



**Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y
Comunitaria**
Propuestas para la mejora de la atención sanitaria andaluza

Comisión Parlamentaria 16/11/2021

Página | 1

SITUACIÓN ACTUAL

La situación actual para la Atención Primaria de Salud ofrece una falta crónica de recursos humanos y materiales para dar respuesta a todos los problemas que la población andaluza consulta en este nivel de atención sanitaria, con una dotación presupuestaria insuficiente desde hace más de una década. Un reciente estudio de la SAMFyC (fuente: <https://www.samfyc.es/el-trabajo-de-los-medicos-as-de-familia-andaluces-en-la-tercera-ola-de-la-pandemia-por-covid-19/>) muestra una media diaria de 60 citas por médico/a de familia, más del 80% para problemas de salud, con 1 de cada 5 pacientes valorados sin cita previa. Estas cifras duplican las señaladas desde el SAS en 2019 como un indicador de calidad de la atención y generan un desgaste físico y emocional del médico/a de familia que no es tenido en cuenta. Pese a este esfuerzo, el plan de accesibilidad contempla una demora máxima de 72 horas en la atención a un paciente, pero no aporta soluciones para mejorar la demora debida a la falta de médicos/as de familia y el enorme incremento de la demanda asistencial por parte de la población. Estos problemas se suman a la crisis que la Atención Primaria padecía antes del inicio de la pandemia debido fundamentalmente a la escasa asignación presupuestaria, al incremento indiscriminado de la demanda, a la medicalización de problemas sociales, a la escasez de recursos estructurales, al incremento continuado de la cartera de servicios y a la ausencia de un reconocimiento del principal capital del sistema sanitario: los profesionales sanitarios.

La población ha tenido grandes dificultades para obtener una cita por falta de respuesta desde Salud Responde en diferentes periodos durante toda la pandemia. La queja de la población se resume en: “no me cogen el teléfono”, y ha generado una opinión social en ocasiones negativa sobre el trabajo desarrollado desde Atención Primaria. Tampoco se ha ofertado un triaje adecuado a los pacientes que pedían cita por teléfono o por la aplicación de Salud Responde, con un sistema de citación basado en la rapidez de la respuesta para dar la cita solicitada y no en la orientación sobre la necesidad, tipo o urgencia de la cita médica. Además, la población ha mostrado desconocimiento sobre los números telefónicos en la atención al COVID-19, o bien ha señalado con insistencia que las líneas telefónicas estaban saturadas cuando han hecho uso de ellas.

La población andaluza tiene una de las peores ratios de número de profesionales sanitarios por cien mil habitantes en España (fuente: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>), con una media de 2,8 profesionales de la medicina por cada 1.000 habitantes frente a 3,4 de media nacional. Junto a este problema, que limita seriamente la accesibilidad de la población a su médico de familia, se encuentra el grave problema de la falta de médicos/as de familia. Se trata de una realidad que está yendo a peor y a la que no se le ha puesto solución en la

última década. Es más, se prevé que hasta un 47% de los profesionales andaluces de la medicina se jubilarán en la próxima década (fuente: https://cacm.es/wp-content/uploads/2019/05/2019_03_21_Estudio-demografi%CC%81a-medica-en-Andaluci%CC%81a.pdf).

Se ofrecen a continuación unos puntos clave para mejorar la Atención Primaria de Salud, siendo clave el primer punto: el incremento del presupuesto asignado y de la tasa de médicos de familia.

1. PRESUPUESTO Y RECURSOS HUMANOS

El presupuesto destinado a Atención Primaria de Salud debe suponer, al menos, el 25% del presupuesto total destinado al Sistema Sanitario Público Andaluz. Es preciso también que ese presupuesto destinado a Sanidad se incremente en función de las nuevas demandas de la sociedad y la necesaria contratación de personal y renovación de tecnología e infraestructuras.

