



## Comunicado conjunto: Por un refuerzo integral y revulsivo en la gestión sanitaria de Atención Primaria que permita resolver las demandas sanitarias de la ciudadanía y los profesionales

La **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)** junto con la **Federación de Asociaciones Defensa Sanidad Pública (FADSP)**, la **Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)**, el **Foro Español de Pacientes (FEP)**, la **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP)**, **Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)**, **Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC)**, la **Asociación de Pacientes con Pluripatologías Crónicas**, **Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS)**, la **Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS)**, **Asociación de Administrativos de la Salud (AAS)**, **Plataforma de Organizaciones de Pacientes**, **Médicos Mundi** y **Consejo General de Trabajo Social**, fruto del trabajo de análisis desarrollado durante 2021 alrededor del modelo de **Atención Primaria** señala:

El conjunto de entidades firmantes de este comunicado expresan una profunda preocupación por la situación en la que se encuentra el **Sistema Nacional de Salud** y las consecuencias que esto puede tener para la seguridad asistencial del conjunto de ciudadanos, así como la viabilidad futura de un modelo de atención avalado por un historial de excelentes resultados en salud.

En el análisis de la citada situación, pesa la **pandemia de SARS-CoV-2**, que ha tensionado el **sistema sanitario en general y particularmente el de la Atención Primaria**, pero también pesan las medidas de contención y recortes implantados para hacer frente a la gestión de la **crisis económica previa iniciada en los años 2008-2009**. Las entidades firmantes coincidimos en nuestra lectura de que el colapso al que hacemos frente es también fruto de aquellos recortes que, aunque afectaron a todos los segmentos de la sociedad y al **conjunto del SNS**, impactaron muy **especialmente en la Atención Primaria**, donde la infrafinanciación no sólo fue más intensa sino también más mantenida a lo largo de los años.

Por todo ello deseamos recordar a la población y a los gestores que la mejorable gestión de la pandemia y la debilidad arrastrada en los últimos años ha puesto en grave riesgo la seguridad asistencial y uno de **los valores definitorios de la Atención Primaria**: la confianza del paciente.

Con el objetivo de evitar contagios y como consecuencia de la falta de personal, falta de locales, escasez de personal administrativo y, sobre todo, por importantes deficiencias de gestión, se han levantado barreras para acceder a los **Centros de Salud**. Hay problemas para conectar con

los centros, se ha sustituido buena parte de la consulta presencial por la telefónica o telemática, se han generado importantes listas de espera. Para evitar acúmulos de personas en algunos centros, se obliga a los pacientes a esperar en la puerta de centros; y se han cerrado centros periféricos lo que aleja a la población rural de la atención de salud.

Ante este deterioro progresivo y la situación crítica en la que se encuentra la **Atención Primaria**, las entidades firmantes deseamos manifestar lo siguiente:

### **Primero,**

Se precisa alcanzar una financiación adecuada y suficiente que permita mantener y mejorar los valores de atención de proximidad, accesibilidad y longitudinalidad en la atención, enfoque integral y relación médico-paciente en el ámbito de la **Atención Primaria**. Esta financiación debería ser compartida entre el Estado —a través de la partida de los presupuestos generales del estado asignada a la Sanidad— y las comunidades autónomas y debería inyectar una dotación extraordinaria para resolver el déficit previo que se viene arrastrando y adecuar los recursos profesionales, estructurales e infraestructurales a las demandas de atención que solicitan los ciudadanos. Esta dotación extraordinaria permitiría subsanar la actual precariedad organizativa y asistencial, pero el sistema precisa de una previsión a largo plazo y en base a las necesidades futuras de salud de la población (envejecimiento, aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, emergencia de patologías vinculadas a la crisis climática y ambiental global, reacción ante crisis pandémicas, etc.).

Es necesario recordar que existen estudios que demuestran que una adecuada dotación para una Atención Primaria fuerte consigue reducir los ingresos hospitalarios y las atenciones en urgencias, al tiempo que mejoran la esperanza de vida de la comunidad y reducen la mortalidad general.

### **Segundo,**

Es absolutamente necesario recuperar las **Gerencias de Atención Primaria**, promover cambios organizativos en los equipos, así como maximizar los techos competenciales de **los diferentes profesionales que trabajan en Atención Primaria**. Dichos cambios deben ir acompañados de las necesarias modificaciones normativas que reduzcan sustancialmente la precariedad laboral y asistencial.

Entre los cambios que han demostrado eficacia cabe señalar el impulso de la autonomía de gestión de los equipos; la gestión compartida de la demanda (medicina – enfermería – administrativo – trabajo social – farmacéutico AP) con reparto de tareas equitativo; la potestad de diseñar las agendas por los propios profesionales de acuerdo a las características sociodemográficas y de salud de la comunidad a la que atienden; la incorporación de enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria; el papel activo de los **Farmacéuticos de Atención Primaria y Comunitarios en el seguimiento y cumplimiento terapéutico; así como del profesional de Trabajo Social** como referente en el abordaje de los condicionantes sociales de la salud y la enfermedad; el reconocimiento retributivo y jerárquico de los/as directores del equipo o la recuperación de las gerencias de atención primaria que, de forma muy destacada, son iniciativas organizativas que deben implantarse sin demora.

