



## **Aportaciones al Grupo de Trabajo para la Mejora de la Asistencia Sanitaria en Andalucía de SEMERGEN Andalucía.**

Semergen Andalucía es una sociedad científica que ha participado en numerosos grupos de trabajo con la administración sanitaria andaluza y hemos enviado en varias ocasiones nuestras propuestas para la mejora de la asistencia sanitaria, agradecemos poder plantearlas aquí, ya que representamos a un amplio colectivo de Médicos de Familia (MF) que trabajan tanto en el medio urbano como en el medio rural y que nos trasmiten una visión muy amplia de la realidad sanitaria andaluza.

Antes de analizar las propuestas de mejora para la asistencia sanitaria en Andalucía consideramos necesario realizar un breve análisis de la situación previa a la pandemia.

La Atención Primaria (AP), ya antes de la aparición de la pandemia y por múltiples razones, estaba en una situación crítica, con una infrafinanciación crónica, con condiciones de trabajo precarias, con elevada temporalidad, falta de incentivos, una demanda desbordada que se ha ido agravando por contar con unas plantillas insuficientes

y la no cobertura de las ausencias, y la falta de un cambio de modelo que dé una mejor respuesta a las necesidades de la población.

El modelo actual donde todo pasa por el médico, incluida una sobrecarga administrativa y burocrática que puede llegar al 20% de nuestra actividad asistencial, ya no es sostenible.

Con esta situación la AP se adaptó en un tiempo récord a los cambios organizativos y los nuevos circuitos y prácticas asistenciales que exigía la pandemia.

La pandemia acrecentó los problemas crónicos al añadir el trabajo generado por el coronavirus, siendo en AP donde ha recaído y recae la mayor carga de trabajo: diagnóstico de casos, seguimiento de casos y contactos y una aplastante carga burocrática con numerosas bajas laborales y certificados. La AP ha sido el invisible muro de contención que ha asumido más del 80% de los pacientes con coronavirus que no han precisado ingreso hospitalario y ha mantenido la atención al resto de problemas de salud. Esta sobrecarga de trabajo ha generado estrés y frustración en los profesionales y ha repercutido en la atención que han recibido los pacientes.

Actualmente, al retomar la Atención Presencial de forma mayoritaria, nos encontramos con multitud de consultas y de actividades retrasadas que están desbordando la capacidad de respuesta de los MF. Nos estamos encontrando con una avalancha de patologías crónicas descompensadas, múltiples consultas sobre patología osteoarticular por la falta de movilidad y un destacado incremento de cuadros de ansiedad y depresión. Dar respuesta a este trabajo con calidad es imposible si no contamos con médicos de familia suficientes.

En la actualidad nos encontramos con una nueva ola de la pandemia, la vacunación ha disminuido los ingresos y ha propiciado que los casos sean más leves por lo que aún será mayor el porcentaje de trabajo que se deberá asumir en AP, más aún al coincidir con la temporada de la gripe. Si no hay un refuerzo importante la AP en poco tiempo colapsará y tras ella el hospital y todo el sistema sanitario público.

## **PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN ANDALUCÍA**

1. Es prioritario **aumentar el presupuesto** en sanidad y de este destinar un mínimo del 25% a AP.

En Andalucía se ha incrementado el presupuesto en sanidad y el presupuesto sanitario destinado a la AP, aunque todavía estamos lejos del 25% que se aconseja. Destacar que el presupuesto debe destinarse tanto a la mejora de infraestructuras como al imprescindible aumento de plantillas, destacando la de médicos de familia que es donde el déficit es más grave y lo será más aun con las masivas jubilaciones que se prevén.

2. **Mejorar las condiciones laborales** de los profesionales de AP.

- Igualar los salarios a la media de los salarios a nivel nacional.
- Estabilizar y ampliar las plantillas para permitir que se mantenga una de las características fundamentales de la AP

que es la atención longitudinal. La mejor forma es con convocatorias anuales de traslados y oposiciones.

