

**La Medicina de Familia en la
reconstrucción del SNS: propuestas para
un nuevo modelo de Atención Primaria**



Introducción

La **crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19** ha llevado a buena parte de los países del mundo a **repensar sus sistemas sanitarios** y a cómo atender de la forma más adecuada las necesidades de salud de la población.

En España, durante los meses de mayo y junio de 2020, se puso en marcha una **Comisión para la Reconstrucción Económica y Social** del país, con uno de los principales focos puestos sobre la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado de esta Comisión, los principales grupos políticos alcanzaron un consenso que se recoge en el Dictamen de la Comisión de Reconstrucción, un conjunto de resoluciones agrupadas entorno a cuatro grandes ámbitos de actuación: sanidad y salud pública, reactivación económica, políticas sociales y sistema de cuidados y Unión Europea.

Dentro del capítulo destinado a Sanidad, la Atención Primaria (AP) ocupa uno de los diez temas que se tratan en el mismo.

Como conclusión principal que puede extraerse de la lectura del Dictamen, es que **los principales partidos políticos coinciden en la necesidad de reforzar la AP**, tanto en recursos, como en capacidades y competencias, proponiendo el desarrollo e implementación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante el refuerzo de la oficina de Atención Primaria en el Ministerio de Sanidad para el seguimiento del desarrollo de la AP.

Esta coyuntura es una oportunidad idónea para impulsar el cambio en la AP que todos, profesionales, gestores y pacientes, consideran imprescindible y con tal fin se plantea este documento de consenso.

Panel de expertos: grupo de trabajo

En este contexto de transformación del sistema sanitario, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) se planteó abrir debate constructivos y contribuir en la generación de consenso y conocimiento. Para ello, SEMERGEN decidió constituir un grupo de trabajo para analizar las necesidades reales que presenta la AP dentro del Sistema Nacional de Salud español y proponer recomendaciones para conseguir dar el paso que la AP demanda desde hace años.

El citado grupo de trabajo ha estado constituido por:

- **Ana Pastor:** Vicepresidenta del Congreso de los Diputados, médica.
- **José Polo García:** Presidente de SEMERGEN, Médico de familia.
- **Ceciliano Franco:** Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, médico de familia.
- **José Martínez Olmos:** profesor de la Escuela de Salud Pública. Ex Secretario General de Sanidad.
- **Rafael Micó:** vicepresidente SEMERGEN, Médico de familia.
- **Lourdes Martínez-Berganza:** vicepresidenta SEMERGEN, Médica de familia.
- **Inmaculada Cervera:** Responsable del Grupo de gestión nacional de SEMERGEN, médica de familia, experiencia en entorno rural.
- **Aurora García Lerín:** Secretaria General de SEMERGEN, Médica de familia y directora de centro de salud.
- **Juan Antonio Marqués:** Vocal de la Junta Directiva de SEDISA, Director Gerente del área integrada VII de Murcia.
- **Félix Rubial:** gerente del área sanitaria integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras.

Metodología de trabajo

Como punto de partida, se elaboró un cuestionario previo en el que se planteaban preguntas sobre los aspectos principales a analizar, para evaluar y diseñar acciones de mejora sobre la AP. Este cuestionario se les remitió a todos los expertos miembros del grupo de trabajo, para conocer sus primeras valoraciones sobre los temas planteados.

A partir de las respuestas individuales al cuestionario de cada experto, se elaboró un documento preliminar donde se recogían las primeras reflexiones. Sobre esta base, se celebró una reunión telemática con los expertos para debatir y poner en común las respuestas aportadas de manera individual y establecer las conclusiones de consenso por parte de todo el grupo.



La Medicina de Familia en la reconstrucción del SNS

El presente documento es fruto del trabajo realizado y refleja las conclusiones consensuadas del grupo de trabajo respecto a la medicina de familia y comunitaria en el contexto de la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud.

Antecedentes

La **AP constituye el eje central y vertebrador del SNS**. A la vez, realiza una **labor cardinal en la promoción de la salud y en la detección precoz** de múltiples patologías.

Su **proximidad al paciente y su vinculación** con el mismo, le otorgan una **posición privilegiada**, capaz de generar un **alto impacto en la atención sanitaria** y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Históricamente, la percepción y el reconocimiento de los servicios de AP por parte de la población han sido positivos, en función de los resultados recogidos anualmente por el estudio de opinión del Barómetro Sanitario¹.

