan de su MF que tenga capacidad de respuesta, fiabilidad, que trabaje en un entorno donde se preocupen por la calidad, que tenga empatía, profesionalidad, que proporcione longitudinalidad y continuidad en la atención y que sea capaz de asumir compromisos individuales.

La organización y el funcionamiento del centro de salud debe reorientarse en función del ciudadano.

en nuestras sociedades se están produciendo cambios y fenómenos nuevos, con un acceso generalizado a la información y una demanda a compartir decisiones o a ejercer el derecho a una segunda opinión, que obligan a los servicios sanitarios a replantear su posición en el conjunto social para mantener la necesaria legitimidad, a preguntarse continuamente qué servicios se deben dar y de qué forma. Por ejemplo, hay que aprender a afrontar los retos de la información y de la comunicación. No sólo es preciso que nos acostumbremos a que el ciudadano sepa descifrar algunas informaciones científicas, sino que también deberá acceder a las claves que permiten identificar su importancia y valorar la trascendencia o repercusión para la salud. Por todo ello, deberíamos meditar sobre la contribución del MF como informador y educador. No hay duda de que, desde una sencilla consulta de MF, es complicado neutralizar informaciones de impacto o tendencias sociales. Sin embargo, es preciso aprovechar el prestigio y la credibilidad que otorgan los usuarios al MF como interlocutor cercano, cómplice y legitimado; transmitir de alguna forma nuestros conocimientos debe ser un objetivo en salud, también el convencernos de la necesidad de compromiso con nuestros pacientes.

Debemos reflexionar sobre el futuro del MF

Pensemos en las características que debe reunir una asistencia de calidad del MF y que la sociedad nos demanda con mayor énfasis, ¿qué es lo que los pacientes desean y esperan de su MF? Podríamos pensar, por ejemplo, que reúna las siguientes características:

- Que tenga *capacidad de respuesta*, para ayudar a los usuarios en sus problemas y en el tiempo correcto, tanto en situaciones habituales como no previstas o que no contemplan las normas.
- Que tenga *fiabilidad*, capacidad de realizar su trabajo de forma correcta y de cumplir lo prometido, generando confianza, actuando con coherencia e integridad, facilitando la toma de decisión.
- Que trabaje en un *entorno* donde se preocupen por la calidad de la estructura de los centros de salud (espacio, comodidad, ruidos, etc.), por el personal (vestimenta, hie-

ne personal, orden, etc.) y por la calidad de todo tipo de material (recetas, hojas de recomendaciones, historia clínica).

- Que tenga *empatía*, capacidad de ser más humano en sus relaciones, comunicándose con el paciente sabiendo escuchar y compartir sus problemas y necesidades, en el marco del respeto.

- Que tenga *profesionalidad*. Hoy día tener competencia clínica no es suficiente, ésta se presupone; a la vez, hay que tener cortesía, generar credibilidad y seguridad, todo ello con una exquisita confidencialidad y ética profesional en toda relación. Además, debe añadirse un plus de competencia en busca de la excelencia, en razón tanto de la medicina basada en la evidencia como en el cuidado de la personalización de la atención humana.

- Que nos proporcione *longitudinalidad y continuidad* en la atención en toda su dimensión y a lo largo del tiempo. Los pacientes necesitan y reclaman una atención personal, tener un profesional de referencia en quien depositar su confianza.

- Pero a la vez a este MF se le pedirá que sea *capaz de asumir compromisos* individuales con la sociedad civil, con la comunidad científica, con la comunidad profesional y con la propia organización para la que trabaja; corresponsabilizarse de la eficiencia y colaborar con la sostenibilidad, asumiendo y realizando un cuidado compartido (capacidad para aprender a trabajar con otros niveles asistenciales y profesionales), junto a la aceptación de la crítica y fiscalización de su trabajo, porque se priorizarán los intereses de los ciudadanos y de la sociedad.

Debemos reflexionar sobre la organización y las competencias de los centros y equipos de AP

Ya comentábamos al principio que en un futuro próximo será necesario introducir cambios en la organización y las competencias de los centros, de los equipos de AP y de los MF. ¿Pero cuáles? Comentemos algunas ideas.

- La organización y el funcionamiento del centro de salud deben reorientarse en función del ciudadano, con objetivos claros relacionados con resultados en atención al usuario, en ocasiones pudiendo compartir funciones con otros centros, con flexibilización organizativa y responsabilización.

- Una correcta dotación de recursos en informática, en telecomunicaciones, de material clínico y diagnóstico, pero también de espacios. Avanzar y profundizar en la información externa, en mejorar la calidad de los registros y en la documentación.
- Reorganizar los horarios y turnos de atención para mejorar la accesibilidad horaria, la telefónica y la personal.
- Cuidar el entorno y el confort, hacer agradable la visita al centro de salud: atención personalizada, mantenimiento de las instalaciones, cuidado de la imagen.
- Avanzar, una vez superada la cartera de servicios básica, en la planificación de los recursos y servicios en función de las necesidades de cada área o población, asignando los recursos de atención especializada (AE) al EAP para su gestión real, abriendo el abanico de proveedores de AE a disposición de la AP, y priorizar la coordinación entre niveles asistenciales, potenciar la actividad en promoción y prevención, promover la atención domiciliaria y posibilitar la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas en AP, para que la competencia profesional y la capacidad resolutoria del MF puedan desarrollarse.
- Redimensionar muchos equipos, que sean más reducidos y con capacidad real para gestionar los recursos humanos en función de igualdad, mérito y capacidad. Adecuar la población adscrita y las cargas de trabajo en el equipo.
- El coordinador del EAP debe tener capacidad de gestión y un perfil técnico.
- Dignificar y motivar la participación de los profesionales en las actividades de urgencia y en la atención continuada.
- La implantación y realización de actividades de formación continuada, de docencia posgrado y de investigación deben recogerse en forma de retribución variable en los profesionales, pero en función de obtención de resultados.
- Es absolutamente imprescindible reconsiderar el nivel de retribuciones, establecer la carrera profesional con mecanismos de incentivar y motivación suficiente.

