

**Un nuevo modelo de
Atención Primaria**

Jornadas de reflexión





Un nuevo modelo de Atención Primaria

Jornadas de reflexión



© 2019, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.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.

Coordinación y dirección editorial:



Carrer del Pi, 11, 2ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

ISBN: 978-84-121070-1-2

INTRODUCCIÓN

Dado el momento que vive la Atención Primaria y Comunitaria (APyC) en la actualidad y la evolución a lo largo de los últimos años, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ha iniciado un proceso de reflexión que, partiendo del análisis de dicha situación, tiene como principal objetivo proponer acciones que den respuesta a los retos y necesidades a los que se enfrenta.

El siguiente documento forma parte de una serie de trabajos realizados de manera secuencial o en paralelo por grupos de trabajo y socios de la semFYC. Ha sido elaborado a partir de las reflexiones y del debate de un grupo de discusión que se reunió el 15 de febrero de 2019, así como con las contribuciones de los participantes en las Jornadas de Primavera de la semFYC, celebradas del 21 al 23 de marzo de 2019, y las de expertos de la Sociedad. Las materias abordadas son la población, la financiación y la sostenibilidad, la organización y la calidad, y estas se han agrupado por temas comunes sintetizando sus ideas.

Esta monografía recoge la totalidad de las aportaciones realizadas por los participantes, sin que eso signifique que todas ellas sean compartidas por todos. La falta de evidencia disponible en determinados temas, ya sea por no haberse implementado previamente o por haberse hecho sin evaluación posterior, permite proporcionar más de una solución en algunos puntos tratados; en otros, en cambio, la evidencia ha permitido establecer medidas concretas que consideramos irrenunciables para alcanzar la APyC de calidad que todos queremos.

El documento concluye con un resumen de las medidas concretas que se propone que se realicen a corto o medio plazo y que deberían tenerse en cuenta en las distintas agendas de trabajo de las comunidades autónomas (CCAA).

**La Junta Permanente
de la semFYC**

ÍNDICE

1. POBLACIÓN

1.1. UNIVERSALIDAD.....	7
1.2. MUTUALISMO	7
1.3. TERRITORIO	8
1.4. LIBRE ELECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	9
1.5. PEDIATRÍA	9

2. ORGANIZACIÓN

2.1. EQUITATIVA: COMUNITARIA Y SOCIAL.....	11
2.2. ATENCIÓN CONTINUADA 7 X 24 X 365. DISPOSITIVOS DE URGENCIAS.....	12
2.3. LONGITUDINALIDAD. ¿CUPO TRADICIONAL? ALTERNATIVA.....	13
2.4. ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	14
2.5. EFECTIVA O EFICIENTE	15

3. FINANCIACIÓN/SOSTENIBILIDAD

3.1. LA FINANCIACIÓN	16
3.2. EL MODELO DE GESTIÓN	17
3.3. LA GOBERNANZA.....	18
3.4. ELIMINAR ACTIVIDADES INNECESARIAS/NOCIVAS.....	19
3.5. UNIVERSIDAD. FORMACIÓN POSGRADO.....	20

4. CALIDAD

4.1. MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.....	21
4.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	22
4.3. RELACIONES CON OTROS ACTORES.....	22
4.4. OTROS PROFESIONALES.....	23
4.5. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN INTEGRADAS	23

5. PROPUESTAS CONCRETAS

5.1. MEDIDAS URGENTES A CORTO PLAZO	23
5.2. MEDIDAS URGENTES A MEDIO PLAZO	25

6. BIBLIOGRAFÍA

7. ANEXO. AUTORES DE LA JORNADA DE REFLEXIÓN.....

8. ANEXO. AUTORES DE LAS XXVII JORNADAS DE PRIMAVERA.....

9. ANEXO DE EXPERTOS CONSULTADOS.....

1. POBLACIÓN

En este apartado se incluyen los aspectos relativos a quién se ha de atender y la delimitación territorial de dicha población.

1.1. UNIVERSALIDAD

Cobertura sanitaria UNIVERSAL

La cobertura sanitaria universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias económicas para pagarlos.

Todos los Estados miembros de las Naciones Unidas han acordado tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, en el marco de la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (OMS, 2019).

La universalidad es un **derecho** fundamental en el siglo **xxi** que entronca íntimamente con la equidad al ser un mecanismo de redistribución de la riqueza que permite revertir o reducir la desigualdad. Es, además, un instrumento de cohesión social que promueve la **equidad** vertical y horizontal. Puesto que la sanidad está financiada por impuestos y que el pago de impuestos abarca a todos los ciudadanos, se trata de una medida de **justicia social** y que sienta las bases para el desarrollo económico a largo plazo (OMS).

La semFYC defiende una atención sanitaria pública, de cobertura universal, para toda persona que resida y viva en España, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar sanitario y social. Sin universalidad no se puede defender ni la APyC ni el sistema sanitario en su conjunto. Además, la semFYC aboga por una asistencia equitativa en el acceso, trato y disposición de recursos, eficiente en el uso de estos y de carácter solidario.

Las leyes deben garantizar la universalidad de cobertura (recordamos los recientes y graves problemas relativos a la no universalidad, tras el Real Decreto Ley [RDL] 16/2012, que no se han conseguido paliar del todo con el RDL 7/2018 de 27 de julio).

Por añadidura, en el **sistema sanitario público**, la universalidad es un elemento esencial para una mayor eficiencia.

Comunidad

La comunidad resulta clave para apoyar de forma determinante el concepto de universalidad: se entiende que la Atención Primaria (AP) debe ser a la vez universal y cercana en el contexto de una comunidad. Así, aunque hablemos de población al hablar de la cobertura, el objeto de esta atención universal es tanto el ciudadano como la familia y la comunidad.

1.2. MUTUALISMO

La idea de universalidad implica, además de que el sistema incluya a toda la ciudadanía, que el régimen de asistencia sea el mismo para toda la población. Por eso las **mutuas**, como entidad de cobertura sanitaria pública para un sector de la población del estado, **deberían reconsiderarse** por las siguientes razones:

- El sistema de mutualismo implica una falta de equidad, puesto que fomenta elementos discriminatorios, clasistas e insolidarios.
- Provoca desigualdades en la salud, ya que supone prebendas para una parte de la población en detrimento de otra, a expensas de no ser eficiente con el dinero público.
- La posibilidad que se le da al mutualista de acceder directamente a otros especialistas sin el filtro del médico de familia anula los beneficios que para los ciudadanos y el sistema sanitario ofrece una APyC de calidad como la nuestra (protección del paciente y coordinación dentro del sistema, atención basada en la persona, longitudinalidad, etc.).



- El doble aseguramiento conlleva amenazas para el sistema público. Las mutuas actúan, por un lado, promoviendo la afiliación al dirigirse a los ciudadanos más jóvenes y sanos, mientras que, por otro, ponen trabas para la continuidad cuando surgen problemas de salud. En ese momento, son frecuentes las transferencias al sistema público, que es el que sufre con esta doble cobertura. El porcentaje de funcionarios de la Administración del Estado que eligieron el aseguramiento público a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) creció seis puntos en la última década, pasando del 14 al 20 %. Dicho crecimiento responde al factor de envejecimiento del cuerpo funcional, a lo que se añade que el sistema público es seleccionado en función del riesgo: los que tienen peor salud o requieren tratamientos de enfermedades más graves eligen la atención en el sistema público, mientras que los más sanos escogen la atención privada (que tiene financiación pública a través de Muface-Mugeju-ISFAS).
- Se produce una incoherencia de los valores del sistema público: es contradictorio e inexplicable que los trabajadores de las administraciones públicas (funcionarios) no sean atendidos por su propio sistema.
- Repercute económicamente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en APyC: los presupuestos asignados a las mutuas han sido una de las escasas partidas que prácticamente han mantenido su financiación durante la crisis económica del último decenio en detrimento del ámbito hospitalario y muy especialmente de la AP. La incorporación/absorción de las mutuas por parte del SNS, con su partida económica y la farmacia, se calcula que alcanzaría los 5.500 millones de euros.

De forma práctica, en la **transición hacia la integración plena de las mutuas en el sistema sanitario público**, se proponen las siguientes iniciativas:

- Mantener los compromisos con los mutualistas actuales, pero no incorporar nuevos asegurados.
- No permitir el cambio del sistema público a una mutua.
- Por coherencia, los representantes de los distintos parlamentos, órganos de gobierno de España y de las CCAA deberían ser atendidos por el SNS, no por las mutuas.
- Mientras tanto es necesario hacer transparente el modelo mutual tanto en lo que se refiere a su financiación como a los resultados alcanzados en salud.

1.3. TERRITORIO

La población debe ser asignada a un centro de salud en función de una distribución territorial en **zonas básicas de salud**, lo que garantiza la equidad y favorece la incorporación e integración de otros valores: comunitarios, culturales, educativos, etc.

La proximidad de la asistencia clínica es un punto a favor y posibilita el trabajo con la comunidad. Los equipos de APyC deben tener una **cartera de servicios próxima y coherente** con las características de su población y sus necesidades.

Dicho esto, es importante que a nivel territorial se ensayen **modelos de gestión que faciliten el trabajo diario**, con flexibilidad en cuanto a la organización y los espacios, o el tamaño de los elementos que se gestionan. El marco territorial al que se debe dar atención deberá ser, ineludiblemente, flexible y con la posibilidad de adaptarse al contexto de cada momento. Es indispensable explorar propuestas que trasciendan el modelo tradicional de un centro de salud y sus consultorios periféricos. Así, por ejemplo, se podrían ofertar servicios complementarios a varias zonas básicas agrupadas, unificando la atención continuada, la fisioterapia, la atención al embarazo, la odontología y otros. Lógicamente, la concentración de dichos servicios debería realizarse por especialización y conocimiento, acorde con la prevalencia de las enfermedades y las necesidades sociales y territoriales. También sería importante considerar la dispersión, la facilidad de comunicación entre los hospitales de referencia y las áreas o servicios de apoyo.