Es urgente y vital **incrementar el número de médicos de familia**, y para ello se propone:

- Establecer unas condiciones económicas similares a las del resto de las comunidades autónomas. Urge la equiparación salarial si se pretende que los médicos no se vayan fuera de Andalucía.
- Mejorar las condiciones laborales con contratos de larga duración, y ofertas de empleo y concursos de traslados frecuentes y ágiles en su resolución. Se tendrá una consideración especial a los/las Jóvenes Médicos/as de Familia, ofreciendo contratos prolongados en el tiempo, adscritos a una Zona Básica de Salud, pasando a ser miembros de pleno derecho de las plantillas de cada Centro de Salud.
- Todos los médicos/as de familia en dispositivos de apoyo deben pasar a formar parte de un Equipo Básico de Atención Primaria.
- Favorecer el relevo generacional mediante fórmulas flexibles de trabajo en los últimos años antes de la jubilación: reducciones de horario, potenciando actividades formativas, de tutorización o de investigación, no sólo actividades asistenciales.
- Incentivos para las zonas de difícil cobertura de tipo económico, o de otro tipo (méritos, puntuación, etc.).
- Favorecer el retorno de aquellos médicos especializados que han comenzado su desarrollo profesional fuera de la comunidad o en otra especialidad.
- Incrementar el número de plazas MIR de Medicina Familiar y Comunitaria que se ofrecen, llegando al máximo permitido. Esta medida debe ir acompañada de un reconocimiento especial a los médicos tutores.

Los **médicos/as tutores** obtendrán una puntuación extra para bolsa de trabajo, ofertas de empleo, traslados y acoplamientos, que diferencie y dignifique su labor docente, y debe plantearse una remuneración económica de la misma. En Centros de Salud docentes se crearán perfiles específicos para médicos/as tutores cuando se oferten vacantes en ofertas de empleo o traslados.

Los médicos que trabajen en la Atención Primaria de Salud deben tener obligatoriamente la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR (o su equivalente). La legislación española y europea exige la posesión de dicha especialidad para ocupar un puesto de trabajo en establecimientos o instituciones públicas o privadas con tal denominación (RD 931/1995 en cumplimiento de la Directiva Europea 86/457). Debido a la pandemia se han contratado de forma provisional a médicos recién licenciados sin formación MIR que, pese a su esfuerzo y motivación, no han podido aportar ese plus de calidad que se necesitaba por no haber adquirido las competencias propias de un médico/a de familia.

No se debe fragmentar más la Atención Primaria. Los Centros de Salud necesitan médicos y enfermeros de familia, y cuando estos puestos estén adecuadamente cubiertos se puede plantear la incorporación de otras nuevas categorías. Es más, la pandemia ha puesto de relieve la necesidad de contar con profesionales polivalentes que puedan realizar múltiples tareas en diferentes ámbitos asistenciales. Es precisa una firme apuesta por competencias transversales de todos los profesionales evitando la especialización y la dispensarización de la atención. Es preciso apostar por la creación de áreas de capacidades específicas, como es el caso de las urgencias o los cuidados paliativos, competencias propias de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. No es precisa la creación de nuevas especialidades que no aportarán mejores cuidados a la población y que parcelan la atención impidiendo desarrollar una atención integral a la población y limitando las opciones laborales de los médicos de familia.

Para disponer de tiempo de calidad para la persona que consulta y evitar las demoras en la atención, debe adecuarse el **TAMAÑO DE LOS CUPOS** en APS. La cantidad de personas que debe atender un mismo médico (cupos) no puede valorarse solo por número de pacientes: no todas las zonas básicas de salud son iguales, por lo que es difícil aplicar de forma homogénea las medidas propuestas cuando el único criterio para los cupos es que no sobrepasen las 1.500 personas. Es necesario redimensionar el número de personas que pueden ser atendidas por un médico de familia en cada lugar en función de las características de morbilidad (o carga de enfermedad), riesgo social o ruralidad de la población atendida. Las TIS o las TAEs son elementos obsoletos que no dan respuesta a la especial complejidad que puede tener un cupo con un Centro Sociosanitario con pacientes discapacitados, con alta carga de enfermedad, con existencia de riesgo social o con centros con personas institucionalizadas.