Claves para un futuro escenario

Probablemente, en los próximos años el MF se encontrará inmerso en un escenario donde tendrá que dar buenas respuestas a las necesidades de la población, con una mayor capaci-

dad de elección del ciudadano, teniendo que aceptar el cuidado compartido con otros profesionales, en la línea de la gestión de enfermedades, siendo necesarias estrategias y coaliciones para obtener la mejor capacidad de respuesta. Pero además tendrá que gestionar y asesorarle en temas de salud, como concepto y realidad amplia. El ciudadano será el eje vertebrador de la organización de la AP.

Por eso hoy se habla de la necesidad de establecer *contratos de salud* que comprometan la colaboración de los distintos agentes sociales y sanitarios en torno a un problema determinado; *concertar acciones o iniciativas intersectoriales*, con relación a espacios de convivencia habitual de la comunidad, permite actuar de una manera conjunta, y al mismo tiempo operativa, sobre las distintas dimensiones de los problemas de salud. En definitiva, proyectos asequibles e innovadores que tratan de abordar la salud desde perspectivas cercanas y atractivas al ciudadano y que combinan la acción de dos o más sectores involucrados.

También sabemos, como manifiesta Starfield, que la AP como puerta de entrada conlleva una atención más apropiada como elemento cohesionador y que asegura la equidad, garantiza la universalidad, favorece la calidad y facilita la eficiencia, mejores resultados de salud con una disminución de los costes totales. En estos momentos la equidad en salud constituye un objetivo prioritario en sí mismo. Las brechas en la distribución de la salud están aumentando. Esto se produce fundamentalmente por los procesos de inmigración de personas desde países en desarrollo junto con el fenómeno de que las clases sociales más acomodadas se benefician más de las políticas de promoción y prevención de la salud, por su mayor nivel educativo, su mayor acceso a los programas y cuidados de la salud, etc.

Partiendo de los elementos nuevos que caracterizan a nuestra sociedad, si queremos actuar teniendo en cuenta los objetivos en salud a conseguir, con los criterios objetivos de buena práctica de salud y con una buena capacidad de respuesta, debemos mantener a la AP como puerta de entrada a los servicios sanitarios y otorgarle el papel de elemento básico del sistema y, además:

1. Conseguir y ofrecer una suficiencia de recursos, humanos y materiales, coherente con

Hoy se habla de la necesidad de establecer contratos de salud que comprometan la colaboración de los distintos agentes sociales y sanitarios en torno a un problema determinado; concertar acciones o iniciativas intersectoriales, con relación a espacios de convivencia habitual de la comunidad, permite actuar de una manera conjunta, y al mismo tiempo operativa sobre las distintas dimensiones de los problemas de salud.

Si queremos actuar teniendo en cuenta los objetivos en salud a conseguir, con los criterios objetivos de buena práctica de salud y con una buena capacidad de respuesta, debemos mantener a la AP como puerta de entrada a los servicios sanitarios y otorgarle el papel de elemento básico del sistema.

Debemos conseguir y ofrecer una suficiencia de recursos, facilitar los cambios organizativos y de competencias, configurar una cartera de servicios que recoja las prestaciones básicas, disponer de instrumentos contractuales y la reforma de AP debe pasar por el reconocimiento de un marco real de autonomía de gestión.

los resultados en salud que se demanda a AP.

2. Facilitar los cambios organizativos y de competencias que los propios profesionales sean capaces de escoger en un marco que incentive la buena práctica y los intereses de la política sanitaria.

3. Configurar una cartera de servicios que recoja las prestaciones básicas, disponer de instrumentos contractuales, de información y de gestión y arbitrar sistemas de control que reorienten las desviaciones que se produzcan.

4. La reforma de la AP debe pasar por el reconocimiento de un marco real de autonomía de gestión y de responsabilidad explícita.

Si queremos que la AP sea un servicio público socialmente útil, gestionado con eficiencia y sostenible en lo financiero, en la que tanto sus servicios como sus profesionales sean reconocidos y apreciados por la población, hay que hacer cosas, y sin tardar. Pero alguien tendrá que realizarlo. Una opción consiste en que sean los profesionales de AP, con los MF, quienes analicen sus debilidades y fortalezas, sus amenazas y oportunidades para proponer una reforma, un debate aportando análisis y alternativas, que posibilite y

propicie tomar decisiones en consenso. Veamos si somos capaces.

V. Thomas Mulet

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Bibliografía general

- Casado V. La salud y el médico de familia en la Europa del siglo XXI. Centro de Salud 2001; 9: 18-24.
- Comissió de Millora de Qualitat de la SCMFIC. Provant de seure a l'altra cadira. La perspectiva del client. Barcelona: EdiDe, 1998.
- Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25: 48-58.
- Pomar JM. Atenció primària: cal seguir reformant, Annals de Medicina 2001; 84: 13-14.
- Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2000.
- Thomas V. Nuevos tiempos, nuevos momentos, nuevas reflexiones. Dimens Hum 2001; 5: 52-55.
- Vázquez Díaz JR. La atención primaria en la primera mitad del siglo XXI. Aten Primaria 1999; 24: 55-56.