Las **«gerencias únicas»**, entendidas como aquellas estructuras que integran la AP y la atención hospitalaria en áreas sanitarias grandes, han demostrado ser un elemento que tiene un **impacto extraordinariamente negativo en la AP** por generar innumerables dificultades de gestión, relegar a la AP, distanciar enormemente la toma de decisiones y los equipos directivos de los centros



donde se producen los problemas en el día a día y, sobre todo, porque se han acompañado de reducciones drásticas en el presupuesto para APyC. A día de hoy, nadie ha demostrado que dicho modelo de gestión haya conseguido los objetivos para los que fue creado. Se trata de una ilusión sin evidencia.

El marco de regulación se ha de centrar en el centro de salud, y se ha de diferenciar, a efectos de gestión, el ámbito de la atención hospitalaria del ámbito de la APyC. **Es necesario dotar a la APyC de estructuras propias y de presupuesto propio.**

1.4. LIBRE ELECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La libre elección (LE) es un concepto que se relaciona con el territorio y sobre la que existe diversidad de opiniones. Se ha incluido como parte del marco de los valores de la APyC, pero constituye más el resultado de una decisión política que una característica que puede, como tal, ofrecer hipotéticos beneficios sanitarios. La LE fuera de la zona básica se suele solicitar mayoritariamente en las grandes ciudades por criterios de cercanía al lugar trabajo.

Existe también una importante variabilidad entre las CCAA, donde puede o no aplicarse la LE en APyC, en atención hospitalaria, de enfermería, etc. En general, en las CCAA donde existe LE, esta no se aplica a la atención en el domicilio.

La LE podría conllevar problemas en la atención domiciliaria o una pérdida de la eficiencia y del valor profesional y resolutivo en global. Si se pierde la referencia «de zona», no solo se producen conflictos en la atención domiciliaria, sino también entre profesionales y de continuidad/cuidados. Se considera que debe haber una organización territorial mínima y la LE debe funcionar, como norma, dentro de una determinada zona y sin que se divida la unidad en especialista en medicina y especialista en enfermería familiar y comunitaria. **La ruptura de la unidad básica asistencial medicina-enfermería constituye una pérdida y un riesgo para la eficacia y la efectividad del sistema y la seguridad del paciente.**

La **longitudinalidad**, entendida como la atención realizada por el mismo médico a lo largo del tiempo, es un atributo de la AP, y su importancia es extraordinaria en cuanto al impacto que tiene sobre la mortalidad, la expectativa de vida y las tasas de hospitalización ordinarias y evitables, por lo que debe ser reconocida y compensada económicamente. En la actualidad, la LE no está ligada a incentivos/desincentivos ni se ha estudiado si favorece la incentivación/desincentivación. Se deben investigar e implantar mecanismos que promuevan la longitudinalidad como, por ejemplo, constituir pequeños grupos de profesionales (entre dos y cuatro) que compartan la asistencia de una población concreta, de tal forma que se den cobertura unos a otros en la atención a los pacientes ante la ausencia del profesional de referencia. Otro mecanismo podría consistir en que las contrataciones no solo sean prolongadas, sino también estables, es decir, asignadas a un equipo de Atención Primaria (EAP), etc. Debe fomentarse la atención «personalizada» dentro del equipo porque mantiene la longitudinalidad.

De igual manera que hay derechos individuales, y de ahí la LE, no podemos olvidar que también existen **derechos de la comunidad**, lo que hace necesario trabajar en equidad y en cohesión social. Disponer del listado de «pacientes y comunidad» del centro de salud permitirá incorporar el enfoque comunitario y trabajar por necesidades, cohesión y equidad, sin olvidar el otro objeto de la intervención: la familia. Si se cambia de médico por LE, debería considerarse la idoneidad de «arrastrar» a la familia.

1.5. PEDIATRÍA

En la actualidad no hay suficientes pediatras interesados en trabajar en AP para cubrir las plazas existentes. Se estima que aproximadamente el 30 % de las plazas de Pediatría están siendo desempeñadas por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), con notables diferencias entre las CCAA. En determinados horarios laborales y en los ámbitos rurales, las plazas de Pediatría ocupadas por especialistas en MFyC pueden superar el 50 %. Además, se produce la paradoja de que en muchos sitios la revisión del niño sano la realiza el pediatra, mientras que la patología aguda la valora el médico de familia. En el mismo sentido, la atención a los niños durante los fines de semana y en la atención continuada la lleva a cabo, mayoritariamente, un/a médico/a de familia.



Esta situación no solo está provocando que disminuyan los recursos de la MFyC que se destinan a «cubrir» esas plazas en detrimento de las de MFyC, sino que además está dando lugar a la conformación de un colectivo de médicos/as de familia que llevan muchos años atendiendo a niños y que pueden tener dificultades para readaptarse a la atención de adultos, pero que a su vez son desplazados de forma inmediata cuando un pediatra solicita su plaza. Es decir, se están generando **problemas laborales y de competencias clínicas**.

En la mayoría de los países de características socioeconómicas similares al nuestro, como el Reino Unido y algunos países nórdicos, son los médicos de familia los que proporcionan a los niños una primera atención. Los mensajes alarmistas de algunos pediatras de que «los niños deben ser atendidos por pediatras», aludiendo a la equidad, no se sostienen con datos de tipo epidemiológico o de resultados en salud. Los especialistas en MFyC estamos resolviendo un problema a la administración sanitaria, pero **ni somos ni queremos ser pediatras**.

El Proyecto MOCHA analiza en detalle la atención pediátrica en 30 países de la UE en lo relativo a los sistemas de Atención Primaria y los evalúa desde diferentes puntos de vista: el profesional, el público y privado (lo que incluye a los padres, los niños y la comunidad en general), el político y el económico. Y concluye que la calidad de la atención y sus resultados vienen más determinados por las características del sistema sanitario (accesibilidad, capacidad...) que por el hecho de que el tipo de profesional que atiende sea MFyC o pediatra.

Hay acuerdo general en los diferentes grupos de trabajo en que el/la médico/a de familia debe tratar en APyC a la población de 0 a 100 años y que el pediatra debería actuar como consultor (podría estar situado en APyC, pero sería considerado como otros especialistas de segundo nivel).

Desde la semFYC se propone revisar el actual modelo de atención infantil, y para ello avanzamos distintas opciones no excluyentes para llegar al sistema «0-100 años»:

- **Disminuir la edad de atención pediátrica:** una buena opción podría ser empezar disminuyendo la edad pediátrica a los 10 años (o a los 6-7 años). En algunas CCAA existe la opción de elegir Pediatría o MFyC a partir de los 7 años. Sería también interesante hacer un estudio sobre los motivos de consulta de los niños y elegir el corte de edad pediátrica en base al tipo de enfermedades y no a la cronología.
- **Pediatra consultor de segundo nivel**, bien sea **en la propia zona básica** como pediatras de APyC, teniendo en cuenta que la atención del pediatra debería ir asociada a la complejidad, o bien con un modelo de **concentración de pediatras en APyC o en el ámbito extrahospitalario** que ofrezcan atención en un segundo nivel o en un nivel intermedio a varias zonas básicas.
- **Revisar el programa del niño sano:** el sistema actual de atención pediátrica parece seguir más un modelo de atención centrada en la figura del pediatra que en las actividades que han demostrado evidencia en la mejora de la salud infantil. Existe una frecuentación muy elevada asociada a la revisión del niño sano (puericultura) y a un notable número de visitas por enfermedades banales.
- **Favorecer los cupos de transición**, entendiendo como tal aquellos que atienden adultos y niños, como ya ocurre, por ejemplo, en zonas rurales.
- Cambiar el nombre de las plazas de Pediatría y configurarlas como plazas de **«atención pediátrica»**.
- Realizar una importante labor de comunicación con la difusión de mensajes del tipo: «El especialista en MFyC puede atender a la población infantil, y además se dispondrá de un pediatra consultor». Se ha visto que, cuando a una población que va a pasar de ser atendida por un pediatra a ser atendida por un especialista en MFyC se le da información veraz, esta no se moviliza en contra de estos profesionales.



2. ORGANIZACIÓN

En este apartado se incluyen aspectos que afectan a la organización de los equipos de Atención Primaria en general, a la atención ordinaria y continuada y a la longitudinalidad. Son elementos que a veces se encuentran un poco entremezclados y que se recogen aquí tal y como fueron formulados por los participantes.

2.1. EQUITATIVA: COMUNITARIA Y SOCIAL

La Atención Primaria es un bien social

Necesitamos una **AP orientada hacia los determinantes sociales de la salud**, y sobre la que pivote realmente el sistema sanitario, con un papel protagonista en la seguridad del paciente y en la prevención cuaternaria y basada en los atributos fundamentales de la APyC. Un modelo con verdadero **liderazgo** y **longitudinalidad** como cualidades indispensables para el éxito, y que sea **flexible** para que responda a las necesidades de salud de la población.

Cuando hablamos de **flexibilidad en la organización** de la APyC queremos decir que ha de poder adaptarse a la situación social y a la realidad de cada CCAA y, además, ser sensible a los diferentes problemas de salud de los territorios. Es obligado conocer las necesidades de salud de la población y del entorno social para poder gestionar de forma adecuada los recursos.

Se precisa la innovación «desde abajo», que parta de los profesionales y de los ciudadanos. La innovación «desde arriba» no ha mejorado el desarrollo de la APyC, más bien al contrario: ha reducido su presupuesto y ha supeditado la gestión a las gerencias únicas, de clara visión hospitalo-céntrica.

Se ha de apostar por un modelo que incluya realmente **la atención comunitaria y los aspectos sociales**; su integración en la salud pública y en los ayuntamientos potenciaría los aspectos mencionados. Asimismo, hay opiniones que consideran dicha integración resulta más necesaria que la incorporación de la APyC a la atención hospitalaria, pues en la atención sanitaria se deben conocer los **agentes de salud y trabajar con la salud pública** en la promoción y prevención. Saluto-génesis es un concepto que implica descubrir y utilizar los recursos territoriales de salud, incluidas las escuelas.

Otras opiniones recogen la posibilidad de que la APyC dependa de los ayuntamientos: «Si la administración sanitaria trata mal al sistema sanitario, quizá se ha de pedir que este dependa de los ayuntamientos, totalmente receptivos a las necesidades sentidas por la población y la comunidad».

La organización de los equipos va a depender de a qué se le quiera dar respuesta; por ejemplo, el Equipo de Atención Primaria (EAP) debe dar respuesta a las **necesidades de salud de la población**. Además de la atención personal, la asistencia puede apoyarse en la tecnología, las redes sociales, los activos en salud y la prescripción social. En este momento es necesario adecuar la frecuentación a las consultas trabajando con la comunidad.

El modelo que se debe fomentar ha de estar formado por **equipos multiprofesionales**, con integración real de todos ellos y con orientación comunitaria. El liderazgo y la coordinación en la atención a las personas le corresponde a la unidad asistencial o miniequipo de medicina-enfermería. Estos equipos multiprofesionales han de tener objetivos, proyectos integrales y acuerdos de gestión comunes, cuyo fin último sea la atención de calidad y la igualdad territorial.

La paulatina incorporación de recursos en la APyC, en su mayor parte ajenos o no gestionados por esta (cuidados paliativos, atención domiciliaria, etc.), suponen una fragmentación y que se compartimente la atención, y dificultan la coordinación. El especialista en MFyC ha de ser **el gestor y coordinador de la necesidad de atención del paciente dentro del sistema sanitario** (gatekeeper). Es necesario poner en valor la gestión de la cronicidad y de la complejidad de la APyC y no renunciar a la atención domiciliaria.

Para ello se proponen otras formas de organización del trabajo para atender a la población de una zona: compartir cupos entre profesionales («cupos espejo») o que en algunos centros de salud haya un «contrato de relevo» (por ejemplo, un sénior que apoya a todo el equipo) para favorecer



que los pacientes sean visitados por alguien del equipo que conoce el territorio, y no siempre por sustitutos («nuevos»); disponer de los recursos estables, los que se calculen que van a ser necesarios durante el año, por encima de plantilla orgánica, etc.

Es importante desarrollar un modelo organizativo multidisciplinar real en AP y **llevar al máximo nivel de competencia cada perfil profesional (principio de subsidiariedad)**, al tiempo que se tiene como máxima preservar la longitudinalidad y evitar la fragmentación. Probablemente será necesario incorporar nuevos perfiles profesionales al equipo de Atención Primaria que den respuesta a las cambiantes necesidades de salud de la población.

En definitiva, «no todos podemos hacer todo, pero entre todos sí podemos abarcarlo todo».

El valor de la APyC va asociado a la capacidad resolutoria real de cada equipo, lo que depende, además de las competencias y habilidades propias de cada profesional, de disponer de elementos organizativos, equipamiento y tecnología. En cuanto al equipamiento, todos los EAP deberían disponer de ecógrafo, retinógrafo, eco-Doppler portátil, tonómetro, respirómetro, MAPA-AMPA, dermatoscopio, bisturí eléctrico... En cuanto a la tecnología, deberíamos estar en disposición de ofrecer consultas no presenciales a los pacientes, celebrar reuniones y sesiones clínicas on-line, teleconsultas con otras especialidades, contar con la historia clínica accesible desde el domicilio y compartida con otros especialistas, el hospital, etc.

La relación con el hospital ha de cambiar. A día de hoy es indiscutible que el especialista en MFyC debe tener acceso al catálogo y a la prescripción de fármacos (visados) en las mismas condiciones que el resto de las especialidades. Y por qué no hacer posible la **compra de servicios** desde Atención Primaria, como se hace en algunos modelos de gestión (EBA), y la libre elección (incentivada adecuadamente) de especialista hospitalario por parte del especialista en MFyC o del equipo. Probablemente el lugar propicio para abordar estas propuestas de cambio sería el Consejo Interterritorial.

No hay acuerdo en que, por la seguridad de los pacientes, el especialista en MFyC deba ser el único gestor de la **receta electrónica** y tener el monopolio de la misma, o si debe compartir esta función con los especialistas hospitalarios. Las dudas surgen para los tratamientos crónicos, no así para la prescripción aguda.

Los cambios organizativos son los que han de construir u orientar los **sistemas de información, y no al revés**: primero hay que definir los procesos y luego informatizar. Actualmente tenemos sistemas con programas de «medicina de escritorio» que interfieren en la relación con los pacientes, que están más orientados a la gestión básica (número de consultas, derivaciones...) que a la ayuda a la toma de decisiones, a la gestión proactiva, a la investigación o la relación con los pacientes.

La APyC se ha cargado de razones de peso que justifican la necesidad de aumentar los recursos con los que cuenta, ya que ello permitiría expandir las prácticas que se ha demostrado que tenían un valor y reduciría los ingresos innecesarios y la morbilidad.

2.2. ATENCIÓN CONTINUADA 7 X 24 X 365. DISPOSITIVOS DE URGENCIAS

Dos ideas básicas:

1. **Poner en valor el papel de las urgencias en AP y su capacidad resolutoria.**
2. **Integrar los dispositivos de urgencias con los EAP para que se asegure la longitudinalidad.**

En este documento se asume que la atención a las situaciones urgentes es una competencia transversal de la medicina de familia, al igual que para otras especialidades, y aquí únicamente se abordan aspectos organizativos de la atención de urgencias en el ámbito de la Atención Primaria. Se debate sobre la ley de la oferta y la demanda con las urgencias. Se sugiere que cuantos más dispositivos existen de urgencias, más demanda hay por parte de la ciudadanía.

Los dispositivos de urgencias deben ser de AP, con elementos propios, ya que resultan más coste-eficientes que los hospitalarios y actúan como filtro para disminuir el libre acceso y evitar el colapso, lo que es preciso para situaciones de mayor gravedad. El acceso a las urgencias hospitalarias debería estar filtrado por los MFyC de los EAP o de los dispositivos de urgencias de APyC. La atención continuada y la accesibilidad tienen un precio: cuando se cerraron los servicios de urgencias de AP se aumentaron los recursos de urgencias hospitalarias.



Se plantea si los profesionales de APyC deben tratar urgencias en atención continuada o si se deben desvincular los dispositivos de urgencias de los EAP, tal como se hizo años atrás con los servicios de urgencias del resto de los servicios de los hospitales. Se sabe que la falta de integración de los profesionales de atención continuada conlleva una menor capacidad resolutoria y un mayor gasto de recursos. La falta de longitudinalidad supone menor eficiencia.

Actualmente, en la atención continuada y el sistema de urgencias, la demora de la AP y de las listas de espera hospitalarias está desbordada. Lo más lógico es unir la AP y la atención continuada, especialmente en el medio rural. Es importante actuar sobre las causas del desbordamiento de urgencias y no sobre las consecuencias. En las zonas urbanas, debe haber cobertura de urgencias, pero no crear agendas de urgencias paralelas. Se ha de dar valor a las urgencias y convertirlas en un dispositivo resolutorio.

Es importante reforzar el rol del coordinador/director del centro de salud, que debe ser quien dirija en los centros la atención ordinaria y la atención continuada. Para ello, es necesario dar una forma legal definitiva al papel del director de centro, acabando con la situación que se vive actualmente, y delimitar sus funciones y responsabilidades, así como dotarlo de tiempo suficiente para que pueda cumplir con las tareas de gestión.

La accesibilidad a la urgencia se ha articular. Hay que implementar un sistema de selección eficaz para modular la sobredemanda que empieza por el personal de atención al usuario, que debe tener formación sanitaria, y el de enfermería: el especialista en MFyC ha de resolver lo que no puedan resolver los otros profesionales. Hay que fomentar los autocuidados y disminuir la dependencia del sistema sanitario hacia el ámbito político.

Se propone que el presupuesto de atención continuada dependa de AP y estudiar la organización de las urgencias según el territorio. Para zonas muy aisladas, se recomienda el uso de ambulancias medicalizadas.

La atención continuada debería organizarse por los propios centros que la prestan en función de sus características según la dispersión, la población que hay que atender y las necesidades de la zona.

2.3. LONGITUDINALIDAD. ¿CUPO TRADICIONAL? ALTERNATIVA

Al igual que la universalidad y la accesibilidad, la longitudinalidad cuesta dinero. La longitudinalidad no debe ser inflexible, y además debe valorarse e incentivarse.

En la AP no se dan altas. Es decir, el proceso asistencial en APyC es longitudinal y es importante preservarlo a toda costa, ya que tiene un impacto extraordinario tanto en la morbilidad como en la eficiencia del sistema. Además, es un elemento diferenciador de la medicina y de la enfermería familiar y comunitaria. **El cupo compartido** por medicina/enfermería familiar y comunitaria, es el núcleo básico: **la atención conjunta** es fundamental y constituye el modelo para trabajar por la equidad y por las necesidades de la población y sus condicionantes de salud.

