

"Las UGC motivan si se dotan de recursos. Gestionar precariedad, no"



GACETA MEDICA. ALMUDENA FERNÁNDEZ / MADRID

@GacetaMedicaCom

viernes, 04 de diciembre de 2015 / 14:30

EMILIA BAILÓN Presidenta de la Comisión Nacional de la Troncalidad Médica

La que fuera presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria (Semfyc), Emilia Bailón, ha sido elegida presidenta de la Comisión Nacional de la Troncalidad Médica. Desde este nuevo cargo, explica a GM que su reto es incorporar la transversalidad a la formación de los residentes de todas las especialidades.

Pregunta. ¿Cómo valora su nombramiento como presidenta de la Comisión Nacional de la Troncalidad?

Respuesta. Agradecida por la confianza que han depositado mis compañeros, ilusionada por trabajar en un área de formación centrada en los residentes, que incorpora un perfil competencial más transversal, orientado a las necesidades de salud más prevalentes y urgentes de las personas, y sintiendo una gran responsabilidad por el reto que supone elaborar un programa que integre las competencias comunes a todas las especialidades del tronco médico.

P. ¿Es un reto el desarrollo de este nuevo programa formativo?

R. Nuestra función es elaborar el programa formativo del periodo troncal para los residentes, determinar los criterios evaluativos y de acreditación de las unidades docentes y tutores troncales y diseñar la estructura básica del libro del residente. Este nuevo enfoque formativo centrado en el que aprende es el primer cambio global que se produce en el sistema MIR desde su implantación.

P. En general, las sociedades científicas de medicina de familia se han mostrado a favor de la troncalidad, al contrario de lo que sucede con otras especialidades, ¿cree que esto la ayudará en el desarrollo de su labor?

R. El modelo troncal tiene como objetivo incorporar la transversalidad a la formación de los residentes, en primaria se brinda una atención transversal y esa es una seña de identidad común que nos une a los médicos que trabajamos en AP.

P. La atención primaria tiene poca presencia en la universidad, ¿cree que se está avanzando en este sentido?

R. Ha cambiado de manera notable en los últimos años. Tres de cada cuatro universidades españolas han incorporado la medicina de familia como una asignatura obligatoria en los planes de grado de medicina. Que el alumno conozca la especialidad es un elemento clave para querer elegirla en el futuro.

P. ¿Qué hará falta para que ocupe el lugar que le corresponde?

R. Que las universidades que han quedado fuera de la incorporación de la asignatura en el grado lo hagan y se unan a la mayoría. El tiempo de prácticas en los centros de salud debe ser mayor porque es el entorno donde los estudiantes pueden desarrollar mejor muchas de las habilidades relacionadas con la visión transversal o generalista de la medicina. Es preciso poder convocar plazas de profesor titular o catedrático que den salida a los médicos de familia y profesores actualmente ya acreditados por la Aneca.

P. También en investigación, primaria está menos reconocida, a pesar su potencial, ¿a qué se debe?

R. En atención primaria se investiga aunque los temas puedan diferir de los que se realizan en hospitales de tercer nivel, pero se está investigando en el área de competencias esenciales como comunicación, bioética y gestión clínica. También en actividades de prevención y promoción de la salud y en el ámbito de las enfermedades crónicas porque son áreas de investigación específicas de la atención primaria. Todo ello, a pesar de la falta de tiempo que limita también el potencial de publicaciones. Un hito importante ha sido la creación hace cinco años de un área específica de AP en el 'Journal Citation Reports' y que incluye 18 revistas. Pero la proporción de ensayos clínicos, a nivel internacional, es similar a otras especialidades.

P. Sobrecarga en consulta, pocas sustituciones... ¿La atención al paciente se está viendo afectada por los recortes?

R. De momento no se está viendo muy afectada en la mayoría de comunidades, en gran medida, porque los profesionales que trabajamos en primaria estamos asumiendo cargas adicionales, como los cupos que no son sustituidos o mantener la cartera de servicios con actividades necesarias y poco reconocidas como las de promoción y prevención de la salud. El RD 16/2012 sí supuso un recorte al dejar sin atención a un número importante de pacientes, situación corregida afortunadamente en la mayoría de CC.AA.

P. Desde las administraciones se habla mucho de la importancia de la atención primaria, ¿cree que esto se ve reflejado en la práctica?

R. Frecuentemente se repite que una atención primaria consolidada como la española asegura la sostenibilidad del sistema, pero se queda en palabras porque a nivel de presupuesto y asignación de recursos no se ve reflejado. La realidad es que asistimos a una disminución constante de presupuestos, precariedad en los contratos, emigración de jóvenes médicos, recortes en dotación de personal y recursos.

P. ¿Qué hará falta para que pueda hacer frente con éxito en los próximos años al reto que supone la cronicidad?

R. Desde primaria ya se está atendiendo a estas personas. El desarrollo de la AP se asocia a menor mortalidad y a mejores indicadores de salud, pero la inercia de muchos

años hace que se siga primando la atención al episodio agudo sobre la preventiva. Para poder dar una respuesta adecuada es necesario que además se apoye el desarrollo de la red sociosanitaria y que ésta sea capaz de ofrecer apoyo social y recursos. Es necesaria también una eficaz coordinación entre niveles con el uso de una historia clínica única compartida cuando los pacientes se descompensan. Espero que la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad que se está impulsando desde el ministerio de Sanidad facilite iniciativas que mejoren la continuidad asistencial.

P. ¿Cuál es su opinión de las unidades de gestión clínica (UGC) en el ámbito de la atención primaria?

R. Desde hace varios años trabajo en una UGC. Permiten incorporar al médico en la gestión racional de recursos, la delimitación de objetivos y la evaluación de los procesos asistenciales. Participar en la gestión es una iniciativa que motiva a los profesionales cuando se asegura la dotación de RR.HH. y materiales, lo que no motiva es gestionar la precariedad