

COMPARECENCIA CONGRESO.

GRUPO TRABAJO SANIDAD Y SALUD PÚBLICA

1.- INTRODUCCIÓN

LO PRIMERO QUE ME GUSTARÍA es poner en valor el entorno en el que llevo trabajando más de 20 años y lo que me hace estar enormemente orgullosa de SER Médica de Familia, especialista en MFyC

Y es para mí y la Sociedad que represento un privilegio poder compartir con todos ustedes nuestra visión de la situación de la Atención Primaria en nuestro país.

La grave situación en la que se encuentra actualmente la AP nos obliga a evolucionar y pensar de dar la vuelta a la situación en la que ahora nos encontramos.

Sin duda alguna, Atención Primaria es importante, lo pueden ver en esta diapositiva, tanto por el número de profesionales que lo conforman, el número de centros y la actividad de lo que hace (consultas,..).

Es bien conocido por todos ustedes, las numerosas movilizaciones que se produjeron en todo el territorio el año 2019 y que desembocaron en la celebración de un Consejo Interterritorial monográfico y en la elaboración de un Marco estratégico cuyo desarrollo debiera haberse producido a lo largo de este año. Lamentablemente la pandemia ha frenado en seco todas estas iniciativas. La atención primaria muestra importantes signos de agotamiento y cada día que pasa, sin hacer nada, se agravan más.

Creo que estamos todos, pero muy especialmente Uds ante una oportunidad para revertir/reparar todos los errores del pasado. Podemos decir que hemos tenido " gran talento para improvisar y pésimo para planificar."

PROFESIONALES SNA	ATENCION SANITARIA
<p>MEDICINA 144.000 PROF</p> <ul style="list-style-type: none"> - 35000 AP - 81000 HOSPITALES - 3000 URG Y EMERG (112/061) - 25000. PROF ESPECIALISTAS EN FORMACION. 	<p>CENTROS AP 13000</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3000 CS - 10000 CONSULTORIOS - 2000 PTOS ATEN URG EXTRAHOSPITALARIAS • 233 MILLONES DE CONSULTAS MÉDICAS • 132 MILL DE C. ENF • 13 MILL VISITAS DOMICILIO • 30 MILL DE URG
<p>ENFERMERIA 176000</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29000 EN AP - 142000 HOSPITALES - 3000 URG Y EMERG - 2000 PROF ESPECIALISTAS EN FORMACION 	<p>URG Y EMERGENCIAS 112/061</p> <p>7 MILLONES</p>
<p>OTROS PROFESIONALES 294000</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26000 AP - 253000 HOSPITALES - 13000 URG Y EMERG - 2000 PROF ESPECIALISTAS EN FORMACION 	<p>HOSPITALES 457</p> <ul style="list-style-type: none"> - 110000 CAMAS - 18000 PUESTOS DE H DIA - 281 CENTROS SERV Y UNIDADES DE REFERENCIA - 44 HOSPITALES AUTOR TRASPLANTES - 4MILL DE INGRESOS HOSP - 80 MILL DE CONSULTAS - 4 MILL DE INTER Q^a - 22 MILL URG

Una enorme actividad, pero lo importante no es cuánto hacemos SINO el VALOR de lo que HACEMOS...

Las políticas sanitarias de la última década, marcadas por una constante caída de la financiación pública de la sanidad y el

avance de modelos privatizadores han debilitado notablemente la capacidad de resistencia de nuestro sistema sanitario.

Solo una AP adecuadamente financiada y dotada de RRHH y materiales, con protocolos y capacidad en la toma de decisiones, podrá evitar un nuevo colapso del sistema en futuros rebrotes o crisis locales o generales. Habrá de corregirse también la falta de coordinación entre los diferentes actores y ámbitos de responsabilidad de gestión y en especial entre los sistemas sanitarios y el sistema de servicios sociales y salud pública.