Sin embargo, más allá del discurso público, la propia AP percibe un escaso reconocimiento del papel que juega dentro del propio SNS, una dotación insuficiente de recursos, falta de visibilidad de su verdadera labor y en definitiva, que se encuentra inmersa en un sistema enfocado fundamentalmente en el hospital (visión *hospital-centrista*).

Sumado a esta situación, la pandemia de COVID-19 ha tensionado enormemente el sistema y ha hecho aflorar problemas, no solo coyunturales sino también estructurales, que ya se venían arrastrando desde tiempo atrás. Y también ha pasado factura a la percepción social de la AP, con críticas por parte de los pacientes afectados por la falta de atención presencial, colapso en las consultas, desviación de recursos, etc.

El modelo del SNS, hasta la fecha, ha pivotado fundamentalmente sobre la gestión de la enfermedad, pero hay un consenso generalizado para **transformarlo en un modelo fundamentado en la gestión de la salud**, donde que el rol que juega la AP es fundamental.

Es el momento de analizar la situación de la AP para plantear las acciones encaminadas a modificar esta situación, y con este objetivo ha trabajado el panel de expertos que conforma el grupo de trabajo de este documento.

Sus conclusiones se resumen en **10 propuestas globales** que a su vez engloban medidas y acciones más concretas para la construcción de un nuevo modelo de AP.

La voluntad de SEMERGEN y del grupo que ha formado parte de este trabajo, es generar opinión y conocimiento, fundamentado en la experiencia, para contribuir en la construcción de este nuevo modelo de AP que tanto necesita la especialidad de Medicina de Familia y nuestro sistema sanitario.

¹ https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

Propuestas para la construcción de un nuevo modelo de Atención Primaria

Las **10 propuestas de consenso** recogidas, a las que se ha llegado a través de la puesta en común y el debate los expertos, desde las medidas más generales a las más concretas, son las siguientes:

- 1. Poner en valor la Medicina de Familia y la Atención Primaria.**
- 2. Definir por consenso la Estrategia global para Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud.**
- 3. Incrementar la dotación presupuestaria de Atención Primaria para hacer posible la consecución de los objetivos propuestos.**
- 4. Mejorar la dotación y organización de los recursos humanos en el ámbito de la Atención Primaria.**
- 5. Revisar y actualizar la cartera de servicios en Atención Primaria.**
- 6. Mejorar la dotación tecnológica en Atención Primaria**
- 7. Facilitar un acceso amplio y equitativo a las pruebas diagnósticas desde Atención Primaria en el conjunto de las Comunidades Autónomas.**
- 8. Poner en marcha medidas que faciliten la coordinación real entre la Atención Primaria y la Hospitalaria.**
- 9. Revisar el modelo docente y fomentar la atracción de recién graduados en medicina a la especialidad de Medicina de Familia.**
- 10. Diseñar y poner en marcha actuaciones específicas para el entorno rural.**

1. Poner en valor la Medicina de Familia y la Atención Primaria

En opinión del panel de expertos, y como **acción de base**, es necesario **poner en valor la contribución** que realiza la Medicina de Familia y la AP al SNS.

Su aportación a la promoción de salud, a la salud pública, en el diagnóstico precoz de patologías y en el seguimiento de pacientes **no está suficientemente reconocida** ni entre la opinión pública, ni tampoco entre gestores y profesionales sanitarios, e incluso, ni entre los propios profesionales dedicados a la propia AP.

Se debe trabajar en un **cambio cultural, que parta del conocimiento sobre cómo se percibe la AP** en el resto del SNS y de cómo se transmite su imagen en el entorno universitario a los estudiantes de medicina.

Es importante prestigiar a **los profesionales de AP**, haciendo posible que ejerzan su conocimiento como especialistas, con los recursos adecuados, a través del acceso a pruebas diagnósticas y a la tecnología necesaria. En opinión del panel, **el médico de familia tiene por su cualificación mucha más capacidad para ejercer su actividad que la que el SNS le otorga en este momento.**

Los **propios profesionales de la AP** deben transformarse en los principales responsables a la hora de conseguir el reconocimiento merecido a su trabajo en el día a día. Para propiciar esta situación es necesario mejorar sus condiciones laborales, contar con un contexto de trabajo humanizado, donde se incentive la mejora en el desempeño del mismo y la adquisición continua de conocimiento.

