



La mirada maestra de la actualidad

# 2024. Regreso al futuro de la Atención Primaria

Autor **J** Juan Simó. Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)

**Sostiene César Molinas [¿Qué hacer con España?, Ed. Destino, 2013] que el futuro se construye tirando de la organización, no empujando: hay que tener una visión de futuro, poner los pies allí y estirar de la organización. Esto es precisamente lo que intenta hacer el autor de este artículo. Juan Simó se sitúa en 2024 e imagina los cambios que propone para la Atención Primaria española durante la próxima década. Los describe en un hipotético reportaje conmemorativo del 40 aniversario del inicio de la reforma de la Atención Primaria que se publicaría en 2024, pero que El Médico publica en 2014 coincidiendo con el 30 aniversario de la reforma de 1984.**

**M**adrid, 1 de febrero de 2024. Se cumplen ahora 40 años del inicio de la reforma de la Atención Primaria española. El decreto que iniciaba la reforma se publicaba tal día como hoy, 1 de febrero, pero de 1984. Pocos años antes, en 1978 se creaba la especialidad de Medicina de Familia. Muchos de los médicos de familia de aquellas primeras promociones de especialistas ya se han jubilado y otros están a punto de hacerlo. No obstante, han podido ser testigos de algunos cambios relevantes en la recta final de su vida laboral. Repasemos, pues, en este reportaje conmemorativo los principales cambios ocurridos en la Atención Primaria española durante estos últimos diez años

## Unión profesional

Parece que de los rescoldos de las actuaciones reivindicativas y de carácter aglutinador promovidas por la Plataforma 10 Minutos durante la primera década de este siglo surgieron algunas iniciativas pocos años después. Desde la perspectiva profesional, la más relevante fue la inte-



**Juan Simó**

gración de las tres sociedades de médicos de familia en una única asociación al final del verano de 2015, a partir del germinal Foro de Médicos de Atención Primaria que operaba desde 2009. Contribuyó a ello la constatación de que el Proyecto AP 21, "caducado" desde hacía tres años, se apollaba en las polvorientas estanterías sanitarias del Ministerio y Consejerías sin causar la más mínima reactividad en los políticos responsables de su desarrollo. Pero el verdadero catalizador que aceleró dicha integración fue otro bien distinto. Muchos de los recién especializados médicos de familia, que prácticamente no tenían otra opción que emigrar de España al terminar su especialidad o recircular cambiando de especialidad dentro del sistema MIR, se asociaron creando un año antes la Asociación de Médicos de Familia Sin Futuro Profesio-

nal. Los jóvenes médicos de familia dejaron de apuntarse a cualquiera de las tres sociedades existentes para apuntarse de forma creciente a "la suya" y protagonizaron algunos hechos reseñables. A destacar, una numerosísima concentración delante del Ministerio en el otoño de 2014 con un encierro posterior en el Colegio de Médicos de Madrid al que, por cierto, se unieron otros médicos de familia no tan jóvenes que rememoraban viejos tiempos. Las tres sociedades científicas de médicos de Atención Primaria, durante muchos años intensamente ocupadas en cuestiones de formación profesional (cursos, congresos, jornadas, libros, guías, etc.) no procuraban con tanta perseverancia mejorar el empoderamiento profesional de los médicos de familia que ejercían en los centros de salud. Y así, en su empeño por incrementar su papel proveedor de forma-



ción continuada, contribuían a extender la idea de que el problema de la Atención Primaria y sus profesionales era un déficit de formación cuando el déficit era de empoderamiento. La nueva sociedad, que incorporó también a la recién creada por los jóvenes médicos de familia, se denominó Médicos de Familia de España (MediFamEs) ([www.medifam.es](http://www.medifam.es)). Pocos meses después, en la primavera de 2016 se celebraba en Madrid el I Congreso Nacional de la Atención Primaria de Salud Española auspiciado por esa nueva y potente sociedad. Su lema lo decía todo: "Médicos de familia: nuestra unión refuerza nuestra profesión". A partir de ese momento, muchas cosas empezaron a cambiar.

