

# MÉDICOS DE FAMILIA

## REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—  
DE MEDICINA DE FAMILIA Y  
COMUNITARIA

Nº Especial “Resetea Primaria”

MAYO 2020

### COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

**Director:** Miguel Ángel María Tablado

**Comité Editorial:** Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo, Lubna Dani Ben Abdellah, Javier Bris Pertíñez, Carlos Fondón León, Araceli Garrido Barral, Rafael Llanes de Torres, Esther Martín Ruiz, Mario Miranda García, Juan Carlos Muñoz García, Isabel Prieto Checa

**Secretaría de redacción:** Manuela Córdoba Victoria

### JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

**Presidencia:** Clara Abad Schilling. **Vicepresidencia:** Sara Ares Blanco.

**Secretaría:** Lubna Dani Ben Abdellah. **Tesorería:** Manuel Gómez García.

**Vocal del Papps:** Carlos Fondón León. **Vocalía de Investigación:** Sara Ares Blanco y Jaime Barrio Cortes.

**Vocalía de Formación:** Noelia Caballero Encinar, Zaida Caurel Sastre y Jaime Marín Cañada.

**Vocalía de Gdt:** Marta Merlo Loranca y Cinta Hernández García.

**Vocalía de Residentes:** Itziar Barandiaran Fernández de Vega. **Vocalía de JMF:** Teresa Biec Amigo.

**Vocalía de Tutores:** Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Cristina De La Cámara González.



REVISTA EDITADA POR:

**SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

Teléfono: 91 522 99 75 • FAX: 91 522 99 79

E-mail: [somamfyc@somamfyc.com](mailto:somamfyc@somamfyc.com) • WEB: [www.somamfyc.com](http://www.somamfyc.com)

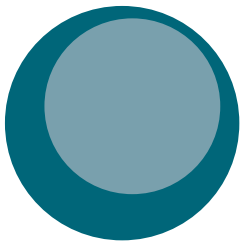
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso de los titulares del Copyright.

© **SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN: Artes gráficas Cofás, S. A. Calle Juan de la Cierva, 58. Pol. Ind. Prado de Regordoño. 28936 Móstoles (Madrid)



# Anexo con todas las respuestas de la sección te escuchamos

- Ares Blanco S. Especialista en MFyC. C.S. Federica Montseny  
Vicepresidenta de la Junta directiva y Vocalía de Investigación de SoMaMFyC
- Barrio Cortes J. Especialista en MFyC.  
Unidad de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria - Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria en Atención Primaria (FIIBAP).  
Vocalía de Investigación y Grupo de trabajo de Atención al Mayor y al Anciano de SoMaMFyC

*Se han realizado 318 comentarios relacionados con la pregunta: ¿cómo cree que se puede ayudar a mejorar la situación de la Atención Primaria a raíz de esta crisis? Este es el listado completo de comentarios organizado por bloques temáticos:*

## 1. VISIÓN GENERAL DE LA AP: EL EQUIPO, LO SUCE-DIDO, PROPUESTAS, ETC.

Es un buen momento para proponer cambios. 10-15 minutos por paciente y consulta telefónica como mínimo. Las IT que se sigan por especializada sobre todo las quirúrgicas y traumatológicas.

Me parece fundamental que haya más médicos de familia, menos cupo por médico, establecer protocolos comunes de seguimiento y detección de contactos y comunicarlo a S. Epidemiología que debería encargarse de detectarlos y notificarlos, cada médico con sus pacientes creo que ha sido un error la agenda única al menos en mi experiencia.

Máximo pacientes 20-25 días. La situación de las residencias es vergonzosa, algo debería cambiar en el control o profesionales médicos a su cargo. La mortalidad en España es inasumible, no hemos estado a la altura por cuestiones políticas y no tener test Dx en Atención Primaria como tiras de orina. ¿Quién investiga con el baile de datos? Radiología muy adecuado su trabajo con informes siempre. No se puede estar esperando 5 días para resultado de test Dx en una situación de emergencia. El no uso de test diagnósticos en personal sanitario pésimo.

Es el momento de CONSEGUIR mayor autonomía en las consultas respecto a petición de PPCC y prescripción de tratamientos. No tolerar la burocracia que ha supuesto la incapacidad temporal/ITs en per-

sonas SANAS con FR ni las recetas de MUFACE, ISFAS y demás mutualidades. Triage de enfermería YA. Potenciar la figura del Aux. Administrativo sanitario. Reconvertir celador en auxiliar administrativo. En definitiva, mayor confianza en lo que sabemos hacer, dejarnos hacer y dejarnos hacer bien clínica sin burocracia.

Autogestión, microgestión, redimensionar cupos, desplegar competencias MF.

Ha sido lamentable el abandono que hemos sufrido, no les hemos importado absolutamente nada. Falta de personal, de medios diagnósticos, de medios de tratamiento, de protección personal siendo escasa y de calidad mínima. Los cambios de un día a otro demenciales en continua contradicción. Creo deberíamos hacer algo al respecto, pedir responsabilidades y que cayeran puesto de sillón remunerados sin ningún contenido y si por un casual intentan modificar el sueldo hacer una HUELGA INDEFINIDA.

Preguntar si se deben gestionar las IT de manera no presencial, sin más, me parece una manera inadecuada de formular una pregunta de calado. Hay situaciones que no deberían precisar IT del MF (IRA, GEA... durante unos días estipulados razonablemente). Los médicos de salud laboral deberían poder dar la IT (especialmente en estas situaciones y para los profesionales del SNS). Pero no todas las IT ni todos los seguimientos pueden ser "no presenciales". Tenemos sólo un 20% de rentistas, pero acumulan el 80% de las bajas. Y no olvidemos que es una herramienta terapéutica más, no sólo un trámite administrativo.

Por último: creo que los centros de salud, en general, han trabajado en equipo, igual que los hospitales. Pero las gerencias de Primaria y de Hospitalaria, a nivel de comunidad autónoma, no. Y es obligado exigirselo. De la misma manera que, al menos en Madrid, la Gerencia de Primaria ha hecho gala de una rigidez y falta de flexibilidad absolutamente discordante con la actitud de los profesionales de a pie. Para revisar también la

actitud de la Gerencia del SUMMA y de la dirección de IFEMA. Su actitud hacia los profesiones de Primaria ha demostrado una falta de respeto hacia las competencias de la Atención Primaria rayana en el insulto.

Siempre hemos sido ningunéados por el resto de especialidades, somos esenciales como así ha quedado demostrado en esta pandemia, remuneración adecuada con plus de peligrosidad y mayor provisión de medios y de personal, somos básicos señores!!

En mes y poco se ha demostrado que en AP se puede y se debe atender a los pacientes de otra manera, más eficiente, sin demagogia que obligue a atender sin cita presencialmente todo aquello que desee el paciente, o su empresa con exigencias de justificantes, etc... Así mismo el tema IT con flexibilidad mayor de entrega, visado de recetas indefinidos y menos engorrosos,... Es decir todo lo que nos ha sido útil para gestionar en plena crisis, es igual de útil sin crisis Covid. Ha sido un experimento que hay que tener muy presente.

A la CAM no le importa nada la AP. Si pudieran nos fumarían. Solo importa meter dinero en los hospitales que es lo que da votos. Llevamos desde enero viendo muchos casos de viriasis pero no les importa. Es que no hay nadie que mire los datos de actividad de AP y diga oye... que en enero hay un pico de actividad... ah sí, pero es AP... que se jodan que sigan viendo catarros. Por cada caso Covid de hospital hemos diagnosticado y manejado 30, 40 o 50.

Creo que se ha puesto en evidencia lo tensionado que está el sistema en AP, escasez de médicos que deben ver 50 o más Paciente por día en 5 minutos, cada vez más tareas que se asignan al MAP (TAO, prevecolon, ITs, deshabituación tabaco, visita domiciliaria...) debería adecuarse la plantilla de personal y hacer mayor esfuerzo para suplir las ausencias.

Es fundamental replantearse la asistencia sanitaria pública, evitando el hospitalocentrismo y potenciando al máximo la AP, dotándola de medios y herramientas y mejorando sus condiciones de trabajo y sueldo. En el nuevo replanteamiento es imprescindible la educación a la población, fomentando el autocuidado y el adecuado uso de la sanidad, así como aplicar protocolos basados en la evidencia, evitando sobre utilización de pruebas que no supongan un cambio real en las decisiones clínicas en beneficio del paciente. En definitiva, sanidad pública entendida como un todo, con máxima coordinación de sus medios materiales y sus recursos humanos, respetada, valorada y cuidada por toda la sociedad como un bien común irrenunciable en el que cada ciudadano tiene su responsabilidad en la eficiencia y sostenibilidad.

Esto crisis tiene que ser un precedente para mejorar muchas situaciones de las que ocurren en primaria.

Tests serológicos para todo el personal de los equipos de Atención Primaria. Autonomía y gestión desde los equipos.

Las residencias deberían ser llevadas por geriatras, es una especialidad a la que no se le ha aprovechado todo el potencial que tiene. El manejo de las residencias debería ser suyo con coordinación con primaria y hospitalaria según necesidad. También pueden hacer valoraciones domiciliarias en pacientes con riesgo de ingresar como en el Hospital de la Cruz Roja, es un estilo de valoración óptimo que en otros hospitales no se usa y ahorra en ingresos y disminuye costes y mejora su estado en los domicilios. Ya va siendo hora de reforzar la primaria también, ya que es la base de la cadena y tiene excesivos cupos y tiempo insuficiente para valorar a tantos pacientes. Hay que aumentar el número de plazas con urgencia.

Muy interesante:

- El triaje de enfermería de pacientes sin cita.
- Consulta telefónica (el administrativo recibe la llamada y lo deja reflejado en la agenda del médico/enfermero que llamará cuando pueda sin interrupciones de la consulta).
- Tiempos de 15 min. por consulta para mejorar la atención y evitar aglomeraciones.
- Potenciar las nuevas tecnologías (desde videoconferencias a uso más frecuente del e-mail).

Gracias por plantear este tipo de cuestiones... ojalá podamos aprovechar esta crisis para mejorar!!

Reorganizar la agenda, dando más recursos además del presencial (telefónico, e-mail) y dotando de tiempo para hacerlo. Menos burocracia. Más tiempo por paciente con pacientes limitados. Más educación a pacientes y filtros administrativo y de enfermería para que lleguen menos pacientes sin cita al médico. Flexibilización y racionalización de horarios. Más papel de AP en las residencias y programas de coordinación asistencial con atención hospitalaria.

Lo de siempre, más médicos, cupos menores, agendas con huecos de 15 minutos, limitación del número de pacientes por día, no poder acudir sin cita ante cualquier tontería (¿copago?).

“Deber de...” expresa duda. “Deber” expresa obligación. Cualquier pregunta con “deber de...” ha sido contestada como “deber.../tener que...”. Más tiempo por paciente permite mejorar la educación de la población y disminuir así la necesidad de atenciones posteriores. ¿Sería valorable que Inspección asumiera

la atención de las IT? Estaría bien que desde el hospital se pudieran dejar citadas las pruebas de control (Analítica y/o Rx) y que se viera la petición tanto desde AP como desde el hospital. Los protocolos tendrían que/deberían ser equivalentes en cualquier centro hospitalario de la Comunidad. Gracias.

Hay que disminuir la burocracia, mejorar protocolos y consensos con el segundo nivel de atención, interactuando más. Incluso que no haya una diferencia tan marcada primaria hospitalizada... Mejorar coordinación con las residencias y otras instituciones. Debería haber más liderazgo por parte de la administración teniendo las ideas más claras y gestionando las cosas escuchando a los profesionales y no al margen de ellos. No tiene sentido los 200 protocolos distintos que hemos tenido durante la crisis. Dar peso y responsabilidad a otros estamentos y facilitar la teleconsulta y la atención telefónica parece una buena idea para ganar agilidad y capacidad resolutoria en las consultas. Y ya por último, alguien debería de tener en cuenta a los médicos rurales, a los consultorios pequeños para los que muchas veces no son válidos los mismos protocolos que para los grandes.

Es imprescindible dotar de medios materiales y de aislamiento a los equipos.

Es imperativo que los médicos del segundo nivel asuman las IT. De los pacientes ingresados.

Es imprescindible que mutuas como Muface, etc. se sumen al módulo de MUP.

Es imprescindible que todas las órdenes clínicas que se prescriben en las consultas de 2 nivel se hagan y se vean en ese nivel.

Es imprescindible que todos los médicos de AP. Tengamos acceso a todas las pruebas diagnósticas y a los tratamientos.

Es imprescindible contar con una gerencia de AP que defienda nuestros intereses y no nos desmantele y utilice para tapan deficiencias de otros niveles.

Pediría respeto hacia la atención primaria, pediría que nos den capacidad, que hemos demostrado que no somos tontos, no nos han permitido solicitar pruebas, salvo las radiografías urgentes, y creo que no ha servido de nada lo que propusimos los fines de semana de cubrir guardias porque la intención era quitar pacientes que no tuvieran que ir a la urgencia y sin rayos y sin laboratorio no pudimos hacer eso, simplemente seguir haciendo de Callcenter Control de pacientes.

Lo primero y más importante es cantidad de pacientes en agenda diaria de MF. No podemos ni creo que nadie puede hacer BUENA medicina con 50-60

pacientes diarios. Creo que es muy importante no sobrepasar 25-30 pacientes diarios para evitar conglomeraciones de pacientes en salas de espera (ocurre por retraso en las consulta de forma lógica y frecuente por tener 5 min. por paciente). Además nos esperan largos seguimientos de los pacientes que pasaron por Covid que precisaran PPF (eco pulmonar, test de marcha, valoración de Rx y, etc...) y esto precisa su tiempo. Espero que tras esta crisis los compañeros especialistas hospitalarios se darán cuenta que los médicos de familia son capaces de realizar (y muy bien) cualquier labor (consultas de AP ...presencial, telefónica, domicilios, gestiones administrativas y llevar las plantas de Covid realizando labor de medicina interna!!!).

Una cuestión sobre la encuesta, hay preguntas dicotómicas difíciles de contestar; p. ej.: me parece bien que haya médicos y residentes de familia en el IFEMA; pero creo que la organización no ha sido la adecuada. Un mea culpa: los médicos de AP hemos reclamado un mayor protagonismo clínico en la resolución de la crisis; pero, si nos lo hubieran pedido, ¿todos habrían asumido un mayor grado de responsabilidad y exposición? Creo que el gran problema ha sido que la organización de la respuesta a la pandemia se ha hecho desde el hospitalocentrismo, sin contar con los médicos de AP.

Primero: dotar de medios humanos adecuados y recursos a los Centros de Salud, somos médicos especialistas y tenemos el mismo derecho que un médico con actividad hospitalaria a solicitar las pruebas que consideremos oportunas a nuestros pacientes.

Segundo: consultas de 15 minutos por paciente para poder dedicar un tiempo adecuado y de calidad a cada paciente ajustado al envejecimiento y pluripatología de nuestra población. Tercero: Disminuir las cargas burocráticas innecesarias. Cuarto: Gestión de la IT compartida con los facultativos que intervienen en el proceso. Quinto: Mayor implicación de la enfermería. Sexto: Conseguir una mayor autonomía y gestión de las enfermedades crónicas por parte del propio paciente. Séptimo: Mejorar el trabajo en equipo.

Hay que invertir en la atención primaria, aumentando tiempo de atención a pacientes, y combinar con atención telefónica casos menos graves y que comen tiempo. Fomentar trabajo en equipo con enfermeros y administrativos. Centros de salud más preparados para aliviar hospitales. Más inversión en profesionales y sistematizar el uso de EPIS en centros de salud y visitas domiciliarias. Garantizar stocks de EPIS en centros de salud para garantizar un mínimo de abastecimiento de un mes.

Yo no necesito plus de peligrosidad, sí necesito material de protección. La gestión de la información ha de modificarse y en lugar de enviar tantos correos y

protocolos, éstos deberían elaborarse haciendo resumen de lo más importante, esquemas y demás más si cabe en situaciones como esta pandemia. Informar no es reenviar correos. Los gestores: responsables de Centros, Dirección Asistencial y Directores de Centro, se lo tienen que hacer mirar. No han sido proactivos en la gestión y en la búsqueda de oportunidades de mejora adelantándose a posibles escenarios, todo lo contrario, se han dejado arrastrar por los acontecimientos. Con este tipo de gestión, es mejor prescindir de ellos.

Me parece fundamental la creación de la categoría administrativo sanitario para desburocratizar todo lo posible nuestro trabajo. Triage previo a la entrada y telefónico para intentar priorizar asistencial en quien lo necesita verdaderamente. Dejar de asumir los médicos tareas que puede desarrollar otra categoría profesional, para potenciar la prescripción adecuada, revisión de historias y la mejora del diagnóstico (por ejemplo). Impulsar la investigación. Mejorar la comunicación con el hospital pero bidireccional. De igual a igual.

De igual manera que se reforzó IFEMA se debería reforzar Primaria a medida que los pacientes sean dados de alta o el trabajo será inasumible. El hospital debería hacer el seguimiento de los pacientes que hayan precisado ingreso. También debería asegurar PCR necesarias hasta negativizar para que el alta sea más seguro. No más altas inseguras con nuestra firma.

Más dinero para invertir en AP, mejoras de horario laboral y de atención continuada (menos presión asistencial), más centros de salud, más personal, menos centros privados blindando/protegiendo la pública en toda su expresión. Visualizar la AP en centros hospitalarios más bidireccionalidad y trabajo en equipo. Menos clics de protocolos que quitan tiempo a la atención verdadera. Más comunitaria, mucho más. Educación sanitaria a la población.

Es bastante decepcionante el hostigamiento laboral al que estamos siendo sometidos los médicos de los EAP. Creo que el resto de estamentos también deberían tener responsabilidad ante decisiones y no dejar toda la responsabilidad al médico. Las consultas telefónicas pueden ser una opción para la gestión de la consulta y la atención a nuestra población de una forma no forzada y evitará acumulación de pacientes en salas de espera. La contratación de médicos de refuerzo de EAPs para ausencias previstas e imprevistas de médicos puede ayudar a evitar sobrecargas de agendas ya saturadas. Y finalmente la sobrecarga de la atención especializada no puede solucionarse en la atención primaria. Y viceversa.

Necesidad de atención universal a toda la población con emisión de tarjeta acreditativa que permita la receta electrónica.

En mi opinión fomentaría el teletrabajo (1 vez/semana), fomentaría la consulta monográfica de “urgencias/excedente” de personas sin cita, visita de domicilios agudos.

Autogestión del tiempo en consulta y poder realizar consultas telefónicas.

Reducir presión asistencial para hacer las cosas de forma consciente y segura. Mayor margen de maniobrabilidad a primaria. Protocolos unificados y claros realizados de forma conjunta con hospital, no que ellos hagan el protocolo y luego nos lo pasen.

En las respuestas dejaría espacio para comentarios, muchas cosas no son SÍ o NO... por ejemplo estoy de acuerdo con haber reforzado los fines de semana, ahora ya no. En el protocolo de seguimiento no dice que haya que hacer Rx y anal a todos los pacientes... Me gustaría facilitar las citas de los pacientes pero no que se mezclen en la consulta, por eso deberían poner algún comentario para las citas Web... si no tendrán que seguir con esa labor discriminativa los administrativos.

Cerrar SUAP por las noches ok, pero reforzando con ese personal los puntos que sí abran como el hospital. Triage 100% ya. EPIs para todos, no sólo para el que ve pacientes respiratorios (todos los pacientes pueden ser potencialmente contagiosos).

Subsanar la falta de profesionales y arreglar las agendas con mayor flexibilidad.

Turnos sólo de mañana con algún día de guardia hasta las 9. Por la tarde sólo urgencias. Más trabajo comunitario y visitas a domicilio y consultas de 10-15 min. Más tiempo para la investigación y para el teletrabajo.

Que tuviéramos más libertad a la hora de pedir pruebas diagnósticas p. ej.: dímero D, test PCR (no podemos hacer ninguno a la población general), más flexibilidad en la organización de nuestro trabajo (casi imposible por las directrices de las gerencias), potenciar la comunicación vía web con los pacientes (nos prohíben usar el correo corporativo, deberían darnos alguna alternativa), seguir consolidando el trabajo en equipo entre los distintos estamentos (como se ha hecho en esta crisis), educar a la población para que haga un mejor uso de los recursos sanitarios, etc. “Gracias por la encuesta. Agradecería que enviarais conclusiones. Saludos”.