Si preguntamos en el extranjero que tres características destacarían del sistema sanitario español, es muy probable que señalaran

- El Programa de trasplantes
- El MIR (La FSE)
-y la AP

Como destacaba el último ranking del Informe Bloomberg, en Septiembre de 2018, que analiza más de 200 economías: "España tiene la sanidad más eficiente de Europa y la 3ª mejor del mundo". Y en Febrero de 2019: "España, el país más saludable del mundo, por sus indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad,..), por su alimentación y muy especialmente la calidad de la AP"

Y es que ... en el mundo hacia el que vamos, con un 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios por patologías crónicas, la mejor opción para la atención a estos pacientes, es una atención longitudinal, coordinada y con visión generalista, según un reciente estudio publicado en la American Medical Association, que revela que un médico de familia más en atención primaria por cada 10.000 habitantes, se asocia a reducciones en mortalidad cardiovascular, por cáncer y por dolencias respiratorias... y al aumento de casi dos meses de expectativa de vida.

Esto hace a todo el sistema sanitario más eficiente: POR CADA € que se invierta en AP se AHORRARÍAN USTEDES Y TODOS NOSOTROS 10 € en AH, y por tanto, 9€ en el cómputo global...

Diversos estudios han demostrado que los **países con una Atención Primaria (AP) más consolidada y con recursos suficientes tienen menos costes y poblaciones más sanas, así como menores desigualdades en relación con la salud de sus poblaciones.** La AP debe coordinar la respuesta integral en todos los niveles, y decidir el lugar del sistema sanitario donde realizarse la atención a un problema de salud, desarrollando los atributos claves de la AP: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación de la atención.

Sin embargo, en España, en los últimos 10 años hemos asistido al abandono paulatino de la AP en favor de una política cada vez más hospitalocentrista, deslumbrados por la alta tecnología en los diagnósticos y tratamientos, un hecho que hemos podido volver a comprobar en esta era COVID.

La Atención Primaria ha sido invisible durante gran parte de la pandemia, ausente en el foco de interés mediático, ausente en las estadísticas y prácticamente apartada –aunque con importantes diferencias entre unas CCAA y otras- por los gestores y la administración sanitaria. Incluso en el momento actual de la pandemia, donde el papel de la atención primaria es reconocida como esencial por los expertos, gestores y políticos, he de decirles que prácticamente NO se ha incorporado ningún recurso a éste ámbito asistencial.

En las primeras semanas de la pandemia, especialmente en las comunidades con más impacto, mientras todos los focos se centraban en hospitalizaciones, camas de UCI y fallecimientos, una invisible Atención Primaria, demostró una vez más su competencia y su compromiso con los pacientes: los equipos directivos de los centros de salud tomaron decisiones y se organizaron sin esperar instrucciones ni recursos que tardaron semanas en llegar. Y acertaron.

Se tomaron decisiones ante nuevas necesidades y escenarios, se adecuaron espacios físicos, se flexibilizaron horarios de los profesionales, se improvisaron equipos de protección donde

escaseaban... se resolvieron trabas burocráticas, se recondujeron los pacientes crónicos a espacios seguros para evitar contagios... De repente resurgió el talento, el espíritu de solidaridad, el trabajo en equipo; desapareció el *burn-out*, dando razón a aquellos que defienden que el *burn-out* no es una patología individual, sino un problema estructural del sistema sanitario cuando éste deja al profesional al margen de la toma de decisiones.

La encuesta realizada por SEMFYC, durante la semana del 23 al 27 de marzo, RECORDARAN ustedes, en pleno auge de la pandemia, entre 1.063 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que ejercen en Atención Primaria, ponía de manifiesto el extraordinario papel de contención, base del SNS y puerta de entrada a la sanidad, que realiza la Atención Primaria y los profesionales que trabajan en esta, durante esta crisis, La proyección de los datos estimaba que se habían atendido y seguido más de 900.000 pacientes con cuadro clínico probable de COVID-19. La mayoría de los casos no habían precisado atención hospitalaria, presentaban sintomatología leve y no se realizaron estudios de confirmación. Los casos confirmados en esas mismas fecha, el 27 de marzo, rondaban los 65.000. El estudio poblacional realizado por el Ministerio, cuyos resultados se están publicando actualmente, vienen a corroborar esas cifras, con menos de 300.000 casos confirmados y una estimación de más de 2.000.000 millones de infectados en todo el territorio nacional. Una vez más, acertamos.

Podría seguir contando infinitas ventajas de invertir, potenciar y cuidar la AP de este país...