### **Tercero,**

Complementariamente a los cambios organizativos, el refuerzo de la **Atención Primaria** pasa por el impulso de la innovación tecnológica orientada a la mejora de la capacidad de resolución en este nivel asistencial.

Según nuestro parecer, la innovación tecnológica, además de la indomable digitalización de procesos, pasa por el desarrollo y dotación de sistema de información adecuados que ayuden a los profesionales sanitarios a la toma de decisiones clínicas y de gestión. Asimismo, esta innovación tecnológica debe aportar técnicas diagnósticas y herramientas de tele accesibilidad (tele dermatología, consultas virtuales, retinografías...) que facilitan tanto la comunicación entre profesionales, como con los pacientes.

Por otro lado, se debe mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria dando acceso a los médicos de familia a lo largo de todo el territorio al catálogo completo de pruebas diagnósticas en las mismas condiciones que al resto de especialistas. Esto implica, además, dotar a **los equipos de Atención Primaria** de todas aquellas tecnologías o dispositivos que puedan mejorar **la cartera de servicios del equipo de Atención Primaria** como es el bisturí eléctrico, crioterapia, ecografía, dermatoscopio, retinografía y química seca en los puntos de atención continuada, entre otros. Se deben establecer los mecanismos necesarios para que este catálogo sea revisable con una periodicidad determinada.

### **Cuarto,**

Buena parte de los problemas a los que la **Atención Primaria** hace frente a día de hoy son debidos a que existe un grave problema de déficit o carencia de profesionales, parcialmente debido a una mala planificación, y en gran parte causado por las deficientes políticas de gestión de recursos humanos.

La imagen de nivel asistencial pauperizado por los recortes, así como la altísima precariedad laboral, la no cobertura de interinidades, la demora en las ofertas públicas de empleo hace que tanto profesional como socialmente, la Atención Primaria precise de mecanismos que prestigien el desempeño socio-profesional de este nivel asistencial.

Estos mecanismos deben ser aplicados en tres ámbitos: el universitario —es imperativo mejorar la elección de especialidad al finalizar el grado, dado que una de las razones por las que **no se elige Medicina de Familia o Enfermería de Familia** es porque al no existir esta asignatura, no se conocen durante la formación académica de grado—; el periodo de especialidad —se debe impulsar la renovación del programa de formación de la especialidad, incentivar a los tutores de medicina y enfermería familiar y comunitaria y crear la especialidad para los farmacéuticos de atención primaria— y la inserción sociolaboral —mejorando las condiciones laborales y de desempeño de los jóvenes especialistas cuando terminen su programa de formación de la especialidad—.

### **Quinto,**

Es ineludible incorporar, o en su caso incrementar, la visión comunitaria a los equipos de Atención Primaria dado que la visión comunitaria y de impulso de la equidad redundan en beneficios de salud para toda la población.

Esta visión comunitaria debe contemplar indefectiblemente lo sociosanitario, pues el impacto de la pandemia en cuanto a morbimortalidad en la población anciana ha sido descomunal y ha puesto de manifiesto la necesidad de reformar el actual modelo de institucionalización sociosanitaria. Por todo ello, consideramos que el nuevo modelo debe contar con la atención sanitaria desde los equipos de **Atención Primaria**.

Conforme la visión comunitaria integradora, se deben **establecer protocolos de colaboración entre los EAP y la Farmacia Comunitaria**, para la conciliación de la medicación, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada. La seguridad de los pacientes es primordial en el uso de los medicamentos.

En todo el tronco asistencial y no solo en lo sociosanitario, además, se hace necesario agregar los determinantes sociales, fomentar el autocuidado e incluir la prescripción social en la cartera de servicios del SNS. Para lograrlo, son necesarios mecanismos de coordinación y colaboración entre los centros de salud y **Salud Pública**.

En último término, la visión comunitaria debe dar un paso más allá y asumir que es el momento de incorporar a la ciudadanía, al paciente de forma real y corresponsable a la gobernanza de los equipos de salud y de las áreas sanitarias.

Las sociedades que suscriben este manifiesto afirman que estos cinco pilares —una financiación adecuada y suficiente, el impulso de cambios organizativos, la innovación tecnológica orientada a la mejora de la capacidad de resolución, el prestigio socio-profesional de este nivel asistencial y la visión comunitaria— son las claves sobre las cuales debe pivotar la reforma de la Atención Primaria para construir un modelo futurible.

En términos sanitarios, la mejora de este nivel asistencial debe permitir atender la demanda asistencial de todas los pacientes (**COVID y no COVID**) y especialmente a pacientes con enfermedades crónicas.

Así, para las sociedades firmantes, el refuerzo de la **Atención Primaria de España** debería ser una prioridad nacional entendiendo que es uno de los valores de presente-futuro para la calidad de vida de los ciudadanos.

Diciembre 2021