Es necesario **mejorar la reputación** de este escalón asistencial **entre la opinión pública, dando visibilidad a la contribución de AP al sistema sanitario**, a través de un incremento de su presencia en medios de comunicación, o del manejo de canales de comunicación propios en redes sociales, para realizar **una labor pedagógica** ante la sociedad de la actividad que desde este ámbito se realiza.

Todo ello debe venir apoyado por **políticas comprometidas** con la AP, que **compensen la visión hospital-centrista** mayormente extendida en el SNS.

Incrementar la **presencia de profesionales de la AP en foros sanitarios** de debate y decisión o **establecer indicadores que permitan medir la aportación en forma de valor añadido de la AP** y trasladarlo a la ciudadanía; son algunas de las medidas que pueden ayudar en esta apuesta por **devolver a la AP un prestigio que merece y que en estos momentos ha perdido.**

2. Definir por consenso la estrategia global para Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud

Muchas de las dificultades que actualmente se sufren en el ámbito de la AP se deben a problemas estructurales crónicos, derivados de un **modelo organizativo de atención sanitaria que no ha sido capaz de actualizarse al mismo ritmo que las necesidades reales de los ciudadanos.**

En este momento es oportuno **revisar el modelo y esto requiere un cambio de mentalidad** de todos los agentes implicados: Ministerio, CCAA, sociedades científicas, profesionales sanitarios y pacientes.

Para tener oportunidades reales de éxito ante los nuevos desafíos, es **necesario plantear un modelo común y consensuado entre todos.** Los expertos son conscientes de que se trata, sin duda, de un **proyecto complejo**, que requiere de un esfuerzo colectivo para desarrollarlo en un período de tiempo suficiente, con objetivos a corto, medio y largo plazo. No debe olvidarse que los retos de la AP en todas las CCAA son similares, a pesar de las peculiaridades propias de cada una de ellas. **Una política estratégica definida conjuntamente a nivel nacional sería muy beneficiosa.**

En este sentido, los miembros del panel recuerdan que se dispone de un **Marco Estratégico** común sobre la AP aprobado por el Consejo Interterritorial, con dotación presupuestaria propia, de 1.089 millones de euros para el año 2021 en los Presupuestos Generales del Estado. Previsiblemente, este presupuesto se distribuirá entre las CCAA en una reunión del Consejo Interterritorial y **debería servir de punto de partida para impulsar el esfuerzo común** y permitir el trabajo coordinado en la misma dirección. Por ello, los expertos invitan a SEMERGEN a trasladar todas las propuestas debatidas, para que en este contexto, encuentren el camino más adecuado para su implantación.

Una estrategia global para la AP debería generar un **pacto político entre los partidos que implique el compromiso por realizar una reforma profunda y completa**, perfeccionando en lo posible el marco estratégico aprobado por las CCAA.

La reforma debe ser profunda, para adaptar el nuevo modelo a las necesidades y expectativas actuales; una modernización de la estructura, de las dotaciones y de los profesionales para hacer la AP más atractiva, resolutive y generadora de confianza.

3. Incrementar la dotación presupuestaria de Atención Primaria para poder alcanzar los objetivos propuestos

El **déficit de financiación** de la sanidad es un **hecho de carácter estructural** que viene de lejos, y que en el caso particular de la AP **ha sido, además, mucho mayor**, volcándose la mayor parte de los recursos económicos fundamentalmente en la Atención Hospitalaria.

En el año 2019, el gasto público consolidado en sanidad ascendió a 75.025 millones de euros. De estos, 46.600 millones fueron destinados a la atención en el ámbito hospitalario, 11.800 a farmacia y 11.000 al funcionamiento de los servicios de AP, lo que supone alrededor del 14% del total de gasto sanitario público².

"Por parte del panel de expertos así como desde diferentes ámbitos, se ha estimado que el porcentaje de gasto sanitario destinado a la AP debería situarse en el entorno del 25% del total del mismo, aunque siempre teniendo en cuenta este análisis previo de objetivos para dimensionar necesidades, además de establecer mecanismos para que los fondos destinados a la AP sean finalistas, sin que se produzcan trasvases entre niveles.

