



FOROS DE SALUD

**LA ATENCIÓN PRIMARIA QUE ANDALUCIA NECESITA:
MODELO DE FUTURO >>>**

Sevilla, 1 de febrero de 2024

**Retos y futuro deseable
para la Atención Primaria**

José-Manuel Freire

La Atención Primaria y su contexto

- La **Atención Primaria (AP)** es (debe ser) el **componente central del SNS**
- Los logros, retos, problemas y soluciones de la AP son inseparables de los del conjunto del SNS. **La AP no es una isla, es parte del SNS.**
- El SNS es, junto con las pensiones, **parte nuclear del sistema de protección social** (EdB) de España, y por ello una institución clave de las políticas públicas y del sector público.
- La pandemia COVID-19 ha mostrado las **fortalezas de un SNS es vital para nuestra seguridad** (no solo sanitaria), pero **también los problemas que arrastra** desde hace años, problemas graves que, al no ser abordados, se agravan con el tiempo.
- El SNS español es de **responsabilidad plenamente pública en sus dos grandes componentes** financiación-aseguramiento y **provisión** (organizaciones sanitarias, centros de salud y hospitales).
- **La calidad institucional, efectividad y eficiencia del SNS están muy condicionadas** por la normativa, procedimientos y cultura de la Administración pública española (cuya gobernanza y procedimientos están muy necesitados de reformas).

La Atención Primaria y su contexto 2

- Las organizaciones sanitarias del SNS, complejas y con una gran especificidad, están sin embargo **integradas de forma muy poco diferenciada de la Administración pública común** (muy poco ejemplar);
- Así, los centros de salud y hospitales se rigen por normas similares a las de la administración pública común en presupuestos, gestión económica y de personal; ello **lastra considerablemente la eficiencia y la calidad de sus servicios...**
- Pese a ello, **el desempeño global del SNS destaca dentro del sector público** español por su dinamismo, innovación y buenos resultados en múltiples dimensiones (**baja mortalidad tratable, supervivencia en cáncer, trasplantes, hospitalizaciones evitadas gracias a la AP, etc.**).

Logros del Sistema Nacional de Salud español

1. **Cobertura universal** *de facto* de toda la población.
2. **Acceso** razonablemente equitativo a servicios médicos de **buena calidad, basados en la Atención Primaria**.
3. **Bajo coste** global comparado (6.5% PIB).
4. **Ofrecer una gran seguridad** ante la enfermedad y accidentes en todo el territorio, a toda la población, a todas horas, todos los días del año.
5. **Realizar una gran contribución al bienestar y salud** de toda la población y a la **cohesión social** del país.
6. Ser el **servicio público mejor valorado** de España



Impacto social y económico del del Sistema Nacional de Salud

Los logros del SNS tiene un gran impacto en la sociedad más allá de la salud:

- ❑ Componente básico del sistema de **bienestar, cohesión, seguridad y solidaridad colectiva;**
- ❑ Gran contribución a la **redistribución de la renta** y a la **justicia social;**
- ❑ Clave para la creación y mantenimiento del **capital humano** del país;
- ❑ Constituye un **sector económico** con empleo de alta calidad.

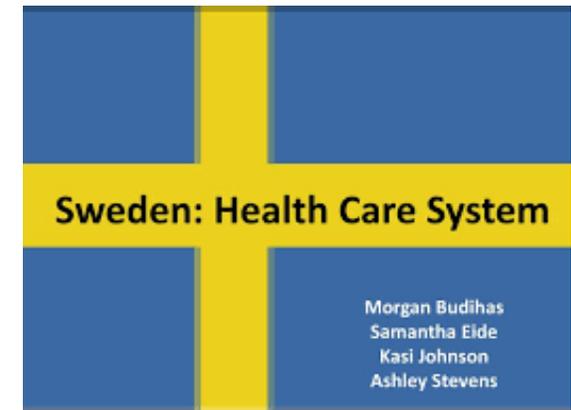


Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Características del SNS Español

- Las características generales del SNS sitúan a España entre los países con un buen sistema sanitario, con un modelo muy similar al de los países nórdicos, el Reino Unido y otros.
- Estas características positivas son:
 - **cobertura** universal *de facto* de toda la población,
 - financiación por **impuestos** con un bajo coste comparado (menos del 7% del PIB), producción mayoritariamente **pública integrada** de servicios basada en la **atención primaria**,
 - **organización territorial-poblacional** de los recursos,
 - **amplio catálogo de prestaciones** médico-quirúrgicas (aunque con escasa cobertura dental y de media-larga estancia) y
 - el acceso gratuito a los servicios **con copagos únicamente** en farmacia y ortoprótesis.
- Por todo ello, desde una perspectiva internacional comparada la sanidad pública española se encuadra desde los años 90 entre los sistemas sanitarios tipo **Servicio Nacional de Salud o modelo Beveridge**.



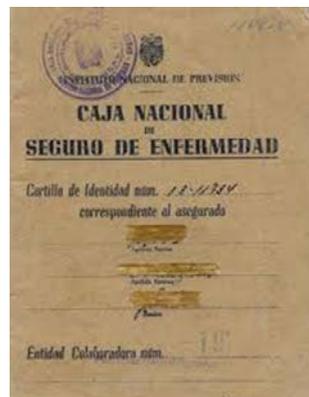
SNS español en su contexto europeo

El SNS se distingue de otros sistemas sanitarios públicos integrados europeos (nórdicos y NHS británico) especialmente por:

1. Su **incardinación poco diferenciada en la Administración pública común**
2. La **gestión administrativo-partidista** de sus organizaciones sanitarias,
3. Una **Atención Primaria totalmente integrada** (médicos empleados propios).
4. **Baja financiación pública** y no cobertura de algunos servicios importantes (dental, óptica...)



El SNS español resultado de una larga evolución



FUENTE:

<http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo>
o imagenes/grupo.cmd?path=1001245



- Los **sistemas sanitarios reflejan** la historia, la cultura, el contexto profesional y político-administrativo y los valores de las sociedades en las que se desarrollan.
- La **sanidad pública española**, el Sistema Nacional de Salud (SNS), es el resultado de **una larga evolución histórica** desde el **Proyecto de Seguros Sociales** de la República (1935) hasta la actualidad.
- **Su historia más inmediata:**
 - comienza con la puesta en marcha del **Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)** en la tras la Guerra Civil (1942);
 - continúa luego con el crecimiento a partir de los años 60 de la **Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS)**.
 - **Se desarrolla y consolida como la sanidad pública de la democracia** tras la Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 que crea el SNS.