### **Una nueva carrera profesional**

Casi en cadena fueron sucediéndose acontecimientos como la creación de la Agencia de Acreditación de la Formación, de la Competencia y Carrera Profesional en Atención Primaria, soportada a tercios por MediFamEs, la OMC y el Ministerio de Sanidad. La carrera profesional era, en ver-

dad, engendrada y gobernada desde la profesión y no desde instancias ajenas. Un nuevo modelo de la misma se aprobó a finales de 2016 sustituyendo al modelo anterior que primaba básicamente la antigüedad. En el nuevo modelo se ascendía voluntariamente mediante recertificación de la competencia y ajustando por longitudinalidad y por la asunción efectiva de nuevas tareas, sobre todo, clínicas, pero también docentes y de investigación. El gen profesional de los médicos de familia españoles había empezado a des-reprimirse. Se promovió así el desarrollo de competencias, algunas prácticamente testimoniales hasta entonces entre los médicos de familia españoles.

### **Empleabilidad y desarrollo profesional: la paradoja**

El estancamiento en la práctica clínica de los médicos de familia que ejercían en el centro de salud fue cada vez más acusado durante los tres primeros lustros de este siglo, con escasa incorporación generalizada de nuevas funciones o actividades,

cuando no con pérdida de responsabilidad sobre distintos grupos o perfiles de pacientes por la proliferación de dispositivos dispensarizados de origen e implantación fundamentalmente hospitalarios como, por ejemplo, las unidades de insuficiencia cardiaca, cirugía menor, EPOC, diabetes, osteoporosis, demencias, tabaquismo, etc. que se sumaron a las que surgieron durante los tres últimos quinquenios del siglo pasado (planificación familiar, control del embarazo normal, hospitalización a domicilio, unidades de paliativos, etc.). En muchos de estos dispositivos se contrataba a especialistas en Medicina de Familia, lo que significaba que dichos profesionales en España, además de como médicos de familia con un cupo de pacientes asignado en un centro de salud, podían emplearse en muchos sitios. Se trataba, pues, de una especialidad médica con una considerable empleabilidad en la Sanidad pública que creció conforme aparecían y desarrollaban este tipo de dispositivos. De hecho, a diferencia de lo ocurrido con las primeras promociones de especialistas, en los últimos años sólo una minoría acababan trabajando en



un centro de salud al terminar la especialidad.

Sin embargo, las formas organizativas desintegradoras fragmentaban crecientemente la atención y, por mucho que significaran empleo para el especialista en medicina de familia, contribuían a aminorar el desarrollo profesional del médico de familia del centro de salud que progresivamente dejaba de hacerse cargo de determinados problemas y perfiles de pacientes de su cupo. Durante años, pues, se ha dado la paradoja de que a mayor empleabilidad del especialista en Medicina de Familia menor posibilidad de desarrollo profesional del médico de familia del centro de salud. Esta paradoja se intensificaba cuando, además de los dispositivos mencionados, se tenía en cuenta el gran número de especialistas en Medicina de Familia que ejercía en plazas de Pediatría en centros de salud, en servicios de urgencia ambulatoria u hospitalaria o en las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

### **Déficit de profesionales pero con mayores competencias**

El cambio del modelo de carrera profesional, desde uno que primaba básicamente la antigüedad hacia uno que sobre todo recompensa la asunción y desarrollo efectivo de competencias en la práctica real, promovió el desarrollo de competencias entre los médicos de familia de los centros de salud. También empujó en esa dirección la falta de profesionales agudizada por la gran crisis económica del año 2008. Esta falta ya se detectó durante la primera década de este siglo pero aumentó durante la segunda por la importante emigración de nuestros médicos y enfermeras a otros países durante la larga década de crisis. De la necesidad se hizo virtud y se desarrollaron progresivamente nuevas competencias entre casi la mitad de los médicos de familia (dos terceras partes de ellos situados en los más altos niveles de carrera).

Los profesionales de enfermería también desarrollaron mayores competencias, especialmente desde el desarrollo de la prescripción enfermera y la creación de la es-

pecialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria cuya primera, y escasa, promoción salió a la calle en mayo de 2013. Hoy ya tiene poco sentido la persistencia de dispositivos dispensarizados como los mencionados anteriormente y muchos han desaparecido. La mayor parte de estas competencias ya son asumidas prácticamente al completo por los propios médicos y enfermeras de familia en sus propias consultas para sus pacientes asignados. El déficit de profesionales se palió en parte con la incorporación progresiva al ámbito de las consultas de Atención Primaria de aquellos médicos especialistas en Medicina de Familia y enfermeras que en número no despreciable trabajaban en estos dispositivos de atención dispensarizada. También ayudó la incorporación al ámbito de la Atención Primaria de muchos especialistas en Medicina de Familia que trabajaban en las mutuas de accidentes de trabajo, pues a partir de 2017 se integró en el Sistema Nacional de Salud la responsabilidad de la atención sanitaria al accidente laboral y a la enfermedad profesional. Esto permitió mejorar la eficiencia en la atención sanitaria de estas contingencias y una dedicación más intensa de estas mutuas a la prevención en un país con una de las tasas más elevadas de accidentes laborales de la Europa desarrollada. Así mismo, la edad pediátrica se redujo a los 12 años de edad en 2016 y a los 10 en 2018, lo que permitió la incorporación a las plazas de Medicina de Familia de muchos médicos de familia que ejercían en plazas de Pediatría. Esto inicialmente se vivió como una pérdida por parte de los padres que pronto comprendieron que lo "natural" era que el propio médico de familia que les atendía a ellos fuera el mismo que atendiera sus hijos a partir de dicha edad.