El siguiente nivel de atención es el equipo de APyC. El **modelo integral** aumentará la eficiencia mediante la reordenación de la atención: roles ordenados y multidisciplinares que lleven a cada profesional a la máxima competencia. En la actualidad, el médico de familia continúa realizando funciones y actividades que no son de su competencia y que no aportan valor a la relación asistencial. La asistencia sigue pivotando sobre consultas mal diseñadas en las que se atiende tanto lo que es importante como lo que no, en base a una demanda mal controlada que consume un tiempo que debería estar destinado a otras funciones verdaderamente propias del médico de familia: cartera de servicios más amplia, docencia, investigación, atención a la familia, atención comunitaria, etc.

Se han desarrollado modelos en los que se segmenta por patologías o se fragmenta la asistencia. Aunque dentro del equipo de APyC se puedan prestar la práctica totalidad de los servicios propios de éste ámbito, a lo largo de los últimos años se vienen añadiendo otros como hospitalización a domicilio, Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte [PADES], atención al embarazo... No se sabe si como respuesta a las necesidades detectadas o a las posibilidades de crecimiento de algunos servicios, se plantean soluciones ajenas al equipo de Atención Primaria, en general más caras y de cobertura geográfica y horaria limitada. Sorprende que no se añadan recursos al equipo y que en cambio se opte por incorporar servicios externos que rompen la continuidad y fragmentan la atención.



Los EAP deben ser expansivos en cuanto a cartera de servicios y aumentar las competencias que hagan valiosa la APyC, lo que lógicamente debe ir acompañado del correspondiente presupuesto.

Los puntos más relevantes para garantizar la longitudinalidad son:

1. **Enfermería Familiar y Comunitaria.** Las y los profesionales de enfermería deben estar capacitados para resolver una parte importante de **la demanda aguda**; su mayor formación permitiría aumentar aún más su capacidad resolutive. En la actualidad, esto depende más de la disponibilidad/actitud de los profesionales y de su compromiso que del diseño organizativo.
 - Se ha de evaluar la capacidad resolutive de la enfermería de APyC ante la demanda aguda.
 - Se deben implementar estrategias para incorporar al colectivo de enfermería de APyC a muy corto plazo.
 - Se insiste en la **figura del/la enfermero/a interno/a residente (EIR) y sus bondades**.
 - Se ha de legislar para promover que la incorporación de profesionales de enfermería a la APyC se haga basándose en su capacitación y formación.
2. **Principio de subsidiariedad.** El reparto de las competencias es clave y debe realizarse de abajo arriba. Es decir, el/la auxiliar de clínica puede aplicar técnicas para las que no es necesaria la supervisión de otros profesionales de enfermería, y estos/as pueden resolver demandas en las que no se requiere la intervención de un médico/a. Se debe incorporar personal administrativo **con formación sanitaria**, de forma que, como unidad de gestión, puedan realizar la primera criba de la demanda.
3. **La atención domiciliaria.** Es y debe seguir siendo de AP. Se ha de impulsar el papel de la figura de enfermería en la atención domiciliaria y continuar facilitando que el/la especialista en MFyC «salga» de su consulta. La aparición de nuevos dispositivos y la variabilidad y tipos que pueden darse según la CCAA amenazan la eficiencia y el abordaje adecuado de esta modalidad de atención: el 112, equipos específicos de APyC sin cupo, unidades de hospitalización a domicilio y entidades privadas son algunos ejemplos.
4. **Otros profesionales.** Hay un consenso entre los participantes sobre la necesaria incorporación a la APyC de los **trabajadores sociales**, pero no así con el psicólogo por entender que puede fragmentar la atención del médico de familia. En algunas CCAA, los especialistas en MFyC pueden derivar a los pacientes, y en otras solo lo puede hacer el psiquiatra. Una opción que podría evaluarse sería la incorporación de estos profesionales como apoyo a la medicina de familia, pero sin acceso directo por parte de la población. Es preciso que haya más flexibilidad en la atención y en los profesionales de apoyo «externos», y hay que analizar las verdaderas necesidades de la población sin centrarse en ninguna tipología especial preestablecida. Se trataría de un modelo con competencias no exploradas. Los profesionales de apoyo deberían pertenecer al primer nivel.
5. **Otros cambios necesarios.** El cambio de modelo en APyC debe acompañarse de **cambios en el modelo hospitalario**. Mientras el hospital evoluciona hacia la hiperespecialización, la sociedad envejece y aumentan las patologías crónicas y la complejidad de estas. La respuesta que da la gestión tradicional de los hospitales con la creación de unidades, en este caso de «crónicos», ya no es válida en la actualidad porque la gran mayoría de los pacientes hospitalizados son de elevada edad y presentan varias patologías, lo que hace inviable que sean atendidos por una «unidad». En realidad, lo que se necesita es coordinar la atención de los diferentes profesionales y servicios que intervienen en la atención de cada uno de estos pacientes, y en ese sentido abogamos por la figura del generalista en el hospital (Medicina Interna). Fuera del ámbito hospitalario, diversas publicaciones han demostrado que la mejor atención a la cronicidad es más y mejor Atención Primaria.

2.4. ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

ES PRECISO contar con un modelo que asegure la accesibilidad, y no la inmediatez. En opinión del grupo de trabajo, la inmediatez y la prisa suponen un riesgo para la seguridad del paciente porque incrementan la probabilidad de error y favorecen el sobrediagnóstico y/o sobretratamiento.



Aunque la inmediatez parece ser un valor preferente para la sociedad actual, no debe ser la norma, especialmente en atención sanitaria (como es lógico, excluimos la atención urgente vital). El concepto urgencia es relativo: «no es malo tener un poco de demora» si se dan diversas opciones para ser atendido.

Es imperativo explorar modelos organizativos más imaginativos y que permitan gestionar la accesibilidad. Entre ellos se pueden incluir:

- Aplicar el principio de subsidiariedad y reorganización inteligente y progresiva de roles profesionales y de dotación de plantilla.
- Investigar otros modelos de consulta y agenda. Diferenciar cupos y agendas según cuáles sean las necesidades de la población. Incorporar la posibilidad de consulta no presencial sin dañar la longitudinalidad.
- Minimizar las actividades que no aportan valor, reducir la burocracia.
- La APyC es un bien social. Se debe reivindicar el tiempo de dedicación al paciente y el de reflexión sobre los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, así como el destinado a la toma compartida de decisiones. Es un riesgo tanto para el paciente como para el profesional hacerlo con prisa. La inmediatez se ha de combatir desde los medios de comunicación y la administración sanitaria.

2.5. EFECTIVA O EFICIENTE

En nuestro modelo actual de AP nos encontramos con múltiples frenos para un trabajo eficiente. En lo que respecta a la cartera de servicios, la organización del trabajo, la gestión de los equipos, etc., proponemos:

- Diseñar la cartera de servicios ajustada a los recursos y las características sociodemográficas de la población de cada territorio.
- Solicitar que el Consejo Interterritorial defina una **cartera de servicios óptima** para mantener la equidad en el SNS.
- Incrementar el techo competencial de los profesionales y disponer de más tiempo para asegurar **la longitudinalidad y mejorar la capacidad resolutive**.
- Planificar adecuadamente las necesidades de los profesionales. No es suficiente con tener cubierta la plantilla estructural. La alta rotación y la falta de continuidad de los profesionales disminuye la efectividad.
- **Cuidar al profesional** mediante la contratación estable y propuestas de contratos de incorporación y relevo. Todo ello con el objetivo de facilitar la continuidad de la atención en el centro y proveer profesionales suficientes para garantizar las tareas de formación e investigación, actualmente arrinconadas. Es preciso asegurar que haya horarios racionales y razonables que permitan la conciliación, así como que se reconozca el trabajo bien hecho.
- Remunerar toda actividad que se haga fuera del horario laboral. Cuando, por falta de personal o aumento de la actividad, sea necesario ampliar el horario de trabajo, estas horas extras han de ser remuneradas como tal.
- Trabajar el liderazgo. Detrás de un equipo que funciona, siempre hay un buen líder capaz de organizar los recursos de forma flexible. Es importante incorporar *benchmarking* en AP. No basta con el liderazgo profesional, es preceptivo un liderazgo formal. Es el momento de definir con claridad el papel del director de equipo con un equivalente al del jefe de servicio, y cuyas competencias y capacidad de gestión abarquen todos los recursos del equipo de Atención Primaria.
- Promover una atención multiprofesional con acuerdos clínicos de gestión. Disponer de un cuadro de mando para médicos/as y personal de enfermería y dotarlo de autonomía para que cada centro se organice según las personas y los recursos de los que disponga.
- En el aspecto organizativo, se han de recuperar los consejos de gestión; no hay que utilizar fórmulas que impidan tomar decisiones/acuerdos. Se deben evaluar los modelos gerenciales y reducir las diferencias en salud de las zonas.



- Encontrar e incorporar fórmulas y procesos que midan la implicación de los profesionales y su compromiso.
- Reorientar o rediseñar los sistemas de información para que puedan ser útiles en la toma de decisiones tanto clínicas (explotables por parte de quien genera los datos) como de gestión. En la actualidad, a veces se da la paradoja de que algunos gestores niegan a los profesionales los datos que los propios profesionales cumplimentan y que podrían ser extraordinariamente beneficiosos para su desempeño profesional.
- Los coordinadores deben tener mando y cuadro de mando que les permita incorporar y/o adecuar indicadores según las características de cada equipo.
- Promover que los ciudadanos participen en la gobernanza de sus equipos de Atención Primaria con su conocimiento, lo que puede contribuir a optimizar la utilización de la sanidad.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social debe asumir un mayor liderazgo en el desarrollo de iniciativas que afecten a todas las CCAA (sistemas de información, historia clínica electrónica, cartera de servicios...) y en promover o facilitar escenarios de «cambio» en ámbitos como la gestión de recursos humanos, la organización de los equipos, la atención comunitaria, etc. La extraordinaria politización de la sanidad supone una dificultad añadida, aunque el Consejo Interterritorial podría actuar como elemento dinamizador esencial no solo para el progreso de la Atención Primaria en sí, sino también para la implantación y desarrollo de estrategias que producen un impacto en todo el sistema sanitario (estrategia de seguridad del paciente, crónicos...). Muy recientemente se ha dado un paso en este sentido con la celebración de un Consejo Interterritorial monográfico de AP.