Pero ahora quisiera compartir con todos ustedes el modelo de atención primaria que desde semFYC les proponemos:

1.- ORGANIZACIÓN

La AP es un nivel asistencial pero es también bien social. Una atención primaria universal y fuerte, reduce sustancialmente las diferencias de salud debidas al nivel de renta y eso ya lo demostró la atención primaria de nuestro país en la crisis económica del año 2009. Necesitamos una AP orientada no solo hacia lo asistencial sino también hacia los determinantes sociales de la salud. Es preciso apostar por un modelo que incluya realmente la ATENCIÓN COMUNITARIA y los aspectos sociales

- 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 y los servicios SOCIALES. DEBEMOS de coordinarnos mas y mejor

Es NECESARIO poner el valor la gestión de la **CRONICIDAD** y de la complejidad de la APYC y NO RENUNCIAR a la AT. domiciliaria
Debemos fomentar un MODELO formado por **equipos MULTIPROFESIONALES** con integración real y orientación COMUNITARIA
Lo que ha sucedido en las residencias de este país NO SE PUEDE VOLVER A repetir.
TENEMOS que trabajar mas coordinadamente con las consejerías de asuntos sociales para que nuestros mayores no tengan que ser institucionalizados y puedan vivir en su comunidad aumentado los recursos sociales, hacer que la **LEY DE DEPENDENCIA SE CUMPLA** realmente. Tejer redes en las comunidades con el CS imbricado tanto en los domicilios como en el caso de que el mayor deba ser institucionalizado ...ESO SI en instituciones de menos tamaño e insertadas en la comunidad...Modelo Nórdico

- Los profesionales han de tener **autonomía** para gestionar sus propias agendas y poder acceder a la información que facilite la toma de decisiones clínicas.
- TENEMOS que desarrollar un modelo organizativo multidisciplinario REAL en AP y llevar al máximo nivel de competencia cada perfil profesional (**LEY DE SUBSIDIARIEDAD**) para modificar la legislación actual y así 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. **RETOMAR la Gestión compartida de la demanda.**
 - c) Formar y capacitar a los **administrativos sanitarios** (creación de los administrativos sanitarios o de AFyC con sus competencias). La labor que todos estos profesionales han desarrollado durante la COVID ha sido y sigue siendo encomiable.
- Mejorar la eficiencia del sistema sanitario presupone que cada nivel debe alcanzar su máximo nivel de resolución y para que eso ocurra en atención primaria el médico de familia debe de tener acceso al catálogo completo de pruebas diagnósticas en las mismas condiciones que el resto de las especialidades.
- Promover la **INNOVACIÓN** en APSC y el uso de las **TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN** y la comunicación (TIC) para facilitar la intercomunicación con otros ámbitos asistenciales, la población y el desarrollo de la mHealth (soportes móviles, asistentes digitales...) así como para reducir o eliminar las actividades que no

aporten valor en la atención sanitaria como las burocráticas recetas, informes, bajas, etc.) puede constituir el 30-40% del tiempo de consulta, algo nada eficiente y poco acorde a nuestra formación profesional y especializada.

Se ha hecho durante la COVID y deberían de quedarse ya.

- Fomentar el mantenimiento de los mayores en su entorno y en estructuras muchas más pequeñas

y amigable conlleva ineludiblemente un incremento de la demanda de atención domiciliaria. Y ese ámbito- la **ATENCIÓN DOMICILIARIA**- es competencia de AP, del equipo medicina-enfermería. Y para dar respuesta a esa necesidad se hace obligado dimensionar adecuadamente las plantillas para mantener las competencias y garantizar que el equipo de APyC pueda realizar y dar un servicio de alta calidad.

- 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.
- 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.
- 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.

- 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.).
- 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.
- Hay que asegurar la conciliación laboral-familiar y considerarla en los modelos de gestión.

2.-POBLACION

En el Sistema sanitario público, la **UNIVERSALIDAD** es un elemento esencial para una mayor eficiencia.

- La cobertura sanitaria universal implica q todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.
La universalidad es un derecho, la salud es un derecho y así lo reconoce la 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).