Quisiera explicar mi voto de IFEMA: entiendo la necesidad de médicos de familia pero con control y bajo la autoridad de primaria/H pero al mismo nivel. Creo que nuestra gerencia debe dar más golpes de mando en nuestra defensa y buen hacer y que las direcciones de continuidad asistencial deben estar en primaria



con flujo AP hacia H y no al revés. Reforzar la AP de verdad con orgullo, somos muy buenos, con pruebas diagnósticas equiparadas y calidad. No podemos seguir a rebufo del H y tenemos que levantar la cabeza bien alta exigiendo poder hacer nuestra medicina: MF y C “como Dios manda”. Si hubiéramos realizado pruebas al mismo nivel que H en esta crisis se hubiera controlado de otra forma. Es mi humilde opinión.

Mi deseo es que tras esta Pandemia los médicos de AP pudiésemos ser médicos realmente, gestionar nuestras consultas, disponer de tiempo para asistencial, docencia e investigación.

Más profesionales, disminuir cupos, tiempo para ver a los pacientes, triaje, no asumir pacientes sin cita no urgentes, potenciar conciliación familiar para nosotros, peligrosidad, turnos de tarde que tengan incremento sueldo por penosidad.

Dotación de personal suficiente, asegurar tiempo adecuado por paciente, limitar burocracia (seguimiento de IT por especialista correspondiente), reconocer al médico como autoridad, regular el número de pacientes sin cita, triaje de éstos por enfermería. Remunerar al médico acorde a la responsabilidad que asume. Garantizar las suplencias cuando un profesional esté ausente (cursos, vacaciones, moscosos...) sin sobrecargar a compañeros. Permitir conciliar familia y trabajo.

Aumentar número de profesionales y un mínimo de 12 minutos por paciente.

Fundamental reforzar sobretodo medicina de familia y también enfermería, estamos desbordados y necesitamos más personal, para reducir cupos y tener menos demanda asistencial, para poder dedicar tiempo a la investigación y la prevención, educación para la salud, tanto individual como comunitaria, fundamental, como se ha visto patente en esta pandemia, de ahí el transmitir a la población los hábitos saludables, y así evitar factores de riesgo.

Esta encuesta es parcial e induce muchas respuestas.

Faltan temas que no se tratan.

El primero es el tema psicológico de la pandemia, y cómo vamos a salir muchos de esta tras ver morir a tantos pacientes.

El segundo es el tema ético que SoMaMFyC y semFYC no han sido capaces de apoyar, me refiero a denunciar los protocolos de sedación y no derivación que es un tema muy grave.

En esa línea me parece infame que ahora se hable de las residencias cuando es un tema del que muchos

compañeros y compañeras han pasado (incluida la sociedad) incluso en plena pandemia.

El tercero es el papel del SAR (atención rural) en la pandemia. Un colectivo intocable que podía perfectamente haber hecho muchas más cosas.

Por último creo que aprovechar el Dios de esta pandemia para fomentar el teletrabajo y los Uber médicos es desprestigiar nuestra especialidad lo mismo que hablar de comunitaria.

Necesitamos lo que llevamos pidiendo años: más personal, más medios, más tiempo y más investigación.

He echado en falta la posibilidad de atender en AP a los pacientes Covid con otras terapéuticas alternativas que se han usado en otros países con éxito, máxime cuando sigue habiendo poca evidencia científica sobre muchos tratamientos. Deberíamos poder abrir un poco más la mente y aprender estrategias de colaboración con otras maneras de enfocar los tratamientos, siempre registrando en las historias clínicas, para poder después evaluar. No se evaluó el posible impacto en personas con cronicidad y vulnerables al impacto del confinamiento ni por parte de salud pública ni desde las sociedades científicas de medicina familiar y comunitaria. Ha habido inequidades en salud importantes en el acceso a la medicación, que supuestamente beneficiaba la resolución del Covid, incluso en el acceso a la atención telefónica y domiciliaria en todos los niveles asistenciales, incluida primaria, que no se deberían volver a repetir. Además deberíamos contemplar la participación comunitaria también en las gestiones de la crisis. Gracias.

Cupos por medico adecuados, no mayores de 1300 personas.

Los médicos de familia y comunitarios necesitamos cambiar la forma de trabajar, estamos atrincherados en nuestras consultas, desbordados por la presión asistencial y la burocracia, creo que tenemos un potencial grandísimo y así lo estamos demostrando durante esta crisis, tenemos que hacernos más visibles y respetables.

Creo que en Primaria hemos trabajado con riesgo desde el primer día. Cuando veíamos en la consulta pacientes con clínica atípica (semanas antes de iniciar con medidas de prevención) a lo que decía gerencia que era Covid y nos hacía dudar mucho y sufrir por ello ansiedad por incertidumbre y sin protocolos. Ahí, sin protección ni por profesionales ni pacientes, nos hemos contagiado muchos (claro que no lo hemos podido confirmar porque no se nos ha realizado ninguna prueba a pesar de haber consultado con SP) y hemos contagiado a familia y, seguramente, a otros pacientes. Las gerencias no tienen la virtud

de escucha activa con los profesionales que estamos en ejercicio. Igual que los políticos lo hacen con la población. Posiblemente, en los centros habríamos iniciado antes medidas si nos hubieran escuchado. A este respecto, SP también tenía el pulso de nuestras dudas porque llamábamos varias veces al día consultando qué hacer. Me ha parecido indignante como a los médicos de familia se nos ha tratado durante esta crisis. Moviéndonos como marionetas ante los continuos cambios de protocolos sin poder participar de decisiones. Siguen sin llegar a crear pautas que desburocraticen nuestra actividad profesional. La gestión de ITs ha sido penosa creando conflictos con los pacientes (ahora no, ahora sí) y movilizándolo a la población en período de confinamiento. Las ITs por comorbilidad de riesgo en asintomáticos ha sido un coladero de bajas, muchas de ellas injustificadas por no haber indicaciones claras. Ya veremos las consecuencias de esto (¿¿de verdad que por ej. todo asmático bien controlado, con tratamiento estacional tiene que estar en su casa meses??). Es frustrante que después de la situación que hemos trabajado y vivido estos días, trabajando fines de semana y festivos, no somos visibles ni para medios de comunicación, ni políticos. Nuestros números diarios no se cuentan en las estadísticas diarias. Sólo aparece la primaria para hablar de IFEMA, que nos han vendido como el éxito político nacional y, según compañer@s que han estado ha sido un caos organizativo y que ha salido adelante, como siempre, por el tesón y buen hacer de los profesionales que allí han estado a pie de cama con los pacientes. ¿Y la población? Mucho aplauso todas las tardes a las 20 h. pero siguen viniendo con la exigencia habitual. Ni quiero pensar cuando “abramos consultas”: que va a pasar Dr./Dra. con mi analítica del colesterol, azúcar... que me tenía que hacer hace un mes, con mi tensión. ¿Y mi cita del hospital que no me han llamado? No me puedo incorporar a trabajar Dr./Dra. no me han llamado de rehabilitación... En fin, por experiencias próximas, veo que en los hospitales han sufrido mucho pero su conclusión final es que han aprendido mucho y ha gratificado mucho también lo vivido. Nosotros salimos como siempre, con la sensación de ser el Patito Feo de la sanidad. Al menos así lo he vivido yo.

Más tiempo por paciente, más material de protección, valorarnos más, más sueldo.

Más inversión. Menor número de pacientes por cupo. Más tiempo por paciente. Menos carga burocrática.

Espero que nos unamos todos los profesionales para mejorar la situación de la sanidad en nuestra comunidad; disponiendo del tiempo y los recursos necesarios para garantizar la asistencia adecuada a nuestros pacientes.

Hay que hacer todo lo posible para que no consintamos volver trabajar como hace 2 meses, aumentar

la consulta no presencial y asumir toda la burocracia del SNS. La legislación nacional sobre IT habla del médico del SPS, no solo del MF.

Volver a la división por Áreas de salud, eliminar las bolsas únicas volviendo a las bolsas de trabajo en cada área de AP. Eliminar la libre elección de enfermería trabajando por módulos Médico-Enfermera. No derivar a los pacientes a hospitales que no sea su hospital de referencia.

Fomentar teletrabajo y consulta virtual, disminuir al máximo las visitas sin cita y la asistencia domiciliaria a demanda potenciando la concertada, reducir al máximo las labores administrativas propias de Atención Primaria y totalmente las procedentes de otros niveles, potenciar contacto Primaria-Hospitalaria.

Se deben crear huecos en las agendas para cita telefónica ya y se deben ofrecer también esos huecos a los sistemas alternativos de cita: internet y app. Los administrativos deben poder preguntar el motivo de la solicitud de consulta al menos de los pacientes que acuden al centro o llaman por teléfono. Se debe reservar algún espacio en el centro y personal con EPI para atender las sospechas de coronavirus. Es necesario seguir atendiendo todas las patologías de nuestros pacientes lo antes posible y recuperar en la medida de lo posible a nuestros cupos.

Propongo que en el “reseteo” sean las enfermeras de los CS las que atiendan en primer lugar a toda la población que acude al centro en base a protocolos estandarizados. Las enfermeras serán las que trien de manera real atendiendo a la clínica que tengan los pacientes, llevando a cabo los protocolos estandarizados no solo de crónicos sino también de enfermedades agudas, pudiendo solicitar pruebas complementarias y pautar tratamientos según esos protocolos, derivando al médico solo a aquellos pacientes descontrolados, que no se pueden incluir en ningún protocolo estandarizado o que acudan por problemas de salud poco frecuentes, para lo cual, se establecerán criterios de derivación adecuados a las consultas médicas. Según la OMS, ampliando las competencias y autonomía de las enfermeras, éstas, podrían atender y resolver el 70-75% de los problemas de salud de la población general. Por otro lado, la cartera de servicios de AP puede ser también implementada por las enfermeras de AP en un porcentaje muy elevado; si se potencian, priorizan y facilitan los circuitos de derivación a las estrategias comunitarias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades establecidas o se generan nuevas.

La cartera de servicios de AP puede ser implementada por las enfermeras de AP si se potencian, el acceso y facilitan los circuitos de derivación de las enfermeras a las estrategias comunitarias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades establecidas o se



generan nuevas. Para ello habría que dotar de más enfermeras en los CS.

Creo que deberíamos luchar por nuestro reconocimiento y por una mejoría de nuestra situación basal previa a todo ésto. Esta situación tan límite me ha mostrado que los pacientes saben discernir muy bien lo importante de lo que no es. Han dejado de consultar por banalidades, se han adaptado a centros de salud cerrados por las tardes. Si han podido hacer esto por el Covid por qué no antes. Tenemos que estar perpetuamente de 8 a 21. Quiero un turno compatible con ver a mis hijos. ¿No puede un paciente soportar que su centro cierre a diario a las 17.00? Bien que han aguantado ahora.

Espero que a raíz de esta crisis, se valore más el trabajo que se hace en los centros de salud y se adapten esas agendas infinitas que se tenían tanto en medicina de familia como en pediatría. Se está viendo que esos pacientes hiperfrecuentadores que venían un día si y otro también a consulta, por nada, ahora ni se acuerdan de nosotros, por lo que queda demostrado, el mal uso que se hacía de nuestros servicios. Espero que se recapacite en este tema, que se nos tenga más en cuenta, que se nos de más flexibilidad a la hora de permisos y vacaciones, y que sigamos siendo "héroes" ahora y siempre. Gracias.

Contar con la unidad administrativa es imprescindible para llevar a cabo las mejoras, no se valora su trabajo.

Que la enfermería asuma más responsabilidades, también que los administrativos puedan tomar responsabilidades y decisiones en la gestión de la atención. Las direcciones asistenciales no han liderado esta crisis. Han sido comparsas que se han arrimado para figurar cuando han podido, y los que no, se han escondido (a veces en sus casas) sin dar apoyo a los profesionales asistenciales, y sin liderar ni acompañar las iniciativas que hubieran sido necesarias. A los liberados sindicales tampoco les hemos visto apoyando a sus ex-compañeros. Son un colectivo egoísta.

Después del maltrato que venimos sufriendo y que es la crisis se ha visto acentuado, creo que es momento de ser firme en la exigencia de un cambio de modelo en la AP.

La encuesta recoge la mayoría de inquietudes, de antes y durante la crisis, que se acrecientan. Imprescindible conservar un vehículo de apoyo para cada centro de salud para avisos a domicilio. Muchas gracias.

Desde el principio: No hemos tenido equipo de protección individualizado competentes. No se nos ha dado cómo organizarnos dentro del equipo, hemos sido nosotros y en colaboración con otros EAPs quienes

hemos realizado los cambios de gestión de consultas. No nos han facilitado ni los test en número adecuado para la PCR Covid, ni ahora la tests serológicos del Covid para los sanitarios ni nuestras familias, y mucho menos para nuestros pacientes. Hemos asumido tanto la baja laboral y el alta laboral de pacientes con clínica sospechosa sin poder saber certaremente si eran Covid o no. Asumimos riesgos en salud y en gestión de pacientes sin saber claramente si lo estamos haciendo bien, ya que los protocolos no aclaran claramente cuándo dar de alta o no a un paciente (ya que no sabemos si lo es o si se ha negativizado ya). Han dejado puestos de AP vacíos por el IFEMA y han tratado a nuestros residentes con renovación de contratos, sin darles la oportunidad de ser adjuntos... mucho más.

Agrupación pediatría y organizarnos en centros más grandes.

Creo que tenemos que hacer valer nuestra especialidad, y reclamar mejores condiciones de trabajo: cupos más reducidos, mayor equipo profesional en los centros, mayor dotación de material, flexibilidad de las agendas, realizar actividades comunitarias como parte de la agenda profesional, menor burocratización de la AP...

Creo que en el Comité Técnico o en el Comité Científico debería de haber, si no lo hay ya, un médico de familia que esté al pie del cañón, un médico de urgencias de puerta del hospital y de la UVI (centralizadas todas para tema respiradores y si hay sitio derivar de unas a otras) otro del SUMMA y otro del Samur, al igual que forense por tema autopsias (si no se hacen porque son contagiosas no vamos a tener datos de los órganos y qué les pasa: pulmones, corazón, cerebro... y no vamos a avanzar con la enfermedad) para decir de primera mano a los otros técnicos y políticos lo que necesitamos y detectamos para mejorar, EPIS, mascarillas, PCR, test, test, test (47 millones de españoles a unos 10 euros por test, hacerlos a toda la población). Analizar todo lo de protección antes de darlo a los profesionales sanitarios. Más transparencia en la ayuda por parte de la privada que no se ha dicho en los medios y también decir más lo que se ha atendido por parte de los médicos de familia. Temas bajas si de riesgo los trabajadores y no se pueden reubicar en su empresa.

Imprescindible la figura del administrativo de familia y implicar a enfermería en gestión de consulta a demanda.

- Aumentar el tiempo por paciente.
- Permitir que algunas consultas se revuelvan de manera telefónica (mucho más eficiente y evitando que los pacientes se expongan al riesgo de contagio de manera innecesaria).

- Que las IT puedan continuar haciéndose de manera telemática en determinados casos (no veo sentido a que se pierda tiempo y papel en imprimir partes de baja).
- Que se contrate a profesionales para cubrir los periodos de vacaciones y que ello no dependa de sobrecargar (una vez más) a los/las trabajadores/as del Centro.

Debemos de aprovechar que hemos visto que ciertas consultas pueden ser telefónicas, pueden mandar fotos, documentos... y descargarnos de burocracia para volver a tener más tiempo para la medicina y los crónicos. Debemos exigir que los partes de IT de MUFACE, ISFAs y recetas sean informatizados (no es nuestro cometido si ellos deben pagar a unos u otros). Debemos cerrar cada día la puerta a la burocracia, y aprovechar el tiempo ganado para domicilios, comunitaria, interacción para prevención... y un largo etc.

Contratar más médicos y retirar burocracia de la consulta médica. Mejorar el sistema de citas para no tener que pasar tantas pantallas antes de gestionar el seguimiento de un paciente. Minimizar el número de pantallas que hay que avanzar cada vez que utilizamos ApMadrid. Ligar la pantalla de documentos con el correo electrónico del médico para poder enviar información al e-mail del paciente o mensajes de SMS al paciente desde la historia clínica. Recoger el correo electrónico de los pacientes igual que se recoge su teléfono y su dirección. En definitiva, abreviar todos los pasos para lograr una mejor comunicación y un mejor seguimiento del paciente con la ayuda de la informática.

Esta crisis es una oportunidad extraordinaria para repensar la Atención Primaria y el derecho a la protección de la salud. A recobrar también la dimensión bio-psico-social-espiritual de la enfermedad y de la salud. La manera de enfermarnos tiene mucho que ver con el estilo de vida, con el urbanismo, con el transporte, con la conciliación de la vida familiar, con la protección de los más vulnerables de esta sociedad. A nivel de Atención Primaria, creo que muchas consultas se podrían resolver por teléfono, y más si el médico conoce bien al paciente, esta dimensión puede potenciarse, así como no son de recibo tiempos presenciales de atención inferiores a 10 minutos.

#### Autogestión y telemedicina.

Creo que es una buena oportunidad para la redistribución del trabajo, mayor flexibilidad en la gestión de agendas, mayor accesibilidad pruebas y determinaciones diagnósticas, potenciar uso de telemedicina, consulta telefónica, consulta web. Las ITs a quién correspondan, mejorar gestión Muface y demás... Pensar en cómo organizar la atención, cuando tenemos muchos compañeros médicos exentos por parte de

Salud laboral (con motivos a veces peregrinos...) de ver tanto en el centro como en domicilio pacientes con sospecha de infección por coronavirus. Hay muchas cosas que cambiar y ahora es el momento. **ÁNIMO!!**

Visto el papelazo que han hecho la mayoría de las DA y la gerencia es imprescindible dar mayor autonomía a la micro gestión de los equipos que es lo que verdaderamente ha funcionado.

Aumento de recursos humanos, desburocratización de la atención primaria, agendas con 20 pacientes máximo, 15 min. por paciente, asunción de partes de baja e informes por especialistas, no asumir que atención primaria está para todo, no solicitar análisis para especialistas, no somos secretarías... y un largo etc. Saludos.

Nunca más el abandono y el menosprecio como el que se ha visto en esta crisis a la atención primaria y a los médicos de familia.

Reforzarla con más personal y menos trámites burocráticos.

Es fundamental la promoción del trabajo en equipo de verdad entre distintos estamentos y diferentes niveles asistenciales, así como, incluir a las unidades de apoyo en todos los protocolos. Es importante tener una relación más fluida con las residencias de ancianos y discapacitados, y no solo limitarnos a hacer trámites administrativos. Hay q mejorar formación en el final de vida, que en esta crisis se ha demostrado que no era muy extensa.

Fomentar de verdad el trabajo en equipo dentro de los CS pero también con las unidades de apoyo, considero que ha sido la clave del éxito de lo que hemos vivido, pero me temo que se quedará ahí... y sin olvidarnos de mejorar la relación con los hospitales y con los centros residenciales. Importante, hacer hincapié en no perder lo ganado con las IT y algún otro trámite administrativo.

Tenemos que ver los fallos que han existido en primaria para mejorar nuestra respuesta frente a las próximas pandemias.

Atención primaria es prioritaria siempre, no desde esta crisis.

Que quien está en la gerencia no se deje ningunear. Dejar que se autogestionen los centros según la población real que atienden no la obsoleta que figura en sospecha. No a la gerencia única, nos ha perjudicado como creíamos. Mayor dotación presupuestaria. Poder contratar desde los centros de salud. Disminuir los técnicos y cargos intermedios...

Centralización, no depender de la Consejería de Sanidad, por favor!!!!.

Que nos valoren de una vez.

La pandemia ha sacado la luz deficiencias en el sistema nacional de salud y falta de recursos a niveles de países subdesarrollados.

Reforzar atención primaria para la atención clínica y prehospitalaria que le permita dar respuesta antes del agravamiento de pacientes, con suficiente material y personal para coordinarse y dar un cauce efectivo y flexible.

## 2. SITUACIÓN DE LA CONSULTA

Es imprescindible no volver a las agendas de 50 pacientes diarios. Resultaban inasumibles antes de la pandemia y lo van a ser aún más después de ella. Necesitamos al menos 10 minutos por paciente!!!!

Limitar las consultas. Llevamos seis semanas sin ver conjuntivitis urgentes, arañazos que no pueden esperar. Prácticamente ningún problema con e-receta lo que demuestra la inutilidad de muchas consultas soportadas hasta la fecha. Solo enfermas en las consultas!

La organización “por agendas”, en vez de por cupos debe ser una excepción que debe eliminarse en cuanto sea posible.

Es importante reforzar la participación Comunitaria desde el CS para asumirla como metodología de trabajo y beneficiarnos de ella en las crisis y en el día a día.

Durante esta crisis me he reenamorado de la profesión porque durante unas semanas me he evitado hordas de cosas innecesarias, papeleos absurdos y valoración de gente sin patología hiperfrecuentadores y demás. Lo que le falta a la AP es principalmente tiempo. Mientras los pacientes estén citados cada 5 minutos es imposible realizar una atención digna.

La oportunidad para un pacto social. La población no consulta por síntomas inespecíficos o menores. No vemos catarros de niños, por ejemplo. Si esto se mantiene, el tiempo liberado para actividades con mayor impacto en salud (dependencias, salud mental, EpS e IC) sería enorme.

No se ha realizado triaje por enfermería en mi CS por lo que lo he valorado negativamente pero sería fundamental poder haber contado con ello.

Nosotros hemos tenido un papel fundamental en la valoración de los pacientes asumibles en atención primaria y diferenciando de los que había que derivar

al hospital. Creo que nos han infravalorado y no nos han tenido en cuenta tanto dirección como desde el hospital.

No a las agendas comunes. Sólo Respiratorio, el resto debería haber seguido por cada médico, y las agendas repartidas. Enfermería ha pasado a hacer triaje por la suspensión de la consulta de crónicos, pero debería seguir valorando la demanda que llega al centro y resolver lo que pueda en lugar del acceso total sin ley a la consulta presencial con médico. Eso se debe de acabar. Filtro de llamada telefónica y si está ya en el centro, filtro de enfermería.

Necesitamos retomar nuestra actividad YA con verdaderas medidas de protección, bien coordinados con hospitalaria y sin trabas por parte de las direcciones asistenciales que, una vez más ha quedado patente, están alejados de la realidad de la asistencia sanitaria del MF.

Se debe trabajar en disminuir las consultas que no aportan valor, bien por que son burocracia, o bien por que el motivo de consulta son temas que nada tienen que ver con lo asistencial, o que son motivos que deben ser solucionado con un correcto autocuidado por parte del paciente.

Más minutos por paciente, menos tareas burocráticas, facilitar la visita a domicilios con coches oficiales/taxis pagados por la administración... implementar una parte de consulta para “telemedicina” /seguimiento telefónico/recetas/

Mantenernos muy fuertes para no aceptar volver atrás en aspectos que se han mejorado (recetas MUFACE), IT sin impresión de partes, eliminar parte de confirmación obligatorio, accesibilidad de los pacientes a contacto telefónico y correo...

Potenciar y permitir solicitar consultas telefónicas que permitan a pacientes resolverlas sin tener que venir al centro de salud.

Ajuste de agendas con mínimo 12 minutos por paciente, además alguien tendrá que controlar el aforo y las distancias en la sala de espera, exigir menos burocracia, y dejar de ser invisibles, no podemos agachar la cabeza siempre si nuestros jefes no pelean por nosotr@s tendremos que hacerlo!!!

Unidades independientes de atención domiciliaria con EPIs, coches y material respiratorio, para poder empezar a ver a nuestros pacientes crónicos.

Al ser los centros de salud la primera línea de contacto con la población general (así como puede ser un servicio de urgencias hospitalarias), sería necesario dotar a cada centro de salud con las infraestructuras necesarias para atender a los pacientes

sospechosos de COVID sin poner en riesgo a todo el personal del propio centro ni al resto de pacientes que acuden al centro por otro motivo. Como por ejemplo una consulta ventilada con acceso exclusivo que no coincida con un acceso limpio de COVID. También material, desde EPIs completos, así como contenedor de residuos con tapa que se pueda abrir con pedal de pie, espacio donde se puedan lavar los materiales.

Somos médicos, no secretarios.

Ayudadnos a desburocratizar las consultas, a tener tiempo suficiente para los pacientes (30 min. para 1a vez que acuden a consulta y 10 min. para las siguientes). Número REAL de huecos en las consultas, no forzar hasta que reventemos.

Telemedicina como forma de atención a parte de nuestros pacientes.

Fundamental tener más TIEMPO para el cliente que lo necesita... Y muchas consultas podrían solventarse por teléfono... Eliminar burocracia.

Limitar la demanda a un número asumible de pacientes al día.

Creo que la atención de los pacientes vía telefónica o informática nos puede ayudar a gestionar la consulta y facilitar a los pacientes el acceso, siempre y cuando el sentido común de los gestores y la organización del propio sanitario prime a la hora de gestionar las agendas y no sea un nuevo modo de sobrecargarnos aún más.

Necesitamos más opciones de decisión en cuanto a orientar el tiempo de asistencia del paciente crónico complejo, podemos resolver consultas banales por teléfono, veo en la telemedicina un gran futuro la verdad. Y quizá lo más importante, la autogestión.

Tenemos que ser más autónomos y más clínicos y menos burócratas.

Dejar mas manejo clínico a la atención primaria y menos labor burocrática.

Disponer infraestructura en los CS para poder gestionar estas u otras situaciones. No se pueden masificar los CS con consultas médicas y enfermería, sin tener un espacio preparado para estas situaciones. La biblioteca o el almacén no son lugares para atender adecuadamente a pacientes que vienen enfermas en el contexto de una epidemia.

Coches para los desplazamientos, equipos, más limpieza profesional.

30 pacientes máximos diarios.

### 3. GESTIÓN DE PERSONAL, LIDERAZGO Y MEDIOS

Fomentar el teletrabajo a corto-medio plazo en esta pandemia que va a durar teniendo en cuenta la falta de personal. Realizar urgentemente test a los sanitarios en los centros de salud.

Aumentar la plantilla de médicos de familia y las plazas MIR de MFyC.

La Medicina de Familia estaba un poco fragmentada sobre todo por el tema de los malditos turnos y la edad de médicos tan mayores, creo que va haber una jubilación precoz alta.

Se debería descargar de trabajo a partir de ciertas edades y condiciones igual que existe en medicina hospitalaria.

Ha sido vergonzoso cómo han tratado a los residentes de familia en algunos hospitales (H. La Paz por ej.) Se ha dado material, como zuecos sin agujeros, a todo el mundo incluido personal administrativo de servicio de gestión, y a los residentes de familia que atendían SOLO COVID EN URGENCIAS se lo negaron porque “no eran del hospital, sino de primaria”, la solución que les dieron fue “miente y di que eres enfermero del hospital, que no les conocen???”

Necesidad de gabinetes de crisis en los que la gerencia tenga un diálogo bidireccional con los profesionales sanitarios, necesidad de aumento de equipos de protección, que los gestores al inicio de la crisis hubieran venido a ayudar en la labor de coordinación de los centros de salud en lugar de organizarnos nosotros como mejor creíamos.

- Pagarnos como médicos, es decir, en “peso de oro”, como nos merecemos.
- No maltratarnos con jornadas agobiantes y con una cantidad inconmensurable de pacientes.
- Estar de nuestro lado siempre cuando haya algún problema y no del lado del político de turno que no quiere perder votos, y no contestando a los usuarios como que “nosotros estamos arrepentidos” y “el usuario tiene la razón” en el caso que hay una reclamación por parte de un usuario tan solo para que el se quede contento.

Que piensen en nosotros como un profesional más, igual que el neumólogo, el internista, el de análisis clínicos, ...no como uno al que usar para lo que haga falta cuando haga falta mientras todos se ponen en modo jefe organizador.

Es indignante el ninguneo político y desde nuestra más alta dirección de la Primaria.

En la vuelta desde IFEMA se deberían priorizar profesionales que trabajan en zonas más afectadas por la pandemia. Los médicos hemos realizado y estamos realizando un esfuerzo que sin duda nos va a pasar factura.

Soy pediatra. He estado encantada de ayudar en la atención de adultos durante esta epidemia. Debe haber mucha más flexibilidad y autogestión en los Equipos de Atención Primaria. Si nos reinventamos después de esto no seremos capaces de hacerlo nunca.

La remuneración con días libres es una trampa en la que no debemos volver a caer. Dada la baja cobertura de las bajas, la sustitución entre compañeros, la sobrecarga habitual de agendas, debemos exigir se nos compense con días libres CUBIERTOS y remunerados. No soy optimista con el futuro que nos espera. La atención primaria de salud eficiente y resolutive no interesa desde el punto de vista comunitario puesto que es vista como una especialidad vocacional, altruista, y en contra de los intereses de voto, partidistas y económicos de los partidos liberales.

Creo que es el momento para potenciarla. Debemos participar en la toma de decisiones y no asumir directamente todas las instrucciones no consensuadas que nos quieran imponer desde otros ámbitos.

Muchos más médicos de familia y suplir todas las ausencias.

Que todo lo anterior incluya a los pediatras.

Lo primero que tenemos que tener es unos jefes que nos defiendan y nos cuiden.

Plantillas adecuadas, aumentar tiempo por paciente, limitar número de pacientes por día, minimizar burocracia.

Falta de liderazgos, de responsables, gestores que mandan miles de protocolos y de información, y nadie se preocupa de los profesionales, ni de sus cargas de trabajo, ni de su seguridad, ni de sus estados de salud ni enfermedad... nada no somos nadie, menos que números... muy frustrante... Mucha carga de trabajo no vista. Lo mejor el Cabify para ir a ver a los pacientes, se tendría que mantener durante la pandemia.

Aumento de personal y más flexibilidad de las agendas.

Hay que valorar mejor al profesional, protegerlo y arroparlo desde nuestras gerencias.

La gerencia de Atención Primaria se ha mostrado ausente. El servicio de prevención de riesgos de AP no ha sido eficaz.

Deberíamos mantener la unidad que ha surgido a raíz de esta pandemia, tanto a la hora de compartir conocimientos como trabajar unidos, y deberíamos exigir responsabilidades a las gerencias y direcciones asistenciales de atención primaria por su inacción y su lentitud y falta de colaboración a la hora de tomar decisiones. Preguntar a inspección por su gestión en esta crisis, donde han estado como personal sanitario. Pedir información a Salud laboral y salud pública por la falta de rigor en sus decisiones y a la hora de facilitar medios de protección a los profesionales. Gracias por vuestra colaboración. Felicitaros por estar aquí para representarnos.

Contratar de momento a los R4 ya adjuntos en junio en sus Centros de Salud al menos hasta fin de año para poder trabajar y coger vacaciones sin gran carga asistencial.