3. FINANCIACIÓN/SOSTENIBILIDAD

En cuanto a la sostenibilidad de la APyC y su financiación, detectamos tres puntos clave que han sido muy negativos para su desarrollo y que han conducido a la crítica situación actual:

1. La integración vertical de los servicios centrales, muy estrictos en la microgestión y poco en la macrogestión. No se ha apoyado a los equipos de AP a nivel central, con lo que se ha producido una pérdida económica y se han generado políticas poco transparentes contrarias a la APyC.
2. La captura del regulador:
 - Económica: Pues se actúa en interés de muchos lobbies que existen alrededor del sistema de salud.
 - Ideológica: Las políticas basadas en los gabinetes tienen más en cuenta a la prensa que a los indicadores sanitarios.
3. La falta de presupuesto propio.

Se debería invertir la relación de las fuerzas actuales de la gestión, en la que se dedica el 80 % a establecer líneas muy exigentes de microgestión (indicadores, contratos, programa, calidad, control del gasto, etc.) y un 20 % a promover cambios en las políticas de macrogestión. En este momento, la relación debería ser 20/80: menos puristas en lo micro y más exigentes en lo macro (políticas encaminadas a aumentar la equidad y corregir disfunciones).

3.1. LA FINANCIACIÓN

El SNS debe financiarse **públicamente a través de los presupuestos generales del Estado**. La financiación ha de ir ligada a la población, y la evaluación debe orientarse hacia los resultados y no tanto a los indicadores de proceso.

Vista la evolución y la actuación de las gerencias únicas, los presupuestos **para la AP han de ser finalistas y deberían estar blindados**: tendría que ser un presupuesto perfectamente cuantificado no con porcentajes, sino con cifras concretas.



La financiación debe ser pública, así como la provisión, a falta de datos que demuestren mejores resultados con otras opciones (estamos pendientes de los resultados de las EBA, una provisión privada de profesionales con una base asociativa). La provisión privada puede aportar flexibilidad a la gestión, y supone una puerta abierta a modelos asociativos-colaborativos de profesionales como las EBA, que lógicamente deberán desarrollarse en un entorno de transparencia y de evaluación de resultados. Es preceptivo recordar que, a día de hoy, es posible, sin cambios legislativos, dotar de mayor autonomía de gestión a los equipos de Atención Primaria dentro del sistema público. Pero para ello debe contarse con un compromiso político inequívoco de la administración sanitaria correspondiente, con transparencia en la negociación del contrato de gestión y con un sistema de incentivos nítido, y además hay que vencer la desconfianza de los profesionales y de los mandos intermedios.

Existen otras opciones para obtener ingresos como los mecenazgos, que el grupo considera que podrán ser aceptables como algo puntual, pero nunca considerarse una fuente de financiación del sistema. En el mismo sentido, en relación con el copago, en general, no se aprueba la aplicación de este, aunque podría valorarse en circunstancias muy determinadas (existe poca conciencia social de los costes sanitarios y de la importancia social de la APyC).

Respecto al doble aseguramiento, el objetivo es que la población se decante por el sistema público, para lo que hay que ofrecer unas condiciones mínimas: profesionalidad, continuidad, longitudinalidad... La mayor competencia se produce en la atención ambulatoria, donde son determinantes los tiempos de espera para las pruebas diagnósticas. Incorporar la opción de compra a la Atención Primaria podría ser una iniciativa extraordinariamente revitalizadora tanto para la APyC como para la atención hospitalaria.

Una vez consideradas estas premisas, desde la semFYC proponemos como medida urgente una asignación de recursos que contemple:

- **2.500 millones de euros en Capítulo I del núcleo básico de APyC en los próximos 4 años (2019-2023), lo que supone incrementar un 25 % el presupuesto actual.**
- **1.250 millones de euros de inversión en infraestructuras de centros de salud en los próximos 10 años (2020-2030): renovación, adecuación, construcción de nuevos centros, etc.**
- **50 millones de euros/año, en los próximos 4 años, para la adquisición de equipamiento y tecnología (15.000-20.000 euros/año/centro de salud).**

Estas cifras se invertirían exclusivamente en APyC y deberían compartirse entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social y las CCAA.

El compromiso político real para el desarrollo de la APyC pasaría ineludiblemente por esta asignación presupuestaria. Algunas comunidades autónomas como Canarias y Navarra ya han elaborado un modelo presupuestario que en la práctica incluye un incremento para APyC con el mismo porcentaje que proponemos en este documento.

3.2. EL MODELO DE GESTIÓN

A la vez que la APyC se ha empobrecido en lo presupuestario, también ha salido perdiendo en lo referente a su gestión por la falta de innovación y por mantener modelos excesivamente burocratizados.

Para revertirlo consideramos imprescindible:

- **Reorganizar las competencias** de cada uno de los actores (medicina, enfermería, personal de admisión) y cambiar la forma de contratación. Para poder hacerlo hay que modificar parte de la legislación actual (por ejemplo, el estatuto del empleado público, entre otras). El financiador tiene que velar por el adecuado cumplimiento de los contratos.
- Pasar de un modelo reactivo a un **modelo proactivo** que no espera pasivamente a las demandas de los pacientes; para ello se ha de potenciar el trabajo planificado e incluso liderado por los profesionales. Se trata de un importante cambio que afecta a todo (financiación, estructura...) y que permitiría incorporar, con un papel más preeminente, la prevención, la promoción y lo comunitario (participación domiciliaria y prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria).



- Añadir incentivos orientados a la excelencia profesional mediante la evaluación de resultados en salud con **herramientas que permitan decidir qué se premia o no**: carrera profesional ligada al desempeño y no a la antigüedad, incentivos asociados a indicadores de desempeño, transparencia.
- **Cuidar al profesional** de principio a fin. Habilitar fórmulas que reconozcan el trabajo de los sénior y eliminar la precariedad (con contratos de un año o superiores al terminar la residencia para fidelizar la asistencia en el mismo centro o en otro del área en la que el/la profesional se ha formado). Facilitar que todo el que haya hecho una residencia de estudios termine con un permiso de residencia si es extracomunitario.
- **Perseguir la transparencia y trazabilidad de los sistemas de contratación**. Debe existir un sistema continuo y permanente e informatizado de cobertura de plazas: plaza vacante, plaza ofertada, plaza resuelta. Hay que mejorar o cambiar el sistema de OPE. Es preciso favorecer la flexibilidad en los sistemas de contratación.
- **Analizar los resultados** para dar continuidad a lo que funciona y dejar de hacer lo que no funciona: esto es determinante no solo para la APyC, sino también para todo el SNS.

Todas estas propuestas son posibles y viables en el marco público, aunque no exentas de dificultades. Algunos de los contratiempos que deben superarse son los siguientes:

- El trasvase de enfermería desde el hospital hasta la APyC: el perfil del enfermero/a requerido en APyC es el de Enfermería Familiar y Comunitaria. Hay que priorizar a estas/os especialistas y buscar un mecanismo de convalidación rápido para acreditar a los/las profesionales que, con este perfil, ya trabajan en APyC desde hace tiempo.
- Las plazas de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria deberían ser reconocidas como tales a efectos de traslados, coberturas, etc., al igual que ocurre con algunas plazas en el ámbito hospitalario (por ejemplo, la plaza de hemodinamista, de cirujano experto en hepatología...).
- Asimismo, el perfil del personal de atención al usuario que trabaja en sanidad tiene unas características propias y diferenciadoras, por lo que se aboga por crear una figura específica y con una formación obligatoria para ocupar las plazas.
- En cuanto a la provisión de plazas, se debe promover el automatismo en la presentación de la documentación y que el currículum vitae del profesional sea más valorado por los méritos que por la permanencia en la plaza.

3.3. LA GOBERNANZA

El sistema sanitario público trabaja para mejorar la salud de los ciudadanos y para mejorar la cohesión social al disminuir las diferencias en salud debidas a los niveles socioeconómicos y a las desigualdades. Entendemos la gobernanza como un conjunto de políticas, normas y procedimientos a través de los cuales las instituciones toman decisiones, regulan la participación de los diferentes actores, utilizan los recursos disponibles para garantizar cuidados de salud de calidad y rinden cuentas.

La idea o sensación general es que, en la actualidad, la gobernanza real de los servicios sanitarios está muy alejada de la gobernanza deseable. Los cargos directivos son nombrados y cambiados por los políticos según criterios más relacionados con su ideología o militancia política que con su desempeño profesional. La transparencia en la toma de decisiones está ausente, al igual que la rendición de cuentas, salvo en aspectos más formales que reales, y la participación de los profesionales y los ciudadanos en la gobernanza.

Uno de los elementos más notables, y que el grupo de trabajo considera relevante, es la necesidad de profesionalizar los cargos directivos con el fin de dar continuidad al SNS y poder establecer planes a medio y largo plazo. Ello beneficiaría al sistema sanitario al proteger las decisiones de los vaivenes políticos de cara a una planificación a largo plazo basada en resultados finales y no en resultados intermedios. El SNS debe dejar de estar tan condicionado por los cambios políticos; la gestión ha de ser independiente de estos cambios.



Gobernanza territorial

La administración local y la comunidad tienen que participar en la gobernanza de la APyC. Existen ejemplos en algunos territorios donde los consultorios locales son financiados con partidas del ayuntamiento o mediante subvenciones del gobierno de la CCAA en la que se encuentran, y además se trabaja de forma conjunta entre administración local, sanitarios y comunidad.

Los ayuntamientos podrían gestionar o financiar parte del presupuesto de la APyC, e incluso algunos centros sanitarios o consultorios locales podrían ser municipales, dado que los ayuntamientos son más cercanos a los pacientes y a los profesionales, apoyan la atención domiciliaria y, en la medicina rural, gestionan muchos consultorios, como ocurre en otros países.

Recuperar las gerencias de Atención Primaria

Es imprescindible tener gerencias diferenciadas para APyC y hospital, así como estructuras por área para Atención Primaria con órganos colegiados de gobierno que sean los que definan y gestionen los presupuestos específicos. Estos han de incluir a ciudadanos mediante una convocatoria pública dirigida a organizaciones sociales y económicas, entidades académicas, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas y otras organizaciones de participación ciudadana para que propongan candidatos a la junta de gobierno que cumplan las condiciones de trayectoria profesional, mérito y conocimientos requeridos por la convocatoria. Se hace necesario recuperar una junta facultativa técnico-asistencial que participe en los nombramientos.

Reconocimiento remunerado a la gestión clínica y a la profesionalidad

Creemos en los modelos participativos de gestión con profesionales formados y en promover la autonomía de gestión de los Equipos de Atención Primaria descentralizándola. El coordinador debe cambiar su rol a director y ha de contar con herramientas de gestión, dirigir a todos los profesionales del equipo y ostentar la categoría de jefe de servicio. También se plantea la creación de juntas de gobierno de APyC, un órgano asesor y promotor de cambio y de diseño de objetivos, con los directores de centros de salud como líderes.

La gestión de los centros ha de contar con participación ciudadana y participación comunitaria, pero no política. Hay que modificar los consejos de salud. La presión social y de las asociaciones de pacientes —en ocasiones incitadas por terceros— sobre los políticos modula los gastos con peticiones a menudo poco basadas en mejoras poblacionales.

Los centros de salud han de poder autogestionar los contratos de personal y contar con plantillas suficientemente dimensionadas que permitan ser autónomos para afrontar períodos de alta frecuentación o de ausencias. En las épocas de menor demanda, los profesionales podrían encargarse de labores no urgentes, pero imprescindibles, que actualmente se realizan en horas extras, como la investigación, la docencia, la formación etc. Podrían integrar el mismo centro de salud, pero sin cupo. Para ello sería muy útil idear mecanismos para incentivar la autocobertura (como es lógico, con plantillas adecuadamente dimensionadas) con modelos flexibles en función de incidencias y resultados.

Es necesario eliminar la precariedad laboral y que se hagan contratos solo para la atención continuada. No solo suponen un atentando a longitudinalidad, sino que también pueden menoscabar la seguridad del paciente, producen mayor burn-out del profesional y promueven la emigración.

3.4. ELIMINAR ACTIVIDADES INNECESARIAS/NOCIVAS

Las actividades innecesarias o nocivas, además de consumir recursos que no se dedican a otras actividades necesarias, ponen a los pacientes en situación de riesgo. Hay que erradicarlas para contribuir a la sostenibilidad. Es preciso apoyarse en la medicina basada en pruebas y en otras iniciativas como las recomendaciones «no hacer...». Este tipo de recomendaciones deberían estar elaboradas por organismos independientes y fiables, y ser promovidas desde el propio sistema de salud.

Abogamos por un «NICE español», por una estrategia de evaluación de las nuevas tecnologías que realmente aporte un valor. Y proponemos que sea el Ministerio, con la participación efectiva y real de las CCAA, quien constituya este NICE.



3.5. UNIVERSIDAD. FORMACIÓN POSGRADO

Cuarenta años después de la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, ya va siendo el momento de incorporarla a la universidad. Exigimos la creación de **departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria en la universidad**.

Es necesario un cambio en la universidad y que la MFyC forme parte de los planes de estudio y de la formación real aportando los conocimientos propios de la especialidad. El abordaje holístico basado en la persona y en los determinantes sociales, y no en los sistemas o aparatos, añade un plus muy necesario a la formación de los futuros médicos. Si a ello añadimos los diferentes ámbitos en que los/las especialistas en MFyC desarrollan su actividad (Atención Primaria, urgencias, gestión...), es evidente que la MFyC incorpora áreas y temas ausentes a día de hoy en las facultades de Medicina de nuestro país.

La MFyC ha de ser impartida en la universidad por especialistas en MFyC, con profesores asociados y profesores acreditados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Sin embargo, los profesores de la especialidad de MFyC, como los de otras especialidades clínicas, tienen muchas dificultades para recibir la acreditación por parte de ANECA. Por ello los currículums deben modificarse y adaptarse a la realidad de la APyC (la **especialidad clínica que enseña clínica**).

Defendemos la especialidad vía MIR por encima de todo, con un posgrado de calidad. Las unidades docentes deben desempeñar un papel importante e incluso ser o estar relacionadas con las cátedras de MFyC en la universidad. La unidad docente de Medicina Familiar debería agrupar también a los residentes en la universidad.

Las Unidades Docentes (UUDD) han tenido una evolución muy similar a la Atención Primaria y han asumido competencias (por ejemplo, la formación de EIR) que no han ido acompañadas de la adecuada dotación de recursos. Al igual que ocurre en otras especialidades, existe una gran variabilidad entre unidades docentes. A ello hay que añadir el déficit de tutores y la ausencia de reconocimiento de los mismos.

Si queremos una medicina centrada en el paciente, hay que trabajar de forma coordinada con otros especialistas y conocer la realidad del paciente y su entorno (familia y comunidad). En general, los otros especialistas desconocen la realidad de la APyC y del paciente en su entorno. Por este motivo, todos los residentes de otras especialidades deberían realizar un período formativo reglado por AP.

4. CALIDAD

Este apartado responde a la pregunta «¿para qué?». Con calidad nos referimos a qué queremos cambiar del sistema para:

- Dar la mejor atención, con el mejor conocimiento disponible y la máxima seguridad para los pacientes.
- Proporcionar cuidados centrados en la persona y su comunidad: establecer una relación con otros actores del entorno, sanitarios y no sanitarios, que sea coordinada, tenga objetivos comunes y esté centrada en el paciente (hospitales, farmacia comunitaria, centros sociosanitarios, ayuntamientos, asociaciones de vecinos, organizaciones sociales, salud mental, etc.).
- Cubrir la mayor parte de las necesidades en salud de la comunidad aumentando la capacidad resolutive de los centros.
- Investigar sobre la APyC: generar conocimiento para mantener las actividades saludables y dejar de hacer lo que no mejore la salud de los ciudadanos. Analizar los resultados en salud que demuestren la bondad de la APyC e ir adaptando de forma continuada el conocimiento a la mejor evidencia disponible.
- Enseñar a las personas a cuidar de su salud, pues son las máximas responsables de mantener formas de vida saludables.



4.1. MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

Para dar la mejor atención hay que analizar el conocimiento disponible a partir de fuentes veraces e independientes y actualizar continuamente los datos con los que se cuenta.

El hilo de la calidad es central. Resulta difícil gestionar el conocimiento debido al exceso de producción científica y porque en muchas ocasiones las guías de práctica clínica (GPC) están formuladas por profesionales del ámbito hospitalario y, por tanto, no son aplicables en Atención Primaria. Por ello, se propone fomentar la creación de GPC elaboradas desde AP e invertir en estructuras/organismos que provean de conocimiento independiente y veraz.

Ya se ha expuesto con anterioridad que desde semFYC solicitamos la creación de un NICE español. Entendemos que sería de ayuda para incorporar en nuestro modelo asistencial la toma de decisiones con todas las evidencias integradas, tanto para medicina como para enfermería.

Debido al envejecimiento de la población y al gran aumento de pacientes crónicos gracias a la mejora de la supervivencia en patologías hasta hace poco letales (cáncer, VIH...), cada día nos encontramos con pacientes con mayor complejidad y pluripatología, lo que obliga a efectuar un abordaje integral. La mayoría de estos pacientes no encajan en las GPC actuales, que están más orientadas a patologías únicas. Cada vez incorporamos más, como un elemento esencial de la profesionalidad médica, un papel coordinador de la atención y protector del paciente, evitando el sobrediagnóstico, la fragmentación y el sobretratamiento.

En la realidad del día a día de la sobresaturada APyC no es posible invertir ni tiempo ni dinero en investigación en resultados en salud en este entorno. No obstante, es necesario realizar este estudio y publicar las conclusiones no solo para lograr la mejora de la salud colectiva, sino también para perfeccionar el conocimiento en dicho ámbito y optimizar la eficiencia general del sistema. Se deben evaluar las actividades costo-eficientes de la práctica clínica, dada la variabilidad entre profesionales, para conocer los resultados obtenidos y los costes, y con ello poder sacar conclusiones y aprender de las mejores prácticas. La longitudinalidad y la continuidad asistencial tienen una gran repercusión en la atención, supervivencia y calidad de vida. Se debe seguir investigando con especial interés en nuestro sistema sanitario y en nuestro ámbito asistencial.

La calidad tiene que ver con la capacidad de identificar problemas y necesidades de salud y resolverlos en un contexto familiar y comunitario, pensando en la seguridad del paciente y trabajando con parámetros de bioética clínica.

Para garantizar la continuidad y longitudinalidad, se propone favorecer la unidad medicina-enfermería y, a partir de esta unidad, establecer una relación de apoyo con otros profesionales sin que se fragmenten los cuidados, dado que esto aumentaría los costes.

Respecto a si deberíamos contar con otros profesionales como nutricionistas, licenciados en educación física, psicólogos, etc., aunque se considera que son necesarios, no hay acuerdo en si se han de situar en los centros u hospitales, o bien depender de la comunidad (ayuntamiento, asociaciones de vecinos, etc.) y trabajar de forma colaborativa. No se dispone de estudios del coste-efectividad ni del impacto asistencial que puede suponer la incorporación de estos profesionales a los equipos de Atención Primaria. Por otro lado, potenciar el papel de centro de salud con nutricionistas, graduados en actividad física... puede redundar en un descenso de medicalización y atraer a la población a este ámbito.

Para que la atención sea costo-eficiente y a fin de disminuir desigualdades, esta debe ofrecerse en el nivel más cercano al ciudadano y ha de proporcionarla el profesional más capaz y capacitado: lo que pueda resolver el paciente no ha de llegar al centro; lo que pueda resolver el personal de atención al usuario no debe pasar a enfermería, y lo que pueda resolver enfermería no ha de pasar a medicina. No todos han de hacer de todo.

Hay que fomentar la salud fuera del entorno sanitario y promover activos en salud de la comunidad. La corresponsabilidad de los ciudadanos es esencial para asegurar la viabilidad económica del sistema sanitario.

La tolerancia de la incertidumbre es una característica necesaria de la MFyC en Atención Primaria. Se debe poner en valor y servir como un indicador de la AP: consiste en saber esperar y reevaluar y en promover el «no hacer» como paradigma de seguridad, basándose en el mejor conocimiento disponible y no en la idea de reducir costes. La paulatina complejidad de la atención y el manejo



de la incertidumbre exigen tiempo para la reflexión y el análisis de las necesidades del paciente. La sobrecarga, las contrataciones discontinuas, la pérdida de longitudinalidad... son amenazas reales para la Atención Primaria.

¿Cómo mejorar de forma continuada?

- Utilizar técnicas del modelo Lean; este es un modelo de gestión enfocado a minimizar las pérdidas de los sistemas al mismo tiempo que maximiza la creación de valor para el cliente final. Para ello emplea la mínima cantidad de recursos, es decir, los estrictamente necesarios para el crecimiento, como lo hacen algunas empresas (por ejemplo, Toyota) en sus procesos.
- ¿Cómo? Primero hay que preguntar a los que están en primera línea y, de toda la información recogida, hay que identificar los procesos de valor para depurar y quitar lo que no sirve. Por último, se soluciona lo que se deba solucionar.
- Promover una cultura de evaluación como tecnología sanitaria: valorar modelos en AP y no incorporarlos si no se sabe si funcionan. Supeditar la implantación a la evaluación previa.

Ya se ha recogido en otras partes del documento la necesidad de generar cambios en la gestión haciéndola más participativa y descentralizada, así como la exigencia de reorientar los sistemas de información y la tecnología hacia modelos más evaluativos, que ayuden en la toma de decisiones clínicas y permitan la interacción con los pacientes.

4.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad está ligada a la longitudinalidad. Trabajar en un ambiente de colaboración y cooperación, tanto en los centros como en la coordinación entre niveles asistenciales, favorece que la atención sea más segura para el paciente.

Pero es necesario que la cultura de seguridad del paciente impregne más la organización. Reducir el proyecto «no hacer» exclusivamente a la contención del gasto es peligroso, sobre todo en una población que no está educada para no hacer.

El trabajo en equipo con enfermería y farmacia de AP es también fundamental en los temas de polimedización. Y por supuesto resulta imprescindible potenciar cada vez más la toma compartida de decisiones con el paciente.

4.3. RELACIONES CON OTROS ACTORES

El centro de salud trata necesidades individuales y poblacionales, aunque en ocasiones se concibe más como un bien de consumo. La medicalización de la sociedad comporta que la APyC a veces desempeñe un rol social que no le corresponde. Se hace necesario trabajar con los **agentes sociales** (asociaciones vecinales, ayuntamientos, etc.) y aprender a colaborar con ellos en red. Hay que procurar que las personas, familias y comunidad se hagan cargo de nuevo de todos los cuidados que no son médicos, los cuales, por tanto, han de salir de los centros de salud.

La **farmacia comunitaria** puede desempeñar un papel importante como entidad sanitaria en la educación sanitaria, en la adherencia a los tratamientos..., aunque su componente de negocio y, por tanto, con ánimo de lucro puede entrar en contradicción con su papel como sanitario.

Ya se ha argumentado previamente la relación de los EAP con estructuras creadas al margen de la Atención Primaria como unidades de paliativos, de atención domiciliaria..., así como la conveniencia de invertir en Atención Primaria para dar una respuesta integral y coherente a las necesidades que surjan.

Creemos en un modelo de APyC que coloque realmente la APyC como centro del sistema (modelo tipo NHS), en el que toda la población (niños, adultos, ancianas, embarazadas) tenga como referencia el centro de salud y que sea altamente resolutivo. En este sentido, en este momento se deberían investigar los modelos de relación con lo «sociosanitario», con especial interés con las instituciones residenciales de ancianos por tratarse de entidades con pacientes frágiles o ya deteriorados, con altas necesidades de atención.

En lo referente al ámbito del hospital, también se ha descrito la conveniencia de establecer una relación mucho más personalizada, con especialistas hospitalarios de referencia para cada zona



básica, en la que se dé la igualdad en el acceso al catálogo de pruebas complementarias, la posibilidad de libre elección de especialista hospitalario... Sería un paso importante que una parte variable del presupuesto que maneja un gerente de área sanitaria estuviera condicionada a la coordinación con la APyC, pues ello ayudaría a transformar el ecosistema cambiando a todos los actores.

Extraordinariamente estrecha es la relación con salud pública, pues la APyC constituye el recurso que está en el territorio, de ahí su importancia para el desarrollo de todas las estrategias de salud pública. Es indiscutible la importancia de mantener y potenciar al trabajo conjunto y coordinado entre ambos actores.

4.4. OTROS PROFESIONALES

En treinta años han cambiado las poblaciones y sus necesidades. Hace treinta años teníamos cuarenta licenciaturas; hoy existen más de cuatrocientos grados. En los centros de salud seguimos teniendo las mismas profesiones, si bien han surgido otras que pueden ser complementarias y favorecer una mejor labor asistencial.

Se propone integrar en el centro de salud a los especialistas que se precise mediante contratos externos en función de las necesidades, pero siempre reevaluando las experiencias previas.

4.5. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN INTEGRADAS

La formación ha de ser transversal. No todo el mundo tiene capacidad para formar o la formación suficiente para hacerlo. Se debe incentivar la tutorización de residentes bien sea remunerándola, reconociéndola en la carrera profesional, con traslados, con plazas específicas de tutor...

La AP tiene la capacidad de generar conocimiento ligado a calidad y a fines asistenciales, pero para ello debe promoverse la investigación en APyC. Y esto requiere financiación tanto en recursos para los equipos (liberación de tiempo asistencial, intensificación...) como en estructuras de apoyo. Las diferencias en investigación en Atención Primaria entre unas CCAA y otras se pueden explicar en parte por la existencia de estructuras específicas de apoyo a esta actividad.

El sistema sanitario español necesita conocer en profundidad su realidad asistencial, valorar la efectividad y la eficiencia, y para eso es necesario analizar el desempeño diario, los modelos de organización, los resultados en salud...

La investigación puede ser la gran herramienta que atraiga a los profesionales y puede actuar como palanca de cambio.

5. PROPUESTAS CONCRETAS

Las iniciativas que se han ido abordando a lo largo del documento pueden resumirse en las siguientes propuestas.

5.1. MEDIDAS URGENTES A CORTO PLAZO

1. **Los presupuestos para la AP han de ser finalistas y estar blindados.** Como medida urgente, se hace necesario corregir la infrafinanciación de la AP. De acuerdo con la evolución presupuestaria del último decenio, sería necesario invertir:
 - a) 2.500 millones de euros en Capítulo I (personal) de APyC en los próximos 4 años (2019-2023), lo que supone incrementar estimativamente un 25 % el presupuesto actual.
 - b) 1.250 millones euros de inversión en infraestructuras de los centros de salud en los próximos 10 años (2020-2030) (renovación, adecuación, construcción, etc.).
 - c) 50 millones de euros/año, en los próximos 4 años, para la adquisición de equipamiento y tecnología (15.000-20.000 euros/año/centro de salud).