El SNS: un logro que hay que mantener

- **La historia global de éxito del SNS** no excluye la **existencia de tensiones y problemas**:
 - Muchos son **comunes a todos los sistemas sanitarios** de los países desarrollados.
 - Otros por el contrario, son **específicos del sistema sanitario español**, relacionados con las peculiaridades del entorno político, profesional y administrativo en el que éste se ha desarrollado, con su cultura interna, y con el marco organizativo y de gestión en el que se desenvuelve.
- **La crisis COVID-19** ha mostrado las grandes **fortalezas** del SNS pero también la existencia de estos **problemas** que son antiguos y cuya importancia **no puede ser infravalorada**.

**Principales
retos del
SNS español**

**Comunes a
todos los países
desarrollados**

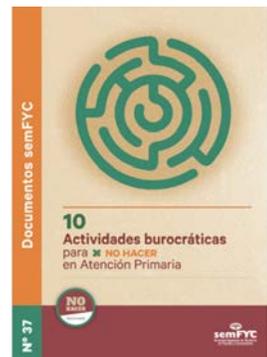
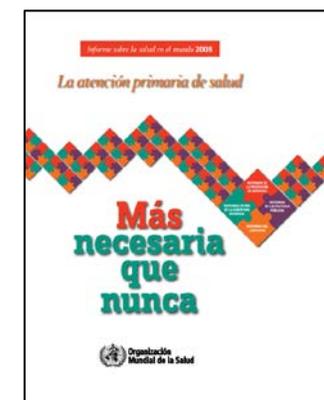
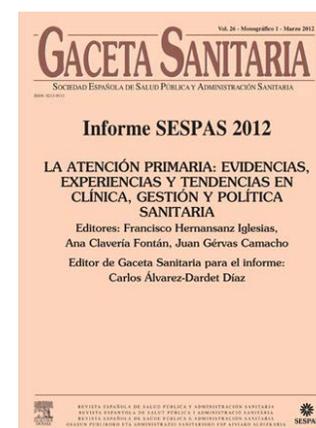
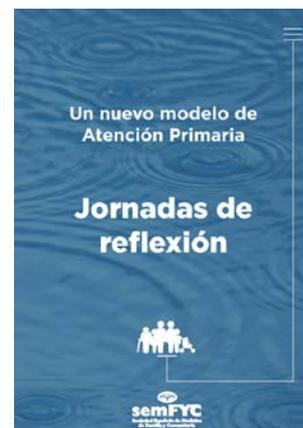
**Más específicos
del SNS español**

Retos del SNS comunes a todos los sistemas de salud de los países desarrollados

- Son los relacionados con:
 - la **efectividad, seguridad y calidad** de la práctica clínica;
 - la **eficiencia, productividad y control de costes**;
 - la **coordinación** entre niveles asistenciales;
 - el impacto del **envejecimiento** de la población y las enfermedades **crónicas**;
 - incorporación de los **avances médicos** y tecnológicos, y su coste-efectividad;
 - con los **dilemas éticos** del principio y fin de la vida, la priorización etc.;
 - Falta de **personal sanitario**;
 - **Amenazas globales a la salud** (pandemias, clima).
- Todos ellos son **problemas complejos**, sin soluciones a la vista, aunque **con un gran potencial de mejora**, a los que previsiblemente se seguirán enfrentando los sistemas de salud en las próximas décadas.

Problemas específicos del SNS

- **Estructurales**
 - Universalización *de facto*, no aún derecho cívico igual para todos (Mutualidades) / Coordinación-cooperación inter-CCAA;
- **De entorno político-administrativo-social**
 - Baja prioridad en la agenda política para la sanidad
 - Alto nivel de competencia sindical (cultura más adversarial que cooperativa)
 - Politización de la gestión
 - Regulación profesional anticuada (Colegios, Sociedades médico-científicas)
- **Servicios a los pacientes:**
 - Escasa cultura de servicio
 - Déficits de servicios: dental, atención domiciliaria, crónico, enfermos mentales, etc.
 - Prescripción de medicamentos muy mejorable
- **Gobierno, organización y gestión**
 - Incardinación indiferenciada en la administración pública común
 - No órganos colegiados de gobierno
 - Gestores de nombramiento político-discrecional
 - Débil rendición de cuentas
 - Bajo nivel de autonomía a todos los niveles (Central, CCAA, centros)

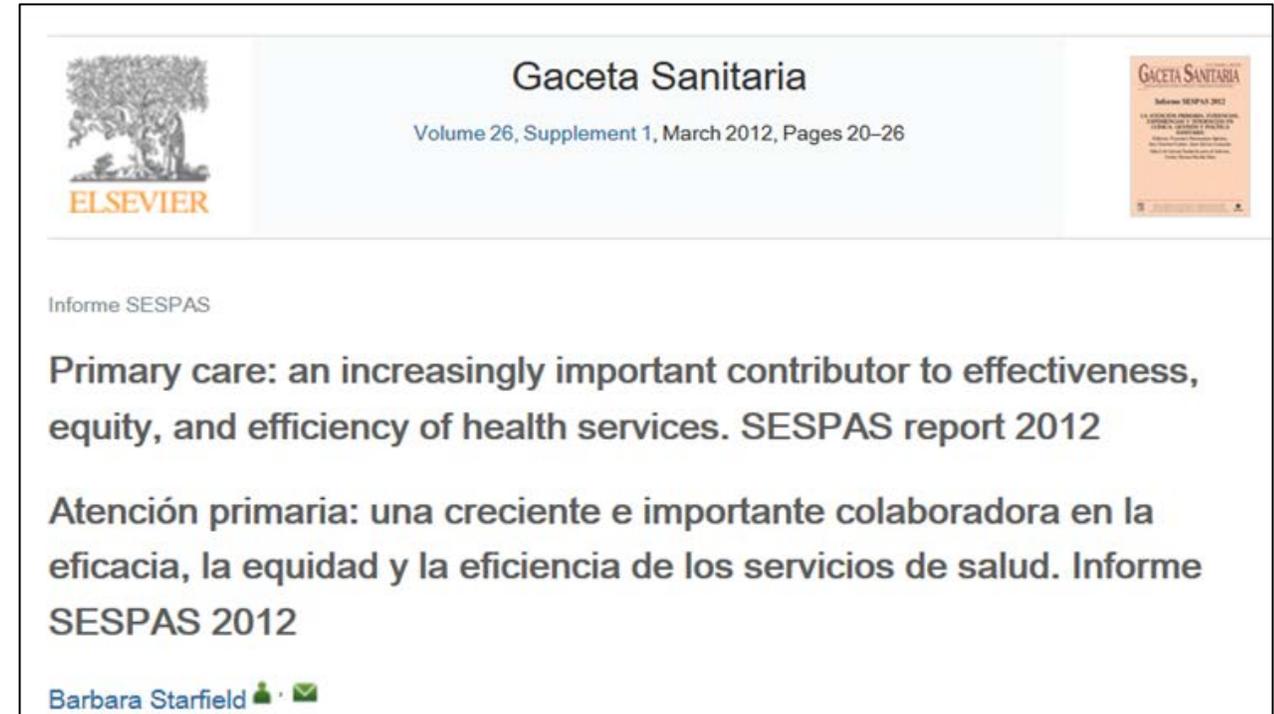


¿Por qué la Atención Primaria es importante?