### **Diversidad y autonomía organizativa**

Un amplio abanico de posibilidades de micro-organización se abrió paso a partir de 2016. Ese año, el Ministerio de Sanidad, mediante la Agencia de Evaluación de la Provisión y del Producto Sanitarios, establecía diversas formas organizativas que, además, se encargaba de acreditar y re-acreditar. Los médicos de familia podían ejercer por cuen-

ta propia, de forma independiente y autogestionada en solitario, en pequeños grupos asociados o no a otros especialistas. También ejercían por cuenta ajena en los antiguos centros de salud con una autogestión creciente (la máxima que permitía la rigidez de formar parte de una plantilla más que de un equipo autoseleccionado). En cualquier caso, los médicos de familia tienen actualmente la sensación de pertenencia, más que a una organización, a una comunidad que propone a sus miembros una identidad, una tarea y bien comunes, unos valores y un sentido de la "excelencia" compartidos. Sin duda, la unión de las tres sociedades ha contribuido a ello.

La creación de esta Agencia también permitió algunos cambios relevantes largamente reclamados por los profesionales. La máxima desburocratización de la consulta fue forzada también por la inveterada situación de crisis económica. El modelo de receta (una prescripción=una receta=un envase), uno de los últimos reductos franquistas en Sanidad, se equiparó en 2017 al de los países europeos más desarrollados (receta multiprescripción), así como una racionalización "clínica" del modelo de IT. El software de historia clínica informatizada empezó a ser de libre elección por parte de los profesionales también a partir de 2017, lo que promovió la competencia entre los fabricantes por mejorar su calidad, ergonomía y adaptación a las expectativas clínicas de los profesionales, algo prácticamente imposible durante los largos años de monopolio autonómico.

El Ministerio creó un sistema de información sanitaria de ámbito nacional útil para la gestión, la investigación y también para la clínica. Se trataba de un Conjunto Mínimo Básico de Datos en Atención Primaria (CMBD-AP) de obligatorio cumplimiento por todos los proveedores de Atención Primaria (públicos, privados, bajo ejercicio individual o grupal) al que, con las identificaciones pertinentes, cualquier médico de familia podía acceder en línea desde su consulta. Los gestores se dieron cuenta de que la efectividad del sistema mejoraba si abandonaban toscos comportamientos de capataz y los sustituían por los de líder fa-

cilitador (en ello les iba el sueldo) pues la evaluación se basaba en una auténtica gestión clínica entendida como verdadero soporte de la sostenibilidad interna del sistema. De hecho, la diversidad microorganizativa, el auge de la gestión clínica y el desarrollo de diversos sistemas de información ha permitido en los últimos años, sin necesidad de "mercados" ni de "neoliberalismo", introducir cierta competencia por

comparación y un complementario pago por resultados. Todo ello sobre una base de financiación capitativa según población asignada a los profesionales ajustada por riesgo, ejercieran éstos tanto en solitario como, mucho más frecuentemente, en grupo. En definitiva, el financiador y autoridad sanitaria decide el "qué", el "cuánto" y el "a quién", y los profesionales decide el "cómo".

### **Por fin una gestión en base poblacional**

Así mismo, los políticos comprendieron que lo suyo era el verdadero control de la calidad del producto y de las estructuras sanitarias públicas o privadas (en ello les iban los votos). Consecuencia de todo ello fue la promulgación en mayo de 2018 de la Ley de Reforma del Marco de Relación e Incentivo Sanitarios en Atención Primaria. Esta ley, considerada hoy en día como el punto de partida de la segunda reforma de la Atención Primaria española, entronizó el presupuesto capitativo en la gestión sanitaria integral de un área de salud y la capacidad de compra de servicios médicos especializados y socio-sanitarios por parte de los médicos de Atención Primaria para sus pacientes asignados.