- La oferta de plazas de dispositivos de apoyo no puede sustituir el déficit de plazas estructurales. Estos dispositivos deberían cubrir salientes de guardias de los médicos de la plantilla del centro y turnos de guardia. Son MF sin cupo asignado y sin centro, asignados al Distrito/Área y que se utilizan para cubrir todo lo que surja. Afecta especialmente a los MF más jóvenes, dificultando la conciliación de la vida laboral y familiar y frustrando sus expectativas de desarrollo profesional. Estos contratos producen rechazo y ocasionan perder MF que se van a otros lugares o a la sanidad privada.
- Fidelizar a los MIR que acaban la especialidad ofertando contratos de larga duración que les permitan desarrollar la especialidad en la que se han formado.
- Sustituir las ausencias prolongadas y las jubilaciones. Respetar el tiempo de consulta del MF sin añadir pacientes en el mismo horario donde están citados otros pacientes.
- Implantar la continuidad asistencial en las mismas condiciones que en los hospitales.

**3. Aumentar la capacidad de resolución** de los MF dando acceso al catálogo de pruebas diagnósticas igual que el resto de especialidades.

**4. Desburocratización** de la consulta del MF. Se ha publicado un documento muy completo por el SAS de desburocratización de la AP con 10 medidas, pero con una implantación muy desigual.

**5. Desarrollar las competencias profesionales de todo el equipo** y asignar las tareas en función de estas competencias.

- Administrativos sanitarios. Existen múltiples consultas administrativas que podrían y deberían resolverse por los administrativos y no llegar al médico.
- Consulta de acogida de enfermería para la valoración de las consultas no demorables de baja complejidad que pueden ser resueltas mediante cuidados y autocuidados y con la indicación de fármacos para los que enfermería está autorizada. El objetivo de esta consulta, además de resolver o reorientar este tipo de demandas mejorando a accesibilidad, sería también mejorar la alfabetización en salud, que la población sepa qué hacer ante síntomas leves que no precisarían consultar con los servicios sanitarios.

**6. Potenciar la atención a la cronicidad y a la fragilidad** recuperando el trabajo del equipo médico-enfermera. Finalizar la dispensarización actual de actividades que rompen el trabajo en equipo y dificulta el seguimiento conjunto de los pacientes. Desarrollar la detección de activos de salud y el trabajo con la comunidad.

**7. Mejorar la comunicación AP-Hospital** con implantación de las interconsultas no presenciales, pero siempre cuidando que el MF no se convierta en el secretario del especialista hospitalario para solicitar las pruebas o tratamientos que le indiquen sin ver al paciente. La

comunicación debe ser bidireccional y con el tiempo asignado en agenda para resolver este tipo de consultas.

8. **Dobles circuitos.** Mientras exista la situación provocada por la pandemia hay que mantener los dobles circuitos y la atención telefónica.

- La atención telefónica debe siempre ser filtrada por un administrativo en base a unos protocolos. La consulta telefónica sin filtro favorece una mala utilización (motivos intrascendentes y no clínicos) por lo que pueden contribuir al aumento de las demoras por sobrecarga y retrasan la atención a los problemas más graves.
- Los rastreos de contactos y test masivos se deben externalizar y realizar fuera de los centros de salud. AP asumiría el diagnóstico y seguimiento de los casos.

9. Recuperar las actividades de **formación continuada** y el desarrollo de la **investigación** en AP.

Los médicos de familia tienen un campo de competencias muy extenso y deben mantener una actualización continua que debe estar contemplada en la agenda de trabajo. Respecto a la investigación se deben realizar convocatorias específicas que recojan las peculiaridades de la AP.

10. **Docencia.** Reconocimiento de la figura del tutor estableciendo medidas que faciliten la docencia, incorporándose como mérito en

oposiciones y traslados y proteger las plazas docentes. En un centro acreditado para la docencia deben tener preferencia los profesionales acreditados como tutores para poder mantener la capacidad de formación MIR.

Estas 10 medidas contribuirían a mantener una AP con capacidad para prestar una atención sanitaria de calidad, fidelizar a los profesionales y prestigiar su trabajo.

Para finalizar consideramos que, dada la gravedad del déficit de profesionales de AP, en concreto de MF, y la necesidad de regular la demanda infinita de la población, tanto la producida por el envejecimiento poblacional como la generada por la creciente demanda de patologías de baja complejidad realizadas por población joven, se hace imprescindible educar a la población para un uso racional de los servicios sanitarios, potenciar el autocuidado y la desmedicalización.

Pero el aspecto más importante es despolitizar la sanidad, nunca antes había corrido un riesgo tan elevado la AP en España, realizar un **PACTO POR LA SANIDAD** para mantener el Sistema Sanitario Público y la AP es su responsabilidad, está en sus manos llevarlo a cabo.