Creo que es un momento único para lograr los cambios que tanto hemos reclamado y mejorar las agendas de atención, que sean nuestras y no del cita voz.

Reorganización de la atención y de los horarios así como la conciliación con la vida familiar de forma prioritaria.

Durante esta crisis reina la desinformación entre tanta información. Faltan unas directrices claras y concisas. También me he sentido profundamente desprotegida por parte de los máximos responsables de mi comunidad. Sin información, sin aliento, sin información actualizada, sin un proyecto de trabajo... pésima gestión.

Me he sentido poco o nada apoyada por mis superiores/responsables.

El personal que no puede atender a sus pacientes de manera integral debería llevar aparejado la contratación de médicos de refuerzo.

Material, coordinación.

Hacer saber, entender, divulgar y sobre todo reconocer que somos la primera línea de batalla, los que nos enfrentamos y conocemos a los pacientes y compensar nuestro trabajo día a día y más respeto y remuneración salarial.

Se ha puesto de manifiesto la escasez de medios en los que nos manejamos, y la clase de gerentes que tenemos, que han pretendido controlar la situación a expensas nuestras, sin contratar, sin invertir, abusando del buen hacer de sus profesionales, que han visto diezmadas sus plantillas y han sacado el trabajo adelante, como siempre. Hay que reorganizar la AP y plantarse.

Debe haber planes de contingencia útiles en situaciones inesperadas.



AP creo que ha trabajado y sigue trabajando durante esta crisis y no se le ha tenido en cuenta y ha sido menos valorada, nos han utilizado solo como mano de obra pero no nos han valorado como profesionales que somos, he ahí los médicos fallecidos de Primaria. Nos tendríamos que hacer valer más y que nos tengan en cuenta en protocolos y en las decisiones que tomen en especializada, porque al final el paciente recae en primaria.

Ahora más que nunca reforzar la plantilla de Médicos.

Aumentar el personal facultativo en Atención Primaria me parece fundamental, así como un tiempo adecuado para gestionar la asistencia a los pacientes.

Más personal sanitario y mayor libertad pedir pruebas y tratamientos. Mayor protección.

Necesitamos más médicos con plazas en propiedad, la longitudinal de la AP es nuestra gran ventaja para manejar un cupo. Se necesitan más médicos y más plazas.

Necesitamos un cambio radical de la atención primaria, esta pandemia lo ha demostrado suficientemente. Lo primero más RRHH médicos.

Todas las mejoras deben ser valoradas en todos los estamentos profesionales que formen los equipos de AP.

La Atención Primaria ya estaba al límite antes de esta pandemia y en cuanto se ha presentado algo que ha necesitado más esfuerzo a nivel de medios y personal se ha estado a punto del colapso total. Que si no ha llegado es por el gran esfuerzo realizado por los profesionales, que por otro lado a ver cómo salimos de esta cuando pase un poco el momento de mayor tensión... Y ahora a ver cómo recuperamos a todos esos compañeros que se han ido durante los últimos años porque han sido expulsados del sistema por distintos motivos: falta de seguridad laboral, muy poca remuneración, falta de reconocimiento profesional y continuos desperdicios por parte de nuestros gestores, clima de agresiones por parte de los pacientes en aumento.

Creo que en esta crisis y en todas, todo el equipo es importante, no solo médicos. Enfermeros, pediatras, auxiliares, celadores... lo fundamental es potenciar los trabajos en equipo y dar importancia y reconocer el trabajo de todos. Recompensar a todos.

Lo peor de esta crisis/pandemia ha sido la de la explotación del personal sanitario sin importar consecuencias. Las direcciones médicas despersonalizadas.

Lo más triste ha sido el silencio y la distancia sentida con los gestores.

Imprescindible aumento de recursos profesionales y técnicos en P.

La gestión por parte de la dirección de área ha sido casi inexistente y sus aportaciones llegaron tarde. El servicio de Prevención de riesgos laborales ha estado desaparecido así como salud pública, ni han estado ni se les ha esperado a que estuvieran. Se debe reducir puestos directivos que carecen de capacidad de gestión. La dirección y organización de IFEMA ha sido penosa.

Se debería haber contado más con la AP desde el inicio y no el hospitalocentrismo que hemos vivido. La gestión que desde la Gerencia de AP y las DA se ha realizado ha sido lenta, muy politizada y muy centrada en IFEMA. No me he sentido arropada ni respaldada por mis superiores en la gerencia. Se debe contar más con AP y salud pública.. y ser más transparentes. El papel de los SPRL en esta pandemia ha dejado mucho que desear.

Se debería reforzar la atención primaria con más recursos de personal y material.

Que desde las sociedades científicas y los centros de salud fomentemos una mayor coordinación con Salud Pública y contribuyamos a su refuerzo dado que en la Comunidad de Madrid está bastante denostada e infradotada. Gran parte de la descoordinación, a nivel de la comunidad, durante la primera ola de esta crisis viene de la ausencia de un liderazgo y participación de especialistas en salud pública, encontrándose muchos de ellos en su casa al no declararles servicio esencial y esperando a ser llamados por Gerencia cuando "haya trabajo en esta crisis para ellos", mientras en las áreas de salud pública estaban desbordados. Si fomentamos la coordinación de Atención Primaria con las Áreas de Salud Pública, le daremos mayor peso e importancia.

Hay que reforzarla, y rejuvenecerla, las plantillas están muy envejecidas.

Creo que estamos sobrecargados y en el límite. Hay que reorganizar la atención Primaria y hay que contratar a más profesionales, sea vía OPE o de otra manera. Creo que hay muchísimo oscurantismo con las bolsas de trabajo y que realmente sí que hay profesionales disponibles (véase última OPE), no se les puede ofertar "basura". Así no estaríamos dispuestos a trabajar nadie. Hay que realizar contratos con continuidad. Creo que la Atención Primaria está en una clara situación de indefensión aprendida. Hemos aprendido en cierta manera a "callar y obedecer" y ¡ala!!! Si dicen... lo que fuera, nos conformamos y punto. Esto me resulta especialmente doloroso.

Necesitamos refuerzos porque nos quieren eliminar del mapa.



Es innegable la necesidad de más personal y sobre todo de más tiempo por paciente, así como el aumento de recursos.

No se ha contado con nosotros para nada, si no es por nuestra capacidad de adaptación estaríamos fatal. Nos usan como si fuéramos material sanitario que lo pones y lo quitas. Ha habido un caos de órdenes, muchas veces contrapuestas en horas. Sobre todo basta de hacerse fotos los políticos en hospitales, IFEMAs!!!! Basta de usar la sanidad como arma de propaganda!!!!!!!

Como se han desmantelado completamente los Centros de Salud, es el momento adecuado para realizar los cambios estructurales en Atención Primaria que llevamos años solicitando.

Más personal y más tiempo por paciente.

Dejar de ser unos mandados del Hospital y de todos, autonomía de gestión y de pensamiento. Y mas recursos e inversión. Más protección.

Debemos tener la adecuada protección en cada centro para todo el personal y disponer de más tiempo por pacientes. Las gerencias deben de dejar de amortizar plazas de jubilados, repartiendo su cupo entre el resto y en cambio contratar personal para esa plaza de jubilado y crear más plazas en función del crecimiento de la población.

El director del centro debe defender su centro ante la gerencia y no solo tramitar indicaciones de ésta al centro.

La gestión por parte de la Consejería ha sido nefasta. Insuficientes medios de protección, sobrecarga de trabajo aludiendo a la profesionalidad y a la vocación. Inadecuada e insuficiente valoración del papel de atención primaria. Nos tenemos que dar a conocer a la prensa y TV, en contra del hospitalcentrismo.

Pedir la dimisión de quienes han gestionado la asistencia durante esta crisis (consejero, gerente, directores de AP, salud pública y Jefe de los SPRL).

Replantearse la gestión de la atención primaria. Nuevas formas de gestión.

Los residentes de medicina familiar y comunitaria han asumido un peso desproporcionado en comparación con residentes de otras especialidades, al asumir labores asistenciales en distintos y cambiantes escenarios (centro de salud, guardias hospitalarias, hospital de campaña IFEMA) sin asegurar el descanso adecuado.

Creo que nuestros jefes medios deben comunicar información y las quejas desde abajo hacia cargos

superiores de la misma forma que lo hacen desde arriba hacia los CS.

Nuestros directivos no saben en la realidad lo que hacemos ni cómo vemos las cosas ni cómo nos sentimos. Viven en parte en su mundo. Que es otro. Nos gestionan como si valiéramos lo que costamos y valemos y abarcamos mucho más. Nos tienen infrutilizados y a la vez sobrecargados y atados a una carga burocrática inmensa.

Necesitamos más médicos de familia.

Que cambien los gestores.

Que por fin se valore el papel del médico de primaria, no sólo en la gestión de la crisis del Covid que ya ha quedado patente que ha sido, está siendo y será crucial.

Importante reformar las instituciones políticas, los trabajadores de gerencia, creo que hacen más falta en sus puestos y menos en gerencia. Es necesario aumentar las plantillas en centros de salud. Contratar a todos los residentes.

Contratar más médicos y enfermeras con buenos contratos. Y en pueblos alejados, más dinero al médico.

Suplentes para todas las ausencias de los profesionales.

El problema es el de siempre, no contratan los médicos necesarios, más agudizado, tras tan poca inversión, la AP se quedó tiritando antes del coronavirus, eso ha generado una mala respuesta ante la pandemia y un stress laboral insoportable en los profesionales, lo hemos pasado muy mal, y seguimos sufriendo, compañeros enfermos Covid sin cubrir, compañeros que por circunstancias no ven pacientes, esto hace que los que quedamos estamos muy expuestos, saturados y exhaustos. En resumen, se precisa un 25% más de plantilla de médicos para empezar a poder hacer algo decente, suplir todo, poder descansar.

Mayor inversión. Más personal. Más médicos de familia. Estamos saturados. No podemos seguir así.

Creo que ha faltado un liderazgo por parte de los clínicos para proponer protocolos que se ajustasen a la clínica de los pacientes, fomentar la investigación en una enfermedad que estamos a ciegas en AP porque no hay nada publicado y sobre todo una actitud productiva de reforzar la AP que no ha sucedido sino lo contrario.

Hay que contratar más médicos.

Mejorar comunicación con farmacias de la zona. Tener referentes más claros en el hospital para gestión de casos Covid similar a lo de pacientes crónicos.