El total del presupuesto destinado a un área sanitaria pasó a ser capitativo, independientemente del nivel en el que se produjera el gasto, ajustado por riesgo (factores perfectamente explicitados, básicamente el envejecimiento poblacional y la deprivación social, que lo corregían al alza). Esta nueva gestión sanitaria en base poblacional, la financiación capitativa y la capacidad de compra de servicios por parte de los médicos de familia contribuyeron al renacimiento de una nueva Atención Primaria cada vez más necesaria y decisiva para la sostenibilidad interna del SNS. Esto invirtió la tendencia de perdedora de la especialidad de Medicina de Familia para convertirla en una especialidad cada vez más reclamada en nuestros días en la elección de los MIR. La Ley de Reforma de 2018 forzó al mutualismo administrativo a elegir entre integrarse en el modelo general, o bien a incorporar en su esquema asistencial en el plazo de cinco años la figura del médico de familia con cupo de pacientes, agente de los mismos y primer contacto de estos con el sistema de forma longitudinal. Las tres mutualidades (Muface, Mugeju e Isfas) optaron por la segunda opción, lo que significó un incremento en la diversidad organizativa y una mayor oferta de empleo para los médicos de familia estimada en casi mil puestos de trabajo entre 2019 y 2023.





#### Cambios en la política sanitaria

Dos importantísimos cambios se produjeron en 2016. Por un lado, la definitiva universalización del SNS. El derecho a la asistencia sanitaria se desvinculó de la Seguridad Social y se procedió a la universalización de iure de la cobertura sanitaria pública con igual título de derecho para los españoles y residentes legales. Por otro, los políticos diseñaron un organismo regulador, ejecutivo e independiente: la Agencia para la Calidad, Equidad y Solvencia del SNS que sustituyó en modo muy mejorado al lánguido y prácticamente inoperante Consejo Interterritorial. El objetivo principal de esta nueva Agencia era el de garantizar la calidad, la equidad, la universalidad y la sostenibilidad interna del SNS, así como de definir una cartera amplia pero limitada de servicios gratuitos en el momento de su uso y los copagos que pudieran establecerse. Sus directrices eran de obligado cumplimiento para todos los agentes del sistema. Se detuvo así la politización de la gestión sanitaria que como una especialidad MIR más nacería en 2020. Lo que realmente cambió desde la vertiente de la macro-política sanitaria fue la visión que se tenía de la Atención Primaria. Los políticos dejaron de percibirla como "una parte del sistema" y comprendieron que la Atención Primaria ¡¡¡era el propio sistema!!!

#### Departamentos universitarios de Medicina de Familia

Han ocurrido cambios importantes en nuestro sistema sanitario que, más tarde que pronto, ha sabido reconocer la necesidad de contar con una Atención Primaria fuerte. Estos cambios, aunque de forma más lenta y trabajosa, tuvieron también su traducción en el ámbito universitario y en la formación especializada. Los frutos han sido más tardíos y desde el pasado año 2023 la Medicina de Familia es asignatura obligatoria y cuenta con departamentos financiados, profesores y catedráticos en todas las facultades de medicina. En la formación especializada, las competencias de la Medicina de Familia forman parte nuclear del



tronco médico. Y en el periodo de troncalidad todas las especialidades de otros troncos tienen estancias formativas en las consultas de los médicos de familia. Los proyectos de investigación procedentes de Atención Primaria financiados por agencias nacionales y autonómicas se duplicaron durante el quinquenio 2018-2023, especialmente importante fue el incremento de los del tipo multicéntrico y los de colaboración internacional. El número de tesis de médicos de Atención Primaria se cuadruplicaron durante el mismo periodo de tiempo.

#### Cuarenta años de Medicina de Familia

Este año 2024 se cumplen 40 años del inicio de aquella primera reforma de la

Atención Primaria española. Para cerrar este reportaje conmemorativo nada como las palabras textuales de uno de los médicos de familia, hoy ya jubilado, de aquella primera promoción de 1979-82: *"Han tenido que pasar muchas cosas y demasiados años para que se iniciara la segunda reforma del año 2018, pero el esfuerzo por consensuar los cambios ha merecido la pena. Y lo más importante: las primeras promociones de médicos de familia hemos podido ser testigos de todos estos cambios aunque haya sido durante los últimos años de nuestra vida laboral. Unos cambios que han ayudado a flexibilizar y consolidar una Atención Primaria que a día de hoy es de todos y para todos, apreciada por la población y de la que podemos sentirnos todos orgullosos."* ■