A este déficit de partida se une en las últimas décadas el aumento de la cronicidad y, en estos momentos, la sobrecarga coyuntural generada por la crisis de salud pública. Todos estos factores han llevado a la AP a agotar su margen para atender a la población en las condiciones adecuadas.

La **dotación presupuestaria objetivo** es aquella que **permite empoderar a la AP y hacerla más resolutive**, a través del refuerzo de la cartera de servicios, la actualización de la dotación estructural y tecnológica, la disponibilidad de acceso a pruebas diagnósticas y complementarias y la discriminación positiva en caso de plazas de difícil cobertura, entre otros aspectos.

El establecimiento de una **financiación con una cuantía adecuada pasaría previamente por la definición conjunta y consensuada entre el Gobierno de España y las CCAA de un plan de necesidades sanitarias**. De esta definición se desprendería una cuantificación objetiva de los recursos considerados precisos para atender dichas necesidades, que a su vez se traduciría en un volumen económico.

A la vez, es importante **impartir una educación sanitaria adecuada entre los ciudadanos**. La demanda sanitaria es infinita pero los recursos no. Las acciones deben explicarse para que la ciudadanía las entienda, las comparta y les permita ser conscientes de su coste, su tiempo de implementación y de las limitaciones del propio sistema.

² <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

4. Mejorar la dotación y organización de los recursos humanos en el ámbito de la Atención Primaria

La situación de las **plantillas de profesionales en AP es un tema vertebral**. La necesidad del refuerzo y de una reorganización de las mismas es una necesidad urgente.

Sin embargo, en opinión de los expertos, a corto e incluso a medio plazo, la **capacidad de incrementar las plantillas** para atender la demanda de médicos de familia parece **reducida**. Por ello se propone trabajar a la vez en la implantación de medidas urgentes que contribuyan a **incrementar su eficiencia** a través de cambios organizativos. Entre otros se propone:

- **Cambios en el reparto de las tareas** que asumen los diferentes grupos profesionales, fundamentalmente a través de la ampliación de las competencias de enfermería y otras profesiones como los trabajadores sociales. Los facultativos deben ceder espacio a la enfermería para que esta asuma mayores funciones, sobre todo con el grupo de pacientes crónicos. La **figura del “asistente clínico”** puede ser de utilidad para la descarga de tareas administrativas a los médicos y enfermeras. Es necesario reducir la burocracia de los profesionales sanitarios para que puedan realizar más actividad clínica.
- **Mejorar el acceso y la atención telefónica a los usuarios** para poder optimizar el tiempo, desplazamientos y ampliar la atención, aunque en formato no presencial, de los pacientes.
- **Evitar derivaciones inadecuadas** bidireccionales (de AP a AH y de AH a AP) y trabajar en la educación sanitaria para reducir la hiperfrecuentación innecesaria.
- **Potenciar la exclusión de tareas** que no corresponde realizar y que no añaden el valor necesario.
- **Invertir en sistemas de información** que permitan la medición de resultados y la identificación de palancas activables para la toma de decisiones, para poder detectar los casos de éxito y el reconocimiento de la excelencia, así como también los procesos que requieran mejoras en su eficiencia.

Por otro lado, y para incrementar el número de profesionales debería considerarse la puesta en marcha de iniciativas capaces de atraer a los profesionales necesarios. Entre las medidas que se proponen se encuentra la discriminación retributiva positiva en favor de la AP, o considerar por otro lado, la **importación de profesionales de otros países**.

Los expertos reunidos en el panel coinciden en señalar que las acciones en materia de personal deben partir de un estudio previo de necesidades que tenga en cuenta:

- **Horizonte temporal amplio:** que dimensione las necesidades presentes, así como las necesidades a medio plazo y futuras.
- **La planificación del recambio generacional** en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria.