Gracias a todos los profesionales de los equipos hemos podido trabajar como un verdadero equipo. Nuestras direcciones asistenciales han estado en sus despachos... haciendo qué?????

Ordenar tareas, responsabilidades entre el equipo. Protocolos claros. Mejorar y aumentar plantilla medicina. Reforzar plantillas de medicina de tarde, así como plus por penosidad.

Más medios humanos y recursos materiales necesarios.

No necesitamos una gerencia mastodóntica, y por lo tanto ineficiente. Que, por ejemplo, para que te llegue un simple EPI, tiene que pasar por diversas personas en la dirección asistencial y Porres y además lo hagan arbitraria y desorganizadamente. Ni tampoco una Consejería inflada de cargos. Con este ahorro propongo dos medidas concretas: Debemos exigir personal de limpieza en todo el horario de apertura del centro. Deberíamos potenciar la colaboración entre centros próximos, por ejemplo compartiendo recursos que se han demostrado fundamentales como el coche con chófer para los domicilios. En el tiempo que no estuvieran conduciendo podrían hacer vigilancia en dichos centros, que también estamos deficientes.

Y por supuesto dotación de recursos humanos suficientes, así como permitir acceso a pruebas, etc., y facilitar la autogestión de los centros, que finalmente ha sido la única estrategia que hemos tenido para sobrevivir a esta crisis.

Creo que la Comunidad de Madrid ha hecho un buen trabajo, teniendo en cuenta que el gobierno no ha puesto más que trabas a su gestión. Me encanta Isabel Díaz-Ayuso.

Los gerentes deben de tomar cartas en el asunto y ser más operativos. Creo que no ha habido buena gestión de personal.

Mayor cantidad de recursos humanos y materiales.

## 4. ABORDAJE CLÍNICO

Potenciar consulta telefónica y aumentar tiempo por paciente.

Hay que dar visibilidad a todos esos pacientes casos posibles que nunca salen en las estadísticas, y aun así, se han comportado como si supiéramos seguro que tenían la enfermedad.

Más acceso a pruebas Dx, incluidos Rx, que no tengan que pasar necesariamente por urgencias hospitalarias, acceso a analíticas, acceso a tratamientos

(nos impiden tratar tempranamente y formar parte de ensayos clínicos)... Más medios.

Opción a pruebas.

Creo que hemos sido apartados en la confirmación diagnóstica, en el estudio del paciente y en el tratamiento de aquellos que no requerían ingreso hospitalario. Lo que se ha realizado en la puerta de urgencias hospitalaria se podría haber realizado en gran parte en primaria disponiendo de una Rx de tórax, analítica ya dispone-mos de ella y dejándonos prescribir según protocolos. De este modo se habría colapsado menos el ámbito hospitalario y quizá haber disminuido el número de ingresos. Somos una especialidad muy bien formada, muy numerosa y muy mal utilizada en esta pandemia.

No entiendo como a un médico especialista en medicina de familia no se le ha permitido pautar medicación como Hidroxicloroquina cuando sí podíamos solicitar Rx y valorar los hallazgos. Sí hemos tenido que modificar pautas de tratamiento de compañeros de especialidad hospitalaria o ejercer de psicólogos-psiquiatras, para eso sí estamos. Es patente que no en todos los problemas como respiratorios pero es factible la telemedicina acompañada de imágenes.

Más tiempo por paciente, posibilidad de pedir más pruebas complementarias (RNM, Tac,... etc.).

En nuestro centro hemos podido solicitar Rx urgente informada y ha sido clave en seguimiento de pacientes y en la derivación precoz, no todos los Centros de Salud han podido.

Echo de menos más liderazgo científico de nuestros grupos. No nos hace falta que ningún especialista de hospital nos diga cómo seguir a nuestros pacientes. Nadie es experto en Covid. Somos clínicos y sabemos que hay que hacer. De tanto hacer cruces en los planes personales se nos ha olvidado mirar, escuchar y tocar a nuestros pacientes. En MF anamnesis y EF son fundamentales.

Muy importante reforzar las pruebas complementarias que se pueden solicitar desde Atención Primaria (troponinas, dímeros D, TAC pulmonar,...).

Que podamos hacer PCR a los casos posibles y que la Gerencia deje de utilizar el ordeno y mando, que los MF participen en la toma de decisiones. Ya está bien!!!

## 5. GESTIÓN INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (IT)

Las ITs del personal sanitario deberían considerarse enfermedad profesional. El sistema de generar partes

por una enfermedad de tal magnitud poblacional debería haberse anulado y sólo precisar una baja y un alta. Siendo además pacientes con alto seguimiento.

Se deben considerar las bajas por Covid como accidente o enf. Profesional

¿Baja a paciente sano solo por supuesto riesgo laboral?, ¿en AP?, ¿para que está la mutua de trabajo?

IT on-line me parece bien, pero las ITs por otros procesos han supuesto un alargamiento de los procesos al no verles presencialmente y ellos alargar la sintomatología por el miedo (o la desgana) ante la reincorporación.

La burocracia de las IT se podría haber gestionado de otra forma.

## 6. SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES

Se ha desprestigiado mucho la labor de los MAP durante esta crisis pero no han parado de trabajar en ningún momento. La seguridad que se ha proporcionado al personal sanitario es denigrante. Por otro lado creo que debemos exigir test de anticuerpos a todos el personal sanitario.

Protección definitiva. Menos pacientes día. Más separados. Evitar aglomeraciones. No sin cita no reales a petición del paciente (nadie nos protege).

Se debería tener Stock suficiente de EPIs.

Todo lo relativo a médicos de familia (plus de peligrosidad) debería ampliarse a todo personal sanitario y no sanitario que cumpla labores en la atención a pacientes Covid.

La peligrosidad en AP estaba ya antes de esta crisis Las agresiones físicas y verbales son más frecuentes en nuestro ámbito desde hace mucho tiempo. También se sabe y no se hace nada.

Mayor protección de los profesionales sanitarios.

Trabajar sin tiempo para atender a los paciente y a destajo nos hace ser descuidados y nos hemos contagiado la mitad de la plantilla en casi todos los centros.

Muchos MAP presentan patologías que requieren tratamientos que pueden incrementar el riesgo propio de afectación por agentes infecciosos... deberían quedar mejor reflejados los riesgos y las adaptaciones laborales de estos compañeros por parte de los Servicios

de Salud Laboral para evitar suspicacias por parte de directores de Centro y personas de las direcciones asistenciales.

Plus de peligrosidad como lo tienen otros servicios esenciales, mejoras salariales desde luego, repatriación de médicos que se han ido por las malas condiciones laborales y la baja remuneración. Potenciar teletrabajo médico o crear agendas de "tramites administrativos no clínicos", revisión IRPF para personal sanitario, ventajas fiscales.

Desde luego a nivel de organización lo que está por venir no va a ser más fácil de lo que ya hemos pasado. Además si seguimos sin equipos de protección adecuados y sin limpieza adecuada de centros los profesionales seguiremos enfermado.

Faltan medios y se llega por el buen hacer de los profesionales. Me gustaría seguridad en el trabajo. No correr peligro gratuitamente.

EPIs y test, reconocimiento y respeto.

Queremos análisis de anticuerpos!!!!!!

Siempre he echado de menos que el departamento de Salud Laboral nos hiciera reconocimientos de salud, o nos diera consejos. Siempre han brillado por su ausencia, pero lo de ahora ha sido bochornoso. Con compañeros contagiados, ni llamadas a los demás de la plantilla ni test ni nada.

Disponer de test para trabajadores y pacientes.

Mejora del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Está claro que esto es un antes y un después. Por la seguridad de pacientes y profesionales, no se puede seguir trabajando como antes, con pacientes acumulados esperando en la sala de espera. A ver si nos acordamos cuando pase lo más fuerte.

Realizar serología a todo equipo de atención primaria. Cuidar más a nuestros profesionales. No forzar la vuelta al trabajo sin guardar tiempo necesario. Dotarles de la protección necesaria. Sustituir a médicos de baja.

Debería hacerse un seguimiento a los profesionales infectados, para ver evolución y complicaciones si las hubiera y revisión después de la infección por COVID-19.

No deberíamos de trabajar en Atención Primaria sin habernos realizado el test para saber si somos vectores y si contagiamos a nuestras familias.

Desde los centros de salud seguimos esperando que nos hagan los test serológicos del Covid que ya se es-

tán realizando en los hospitales. Estamos cansados de ser carne de cañón barata, y por lo visto prescindibles.

La peligrosidad no solo es para los médicos, hay más profesionales con el mismo o mayor riesgo!!! Por otro lado se debe reconocer económicamente la carrera profesional en la nómina a todos los profesionales que cumplan criterios, pues es un reconocimiento recogido en el estatuto de los trabajadores, es un derecho profesional y no laboral, esto quiere decir que si cumples los criterios de 5, o 10 o 15, o los que sean acumulados de trabajo en los servicios públicos de salud a nivel nacional deberían de pagarnos la carrera profesional independientemente de nuestros contratos estado laboral, refuerzos, eventuales, fijos, interinos, comisiones de servicio, etc. ES NUESTRO DERECHO.

## 7. RESIDENCIAS

Creo que en esta crisis se ha dejado de lado a la Atención Primaria y se ha sobreutilizado la asistencia al hospital, así como han estado totalmente desatendidas las residencias de ancianos.

Demasiadas preguntas obligatorias sin no sé no contesto. Las residencias deben tener acceso directo a receta electrónica y a derivaciones, es decir, ser autónomas en su trabajo.

## 8. OTRAS CUESTIONES (PROTOSCOLOS, REMUNERACIÓN, INVESTIGACIÓN)

Mayor organización a la hora de dar información fiable, por un solo canal, actualizada, unificada.

Instrucciones claras y sencillas. No cada día un protocolo farragoso que contradice el anterior.

Tanto médicos como enfermeras de familia deberían tener asociado el plus de peligrosidad.

Jubilaciones voluntarias hasta los 68.

Recordar a las gerencias que el reenvío masivo de protocolos cambiantes, y a veces difíciles de entender, no es útil si no hay tiempo para leerlos, comentarlos e integrarlos en la práctica diaria.

Que ayude inspección, las mutuas, TEST!

Necesitamos tener datos que generen información para poder modificar la atención a la población en

función de esa realidad de cada ZBS. Los sistemas de información han jugado a favor del Covid.