2. Es esencial **dotar a la AP de estructuras directivas propias**. Para ello deberían revertirse las gerencias únicas: la AP no solo ha de gestionar sus presupuestos, sino que además la gestión debe ser cercana a los equipos y a la ciudadanía.
3. **El y la especialista en MFyC deben trabajar en plazas de médico/a de familia**. Ante la falta de médicos, los médicos de familia deben ocupar sus plazas de médicos de familia prioritariamente. Si con el fin de dar respuesta a las necesidades sanitarias se cubren (con médicos de familia) plazas de otras especialidades (por ejemplo, pediatría), se propone, además de informar a la población, cambiar la denominación de dichas plazas o valorar otras alternativas («atención 0 a 100 años», etc.).
4. Por razones de legalidad, seguridad del paciente y reconocimiento de la especialidad, se debe garantizar que las plazas de MFyC (AP, atención continuada, urgencias, etc.) **no sean ocupadas por profesionales sin esta especialidad**.
5. **Los profesionales han de tener autonomía** para gestionar sus propias agendas y poder acceder a la información que facilite la toma de decisiones clínicas.
6. El/la médico/a de familia, cualquiera que sea el ámbito en el que desarrolle su actividad, debe tener **acceso al catálogo completo de pruebas diagnósticas** en las mismas condiciones que el resto de las especialidades.
7. **Ley de subsidiariedad**: se propone modificar la legislación actual para reorganizar las competencias de cada uno de los actores (medicina, enfermería, personal de admisión) para que resulte más coste-efectivo :
 - a) Redefinir la cartera de servicios de enfermería y de auxiliares de enfermería en APyC: competencias y cartera de servicios.
 - b) Definir la demanda y su asignación a los diferentes profesionales.
 - c) Formar y capacitar a los administrativos sanitarios (creación de los administrativos sanitarios o de AFyC con sus competencias).
8. **La atención domiciliaria es competencia de AP**, del equipo medicina-enfermería. Es necesario dimensionar las plantillas para mantener las competencias y garantizar que el equipo de APyC pueda realizar la atención domiciliaria.
9. **La atención continuada incumbe a la AP, a la gerencia de AP**. Los ciudadanos deben disponer de dispositivos de urgencias de AP 7 x 24 x 365. Los dispositivos de atención continuada han de estar coordinados con los EAP para asegurar la longitudinalidad y la capacidad resolutoria de la APyC.
10. **El modelo organizativo de los Equipos de Atención Primaria ha de ser flexible** y contar con diferentes fórmulas que se adapten a las características sociodemográficas de la población a la que se ha de asistir. Asimismo, debe disponer de la estructura y de los recursos pertinentes.
11. **El/la director/a de equipo** debe ser miembro del equipo, tener capacidad directiva real, categoría de jefe/a de servicio, estar adecuadamente retribuido/a y tener una carga asistencial ajustada. Se propone que el acceso al cargo se realice por convocatoria pública, con presentación de proyecto y con evaluación periódica. Debe estar acotado en el tiempo y contar con opciones de renovación.
12. **Las plantillas se deben dimensionar adecuadamente** (no solo en base al número de tarjetas sanitarias y grado de dispersión), incorporando a los nuevos profesionales a la plantilla de forma **estable y retribuyéndolos** en base a:
 - a) Características de la población (necesidades socioeconómicas, complejidad, nivel de envejecimiento).
 - b) Cartera de servicios del equipo.
 - c) Actividades no asistenciales (por ejemplo, actividad comunitaria, docencia, investigación, gestión, etc.).
13. En defensa de la longitudinalidad (valor esencial de la AP), se propone que las **contrataciones de profesionales sean prolongadas y estables (1-2 años)** con asignación permanente a un equipo o dos.



14. Hay que asegurar la **conciliación laboral-familiar** y considerarla en los modelos de gestión.
15. Las ofertas públicas de empleo deben convocarse con periodicidad preferentemente bienal o como máximo trienal, y con la identificación de las plazas que salen a concurso.
16. Se deben promover iniciativas que reduzcan o eliminen las **actividades que no aportan valor** en la atención sanitaria (justificantes, permisos, bajas inferiores a tres días, multitud de informes, citas que corresponden a otros ámbitos...).
17. Hay que potenciar la formación en Atención Familiar y Comunitaria **convocando un mayor número de plazas MIR-EIR** y adecuando la dotación en recursos humanos y materiales de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria.
18. Es preciso apoyar, incentivar (incluido el incentivo económico) y **prestigiar el trabajo del tutor**.

5.2. MEDIDAS URGENTES A MEDIO PLAZO

19. Se debe propiciar la integración de las mutualidades públicas en el sistema público con su dotación presupuestaria.
20. Es necesario avanzar en la elaboración de presupuestos capitativos para la asignación presupuestaria a las gerencias de AP y a la atención hospitalaria como instrumento esencial para promover la eficiencia.
21. Debe **profesionalizarse la gestión** de las gerencias de AP y de mandos intermedios, con asignación del cargo mediante concurso público.
22. Ha de promoverse la **autonomía de gestión de los EAP** también en la gestión de personal. Se debe contar con plantillas suficientemente dimensionadas que aseguren la oferta de la cartera óptima de servicios a los ciudadanos y que permitan afrontar periodos de alta frecuentación o ausencias.
23. **Hay que ampliar la cartera de servicios de APyC** en función de las necesidades reales de la población. Se propone una **cartera de servicios óptima** (no básica) para todo el territorio español.
24. La **atención comunitaria es una actividad prioritaria en AP** que precisa de recursos y de formación, así como contar con la alianza y el soporte de la salud pública.
25. Todas las Facultades de Medicina deben ofrecer la asignatura de Medicina Familiar, la cual, lógicamente, ha de **ser impartida por especialistas en MFyC**, con profesores asociados y acreditados por la ANECA, cuyo currículum ha de ser adaptado a la realidad de la APyC (especialidad clínica que enseña clínica).
26. Proponemos la creación de un **NICE español**, independiente, con representación de APyC y de salud pública en número proporcional.
27. Es necesario **impulsar la cultura de la evaluación** en los servicios sanitarios incorporando indicadores que identifiquen las prácticas que aportan valor e información sobre resultados en salud.
28. La tecnología en el ámbito sanitario, en cuanto a sistemas de información, se encuentra en la fase «predigital». Se debe trabajar para que en un futuro próximo pueda facilitar la toma de decisiones de los y las profesionales (historia clínica «asistencial» también en domicilio) y la investigación clínica, así como la comunicación con los pacientes.
29. Se debe dotar a la APyC de los recursos necesarios para que sus profesionales puedan investigar. La APyC ha de responder a preguntas sobre la asistencia y la práctica clínica sin perder los objetivos de la especialidad: efectividad y eficiencia.
30. Es preciso que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y todas las CCAA trabajen en la implementación de la **cultura del «no hacer», la seguridad del paciente y la prevención cuaternaria** para que se extienda por todos los dispositivos asistenciales y todas las especialidades.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017;356:j84.
- Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624
- Blair M, Rigby M, Alexander D. (editores). Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The final summarised results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project. London: Imperial College London, United Kingdom; noviembre 2018.
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña Longobardo LM, et al. Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2018;20(2):1-179.
- Casajuana J. (coord.). Gestión de lo cotidiano. Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2016.
- Comunicados de las sociedades federadas en relación a la situación que viven las y los especialistas en medicina de familia en las distintas comunidades autónomas. <https://www.semfyc.es/comunicados-de-las-sociedades-federadas-en-relacion-a-la-situacion-que-viven-las-y-los-especialistas-en-medicina-de-familia-en-las-distintas-comunidades-autonomas/>
- Demografía y situación de salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Informes, Estudios e Investigación 2018. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>.
- Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):34-41.
- Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Marcus J, Hollander MJ, Kadlec H. Financial Implications of the Continuity of Primary Care. *Perm J*. 2015 Winter;19(1):4-10.
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. [Internet.] París: OECD Publishing; 2018. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- OMS: Cobertura sanitaria Universal. [Internet.] Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- Pou-Bordoy J, Gené-Badía J, De la Cámara-González C, Berraondo-Zabalegui I, Puig-Barberà J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria*. 2006;37(4):231-4.
- SemFYC: Revitalización de la Atención Primaria del futuro. Documento semFYC n.º 36. Barcelona: semfyc ediciones, 2016.
- Simó J. Blog: Salud, dinero y atención primaria... <http://saludinerop.blogspot.com/>
- Witcombe C. Continuity of Care in modern day general practice. *Royal College of General Practitioners*. 2016:1-32.



7. ANEXO. AUTORES DE LA JORNADA DE REFLEXIÓN

Abenza Campuzano, Jesús	Domingo Rico, Cristina	Repullo Labrador, José Ramón
Arenas Berenguer, Isabel	Fernández García, María	Sánchez-Celaya del Pozo, Marta
Arroyo de la Roya, Ana	Galindo Ortego, Gisela	Sepúlveda Muñoz, Jesús
Barrera Linares, Ernesto	Guillén Lorente, Sara	Simó Miñana, Juan
Bartolomé Moreno, Cruz	López Santiago, Asensio	Sisó Almirall, Antoni
Basora Gallisà, Josep	Martín Álvarez, Remedios	Sueiro Justel, Jesús
Bueno Ortiz, José Miguel	Melguizo Jiménez, Miguel	Tranche Iparraguirre, Salvador
De Juan Roldán, José Ignacio	Molero García, José M. ^a	
Del Cura González, Isabel	Polentinos Castro, Elena	

8. ANEXO. AUTORES DE LAS XXVII JORNADAS DE PRIMAVERA

Abad Schilling, Clara	García Asensio, Mónica	Moliner Prada, Carmen
Aguilera García, Luis	García Paricio, Luis Miguel	Ochoa Prieto, Jesús
Aldecoa Landesa, Susana	García Ribes, Miguel	Pérez Milena, Alejandro
Alfonso Landa, Patricia	Gómez Gascón, Tomás	Planes Magriñá, Albert
Arroyo de la Rosa, Ana	Iglesias Sánchez, José Miguel	Polentinos Castro, Elena
Bartolomé Moreno, Cruz	Izquierdo García, Erika	Quintana Gómez, José Luis
Bueno Ortiz, José Miguel	León Martín, Alberto Antonio	Sisó Almirall, Antoni
Callejo Giménez, Elvira	López Santiago, Asensio	Solanes Cabús, Mónica
Casado Medina, M. ^a Ángeles	Martín Álvarez, Remedios	Soler Torroja, Mario
Coll Benejam, Txema	Martín Zurro, Amando	Suárez Sánchez, Gema
Duque Valencia, Aurelio	Medina Peralta, Manuel	Thomas Mulet, Vicenç
Fernández García, María	Melguizo Jiménez, Miguel	Tranche Iparraguirre, Salvador
Ferrán Mercadé, Manel	Mestres Lucero, Jordi	Vázquez Díaz, José Ramón
Galindo Ortego, Gisela	Molero García, José M. ^a	

9. ANEXO DE EXPERTOS CONSULTADOS

Casado Vicente, Verónica
Ruiz Téllez, Ángel



www.semfy.com