Junto a estas medidas dirigidas a una adecuación de los recursos humanos disponibles, deben tenerse en cuenta otras necesidades en materia de personal:

- **La formación continuada para los médicos de familia** en nuevas habilidades y competencias de acuerdo con las necesidades de la población, como son la cronicidad, el seguimiento a los largos supervivientes de cáncer o el uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina digital.
- **La incorporación de una enfermería especializada**, con una formación específica para su mejor desempeño. El **papel de la enfermería en AP** debería redefinirse. Se debe considerar el incremento del tiempo de atención domiciliaria para contribuir de manera muy significativa a la disminución de la carga asistencial y a la mejora de la calidad percibida por parte de los pacientes. Sería de utilidad establecer **referentes entre las enfermeras para determinadas necesidades como pueden ser** la cronicidad, la gestión de casos, la salud comunitaria, etc.
- **Incrementar el acceso a otras disciplinas** como **trabajo social, nutrición, o fisioterapia**, entre otras, que actualmente se encuentran infradotadas en los centros de salud, para atender las necesidades actuales de los pacientes.

5. Revisar y actualizar la cartera de servicios en Atención Primaria.

El término cartera de servicios se incorpora por primera vez en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003, de 28 de mayo 2003) para diseñar una colección de servicios tanto para la AP como para el ámbito hospitalario.

La definición de la cartera de servicios de AP es **mejorable y está obsoleta** ya que actualmente, no están representados todos los servicios que se prestan realmente.

Para llevar a cabo una actualización de esta, debería realizarse **inicialmente una auditoría de revisión o reevaluación de los objetivos en salud y programas**. En este rediseño se deberían incorporar todos **los procesos y actividades comunitarias**, también de **salud pública**, así como todos los que **se prestan en el ámbito sociosanitario** de los centros residenciales.

Con el objeto de velar por la **equidad en todo el SNS**, debería **realizarse una revisión poniendo en común** las carteras de servicios de todas las CCAA. Se trata de una gran oportunidad para vertebrar el SNS.

En la nueva cartera de servicios debería incluirse tanto lo que se debe hacer como **excluirse explícitamente aquellos servicios que no deben asumirse.**

A su vez, es necesaria la definición de **unas comisiones de seguimiento** de esta carteras de servicios **ágiles y con capacidad de decisión** suficiente para mantenerla actualizada de manera rápida.

6. Mejorar la dotación tecnológica en Atención Primaria

Se debe **mejorar el equipamiento tecnológico además del acceso a las tecnologías, tanto clínicas como de sistemas de información.**

Tecnología clínica

Para el adecuado desarrollo de la cartera de servicios y por la necesidad real de incrementar la capacidad de resolución de la AP, se debe garantizar el acceso a una tecnología adecuada y los profesionales de AP deben contar con la formación óptima para su uso.

Sistemas de información y digitalización sanitaria

Debe ser una informatización racional y estructurada, acorde a las necesidades reales, pensando en la utilidad de la misma en los ámbitos donde sea necesaria, que esté bien integrada entre todos los centros y que funcione sin problemas recurrentes.

La evolución de la implantación de los sistemas de información es desigual entre las CCAA. Dentro del ámbito autonómico, se debe aspirar a que la historia clínica electrónica sea integrada y compartida entre AH y AP, pero además, el objetivo final debería ser la propia integración de todos los sistemas de información de las CCAA entre sí.

7. Facilitar un acceso amplio y equitativo a las pruebas diagnósticas en el conjunto de las CCAA.

Para poder llevar a cabo las actividades recogidas en la cartera de servicios revisada que se propone, es imprescindible **garantizar el acceso de los profesionales a la tecnología necesaria, incluyendo las pruebas diagnósticas pertinentes.**

Las facilidades para el **acceso a las mismas es irregular entre las CCAA** (en algunas hay bastantes limitaciones frente a otras donde el acceso es similar entre AP y AH salvo pruebas muy específicas). Los expertos manifiestan que **no debería limitarse el acceso a las pruebas siempre que se actúe dentro de los planes y protocolos establecidos.**

La restricción en el acceso a las pruebas diagnósticas tiene un **efecto negativo** en la prestación del servicio asistencial por parte de los profesionales de AP, ya que **disminuye su capacidad de resolución** además de **incrementar los retrasos** diagnósticos y **las demoras** en la atención de los pacientes.

Debería **garantizarse un acceso amplio y homogéneo** en todas las CCAA para asegurar la equidad, sobre una cartera mínima. El paciente sería el principal beneficiado de este cambio, ganando en salud y en satisfacción.

Además, se hace necesario contar con una **definición de procesos asistenciales**, conocidos por los profesionales intervinientes, **que permitan un seguimiento compartido** posterior y una continuidad en la relación con paciente al que se le indique la realización de una prueba diagnóstica que se va a llevar a cabo en el ámbito hospitalario.