Mi deseo es que tras esta Pandemia los médicos de AP pudiésemos ser médicos realmente, gestionar nuestras consultas, disponer de tiempo para asistencial, docencia e investigación.

Creo que se debería escuchar y tener en cuenta a la primaria antes de lanzarse a hacer protocolos que implican a primaria. Muchas veces no son realistas, no tienen en cuenta toda la actividad que realizamos a diario. Cuando los políticos quieren implantar cualquier estrategia comunitaria y no saben cómo ni quién debe hacerla, se la encasquetan a primaria, sin pararse a pensar si es asumible con el déficit crónico que hay de médicos y pediatras en primaria.

Tal vez se deba considerar seguimientos no presenciales en cartera de servicios.

Se deberían compartir y generalizar los protocolos y organizaciones que funcionen entre EAP y entre direcciones asistenciales. Es absurdo estar siempre reinventando la rueda, cuando algo funciona se debería compartir y copiarlo.

Mejorar la comunicación hospital/ CS.

Fuentes fiables y contrastadas junto con eficaz y rápida transmisión de la información.

## 9. VALORACIÓN DE LA AP POR LA SOCIEDAD, OPINIONES PERSONALES Y VIVENCIAS RESPECTO A LA PANDEMIA

Poner en valor el excelente e incansable trabajo y esfuerzo que han hecho los profesionales de Atención Primaria para enfrentarse a esta crisis.

No parece que "el uso" de médicos de Familia como comodín forzoso sea adecuado a nivel profesional, personal y familiar (contagio).

Ojalá que esta crisis sirva para la reorientación de nuestro trabajo. Es una oportunidad que debemos aprovechar.

Concienciar y poner en valor la AP mucho más.

Creo que esta crisis ha demostrado que muchas cosas que parecían imposibles son factibles en la práctica. También ha puesto en valor nuestro trabajo de cara a la sociedad (no así por parte de nuestras autoridades, que nos han ignorado y ninguneado). En su

momento, sería deseable una actitud más reivindicativa y exigente.

Se debe reconocer la importancia de nuestra labor, ahora y siempre. Y necesitamos más medios!

Mayor visualización del trabajo y el esfuerzo realizados por parte de la Atención Primaria. Se nos ha olvidado completamente desde el inicio de la crisis en favor de hospitales e IFEMA, que si bien han realizado una labor imprescindible y encomiable, hubieran estado mucho más sobrecargados sin nuestro trabajo en primera línea conteniendo a los pacientes en casa, y valorándolos en domicilio a pesar de las dificultades que nos hemos encontrado para conseguir un transporte sanitario cuando decidíamos que así debía ser. Se nos ha olvidado por las autoridades y por los medios.

Lamentablemente, no soy nada optimista. Estoy a pocos meses de jubilarme y la atención primaria siempre ha sido la oveja negra de la familia y no creo que vaya a cambiar. Lo siento.

Una vez más hemos estado escondidos, no ha salido a la luz el trabajo y el esfuerzo realizado en AP.

Cambios a mejor. No queda otra y que la AP entre de una vez en la ecuación del SERMAS

Sobresaliente DUE.

No creo que tengan que pagarnos más, pero sí tratarlos mejor. Dotarnos de los medios adecuados y hacer protocolos coordinados con los hospitales.

Me gustaría tener unos jefes que fueran líderes y tuvieran ideas, no fueran meros transmisores de información con cero iniciativa.

Hemos demostrado que sabemos trabajar en equipo.

Aprovechar lo aprendido para la reorganización.

Los medios de comunicación, único contacto con el exterior en momentos de confinamiento, han hecho invisible nuestro trabajo.

Nadie cree en la verdadera importancia de la primaria, ni políticos, ni salubristas, ni hospitalarios, ni siquiera muchos de nosotros. La única solución sería que el presupuesto siguiera al paciente y que el MF contratara servicios de especialistas hospitalarios para sus pacientes.

Creo que hay que creer en lo que hacemos y hacerlo. Yo he diagnosticado con eco.

Denunciar.

Creo que los médicos de familia tenemos que ser mucho más beligerantes con la administración.

Pésima gestión por salud laboral. No estoy de acuerdo con el intento de dismantelar AP para gestionar IFE-MA. Muy pocos protocolos. Como médico de familia me he sentido olvidada en esta pandemia.

Que se valore nuestro trabajo.

No puede ser que la Atención Primaria sea "la criada de la Sanidad: desprotegida y diciendo "sí" a todas las órdenes que otros estamentos dan... No puede ser la desunión que hay dentro de los propios equipos y la indefensión que se ha creado.

Todas las preguntas van relacionadas con el profesional médico, para enfermería pido lo mismo.

Es un orgullo que los médicos de familia de Madrid hayamos sido capaces en una situación de emergencia atender a más de 1000 pacientes graves en IFEMA. El papel que nos habían asignado en la pandemia ha sido muy pobre ¿por falta de EPI?

No somos santos ni héroes. La mayoría de nosotros intentamos hacer nuestro trabajo lo mejor posible. Nuestro trabajo en atención primaria es importante, integral e importante para la salud del individuo y de la población. Queremos hacer bien nuestro trabajo sin sentirnos desprotegidos o ninguneados.

Se nos ha ninguneado desde el principio, si hubiéramos actuado activamente y pudiendo ejercer y TRATAR puede que no hubiera adquirido esta dimensión esta pandemia. Mi sensación es que, increíblemente nuestra labor es desconocida y despreciada, por ello se sobrecargan nuestras agendas hasta extremos que dificultan un ejercicio adecuado de nuestra profesión.

Mayor visualización e información de lo que hacemos en primaria en los medios para que la población sepa lo que hacemos.

Falta de reconocimiento.

Me gustaría más reconocimiento de la sociedad hacia la atención primaria.

Tendríamos que conseguir ser: Mas ágiles. Más realistas. Más autcapaces. Más proactivos y participativos.

A mí me parece importante que se establezcan espacios de reflexión, se retomen las necesidades de trabajar la ansiedad y cómo estar "en forma " sin que sea aburrido para cuidarnos en espacios reducidos... y que vuelvan las figuras de los coordinadores o comisiones de trabajo.

Falta de reconocimiento del papel de primaria.

Que se nos valore más por parte de atención especializada y hospitalaria.



Reconocer nuestro trabajo en primera línea evitando colapsar hospitales.

Es el momento de cambiar la cosas.

Que sea escuchada y se la tenga en cuenta y consideración.

Siempre lo mismo desde hace ya ni se sabe los años: presupuesto adecuado para realizar un trabajo de calidad, sin presupuesto nada será posible, todo será voluntario, y ya van no se cuantos años. Me jubilaré antes sin ver nada. Al menos en la Comunidad de Madrid, que es la que conozco.

Tengo la impresión de que AP ha sido invisible en esta crisis, nuestros superiores no han sabido luchar por nosotros, me hubiera gustado que desde el inicio de la crisis se hubiera hablado también del trabajo que se hacía en los centros de salud, que creo que no se ha valorado ni se valora por parte de nuestros superiores, de nuestros políticos ni de los medios de comunicación. Los aplausos no son suficiente. GRACIAS.

## 10. OPINIONES SOBRE LA ENCUESTA/ SOMAMFYC/ SEMFYC

No me ha gustado nada la encuesta por lo poco flexible de las preguntas.

Enhorabuena por la iniciativa, aunque algunas preguntas se responden leyendo el enunciado, lo cual resta credibilidad a la encuesta, es una buena forma de empezar a trabajar y tener un pequeño punto de partida.

Encuesta capciosa e interesada.

La encuesta está dirigida a médicas y por tanto es parcial, no global. La opinión de los diferentes profesionales que trabajan en Atención Primaria es importante para que se pueda seguir un rumbo consensuado entre todas.

Preguntas demasiado cerradas, debería haber, al menos, una de “no sé” o “no se me ha dado el caso”, respuestas demasiado dirigidas.

Esta es una buena iniciativa.

Gracias por realizar esta encuesta. Ojalá esta crisis nos sirva para aprender y mejorar. Antes de todo esto, vivíamos en una situación ya casi insostenible. Podemos aprender mucho de todo esto.

Gracias por elaborar la encuesta. Espero sirva de algo.

Me hubiese gustado que semFYC se hubiese movido más y dar más visibilidad de Atención Primaria en los medios de comunicación.

En muchas preguntas estaba parcialmente de acuerdo, en próximas encuestas os sugiero el formato puntuación para medir el grado de acuerdo con una afirmación. Estoy de acuerdo con las medidas que se han ido tomando, aunque no con los tiempos ni con la manera de comunicarlo a la sociedad. Creo que la comunicación no debería ser más ágil, debería ser más oficial. Hemos recibido más información de lo que sucedía por WhatsApp que por correo.

Las preguntas son demasiado dirigidas, solo en un caso hay la opción “depende”. Creo que el cuestionario está demasiado dirigido hacia la respuesta. Espero que os sirva de algo.

Gracias por intentar que salgamos de esta reforzados y lo mejor posible. Un abrazo!

Esta encuesta es engañosa por la forma de plantearla y no sirve para nada. Si yo pregunto ¿crees que todos tenemos que ser mejores personas? estoy induciendo la respuesta claramente. Hay muchas preguntas de este tipo en la encuesta. Dicho esto, ya hay sociedades federadas que están planteándose el post COVID-19. Puede ser una oportunidad para cambiar la Atención Primaria en Madrid.

El cuestionario es un poco largo.

En algunas preguntas la dicotomía sí/no me ha impedido expresar mi sentir.

Un poquito dirigidas algunas preguntas, ¿no? Con todo el cariño.

De qué color es el caballo blanco de Santiago... blanco... preguntas dirigidas, resultados esperables.

Dado que, en estos últimos días, desde el Gobierno de la Nación se ha repetido en varias ocasiones que a partir de ahora va a ser muy importante reforzar la Atención Primaria, creo que desde semFYC y desde SoMaMFyC no se debe desaprovechar la ocasión y se debe exigir que se cumpla esa demanda de dicho Gobierno, tanto a través del mismo como a través del Gobierno de la Comunidad de Madrid, según sus competencias. Espero que en esta ocasión no se piense que “somos una sociedad científica y no un sindicato” y que se esté alerta para realizar tales exigencias de manera directa y mediante la presión conseguida a través de los medios que sean necesarios (manifestaciones, firmas, huelgas, etc.). Si no se aprovecha esta ocasión no vamos a tener otra igual.