Sobre los **acuerdos de gestión clínica**, se debe evitar la uniformidad en los contratos de gestión clínica. Son precisos contratos individualizados y personalizados para cada Unidad de Gestión Clínica, entendiendo la diversidad y las diferentes necesidades de salud de las comunidades. Han de adaptarse a las características comunitarias (demográficas, epidemiológicas, asentamiento urbano o rural, nivel socioeconómico, disponibilidad de recursos, etc.) y al tipo de profesionales de los equipos (formación, responsabilidad docente, competencias, carga de trabajo, etc.). La retribución económica de los objetivos conseguidos debe realizarse en los seis meses posteriores al cierre del mismo y no prolongar su pago en exceso, como ocurre actualmente. Deben incluir objetivos lógicos con indicadores medibles.

2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

El **ACCESO AL CENTRO DE SALUD** se hará de forma prioritaria mediante una consulta telefónica, donde el profesional que atienda la llamada valorará las necesidades del paciente y ofertará la respuesta más adecuada (presencial o telemática) con el profesional de la salud más adecuado para cada circunstancia. No debe existir un objetivo que fije un tiempo concreto para la demora en la atención del Centro de Salud sin tener en cuenta variables como la demanda de cada zona básica de salud y el porcentaje de profesionales que faltan en cada momento (salientes de guardia, días libres, incapacidad temporal) y que no son sustituidos.

Página | 4

Habría que considerar, dada la experiencia acumulada en estos dos últimos años, la **descentralización de la gestión de las citas** para la Atención Primaria, retornando a las **UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS CENTROS DE SALUD**. Una adecuada atención telefónica exige contacto estrecho con los profesionales sanitarios de los Equipos de Atención Primaria, algo esencial si se pretende diferenciar los distintos tipos de demanda y la priorización de la atención en el tiempo. Por ello, es precisa la incorporación de **administrativos especializados** para la gestión de las demandas de la población en la APS, con una agenda propia donde los usuarios pueden preguntar sus dudas, participando activamente en la labor de información y orientación a la población demandante hacia el recurso sanitario más útil para cada caso, dirigiendo de forma adecuada el flujo de personas en el centro sanitario y valorando en cuánto tiempo el paciente debe ser atendido. Por tanto, se propone crear la figura del personal administrativo con formación sanitaria para la Atención Primaria. Mientras se produce esta implantación, es preciso fomentar la formación continuada específica a las personas que accedan a esas plazas administrativas en los servicios de salud. Se ha demostrado de gran utilidad la labor de los Servicios de Atención al Usuario en el envío de documentos clínicos (informes, citas de hospital o partes de baja, entre otros) por medio del correo corporativo y otras aplicaciones informáticas, lo que mejora la accesibilidad de los usuarios. Con este cambio se puede alcanzar la máxima desburocratización de la actividad de enfermeros y médicos.

La **digitalización y uso de las nuevas tecnologías** de la información y comunicación son una oportunidad para la transformación digital de la Atención Primaria, a través del diseño y desarrollo de nuevos servicios que tengan en cuenta las necesidades y expectativas de la ciudadanía (con atención especial a las personas con dificultades para el manejo de nuevas tecnologías) así como las de los profesionales, a la luz de la experiencia acumulada durante la pandemia. Los centros de salud deben de poder contar con la tecnología necesaria para realizar una telemedicina adecuada a los tiempos: material suficiente (auriculares y teléfonos) y posibilidad de realizar videollamadas (cámaras de vídeo). La valoración del tipo de consulta que precisa el paciente debe hacerse en función de criterios clínicos, no del orden de llegada o de petición de cita, por lo que la telemedicina permitirá que diferentes profesionales (y no solo el médico de familia) puedan valorar la demanda del paciente y ofertar un recurso adecuado para su resolución, en función de su contenido y urgencia.

