



## COMUNICADO CONJUNTO DE ACDESA Y CAVE-COVA

Desde el otoño pasado, la FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) ha difundido un manifiesto y una campaña a nivel estatal, autonómico y local bajo el lema “SALVEMOS LA ATENCION PRIMARIA”, campaña que, tras la adhesión de múltiples organizaciones y entidades sociales y vecinales, se hizo visible en Valencia a través de ACDESA-PV el pasado 12 de diciembre, con una amplia participación ciudadana y difusión mediática.

En el momento actual, cerca de la primavera de 2022, no se vislumbra un paradigma alternativo a la AP que tenemos, pero si muchas decisiones que minan su estructura, sus capacidades y su prestigio; por eso, tanto desde CAVE-COVA como desde ACDESA-PV queremos trabajar colectivamente, sumando esfuerzos desde la ciudadanía y el movimiento vecinal, así como desde los colectivos profesionales y los movimientos sociales.

El pasado 28 de enero, en el salón de actos de la Dirección General de Salud Pública, la Consellera Dña. Ana Barceló y su equipo directivo, la Directora General de Asistencia Sanitaria y la Comisionada de la Atención Primaria y Comunitaria, presentaron la adaptación valenciana del “Marco Estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria (APyC)”, realizado a nivel estatal por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas con la participación de sindicatos, entidades sociales, asociaciones profesionales y movimientos vecinales, entre otros. Se presentó como un marco a dos años 2022-2023, financiado con 326 millones de euros para desarrollo tecnológico e infraestructuras y con una inversión en recursos humanos de 130 millones de euros para la creación de 1600 plazas estructurales en atención primaria.

La situación actual es crítica, tal como manifiesta la ciudadanía y los profesionales; por ello, es necesario que nos unamos quienes queremos una Atención Primaria accesible, resolutive y de calidad, como eje fundamental y vertebrador de la Sanidad Pública.

Tras una valoración preliminar y conjunta del Marco Estratégico de la APyC, tanto ACDESA como CAVE-COVA queremos manifestar la necesidad de:

1. Poner en marcha **un Plan de Choque** en aquellos **centros de salud y consultorios auxiliares y locales** que todavía están cerrados o con un funcionamiento incompleto de toda su cartera de servicios (Covid y No Covid) en numerosos departamentos de salud.

2. **Acelerar los tiempos de ejecución del Plan de Choque**, para resolver los problemas de accesibilidad y las demoras de atención, con soluciones inmediatas y eficaces, que garanticen el derecho a una asistencia sanitaria digna, real y efectiva.
3. **Garantizar la participación de los ciudadanos para la promoción de la salud y la mejora de los servicios sanitarios del primer nivel**, constituyéndose **los consejos de de salud locales, de zona básica de salud.**

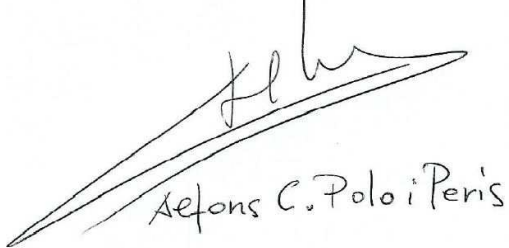
**Tanto ACDESA como CAVE-COVA queremos que se fortalezca la atención primaria; no nos valen las discrepancias en los matices, la pasividad y las actitudes excluyentes.**

**Nuestra Atención Primaria y Comunitaria no admite más demoras.**

**SALVEMOS LA ATENCION PRIMARIA.**

València, 24 de febrero de 2022

**ACDESA-PV**



Handwritten signature of Alfons C. Polo i Peris in black ink.

Alfons Carles Polo Peris

**CAVE-COVA**



Handwritten signature of Juan Antonio Caballero Defez in blue ink.

Juan Antonio Caballero Defez

**SE ADJUNTA EL MANIFIESTO “SALVEMOS LA ATENCION PRIMARIA”**

## **MANIFIESTO “SALVEMOS LA ATENCION PRIMARIA”**

### **ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA INTENTAR SUPERAR LA SITUACIÓN CRÍTICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA PANDEMIA COVID**

El deterioro de la Atención Primaria se venía produciendo desde años antes de la pandemia por coronavirus. Ahora la saturación de los centros de salud por el exceso de actividad por la pandemia, las acumulaciones o la falta de profesionales, etc., no debería servir de coartada para que las Administraciones públicas o los grupos de profesionales que consideran que los pacientes abusan del sistema asistencial limiten el acceso a los centros de salud y a la atención sanitaria, poniendo barreras físicas o funcionales.

La progresiva degradación de la AP ha sido consecuencia de decisiones políticas a través de una financiación insuficiente, una mala gestión de los recursos y la potenciación de la medicalización. Algunas administraciones y grupos profesionales han aprovechado la forma de afrontar la pandemia para organizar la demanda a su gusto, que se resume en menos actividad presencial y más actividad interpuesta: teléfono, telemedicina, correo electrónico, etc., lo cual tendrá consecuencias nefastas para la población más pobre, de más edad y la más necesitada, porque es la menos “digitalizada”, así como para la atención de los procesos agudos sobrevenidos (cáncer, por ejemplo), cuya visibilidad entorpece, y que tendrán como consecuencia un aumento de la inequidad.

Esta actitud no puede ser defendida por los profesionales que entendemos que los centros de salud deben solucionar las necesidades de los individuos y de la población, que la AP no debe incrementar aún más las desigualdades socio-sanitarias sino, al contrario, intentar aminorarlas, que la AP debe incrementar su capacidad resolutive accediendo a más recursos diagnósticos y que debe facilitar el acceso de los pacientes, poniendo a su disposición el profesional que más se adecue a su problema de salud y la forma de contacto más rápida y resolutive.

De no ser así, y si se siguen poniendo trabas, demorando consultas o derivando innecesariamente pacientes, la AP perderá prestigio y cada vez más personas, ya que las que se lo puedan permitir tenderán a acudir a la asistencia privada buscando soluciones ágiles y utilizando los Centros de Salud como un mero paso para acceder a medicamentos y pruebas complementarias.

**Los puntos que siguen recogen las medidas que consideramos necesarias para recuperar el potencial y las capacidades de la AP**, y pretenden suscitar un debate amplio entre los profesionales con la esperanza de influir en las políticas públicas, para que reconsideren tanto el actual modelo de la AP como el mutualismo (que lastra el prestigio de la misma) y para que el denominado Plan de Recuperación, transformación y resiliencia (componente 18) cuente con una financiación específica y suficiente:

1. Recuperar lo recortado en los últimos años, **incrementando el presupuesto (hasta el 25% del total) y las plantillas de personal** y eliminando las trabas de acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas. Ofertar Empleo Público estable y de calidad y estabilizar las plantillas mediante OPEs con la suficiente periodicidad.
2. Garantizar unos **Centros de Salud abiertos, accesibles**, próximos a toda la población y sin listas de espera.
3. Dar prioridad a las **consultas presenciales**, fundamentales para lograr una eficaz relación profesional/paciente y una atención de calidad. Las consultas telefónicas y telemáticas deberán tener un papel complementario y no discriminatorio para personas mayores o con dificultades para manejar las nuevas tecnologías.
4. **Incrementar significativamente la enfermería comunitaria e incorporar nuevos profesionales** a los equipos (fisioterapia, matronas, salud mental, logopedia, atención temprana, farmacología clínica...), ahora solo accesibles por derivación externa, y con inauditas demoras, lo que ocasiona fugas de pacientes. Limitar el número de consultas médicas sin modificar las estructuras de personal y el funcionamiento de los centros genera listas de espera inaceptables.
5. Incrementar el personal de las **áreas de admisión**, formarlo adecuadamente para mejorar la relación con la comunidad y garantizar, en estrecho contacto con el personal asistencial, la distribución de las demandas de atención en los Centros.
6. **Desmedicalizar** la Atención Primaria y ofertar opciones de cuidados con una orientación comunitaria y socio-sanitaria, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional creciente y las situaciones que ocasionan inequidad (migración, paro, pobreza,...); así como favorecer los autocuidados y el apoyo mutuo, la promoción, la prevención y la rehabilitación.
7. Mejorar la relación con el nivel hospitalario, potenciar los **Procesos Asistenciales** como base de la atención de salud, coordinados desde la Atención Primaria, incrementando su capacidad resolutive.
8. **Desarrollar la orientación comunitaria** en los centros de salud con la colaboración de Salud Pública y la consideración de los determinantes sociales de la salud. Promover la participación de las administraciones locales para la promoción de salud identificando y promoviendo los activos para la salud de la comunidad. Mejorar la atención socio sanitaria a personas mayores y a otros grupos vulnerables.
9. **Trasformar las Áreas de Salud** para que se conviertan en el espacio para la integración de todas las actuaciones y actividades de salud, dotándolas de instrumentos para la planificación y gestión participativa.

10. Garantizar la **participación y empoderamiento de los ciudadanos** para la promoción de salud y la mejora de los servicios sanitarios constituyéndose 3 consejos de salud que permitan una participación real y efectiva. La participación ciudadana no debe ser sólo para la mejora de los servicios sanitarios sino también en estrategias de promoción de salud. Si nos limitamos a los Consejos de Salud de Área no habrá una participación real, deben ser también de ámbito municipal y en algunos casos de Zona Básica de Salud.
11. Promover el nivel de inteligencia de la Atención Primaria potenciando las **actividades formativas**, docentes y de investigación, con recursos y equipamiento propio y suficiente.

Si bien es cierto que los cambios en la forma de trabajar en enfermería y medicina durante la pandemia nos han permitido conocer ciertas ventajas de nuevos tipos de consulta, esencialmente la telefónica, el correo electrónico o las videoconsultas, que podrán permanecer para algunos procedimientos (renovar recetas, partes de baja, dar informes, etc.), creemos que la atención presencial debe ser la predominante, al menos por dos motivos. Por un lado, porque dificultar la relación cara a cara entre profesional y paciente atenta contra la deontología profesional y contra el derecho a la atención personalizada, y la deshumaniza al distanciarla y al interponer artefactos. Por otro lado, es inadmisibile una formación pre y postgrado de los profesionales, de los MIR y de los EIR, basada en consultas telefónicas.

Como es lógico, cada uno de nosotros, profesionales de la Atención Primaria, tenemos posiciones ideológicas diferentes, incluso puede que estemos de acuerdo del todo, o solo en parte, con los puntos enumerados en el documento, pero, en esta ocasión, las perspectivas de la Atención Primaria son tan oscuras que deberíamos estar por encima de nuestras lógicas diferencias y mostrar acuerdo en lanzar esta iniciativa. La pasividad, las discrepancias en los matices o las actitudes excluyentes deben quedarse al margen cuando fortalecer nuestra Atención Primaria no admite más demoras.