Porque hay evidencia (pruebas) de que un sistema de salud con una At. Primaria fuerte tiene:

- Mejores resultados
- Costes más bajos
- Más equidad en salud

Prof. Barbara Starfield



Fuente: Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit, 2012;26(S):20-26

At. Primaria: características

| | |
|--------------------------|---|
| Primer Contacto | <ul style="list-style-type: none">• Accesible• Utilización inmediata y directa |
| Longitudinalidad | <ul style="list-style-type: none">• Uso continuado en el tiempo, para todo tipo de problemas• Relación personal y personalizada entre población-paciente/médico-personal sanitario |
| Atención Integral | <ul style="list-style-type: none">• Cartera amplia de servicios para <u>todos</u> los problemas comunes de salud |
| Coordinación | <ul style="list-style-type: none">• <u>Intermediación y facilitación</u> de la continuidad en la atención• Responsabilización de los problemas que requieren continuidad |

Ventajas de una Atención Primaria fuerte

El análisis comparado no deja dudas

1. **Resuelve a bajo coste el 90%** de los problemas de salud;
2. **Posibilita el acceso** a servicios de salud necesarios, especialmente para los sectores más desfavorecidos;
3. Permite el **abordaje precoz** de los problemas;
4. Tiene un **enfoque y efectos preventivos**;
5. **Menor potencial de efectos secundarios** indeseables que la atención directa por especialistas;
6. Es una **estrategia coste-efectiva** para la sostenibilidad, el control de costes y con ello la cobertura universal;
7. Tiene **efectos acumulativos positivos para todo el sistema de salud.**

Atención Primaria

¿Qué comprenden los servicios de Atención Primaria?

"La atención primaria de salud es un **concepto complejo**, y no existe un consenso definitivo sobre qué servicios o proveedores deben incluirse".

"La comparabilidad de este indicador sigue **siendo limitada** y depende de la capacidad de los países y de los métodos utilizados para distinguir entre los servicios ambulatorios generales y los servicios especializados".

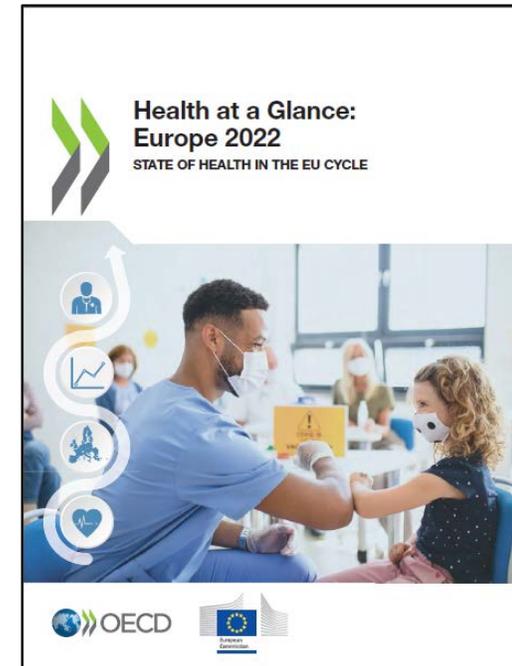


OECD Health at a Glance 2022, pg 138

Servicios de Atención Primaria

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Medicina General/de Familia
- Enfermería general y comunitaria
- Atención domiciliaria
- Serv. Preventivos
- Salud mental comunitaria
- Odontología
- Fisioterapia
- Podología
- Óptica

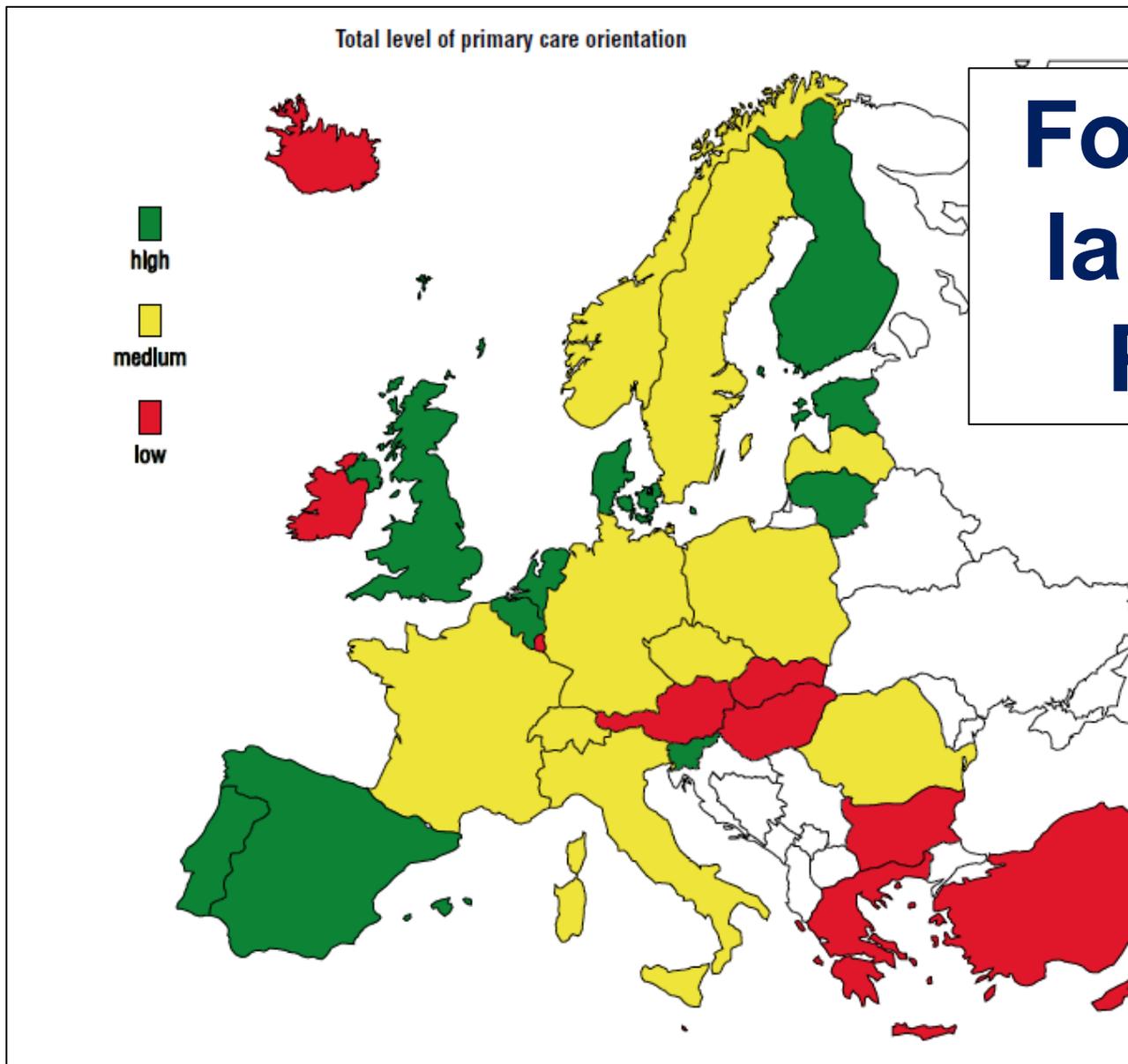


Promedio europeo de Gasto en Atención Primaria 2020

- 50% en atención médica (consultas)
- 36% en atención dental
- 9% en servicios preventivos

Grandes variaciones entre países (del 5 al 13% del total según países).

FUENTE: OECD. Health at a Glance 2022.



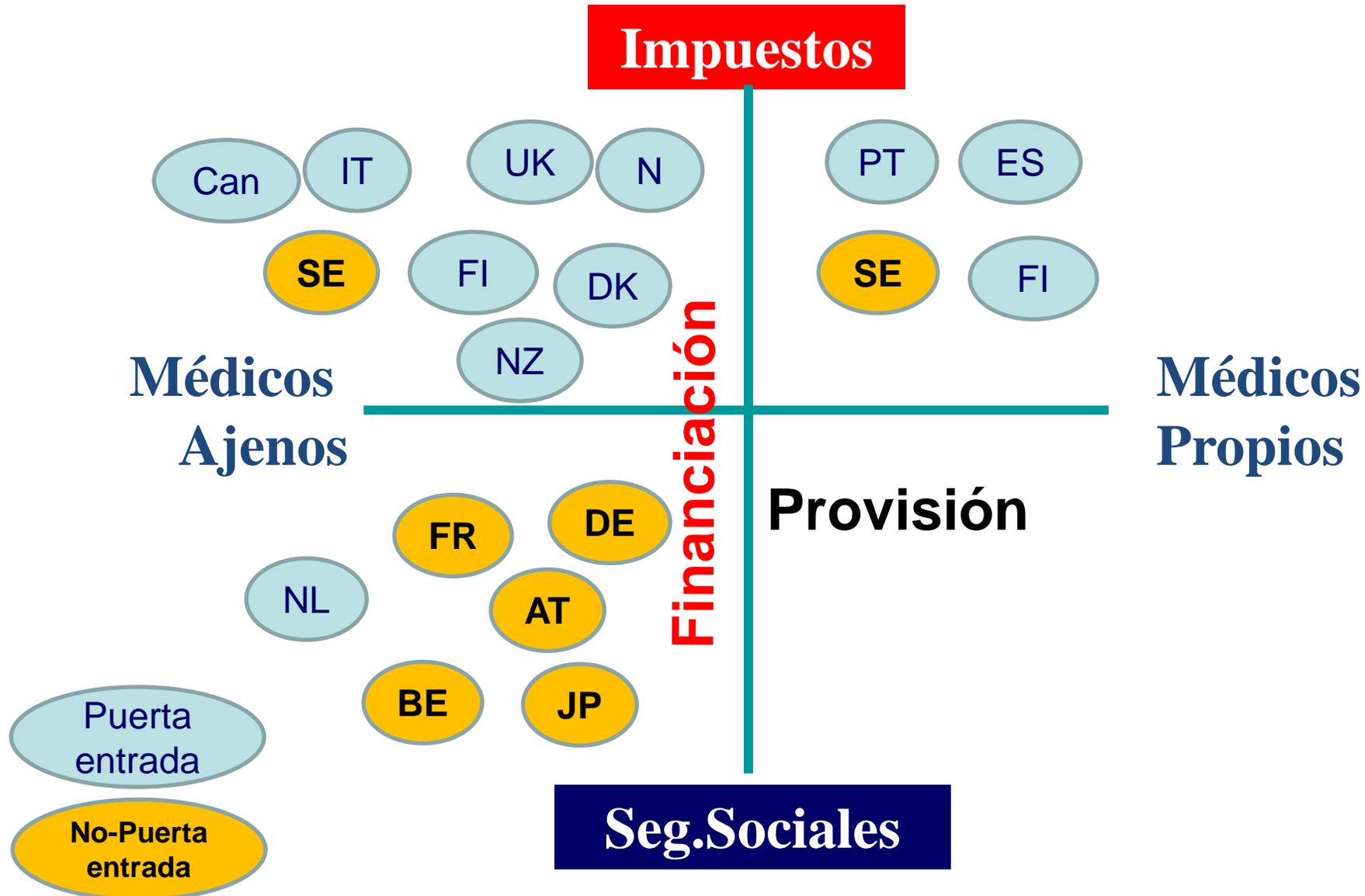
Fortaleza de la Atención Primaria



SOURCE: Kringos DS et al (edit.) Building primary care in a changing Europe.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

Visión internacional. La medicina de Primer Nivel

(Atención Primaria)



Castellano ▼

Buscar

Mi BOE 

Menú 

Está Ud. en > [Inicio](#) > [Buscar](#) > Documento consolidado BOE-A-1984-2574

Legislación consolidada

 [Ayuda](#)

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

Publicado en: «BOE» núm. 27, de 01/02/1984.

Entrada en vigor: 21/02/1984

Departamento: Ministerio de Sanidad y Consumo

Referencia: [BOE-A-1984-2574](#)

Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137/con>

Hace 40 años...

Seleccionar redacción:

Última actualización publicada el 26/04/1999 ▼



[PDF](#)



[ePUB](#)

“La incomprensión del presente nace fatalmente de la ignorancia del pasado... Vano es empeñarse en comprender el pasado si no se sabe algo del presente.”

Marc Bloch

Apología para la historia o el oficio de historiador.
Fondo de Cultura Económica: México; 2014.

Ref.:

Freire JM. *Los antecedentes internos: del Seguro Obligatorio de Enfermedad a un Sistema Nacional de Salud imperfecto*. AMF AMF 2023;19(4):184-191

<https://www.amf-semfyc.com/en/web/articulo/los-antecedentes-internos-del-seguro-obligatorio-de-enfermedad-a-un-sistema-nacional-de-salud-imperfecto>

<https://www.amf-semfyc.com/en/web/home-antigua/209>

Aspectos más importantes de la reforma de la AP (1984)

- Gran mejora de la calidad de la atención.
- Sin duda la reforma más importante del SNS

- **Posibilitada e impulsada** por las primeras generaciones de la recién creada especialidad de **Medicina Familiar y Comunitaria**
- Médicos (generales y pediatras) empleados a **tiempo completo**, en jornada de 7 horas (antes sólo 2:30 horas)
- **Retribución por sueldo** a los médicos (antes por “cartilla”)
- Agrupación de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal auxiliar en **Equipos** de Atención Primaria (**EAPs**)
- Creación de **Centros de Salud**, con grandes inversiones en mejora de instalaciones y construcción de cientos de Centros nuevos en toda la geografía española.
- Mantenimiento de **lo bueno del anterior esquema**:
 - Médico General como **puerta de entrada** a la atención especializada;
 - **Lista de pacientes** (“cupo”);
 - Un cierto **componente caputivo** en la retribución médica (escaso e introducido posteriormente);
 - Base **poblacional-territorial** (la Zona que atiende el Centro de Salud);

El gran trabajo
y legado de los
pioneros de la
nueva AP y de
la Medicina de
Familia...

Un día en la consulta con Miguel Melguizo



Se inicia con esta primera entrega una serie de entradas preparadas por Juan Gervas y Mercedes Pérez relativas a su experiencia de testigos directos en la consulta de algunos médicos de familia españoles que llevan décadas ejerciendo en atención primaria con el mismo cupo de pacientes.[1]

Un día en la consulta con Miguel Melguizo en el centro de salud de Almanjáyar (Granada)

Inicio

Miguel Melguizo llega un lunes al centro de salud por sus propios medios, en su automóvil, y estaciona en la calle sin problemas, a las ocho menos cinco de la mañana. Saca del maletero material diverso, incluyendo un maletín específico para la prestación de cuidados paliativos.

-¿Y eso? preguntamos

-Tengo un paciente en situación de próxima muerte, por si lo necesitaba durante el fin de semana.

<http://saludinerop.blogspot.com/2020/01/un-dia-en-la-consulta-con-miguel.html>

Atención Primaria, reforma de 1984

- **Una de las dos grandes reformas** del SNS en las últimas décadas (junto con las Transferencias a las CCAA)
- Representó **gran mejora de la calidad** respecto a la situación de extremo deterioro de la atención ambulatoria de la Seguridad Social:
 - Médicos con una buena formación
 - Médicos a tiempo completo
 - Esfuerzo inversor en nuevos Centros de Salud
- ... no obstante por **su concepción tuvo importantes costes de oportunidad**, su implantación ha durado **décadas** y el tiempo evidencia las **carencias de su diseño inicial y de su organización actual**.

La Medicina de Familia factor decisivo del éxito de la Atención Primaria en España

- La **especialidad médica MFyC** ha sido sin duda el factor que más ha contribuido a la reforma y al éxito de la Atención Primaria española:
 - Decisión en **1978** de crear esta nueva Especialidad Médica, en igualdad de condiciones con las demás en todo;
 - Formación vía “residencia” de 4 años con contrato laboral y a tiempo completo con los Servicios de Salud;
 - Porcentaje relevante de plazas MIR;
 - Creación de una fuerte cultura de profesionalismo via la SEMFyC (sociedad científica).
- **La MdF es el servicio más crítico y definitorio de la AP.**

Crisis actual (pre y post covid-19) de la Atención Primaria

- **Organización y funcionamiento rígidos y uniformes, con poca autonomía profesional y de los Equipos**
 - Alto nivel de precariedad laboral;
 - Fracturas internas (plantillas ≠ plantillas).
 - Burocratización de las consultas;
 - Dificultades de conciliación, por el trabajo a turnos fijos
- **Modelo profesional y organizativo necesitado de actualización**
 - ¿Médico de Familia o Internista de AP? (Papel de los pediatras en At. Primaria);
 - Atención domiciliaria y papel de la Enfermería;
 - Atención fuera de horas y urgencias.
- **Infrafinanciación y falta de recursos**
 - Déficit de instalaciones y locales de consultas, que obliga a trabajar a turnos en muchos centros de salud;
 - Sobrecarga asistencial tanto por ratios altos de población/profesional, como por déficit de administrativos, trabajadores sociales, TCAES y fisioterapeutas;
 - Frecuentes demoras >72h para consultas frecuentes en muchos lugares.

Sobre la AP, su crisis y problemas

- **La historia y la cultura organizativa y profesional marcan.** La AP tiene su origen en la Atención Ambulatoria de la Seguridad Social, en el impacto de creación de la Medicina Familiar y Comunitaria (1978) y en el RD 137/1984 que creó el modelo actual de AP del SNS
- **A pesar de los logros de la reforma, la AP lleva unos años en situación de crisis, por:**
 1. **Problemas de contexto**, generales del SNS,
 2. Algunas **características de su diseño inicial** y
 3. Su **no adaptación a las necesidades y grandes cambios habidos en los 40 años** transcurridos desde conceptualización.
- **La realidad y los principales problemas actuales de la AP deben ser analizados desde tres perspectivas:**
 1. **Población-pacientes** (necesidades, demandas, expectativas, acceso, satisfacción...)
 2. **Los actores y colectivos profesionales implicados** (MdF, otros profesionales, gestores, políticos, sindicatos)
 3. **Análisis-estudio objetivo de la AP española** (datos, desempeño, calidad, acceso, satisfacción, etc.)
- **Los aspectos más relevantes de la crisis de la AP son los problemas que afectan a:**
 1. (1) **la población-pacientes**,
 2. (2) **la Medicina de Familia**, porque, en gran medida, la crisis de la AP es la crisis de la MdF en la AP en el SNS.

Crisis de la Atención Primaria y Medicina de Familia

- La actual crisis de la AP es en gran medida una crisis de la medicina de AP, de la MdF.
- Importancia y papel de la MdF en la AP
- **Algunos elementos de la crisis de la MdF en la AP:**
 - **Cambio generacional**, los pioneros fueron protagonistas motivados, las nuevas generaciones tienen un panorama muy diferente
 - **Práctica profesional** cuestionada y poco motivadora
 - Existe un **nivel alto de malestar**, de queja, de pesimismo y desmoralización profesional en un sector importante de la MdF
 - Ausencia de perspectivas y **pérdida de confianza** en la voluntad y capacidad de las instituciones y de la política para mejorar las cosas
 - **Estancamiento organizativo y rigidez**; ausencia de innovación; peso excesivo de tareas burocráticas; problemas de conciliación
 - Percepción de **pérdida de peso y prestigio de la AP y de la MdF** en el sistema sanitario y en la sociedad
 - **Contraste entre el ideal de los EAP** y la realidad (plantillas ≠ equipo)

Una AP al servicio de la población y pacientes

Pregunta clave: *¿Qué necesita, desea y espera la población-pacientes de la AP?*

Necesidad de repensar la AP desde las necesidades, demandas y aspiraciones de la población y los pacientes.

- **Accesibilidad al médico** (en cita <48-72h, pero también por teléfono, mail y mensajes)
- **Continuidad** en la relación médico-paciente
- **Comunicación fácil** con el CdS via teléfono, mail, etc.
- Garantía de **atención domiciliaria**, tanto médica como sobre todo de enfermería, cuando sea necesaria (post operados, convalecientes, frágiles y pacientes terminales)
- AP de calidad en las **Residencias de Mayores**, incluso con atención especial tanto médica como sobre todo de enfermería
Atención especial en domicilio al fin de la vida
- Atención en el CdS a **consultas fuera de horas y urgencias no graves**
- **Buen trato** personal y personalizado
- **Cultura de servicio** en el CdS

Propuestas para una mejor Atención Primaria

Reformas en el conjunto del SNS y de los Servicios Autonómicos de Salud

- **Buena gobernanza:** valores e instrumentos de buena gobernanza a todos los niveles (como indican las conclusiones de la CRSE post-covid aprobadas por el Pleno del Congreso en julio de 2020).
 - Incluiría órganos de asesoramiento y participación profesional, tipo Juntas Técnico- Asistenciales en AP
- **Reformas en la regulación y practica de la política de personal** (ver punto 8.2 de documento de la CRSE del Congreso)
- **Mas recursos para la sanidad**, siempre acompañados de reformas
- **Impulso y refuerzo de los valores a los que responde la sanidad pública** (solidaridad, universalidad, equidad, calidad, transparencia, rendición de cuentas, participación y control democrático, efectividad y eficiencia).
- **Apoyo institucional a los valores profesionalismo** médico y de las otras profesiones sanitarias.

Atención Primaria: objetivos deseables para mejorar

Reformas en la Atención Primaria y sus Centros de Salud

- (1) Favorecer la mejor practica medica posible en la Atención Primaria:**
 - Posibilitar e incentivar el papel de “*médico personal*” de los MdF y su continuidad con la población asignada
 - Mayor autonomía individual del médico para organizar su consulta y actividades
 - Despacho personal
 - Medios diagnósticos (ecografía, Rx, analítica, pruebas diagnósticas, etc.)
 - Posibilitar n formas organizativas y de contratación de los médicos
- (2) Priorizar los cuidados domiciliarios en la actividad de la enfermería comunitaria**
- (3) Alto nivel de autonomía organizativa y de gestión para la At. Primaria, los sus Centros de Salud y sus profesionales.**

Entre otras cosas, deberían posibilitar formación de verdaderos equipos interprofesionales, auto-organización, organización de una atención 7/24, distribución de carga de trabajo, horarios de atencion, carga de trabajo y desarrollo profesional adecuadas a las etapas de la vida laboral.
- (4) Coordinación real entre los servicios hospitalarios y de AP en medicina y enfermería.**

6 grupos de medidas para una mejor AP

Reformas en la Atención Primaria y sus Centros de Salud

1. Favorecer una **práctica médica** propia de la AP (integral, de alta calidad científica, personalizada y humana), con una mayor responsabilidad y autonomía profesional y organizativa;
2. La reorientación y potenciación del **trabajo de la enfermería de AP hacia los cuidados domiciliarios** propios de la enfermería comunitaria;
3. Mejorar la **coordinación** entre la atención de AP y la del hospital, y
4. **Flexibilidad e innovación organizativa y de gestión** a todos los niveles
5. Impulsar una nueva '**cultura de servicio**' en los CdS
6. **Dotar a la AP de los recursos que precisa** para cumplir su papel.

Medidas para mejorar la práctica médica

El objetivo es la creación de un marco organizativo que posibilite una buena relación médico-paciente, calidad, continuidad y longitudinalidad en la atención médica de AP, de modo que la población tenga en el sistema sanitario público su “médico personal”. **Este objetivo requeriría entre otras las siguientes medidas:**

- Un amplio margen de **autonomía y responsabilidad personal** de los MdF en la organización de la atención profesional a su población (incluyendo horarios de consulta y sustitutos temporales)
- Incentivos a la continuidad y permanencia del MdF al servicio de su lista de población (**longitudinalidad**)
- **Acceso sin limitaciones a pruebas y exploraciones diagnósticas**
- **Acceso a la información asistencial y estadística** en la base de datos de su población
- **Dotación de despacho de propio para cada médico**
- **Apoyo administrativo, auxiliar y profesional** liberándolo de tareas no médicas.
- **Reevaluar todo el amplio conjunto de “programas” de actividades preventivas** de escaso valor que sobrecargan su actividad asistencial de burocracia de dudosa utilidad sanitaria.
- Incentivar la atención médica a **pacientes complejos, frágiles, de cuidados paliativos, terminales**, etc.
- Incentivos **para la visita médica domiciliaria**, especialmente a pacientes con necesidades especiales, garantizando especialmente una buena atención médica domiciliaria al fin de la vida, acordando compensación que sea precisa

Medidas para mejorar la práctica médica 2

El objetivo es la creación de un marco organizativo que posibilite una buena relación médico-paciente, calidad, continuidad y longitudinalidad en la atención médica de AP, de modo que la población tenga en el sistema sanitario público su “médico personal”. **Este objetivo requeriría entre otras las siguientes medidas:**

- Medios y compensación específica para **teleconsultas y accesibilidad telefónica, correo electrónico y mensajería con sus pacientes**
- **Incentivar la Atención en los CdS de la urgencia no grave y la demanda fuera de horas**, abriendo una vía exprés para atención urgente en Hospital si es necesario
- Revisión de todos **los procedimientos y circuitos administrativos** para evitar toda carga burocrática innecesaria.
- Mecanismos para la **coordinación con la Atención Hospitalaria y sus urgencias**.
- **Posibilidad e incentivos para dar sesiones colectivas de educación sanitaria de pacientes** de su lista-cupo con una misma patología (EPOC, asma, diabetes, etc.)
- Posibilitar la **reactivación del trabajo en equipo y colaborativo dentro del CdS** para ofrecer una atención integral a la población.
- **Medidas para favorecer la excelencia clínica y la calidad de la práctica médica** de AP, incluyendo incentivos para la adopción de buenas prácticas profesionales y de prescripción; sesiones clínicas, conexión con otros CdS, con servicios hospitalarios, favorecer formación continuada, investigación, Comisiones de Calidad del CdS, etc.

Reformas pro AP en el conjunto del SNS

- **Medidas para prestigiar profesional y socialmente la AP y la MdF**
 - Incrementar las retribuciones de los profesionales de AP buscando ligarlas a nuevos o mejores servicios a la población
 - Cátedras de MdF en todas las Facultades de Medicina
 - Recuperar para el MdF la atención médica integral a toda la población a su cargo de la que es responsable, que es su razón de ser profesional y aquello para lo que ha sido formado (atención a niños y mujeres en todos los procesos propios de la AP);
 - Generalizar las ventajas de una buena AP incluyéndola en los contratos de las Mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) con la misma cartera de servicios que en el conjunto del SNS
- **Abrir nuevas formas y posibilidades de organizativas y de gestión de la AP.**
 - Posibilitar el pilotaje (y evaluación) de innovaciones de gestión y de nuevas formas de contratación del personal médico, aprendiendo de la experiencia de otras CCAA y de otros países (p.ej.: Portugal en sentido más tradicional-continuista; Dk y NL en un sentido más novedoso e innovador en nuestro medio). Todo ello garantizando equidad territorial-poblacional, la calidad de los servicios y el control y responsabilidad pública en la prestación.
- **Abordar la reforma de la regulación del personal sanitario.**
 - Habría de incluir todos los aspectos relevantes (contratación, retribución, aumentando su componente capitativo, excluyendo los que impliquen conflicto de interés y añadiendo conceptos que tengan en cuenta la diversidad de situaciones existentes e incentiven adecuadamente el ejercicio profesional en áreas de mayor necesidad social (pobreza, emigración, marginalidad, etc.).
- **Modificación del sistema actual de bajas médicas** en el sentido indicado recientemente por el Ministerio de Sanidad.



Congreso de
los Diputados

Un gran acuerdo político para mejorar el SNS

https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf

- En julio de 2020 el Pleno del Congreso aprobó con gran consenso (265 diputados) las propuestas de la **Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (CRSE)** tras la pandemia COVID-19. Es lo más próximo que puede darse en España a **un gran acuerdo político pro-SNS**.
- El texto aprobado contiene **medidas con un gran potencial para mejorar el SNS**, especialmente en cuatro de sus **nudos gordianos** críticos:
 1. **Su gobernanza a todos los niveles**, del conjunto del sistema a nivel nacional, de los Servicios Autonómicos de Salud y de los centros y organizaciones (hospitales, áreas de salud, etc.);
 2. **La regulación del personal al servicio del SNS**, reformando el Estatuto Marco y poniendo fin a un sistema obsoleto que no responde a las necesidades de una sanidad moderna y aboca estructuralmente a miles de sanitarios a niveles inaceptables de temporalidad;
 3. **El fortalecimiento de la atención primaria** y
 4. **La necesidad de aumentar los presupuestos** destinados al SNS.

Grupo de Trabajo Sanidad –Salud Pública

1. Gobernanza
2. Recursos humanos profesionales
3. Atención Primaria y comunitaria
4. Salud pública
5. Investigación I+D+I, fármacos y vacunas
6. Transformación digital
7. Coordinación de servicios sanitarios y sociales
8. Política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica
9. Adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales
10. Modelo de atención sanitaria

COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA



Congreso de
los Diputados

[1. GOBERNANZA]



2. Incorporar a todos los niveles del SNS los principios e instrumentos de buena gobernanza.

1. **Aplicar al SNS los valores y principios de la buena gobernanza** de los sistemas sanitarios públicos.
2. Dotar a las organizaciones del SNS con presupuesto propio de **órganos colegiados**, ante los gestores habrán de proceder a la rendición de cuentas.
3. **Profesionalizar la gestión** de las organizaciones sanitarias.
4. **Reforzar las estructuras de asesoramiento y participación** profesional y de los pacientes.
5. Promover **mayor autonomía y capacidad de respuesta para las organizaciones sanitarias**, a todos los niveles, empezando por la propia organización de los Servicios Autonómicos de Salud.
6. **Promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional** (obligaciones de transparencia y publicidad activa; códigos éticos y de conducta, sistemas de buenas prácticas, normas y procedimientos operativos estandarizados; regulación de la actividad de los grupos de interés en el ámbito sanitario y farmacéutico y de los conflictos de interés; protección de denunciantes (*whistleblowers*), etc. Todo ello formando parte de una estrategia de buena gobernanza y de prevención del fraude y la corrupción en sanidad.
7. **Promover la transparencia a través de indicadores sanitarios** que evalúen los resultados del sistema sanitario en cuanto a efectividad clínica, eficiencia, seguridad y satisfacción de los pacientes.

[2. RRHH Y PROFESIONALES]



8. Actualizar tanto la regulación como el funcionamiento en la práctica del sistema de contratación de personal sanitario por los Servicios Autonómicos de Salud para acabar con la temporalidad y la precariedad.

- Priorizar con carácter urgente medidas para acabar drásticamente con la precariedad laboral y la temporalidad estructural, no solo con medidas puntuales y coyunturales, sino con una regulación que establezca mecanismos permanentes de cobertura de puestos, evitando tener que recurrir a contratación temporal para cubrir vacantes estructurales.
 - ❑ actualizar con carácter urgente el sistema de selección de profesionales sanitarios, y en particular para las especialidades médicas, habilitando un sistema abierto y permanente que combine una prueba nacional periódica de competencias (*board*), con una selección local por concurso, de adaptación a perfil y puesto, posibilitando que la mayoría de las vacantes (por ejemplo, jubilaciones) se puedan reponer antes de producirse.
 - ❑ Con ello se reduciría mucha complejidad y conflictos, evitando los enormes daños personales, familiares e institucionales asociados a la temporalidad, así como el actual sistema de dilatados y conflictivos concursos-oposiciones masivos y de periodicidad errática, con correlato de empleo precario y arbitrariedad local en las coberturas temporales.
- Introducir la posibilidad de fórmulas contractuales y retributivas orientadas a hacer atractivo el ejercicio profesional en las zonas rurales y otros puestos de difícil cobertura.
- Poner en marcha un plan de recursos humanos, cuya prioridad sea la estabilidad en el empleo, así como desarrollar una política retributiva que mejore los niveles actuales dentro del marco de diálogo normativamente establecido.

[3. AT. PRIMARIA Y DE SALUD 1/3



15. Necesitamos una Atención Primaria estable, firme y robusta, una salud familiar y comunitaria clave en esta nueva situación y una salud pública potente que afronte las directrices y asesore las decisiones de las administraciones públicas.

16. Reforzar con carácter urgente a la Atención Primaria para asumir funciones de vigilancia y epidemiología de campo frente al COVID-19.

17. Desarrollar e implementar el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS.

- La Atención Primaria por su función básica en el Sistema Nacional de Salud tiene que tener todos los medios humanos y materiales necesarios para hacer sostenible el Sistema Sanitario.

17.1 Reforzar la oficina de Atención Primaria en el Ministerio de Sanidad para seguimiento del desarrollo de la Atención Primaria.

17.2 Acordar a nivel del Consejo Interterritorial del SNS objetivos e indicadores comunes de servicios en Atención Primaria.