Se precisa una formación en atención telefónica para todo el personal sanitario, en todos los ámbitos asistenciales, a fin de evitar errores que pueden producirse al banalizar este tipo de

tarea clínica y para suplir la falta de información que la ausencia de comunicación no verbal aporta en la consulta presencial. El uso de cuestionarios iniciales (a modo de planillas de exploración dentro de la Historia de Salud Digital) también son elementos de ayuda para esta tarea.

Es preciso desarrollar todas las competencias de los profesionales de **ENFERMERÍA DE FAMILIA**, potenciando el trabajo en equipo y las agendas de trabajo comunes con los profesionales de Medicina de Familia. En caso de los pacientes que acudan al Centro de Salud sin cita pidiendo una atención no demorable (circunstancia que no supone una emergencia médica pero que debe ser resuelta en el día), y cuando no existan citas médicas disponibles, pueden realizar una primera valoración del paciente en la **Consulta de Acogida** de enfermería de familia según los protocolos desarrollados a tal fin, disponiendo de un circuito para su derivación al médico/a de familia en caso de que sea preciso. En situaciones con patologías de baja complejidad, la existencia de protocolos clínicos de ayuda a enfermería favorecerá una valoración inicial por enfermería de familia que pueda dar una respuesta sin precisar citas posteriores, implementando sobre todo las medidas de autocuidado. Estos protocolos marcan la atención a pacientes con problemas anteriormente denominados como “no demorables” y que pueden tener otra vía de solución diferente a ser incluido en la consulta médica sin cita y en el mismo día. Se diferenciarán las emergencias de las urgencias, así como de otro tipo de demandas que no suponen riesgo para el paciente y que pueden ser atendidas otro día o bien de forma telefónica. La utilidad de estas consultas y su función deben ser explicadas claramente a la población.

Es igualmente importante que se implanten consultas de atención y **seguimiento de enfermos con las patologías crónicas** más prevalentes como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. La actitud de enfermería será proactiva, con un seguimiento programado de estos pacientes según los diferentes procesos de atención de cada uno de ellos y en coordinación permanente con el profesional de la Medicina de Familia. Todas estas acciones se enmarcan dentro del trabajo en equipo, propio y diferencial de la Atención Primaria de Salud. Es fundamental que las consultas de medicina y enfermería para pacientes crónicos se sitúen en el mismo tramo horario. Esto es especialmente útil en la valoración y seguimiento de pacientes crónicos: tras una atención telefónica inicial, después se pueden realizar las valoraciones precisas en una sola mañana y posteriormente se comentarían los resultados de forma telefónica. Igualmente es aconsejable que se realicen actividades conjuntas dentro de la cartera de servicio: atención al embarazo, cirugía menor, visitas domiciliarias programadas, etc.

La **ATENCIÓN POR EL MÉDICO DE FAMILIA** podrá ser presencial, telemática o en domicilio. Será el mismo profesional quien decida, en cada momento, el recurso más adecuado para cada demanda. Es fundamental que se respeten unos tiempos mínimos según el tipo de atención a prestar:

- 8 minutos para consulta telefónica.
- 10 minutos para consulta a demanda presencial.
- 30 minutos para consulta programada o a domicilio.

Las consultas deben ser personalizadas propiciando la tendencia hacia una atención continuada por parte del mismo médico y enfermera de familia al cupo que atienden y evitando la dispensarización de la actividad clínica (es decir, la atención de los pacientes por diferentes profesionales y sin continuidad en la misma). En ningún momento, salvo por una emergencia, se duplicará una cita (poner en la agenda dos pacientes a la misma hora), dado que supone un problema grave para la seguridad del paciente.

Es fundamental la existencia de tiempos protegidos comunes, libres de tareas clínicas. Son imprescindibles las reuniones de equipo, para facilitar la organización y coordinación, así como para el trabajo en torno a casos que requieran atención multiprofesional y en torno a problemas de la población de referencia. Además, es imprescindible que este tiempo protegido permita realizar actividades formativas, que facilitan enormemente la coordinación al homogeneizar la atención. Se debe dejar un tiempo específico para la **INVESTIGACIÓN** y la **DOCENCIA**, reconociendo explícitamente a aquellos profesionales que destaquen en estas tareas (médicos tutores, investigadores con proyectos en desarrollo) un espacio para poder trabajar en estas materias durante el horario laboral. De igual forma deben potenciarse las consultas programadas y las consultas donde se desarrollen las nuevas tecnologías: cirugía menor, ecografía, dermatoscopia, etc.

Debe fomentarse en los contratos de gestión la introducción de objetivos e indicadores de **ATENCIÓN FAMILIAR**. Entre otros, el uso del genograma, (este debe ser más operativo y eficaz en la Historia de salud digital) y el abordaje psicosocial en familia. Es preciso fomentar la atención a pacientes hiperfrecuentadores y las intervenciones familiares, por parte de todos los activos comunitarios, no sólo por médico, desde la demanda clínica. El modelo de Atención Familiar y Comunitaria debe incluir el modelo de atención centrada en el paciente detectando sus expectativas y preferencias, incluyendo la perspectiva de género.

Es preciso **INCREMENTAR LA AUTONOMÍA** de los equipos de los Centros de Salud, otorgándoles capacidad para planificar agendas y tiempos de atención según las necesidades de la población atendida, con los suficientes recursos materiales y humanos para ofertar una atención de calidad. Cada centro tiene su población y su idiosincrasia, y si bien el marco general de atención sanitaria ha de ser similar para todos, la fórmula ha de ser flexible en cada centro. Los cambios en las agendas serán propuestos desde cada Centro de Salud y enviados al Distrito Sanitario o Área Gerencial para su valoración y aprobación. Para ello se tendrá en cuenta la carga de morbilidad de la población atendida, la edad, la existencia de riesgo de exclusión social y el medio rural, así como los puntos de difícil cobertura y la infraestructura existente en cada centro sanitario.

Las agendas de citas pueden contemplar una “**citación inteligente**” que facilite espacios adecuados de tiempo y colaboración entre profesionales para permitir realizar al paciente todas las valoraciones necesarias. Por ejemplo, la realización de una prueba complementaria se suma a su interpretación en el mismo momento, o bien se cita para una atención telefónica posterior.

El plan de **accesibilidad** del SAS diseñado durante la segunda ola de la pandemia exige un esfuerzo extra a los médicos/as de familia sin aportar más recursos humanos. La compensación económica a aquellos profesionales que han realizado horas extraordinarias ha sido inferior a los médicos del hospital que han realizado jornadas complementarias. Esa diferencia económica debe suprimirse y percibir los mismos emolumentos por las mismas horas de trabajo.

La **HISTORIA CLÍNICA DIGITAL** facilita el trabajo, pero la herramienta que se dispone actualmente está obsoleta. Se precisa una revisión del programa usado para la historia clínica digital DIRAYA, en busca de un entorno más accesible e intuitivo y con la incorporación de todas las pruebas complementarias de forma digital. Esta historia debe ser igual en todos los ámbitos de atención y compartida por médicos de AP y de Hospital.

3. RELACIÓN CON EL HOSPITAL

La asimetría de APS respecto a los hospitales es evidente. La mayor parte del presupuesto se destina a la atención hospitalaria pero la exigencia de una atención inmediata, del incremento de la actividad asistencial y de la contención del gasto sanitario parece solo dirigida hacia la Atención Primaria de Salud. La relación con el hospital es fundamentalmente unidireccional. Actualmente la mayoría de las herramientas y vías de comunicación están supeditadas a la decisión de los servicios hospitalarios, que en la práctica totalidad tienen la última palabra. Este grave problema se traduce en situaciones que consideramos inaceptables y de grave perjuicio para el trabajo coordinado, como el control exclusivo de las agendas de consultas externas por parte de los servicios hospitalarios. Los centros de salud son la puerta de entrada al sistema, por lo que sus profesionales son los responsables primeros y directos de la atención a la población, y la coordinación con el hospital debe regirse en todo momento por esta realidad. Se debe rechazar toda propuesta de comunicación y coordinación que choque con esta realidad.