- 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. Algo que la Ley General de sanidad de 1986 ya recogía en su texto. Se debe propiciar la integración de las **MUTUALIDADES PÚBLICAS** en el sistema público con su dotación presupuestaria, lógicamente respetado los derechos de los que ya están e incorporando las nuevas altas al sistema sanitario público. El doble aseguramiento conlleva amenazas
- La población asignada a un CS debe hacerse en base a una distribución territorial en ZBS, lo que garantiza la equidad y favorece la incorporación e integración de otros valores: comunitarios, culturales, educativos...Y es que la proximidad a las personas posibilita el trabajo con la COMUNIDAD
- 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.**
- **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.

- Es necesario dotar a la APyC de estructurar propias y de presupuesto propio

3.- FINANCIACIÓN/ SOSTENIBILIDAD

- Se debería aumentar de forma progresiva la dotación presupuestaria destinada a AP hasta alcanzar el 25% del gasto público sanitario en un plazo máximo de 4 años
- Pero según SemFYC 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, estimamos que 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).

- El especialista en MFyC debe 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.).
- Por razones de **legalidad, seguridad del paciente y reconocimiento de la especialidad**, se debe garantizar que las plazas de MFyC y EFyC (AP, atención continuada, urgencias, etc.) no sean ocupadas por profesionales sin esta especialidad.

- **NO SE DEBEN CONTRATAR MEDICOS SIN ESPECIALIDAD PARA TRABAJAR EN ATENCIÓN PRIMARIA O SERVICIOS DE URGENCIAS**

¿Se dejarían operar por un cirujano sin titulación?

Solicitamos que los gestores y administraciones sanitarias hagan gestión y no cojan atajos. Dese un punto de vista de seguridad del paciente este tipo de contrataciones son inaceptables.

- NUESTRO MIR es una JOYA y aprovecho para reclamar que los aspirantes que en breve deberán elegir su plaza puedan realizarlo sin inferioridad de condiciones ante el nuevo modelo planteado por la COVID.
- Debe profesionalizarse la gestión de las gerencias de AP y de mandos intermedios, con asignación del cargo mediante concurso público.
- 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.

- 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).

4.- CALIDAD

- Debemos dar la mejor atención con el mejor conocimiento disponible y la máxima seguridad para los pacientes.
- Promover una **CULTURA DE LA EVALUACIÓN** como tecnología sanitaria, evaluar modelos en AP para no incorporarlos sin saber si funcionan.
- 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.
- 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. 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.

- Y finalmente, pero no por ello menos importante. ES
IMPRESINDIBLE TRABAJAR CON OTROS ACTORES

Los CS tratan 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.

Tb con la **farmacia comunitaria** y otrs posibles profesiones que puedan 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

LA ATENCIÓN PRIMARIA ES HOY MAS NECESARIA QUE NUNCA. USTEDES COMO POLITICOS DEBEN DECIDIR DONDE, COMO Y A QUÉ DESTINAR LOS PRESUPUESTOS. EL COVID HA SEGADO MUCHOS VIDAS, Y CAUSADO DAÑO A MUCHOS MILES MÁS ENTRE ELLOS A MUCHOS SANITARIOS. APROXIMADAMENTE EL 60% DE LOS FALLECIDOS ERAN MEDICOS DE FAMILIA (PARA ELLOS Y PARA TODOS NUESTRO RECUERDO), QUE DEMUESTRA QUE DESDE EL INICIO LOS MEDICOS DE FAMILIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA ESTABAN EN EL CENTRO DE LA PANDEMIA Y EN MUCHOS CASOS SIN LA ADECUADA PROTECCIÓN.

UNA ATENCIÓN PRIMARIA ADECUADAMENTE FINANCIADA, CON AUTONOMIA DE GESTIÓN, CON UNA CARTERA DE SERVICIOS OPTIMA Y QUE CUENTE CON LA CONFIANZA DE GESTORES Y POLÍTICOS –SIN DUDA ALGUNA - EVITARA EL COLAPSO SANITARIO, DISMINUIRA LA MORTALIDAD Y REDUCIRA LAS DESIGUALDADES SOCIALES.

USTEDES PUEDE DECIDIR SI DESTINAR SUS PRESUPUESTOS A LO IMPORTANTE (ATENCIÓN PRIMARIA) O A LO URGENTE (CAMAS DE UCI,HOSPITALIZACIÓN,..).

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION