



# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



EDITORIAL semFYC

## La transformación de la Atención Primaria pasa por un nuevo modelo organizativo y de gestión



### The transformation of primary care requires a new organisational and management mode

*Saber no es suficiente; debemos aplicar.  
El querer no es suficiente; debemos hacer.*

*Johann Wolfgang von Goethe*

La Atención Primaria está descapitalizada. La desinversión que se inició en el 2008, y de la que aún no se ha recuperado<sup>1,2</sup>, la falta de planificación por parte de los gestores, la precariedad laboral a la que se han visto abocados los jóvenes médicos y médicas de familia durante las últimas décadas, la sobrecarga de las consultas, y por último la pandemia de COVID y lo que ha supuesto para el sistema sanitario, han hecho que las costuras de la Atención Primaria empiecen a reventar, aunque de manera desigual.

Los valores de la Atención Primaria (AP), como la longitudinalidad, la continuidad, y la accesibilidad, son robustos y conllevan a que la AP sea la estrategia más eficiente, equitativa y sostenible para la atención sanitaria<sup>3</sup>. El modelo basado en la AP, y la capacidad resolutoria, como otro de sus valores, han demostrado los mejores resultados para la salud<sup>4-6</sup>.

Más de 15 años después de algunos de estos estudios, y teniendo hecho el diagnóstico y multitud de propuestas, ante una situación de máxima presión en la que los valores básicos de la AP como la accesibilidad y la longitudinalidad están en peligro de extinción, no se puede esperar más para la necesaria **transformación de la Atención Primaria, un cambio de 180 grados que precisa de muchas acciones a la vez y de similar intensidad para todas ellas**<sup>7,8</sup>.

Nuestro sistema sigue basado en estructuras rígidas, superadas por la realidad del siglo XXI, que no facilitan que el sistema sea eficiente y sostenible en el momento actual. El Plan de acción 2022-2023 del Ministerio de Sanidad, sin presupuesto sostenido en el tiempo para impulsar los cambios propuestos, va camino de ser nuevamente insuficiente para la profunda transformación que se necesita.

Optimizar las agendas con un tope de consultas, es una estrategia necesaria para quitar la aplastante presión sobre

el médico de familia, aunque totalmente insuficiente para proveer la Atención Primaria que queremos. Una AP que sea el eje de una asistencia sanitaria universal, equitativa, sostenible y coste-efectiva. Una AP cercana, accesible y longitudinal. Una **AP personalizada** (centrada en la persona) y **de precisión** (haciendo lo preciso y dejando de hacer lo que no hay que hacer por innecesario, nocivo o ineficaz).

Como Sociedad Científica, ocupados en la defensa de la Atención Primaria, y de nuestra especialidad, trabajamos en un proyecto que lleva tiempo desarrollándose. Coincidiendo con la estrategia de Atención Primaria del Ministerio del 2019, desde la SemFYC se trabajó un documento llamado "Un nuevo modelo de Atención Primaria", producto de sucesivas reuniones y debates en distintos foros<sup>9</sup>. Tras la pandemia, las propuestas siguen más vigentes que nunca.

**La Atención Primaria precisa de un cambio de modelo organizativo y de gestión.** Se necesita voluntad política para poner en marcha las reformas que son urgentes y necesarias, y un clima de confianza por parte de los gestores que las han de implementar, hacia los equipos de Atención Primaria. Los cambios se han de extender a los diferentes planos de la gestión sanitaria: la organización de los profesionales y equipos de AP (gestión clínica o microgestión), las gerencias (mesogestión) y a nivel de política sanitaria autonómica y estatal (macrogestión) (tabla 1)

La actual situación de los profesionales de AP precisa de **medidas urgentes que reduzcan la presión**. semFYC ha elaborado un documento aportando estas estrategias urgentes y a corto plazo<sup>10</sup>.

**Apostamos por la autogestión de la consulta como aspecto clave para la modernización.** Se precisa de una estrategia organizativa que facilite la autogestión de las consultas por parte de los profesionales y de respuesta a las demandas de los pacientes, apoyados en cuadros de mandos con rendición de cuentas.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102609>

0212-6567/© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1** Estrategias Urgentes Y A Corto Plazo

MICROGESTION	MESOGESTION	MACROGESTION
Flexibilizar citas en la agenda diaria.	Facilitar AUTOGESTION de la agenda de los profesionales	GERENCIAS PROPIAS de Atención Primaria.
Desburocratizar las consultas. Eliminación de carga IMPROPIA.	Apostar por Plantillas DIMENSIONADAS.	PRESUPUESTO finalista para la Atención Primaria.
Reducir la carga PROPIA de burocracia.	Propuestas organizativas que ayuden a CONCILIAR y flexibilizar competencias.	REORDENACION TERRITORIAL según criterios poblacionales.
Tiempo para la resolución de procesos clínicos en el menor número de visitas posible.	Apostar por la DOCENCIA y la INVESTIGACION. Conciliar con actividad asistencial	FOMENTAR la equiparación jefes de servicio/ director de equipo. PROFESIONALIZAR.
Autogestión de la consulta.	Apostar por un NUEVO MODELO ORGANIZATIVO. Triada asistencial	PLANTILLAS DIMENSIONADAS
TRIADA ASISTENCIAL Medicina/enfermería/administrativo, miniequipo de trabajo. Equipo de referencia para los pacientes.	Incorporar el principio de SUBSIDIARIEDAD y el TECHO DE COMPETENCIAS en la gestión de los equipos	CAPTAR Y RETENER TALENTO. DISCRIMINIZACION POSITIVA en las contrataciones para plazas de AP, y difícil cobertura.
Gestión de la demanda aguda en enfermería. Capacidad resolutive enfermería.	Incorporar ESPACIOS Y FOROS para la población, la ciudadanía	Recuperar CARRERA PROFESIONAL. Incentivos salariales.
Administrativo sanitario de referencia. Burocracia delegada.	TIEMPO Y ESPACIO para la autogestión de la consulta.	Asegurar LA LONGITUDINALIDAD y la ACCESIBILIDAD
Mirada salutogénica y comunitaria.	TIEMPO Y ESPACIO para las actividades de formación, docencia e investigación.	Incorporar la TRANSFORMACION DIGITAL
	CUADRO DE MANDOS. Rendición de cuentas.	Alfabetización y educación sanitaria a los planes estratégicos

Documento semFYC. Propuestas para bajar la presión asistencial. Estrategias urgentes y a corto plazo. 2023 [https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/https-www-semfy.com-content-uploads-woocommerce-uploads-2023-03-bajar-presion06-03-23-1-kggjc0-pdf/para-bajar-la-presion-asistencial\\_estrategias-urgentes-y-a-corto-plazo](https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/https-www-semfy.com-content-uploads-woocommerce-uploads-2023-03-bajar-presion06-03-23-1-kggjc0-pdf/para-bajar-la-presion-asistencial_estrategias-urgentes-y-a-corto-plazo)

Apostamos por la desburocratización, apoyando la autorresponsabilidad ciudadana, eliminando las tareas innecesarias y facilitando las que sean necesarias mediante las nuevas tecnologías y apoyadas en las áreas administrativas.

A nivel de mesogestión, la transformación pasa por las gerencias de Atención Primaria. Adiós al hospitalocentrismo, y a las gerencias únicas que invisibilizan lo que hay fuera del hospital y absorben los recursos. Si creemos en el modelo de Atención Primaria como eje del sistema, esto implica gestión para la Atención Primaria con sus propias estructuras y con su propio presupuesto. "Si quieres a la Atención Primaria demuéstraselo con la inversión".

Se precisa de autonomía de gestión con directores, coordinadores o jefes de servicio (diferentes denominaciones según entornos), profesionalizados, y líderes de los equipos. Plantillas dimensionadas que aseguren la gestión de imprevistos y ausencias sin saturar las consultas, en las que las necesidades de contratación sean excepcionales (adiós a las bolsas de médicos, adiós a la precariedad de profesionales altamente cualificados), y se recuperen competencias. Se necesita tiempo para la formación, para la docencia y la investigación, para las actividades comunitarias y preventivas.

Es preciso ajustar los cupos de población asignada teniendo en cuenta la complejidad clínica, el enveje-

cimiento, el nivel socioeconómico y la ruralidad de la población asignada.

Apostamos por un **nuevo modelo organizativo** en el que el administrativo sanitario gestione la demanda del paciente apoyándose en algoritmos de decisión. Por un nuevo modelo organizativo basado en la **triada asistencial** que asegure que cada paciente, cada ciudadano tiene asignado un médico, médica, un/a profesional de enfermería, y un administrativo, administrativa sanitaria, que dé respuesta a sus necesidades de salud y a sus demandas.

La organización en los equipos ha de ser eficiente, y estar basada en el principio de subsidiariedad, en el desarrollo del techo de competencias por parte de cada profesional, y asegurar que las actuaciones son prácticas de valor por cada uno de ellos.

La cartera de servicios de Atención Primaria es la herramienta que asegura la capacidad resolutive de la AP, con un catálogo de pruebas complementarias completo, sin limitaciones. Y sobre la Atención Primaria ha de pivotar el resto de profesionales de apoyo, así como el resto de especialistas.

Para todo ello se precisa espacio, es imprescindible mejorar las estructuras.

**Los cambios en los equipos de Atención Primaria son imprescindibles** pues está demostrado que son los que salvan el sistema. Durante el COVID ya se demostró que en

los momentos críticos que precisaron de autogestión, los equipos salieron reforzados y fueron más eficientes.

Pero una transformación profunda precisa de un presupuesto finalista. Por mucho que se diseñen mejoras o se incorpore innovación, sin presupuesto nada será factible.

Empecemos por el presupuesto, finalista y como mínimo de un 25%, que lo demás ya está sobre la mesa.

*'Los problemas de la Atención Primaria se resuelven con otra Atención Primaria, pero con más Primaria'.*

## Bibliografía

1. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla31.htm>.
2. <https://saludinerop.blogspot.com/2022/07/primer-ano-pandemico-la-serpiente-abre.html>.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
4. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.
5. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: a registry-based, observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72:e84–90, <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
6. Xavier Clèries Costa, Joan Josep Sarrado Soldevilaa, Pau López, Vicente. La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Aten Primaria.* 2007;39:411–6, <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13108615>.
7. semFYC. Un nuevo modelo de Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2019. Disponible en: <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/un-nuevo-modelo-de-atencion-primaria/>.
8. Smith R. A four minute guide to the rudiments of health and healthcare for those responsible for maintaining health systems. *BMJ.* 2023;380, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p107>.
9. Tranche S. Junta Permanente. La inercia terapeutica de la Atención Primaria. *Aten.Primaria.* 2021;53(10224), <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102240>.
10. semFYC. Propuestas para bajar la presión asistencial. Estrategia urgentes y a corto plazo. <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/propuestas-para-bajar-la-presion-asistencial-estrategias-urgentes-y-a-corto-plazo>.

Remedios Martín

Susana Aldecoa. Gisela Galindo. Paula Chao. Laura Carbajo. María del Campo. Miguel Ángel Hernández y Junta Permanente de la semFYC  
Correo electrónico: [rmartin@semfyec.es](mailto:rmartin@semfyec.es)