Se necesitan urgentemente **OBJETIVOS COMUNES** para Hospital y Atención Primaria, así como una relación directa entre el médico de familia y los diferentes servicios hospitalarios. Esta autonomía debe traducirse también en unas relaciones horizontales con el hospital, siendo el médico de familia quien decida la prioridad en la atención de cada caso. Debe definirse un responsable en cada servicio. **La comunicación debe ser directa** con el profesional del hospital en cada caso, dado que el médico internista no puede ser el único contacto con el hospital. Cada centro de salud debe tener un referente de cada servicio hospitalario, con teléfono y correo electrónico disponible y un determinado horario de consulta para problemas que no puedan esperar o consultas rápidas.

Se deben construir **vías de interconsulta efectivas** a los diferentes servicios hospitalarios, puesta y orientada al servicio de Atención Primaria. El cierre de las agendas de consultas externas del hospital, impidiendo que se asigne cita desde los centros de salud, es una situación que se ha generalizado en los últimos años. Debe revertirse este proceso de forma urgente, ya que representa, junto a la falta de cumplimiento sistemática de los plazos

definidos en el Real Decreto de garantías y atenta contra la vía de coordinación fundamental sobre la que se vertebra el sistema sanitario.

Hay que abrir vías de comunicación telefónica para los casos no demorables. Esta vía de comunicación puede permitir la resolución de numerosos procesos clínicos que actualmente acaban en urgencias hospitalarias, en la consulta o incluso en el domicilio del paciente. Los números de contacto y los responsables de cada servicio deben estar disponibles para todos los profesionales de Primaria. Un servicio de comunicación urgente es inoperativo si tiene un horario restringido. Debe considerarse una tarea más del servicio recibir interconsultas de los médicos de familia al igual que se reciben desde otros servicios. Estas vías de comunicación, mediante correo electrónico y/o teléfono, debe ser efectiva y bidireccional. Establecer una vía para la resolución de dudas y problemas sobre la atención de un paciente por parte de un profesional del otro ámbito puede favorecer una atención más personalizada en el hospital y más resolutive en Atención Primaria.

Las **teleconsultas** deben instaurarse por igual en todas las zonas y deben de contar con la participación de los médicos de familia para su implementación, no solo el criterio del hospital. Además, se necesita tener acceso desde Atención Primaria a todas las pruebas complementarias que posibiliten mejoras en el diagnóstico, evitando demoras y facilitando un mejor tratamiento o una más rápida consulta con los servicios del hospital.

4. ATENCIÓN A RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS CERRADAS

Se deben implantar una agenda de atención a **pacientes con patologías crónicas**, de forma coordinada con enfermería, para un seguimiento proactivo de estos pacientes. Es preciso favorecer también una nueva orientación hacia la atención domiciliaria y mayor participación en la atención a las **RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS CERRADAS** y otras agrupaciones de personas especialmente vulnerables. Los residentes de los centros sociosanitarios cerrados han sido las personas que más han sufrido las consecuencias de la pandemia por SARS-CoV-2. Por ello se propone un cambio en el modelo de atención sanitaria de estos centros, de modo que reciban una atención de similares características a la que reciben los pacientes mayores en sus domicilios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, comenzando por una valoración integral exhaustiva (VIE) (integral, pronóstica, farmacológica, de la capacidad de autogestión y activación, y de preferencias y valores) así como la aplicación de protocolos o programas específicos relacionados con las patologías que presente. Es necesario apostar por la **integración de la atención a los internos en centros sociosanitarios en los Centros de Salud**. Los internos de estos centros sociosanitarios contarán con un médico y una enfermera de familia identificables, quienes se encargarán de realizar un seguimiento proactivo de cada paciente, valorando sus necesidades de forma integral e integrada. Este cambio se hará de forma gradual, según los acuerdos que se lleguen entre las diferentes Administraciones Públicas de las que dependen, la organización interna de estas residencias y los recursos de los que dispongan los equipos de Atención Primaria de referencia, con la integración del personal médico de la residencias en la Atención Primaria de Salud.

Este modelo de atención a residencias sociosanitarias por parte del Centro de Salud tendrá que evolucionar hacia un nuevo modelo de atención en la que el médico y la enfermera de familia responsables tendrá un cupo de menor tamaño que el del resto de sus compañeros, al ser éste más complejo, lo que les permitirá disponer de mayor tiempo para la atención a sus pacientes institucionalizados. Esta atención requiere de la creación de **cupos y agendas específicas** para estos profesionales sanitarios, con tramos compartidos entre médico y enfermera de familia que les permita preparar conjuntamente planes de atención personalizada para cada residente así como visitas programadas y/o a demanda, según necesidad.

Evidentemente, este cambio debe conllevar un reconocimiento de la carga de trabajo y la necesidad de nuevos recursos, especialmente recursos humanos, que serán necesarios en la Atención Primaria a la hora de realizar estas acciones. La dotación de profesionales debería de hacerse según la **carga de morbilidad de los pacientes** que han de abordar los profesionales de Atención Primaria, calculada por el modelo ACG (*Adjusted Clinical Groups*). Además, los indicadores de calidad y eficiencia de los acuerdos de gestión clínica se tendrían que adaptar a la carga de morbilidad resultante y habría que desagregar el consumo de farmacia de los pacientes del centro sociosanitario para que no recaiga sobre las Unidades de Gestión Clínicas o Asistenciales de Atención Primaria. Se precisa, por tanto, una firme respuesta de las Administraciones Públicas con el fin de acrecentar los recursos del primer nivel asistencial que permita el cambio del modelo actual.

5. PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA

La población merece una **información fiable** y ajustada a la realidad. No se ha explicado suficientemente a los pacientes los nuevos circuitos de atención ni la necesidad de una primera valoración telefónica que permita al médico de familia elegir el recurso adecuado (telemático, presencial o a domicilio) para cada necesidad según criterios clínicos. Ofrecer información veraz y confiable a la población es algo básico para que la atención sanitaria pueda desarrollar todo su potencial. Se precisa la difusión de esta información en medios de comunicación, en lenguaje sencillo y directo, en diferentes formatos que permita al ciudadano/a andaluz conocer cómo funciona el Sistema Sanitario Público Andaluz, la bondad de esos cambios para él y el papel fundamental que juega el médico/a de familia en el primer nivel de atención sanitaria.

De igual forma, las administraciones públicas deben **defender a los profesionales de la salud** exponiendo públicamente los datos y la calidad del trabajo realizado. Debe iniciarse de forma inmediata una campaña que resalte la labor realizada por el médico/a de familia durante toda la crisis sanitaria a nivel de información epidemiológica, detección de casos, rastreo de contactos, seguimiento clínico, valoración de gravedad, gestión de bajas laborales, seguimiento de altas hospitalarias y atención a inmovilizados afectados por COVID. Es preciso que la población general conozca los datos oficiales sobre la frecuentación sanitaria y la carga laboral que se soporta en los centros de salud.

La población no solo tiene derecho a ser informada, sino que debe participar en las decisiones que le competen en su salud. Es preciso volver a realizar **diagnósticos comunitarios** donde cada comunidad pueda participar aportando su visión de necesidades y expectativas, que se integrarán en la cartera de servicios del sistema sanitario.

Por último, se deben evitar de forma activa las situaciones donde pueda aparecer cualquier tipo de violencia, física o psicológica, contra los profesionales sanitarios. **No se debe tolerar la violencia** de unos pocos porque perjudica a muchos. Las administraciones públicas y el poder judicial deben denunciar de oficio actitudes violentas contra los profesionales de Atención Primaria, tanto presenciales como mediante el uso de redes sociales. No se pueden permitir amenazas ni comentarios que denigren y entorpezcan el trabajo realizado por los profesionales sanitarios.