8. Poner en marcha medidas que faciliten la coordinación real entre la Atención Primaria y la Hospitalaria.

Como ya se ha puesto de manifiesto, la **revisión del modelo asistencial** actual es completamente necesario y pasa en gran medida por la **mejora de la coordinación y colaboración efectiva** entre los dos escalones asistenciales.

Los expertos consideran este un factor vital para asegurar el éxito conjunto del funcionamiento del sistema y la calidad prestada a los pacientes. El trabajo coordinado no puede depender de la interpretación voluntaria que establezcan los profesionales, sino que debe emanar de la gobernanza del sistema.

La coordinación debe establecerse a **través de procesos asistenciales bien definidos**, con la pretensión de trabajar de manera conjunta, manteniendo la presencia de la AP sin que se diluya en el conjunto. En esta línea ya existen ejemplos en funcionamiento de gestión en las gerencias integradas en muchas CCAA.

En concreto, algunas de las medidas que proponen los expertos por orden del valor añadido para la mejora de la coordinación e integración entre niveles asistenciales, son las siguientes:

- **Establecer canales de comunicación abiertos y fluidos entre niveles:**
Para fomentar la comunicación y la coordinación es fundamental contar con **herramientas de continuidad asistencial** en constante actualización e integración, además de **cultivar la proximidad**, la vinculación profesional y el espíritu de equipo de manera permanente entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Esto se puede lograr a través de una **participación activa de los médicos de familia en las sesiones clínicas de su hospital** de referencia (física o telemáticamente) o a través de las **visitas periódicas de los especialistas o jefes de servicio del ámbito hospitalario a los centros de salud** de su área o zona de salud.

Es necesario favorecer la **existencia de espacios de diálogo** entre todos los profesionales, por ejemplo, con la creación o desarrollo del Consejo de Dirección de Área de Salud, con **participación de los dos niveles asistenciales en la toma de decisiones**.

- **Digitalización de todo el SNS**

A través de tecnologías y sistemas efectivos, que aporten una utilidad real al desempeño de las labores sanitarias, y que estén bien integrados e interconectados entre sí.

- **Mayor participación de los profesionales de AP en la toma de decisiones**

La toma de decisiones debe estar **motivada por criterios de gestión profesionales**.

Las funciones de gestión en AP requieren la **dotación de un tiempo específico** y especialmente dedicado, así como una **remuneración adecuada** a la responsabilidad adicional asumida.

Para ilustrar este punto es de utilidad tener en consideración **la experiencia en comisiones paritarias** entre equipos de dirección y de atención primaria para análisis de situación y priorización de acciones.

- **Definir una cartera de servicios conjunta para los dos niveles asistenciales**

La deseada integración entre los dos niveles asistenciales pasa por la definición de **cartera y unos procesos compartidos con la AH**, realizando un análisis que incluya planes de actuación integrales coordinados con el nivel hospitalario que persigan una actuación conjunta real y la colaboración en la toma de decisiones de ambos niveles.

- **Establecer procesos de gestión compartida en enfermedades prevalentes** entre los niveles con procesos definidos para la **atención de determinadas patologías entre AP y AH de una manera compartida** por los profesionales de ambos ámbitos.

- **Necesidad de financiación adicional de la AP** promoviendo una reforma profunda del sistema.

- **Cambio de modelo de financiación hacia una financiación capitativa.**
Puede ser interesante llevar a cabo un debate nacional que pase por el análisis de los costes reales para establecer, con argumentos objetivos, un reparto de fondos justificado. El criterio para la financiación capitativa debería **considerar no sólo la población asignada, sino también la complejidad de cada zona** por cronicidad, marginalidad, presencia de centros residenciales, patologías prevalentes, etc.
- **Gestión de casos por parte de enfermería de AP**
La gestión de casos forma parte de las competencias enfermeras y debe llevarse a cabo especialmente en el caso de patologías y problemas de salud más prevalentes. En algunas CCAA existe el perfil específico de la enfermera gestora de casos. Independientemente de que exista o no la categoría así designada explícitamente, es importante incidir en la necesidad de fomentar esta competencia por parte de la enfermería de AP, como garantía de coordinación y continuidad asistencial.

9. Revisar el modelo docente y fomentar la atracción de recién graduados en medicina a la especialidad de medicina de familia.