18. Reforzar los recursos de la Atención Primaria de Salud como pilar esencial del SNS.

18.1. Incrementar los recursos dedicados a Atención Primaria de modo que se cubran adecuadamente los objetivos asistenciales, tanto los que corresponden habitualmente a este nivel de asistencia, como las nuevas necesidades derivadas de la **pandemia del COVID-19**.

18.2. Impulsar en cada comunidad autónoma **un Plan Estratégico de Atención Primaria**, con objetivos de corto y mediano plazo.

18.3. Dar un gran impulso a la **Enfermería Familiar-Comunitaria** para incrementar los cuidados sanitarios de atención domiciliaria, y muy especialmente para cubrir adecuadamente las necesidades de atención en las residencias sociosanitarias.

18.4. Optimizar el valor del **Trabajo Social** en salud y ampliar los ratios de trabajadores sociales por centro de salud.

18.6. Reforzar **la atención fuera de horas y urgente como parte del trabajo de los Equipos de Atención Primaria**.

18.7. Desarrollar un **Plan urgente de digitalización sanitaria en Atención Primaria**, de manera que se incorpore la telemedicina y la atención telefónica al funcionamiento normalizado de los Centros de Salud.

18.8. Incrementar la **resolutividad de la Atención Primaria**, para que a este nivel se pueda resolver la inmensa mayoría de los problemas de salud.

18.9. Reforzar los Equipos de Atención Primaria con **personal administrativo** con formación sanitaria.

19. Medidas para abordar la precariedad laboral y cubrir puestos poco atractivos.

- Hacer de la **estabilidad en el puesto de trabajo** un objetivo prioritario de la política de Atención Primaria tanto para atender con continuidad a los pacientes y a las familias como por el trato respetuoso que se merecen los profesionales sanitarios.
- Dotar **plazas estables para la cobertura de bajas y sustituciones** médicas y de enfermería.
- Habilitar contratos para cubrir de forma estable y solvente aquellos **destinos de Atención Primaria poco atractivos** para los profesionales, dotándoles de los incentivos precisos, económicos y profesionales, por equidad para con la población de estas localidades.

20. Impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria.

- Planificar **las necesidades de profesionales** de los Centros de Salud teniendo en cuenta indicadores de **determinantes sociales** de la salud de la población.
- Fortalecer la **comunicación, coordinación y colaboración y regulares con Salud Pública**, no solo en esta fase de la pandemia, si no de forma estable
- Desarrollar adecuadamente la **Salud Mental** Comunitaria.

21. Reordenar la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios y para una mejor coordinación con los servicios sociales.

- Dotar a las **residencias de mayores y de personas** con discapacidad de unos servicios de Atención Primaria adecuados a las necesidades de los residentes en estos centros ha de ser una prioridad.
- Diseñar e implementar **protocolos de coordinación y planes de contingencia** entre la Atención Primaria y los servicios sociales generales (Atención Primaria) y especializados (Residencias de Personas Mayores) para una correcta atención a la población residente en centros sociosanitarios.

[10. MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA] 1/2



79. Crear un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de servicios sanitarios.

79.1. Dotar a las redes y/o centros sanitarios públicos de capacidades para la gestión operativa de su presupuesto, su personal, sus compras y sus contratos, de manera que se cree un **marco de gestión adaptado** a la naturaleza de la prestación de servicios sanitarios.

79.2. Promover, a criterio de las CCAA, políticas basadas en **Contratos de Gestión.**

79.3. Desarrollar de forma continuada una reingeniería de procesos con el doble objetivo de internalizar y primar el talento y la competencia profesional y **desburocratizar y simplificar la gestión de los centros y establecimientos de salud,** eliminando compartimentos estancos y reduciendo drásticamente los trámites administrativos requeridos para prestar los servicios.

Signos de alarma en el SNS

- **Listas de espera** con tiempos de demora altos en casi todos los ámbitos, incluida la At. Primaria.
- **Problemas de acceso y malestar en la Atención Primaria**
- **Creciente dualización** por persistencia de **Mutualidades** y el incremento en la **compra de seguros médicos privados**, especialmente en algunas CCAA (CAT y MAD). **>amenaza grave a la sostenibilidad social**
- Creciente **percepción en la opinión pública de la sanidad como problema** (el número 2, CIS).
- **Problemas de gobernanza. Captura partidista** de puestos directivos, discrecionalidad y arbitrariedad en **nombramientos**, en un contexto de **alta rotación** de ministros, consejeros y otros altos cargos; **no órganos colegiados de gobierno** en los centros.
- **Alta temporalidad y malestar del personal sanitario**

Signos de alarma en el SNS

¿Causa de las causas?

- **Baja prioridad de la sanidad en la agenda política** y consiguiente falta de **reformas y recursos** para reforzar el SNS.
- > **necesidad de ciudadanía activa y profesionalismo sanitario pro-sanidad pública, pro SNS.**

Reflexiones finales

- **El SNS es quizá la institución más valiosa** e importante de la sociedad española; refleja como ninguna otra los **valores que cohesionan al país** y, con todos sus problemas, es sin duda **el mejor servicio público de España**; ofrece a todos una seguridad ante la enfermedad o un accidente que no tiene precio; la pandemia COVID-19 ha mostrado que es incluso garante clave de la seguridad nacional.
- **El SNS tiene algunas las características de los mejores servicios públicos de salud del mundo desarrollado.** Es vital preservar y reforzar estas características.
- **Al mismo tiempo el SNS tiene problemas importantes** que arrastra desde hace tiempo y que la pandemia ha puesto más en evidencia.
- **La sanidad es muy compleja**, en ella no hay soluciones que no tengan sus problemas, ni funcionan propuestas simples; a pesar de ello, **el inmenso valor del SNS para la sociedad exige reformas y recursos que garanticen y refuercen el gran tesoro social que es nuestra sanidad pública.**
- **Las crisis ayudan a cambiar más que ninguna otra circunstancia.** La crisis covid-10 debiera contribuir las reformas necesarias en el SNS del siglo XXI.
- **El acuerdo del Pleno del Congreso de julio de 2020 marca un buen camino.**



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Servicio Andaluz de Salud



Osakidetza
salud, más que nunca



SaludMadrid



SERGAS
Servizo Galego de Saúde



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea



CRSE-Comisión Reconstrucción Social y Económica

1.3. Impulsar un **nuevo pacto social en pro de la sanidad pública** para dotar a España de un Sistema Nacional de Salud que, como **símbolo de la solidaridad colectiva**, implique a todas las fuerzas políticas y a todos los sectores de la sociedad (agentes económicos y sociales, organizaciones profesionales y sociales). Ese pacto **se basará en los valores y principios de la sanidad pública**, de modo que sean posibles los acuerdos necesarios para gestionar el Sistema Nacional de Salud con base en ellos, gobierne quien gobierne.