La **atracción de profesionales**, tanto en el ámbito de la medicina como en el ámbito de la enfermería, es otro de **los grandes desafíos** a los que se enfrenta el SNS. Se trata de **un grave problema estructural**.

El panel de expertos considera que debe llevarse a cabo una **revisión del modelo de acreditación de las unidades docentes**, que revise los requerimientos exigidos para ajustarlos a las necesidades reales del sistema. De esta forma es previsible que se pueda mantener una mejor supervisión de que las plazas de especialistas que se ofertan se ajusten a las verdaderas necesidades asistenciales.

Asimismo, debe señalarse que el problema de la falta de profesionales comienza ya antes de la elección de la especialidad en las facultades de medicina. En este momento existen muchas personas deseando convertirse en médicos que no pueden acceder a la carrera de medicina. Es un **problema de fondo complejo** que depende de la estructura global del sistema universitario y de los recursos económicos.

La formación que se recibe durante el Grado en Medicina sigue **sin favorecer una visión integrada y conjunta de la atención sanitaria** poniendo las necesidades del paciente en el centro.

La aproximación de los profesionales y recién licenciados a la medicina de familia es también un aspecto muy importante para mejorar su percepción. En opinión del panel,

no existe una adecuada presencia de la Medicina de Familia en el ámbito universitario. Sería necesario **acometer una reforma académica** en base a las siguientes acciones:

- **Equiparación a Europa** en el tratamiento de la especialidad.
- **Inclusión** y reconocimiento de la formación en **medicina de familia en todos los planes formativos de todas las facultades** como **asignatura obligatoria** para incrementar su presencia en el grado de medicina.
- Creación de **departamentos de Medicina de Familia y Comunitaria** y la asignatura sea impartida por médicos de familia.
- **Incrementar el peso de la AP en los currículos** profesionales con profesorado específico y formación práctica.
- **Rotación obligatoria** por medicina de familia en los programas de todas las especialidades.
- **Estancias de mayor duración en su rotación por los centros de salud** por lo menos en un plazo de 2 meses.

El desafío es idear **medidas creativas a la hora de ofertar mejores condiciones laborales**, no solo económicas, que sean suficientemente atractivas y valoradas para, atraer primero y retener después, a los profesionales en la AP en España.

10. Diseñar y poner en marcha actuaciones específicas para el entorno rural.

En España existen alrededor de unos 3.000 centros de salud frente a los más de 10.000 consultorios.

Las **condiciones especiales de los profesionales que desempeñan sus labores en entornos rurales** o no urbanos con características singulares deberían tener un reconocimiento adicional que actualmente no se está produciendo. Es por ello por lo que el desafío para encontrar a los especialistas para desempeñar estas funciones se hace tan complicado.

Para resolver esta situación, se proponen una serie de actuaciones específicas para incentivar la AP en el entorno rural como son las siguientes:

- **Mayor incentivo económico y/o retributivo** como medida más urgente a implementar y compensar la situación de manera más inmediata: revisión de salarios para dotarlos de condiciones competitivas que compensen el poco atractivo para captar nuevos profesionales, dotación de tecnologías de comunicación fiables, medios de transporte ágiles, acceso a vivienda, acceso a plazas escolares para los hijos, conciliación familiar, etc.
- **Mayor valoración en el reconocimiento vía mejor puntuación** de los servicios prestados ante oposiciones y ofertas públicas de empleo.

- **Apuesta por la atención no presencial y atención digital** cuando sea posible y recomendable en función de las patologías y los perfiles.
- **Plantear la posibilidad de la importación de especialistas** de otros países.
- **Cambios legislativos que faciliten la movilidad.**

En todo caso, se recomienda llevar a cabo **una revisión de la normativa** que exige que cualquier municipio, independientemente de su población, cuente con un centro de salud o consultorio. Esta exigencia supone una demanda de los profesionales a veces inabarcable. Por ello debería llevarse a cabo una revisión teniendo en cuenta el nivel de actividad, siempre que se asegure una adecuada accesibilidad a los servicios sanitarios por parte de todos los ciudadanos.

Asimismo, los expertos coinciden en afirmar que la problemática que se presenta en la conocida como “España vaciada”, requiere un abordaje global, que va más allá del ámbito estrictamente sanitario.