

## INFORME #3 CA-COVID-19-OMC

### LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PROCESO DE DESESCALADA DE LA PANDEMIA

Informe 27/05/2020 de la Comisión Asesora al CGCOM

#### Resumen ejecutivo y propuestas clave:

La Atención Primaria ha contribuido en esta crisis de salud pública con entrega, sacrificio, compromiso, y un despliegue de innovación. Además, debe jugar un papel esencial en la “desescalada”, pese a la situación de abandono crónico; por ello se requieren recursos incrementales, particularmente para asumir las nuevas tareas de control de casos y contactos COVID-19.

**Propuestas:** En la situación de respuesta a la pandemia, se requieren cinco líneas de mejora

1- **Priorizar la seguridad de personal y pacientes, con protección y autoprotección:** limitando el aforo; organizando y gestionando las zonas de espera exteriores e interiores; las direcciones asistenciales deben garantizar suministros, potenciar la limpieza de los espacios y estancias y habilitar en su caso mamparas y protecciones; la **gestión de las agendas y los flujos** de pacientes es esencial para evitar masificación y contagios.

2- **Rediseñar la accesibilidad al Centro de Salud,** potenciando las Unidades Administrativas, reforzando su personal, aportando líneas telefónicas y teléfonos móviles, instalando aplicaciones, y posibilitando que lideren la gestión de flujos y la distribución de peticiones de asistencia. Los puntos de triaje en la entrada son esenciales; su diseño, composición, los criterios, y las circulaciones, deben ser definidos por el Equipo de forma participativa.

3- **Cambios de organización y roles profesionales:** se precisan nuevas dotaciones tecnológicas (aplicaciones, correo electrónico, mensajería instantánea) que incrementen la conectividad telemática de forma legalmente correcta y con seguridad. Las agendas deben gestionarse por los profesionales, espaciar las visitas, intercalar consultas telefónicas, y gestionar demoras según criterio clínico, con apoyo institucional y campañas de información a la ciudadanía.

4- **Desempeño de funciones de vigilancia epidemiológica,** contando con todos los medios diagnósticos sin restricciones, los sistemas de información y el control de casos y contactos; se priorizará la asignación al Centro de Salud del personal que refuerce esta función de rastreo, adecuadamente formados.



5- **Reducción de cargas burocráticas**, profundizando las experiencias de simplificación de las bajas laborales, de la gestión de la prescripción por receta electrónica, y de consultas electrónicas con el Hospital de referencia.

La **postergada agenda de mejoras de la AP debe avanzar y consolidarse**, tanto en recursos humanos (plantillas orgánicas, reforzamiento de puestos estructurales, sistemas justos de sustitución interna, etc., así como de los modelos de autonomía de gestión, fomento de la figura y función directiva del Equipo, de su desarrollo y carrera profesional, y de otras mejoras en organización, actividades y dotaciones.

---

*La Comisión Asesora de COVID-19 OMC, es un panel de expertos de diversas profesiones, ámbitos y especializaciones, que se ha puesto en marcha el 21 de abril de 2020 para asesorar al CGCOM sobre diversos aspectos científicos, técnicos y organizativos que suscita la pandemia, para sugerir acciones, y para generar informes técnicos que fundamenten posicionamientos públicos del CGCOM.*

## La Atención Primaria, y su vertiente Comunitaria en el proceso de desescalada de la pandemia; el escenario post-COVID

La Comisión Asesora del CGCOM para el COVID-19 ha analizado el papel de la **Atención Primaria**, con especial proyección a su vertiente **Comunitaria** en el contexto de la presente pandemia, dentro de los grandes temas de trabajo que se establecieron de acuerdo con la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

Las contribuciones de los expertos y las aportaciones recibidas en el Foro de Trabajo y Debate de la Comisión Asesora permiten trasladar el presente **Informe #3 sobre la Atención Primaria en el proceso de desescalada de la pandemia**, al CGCOM, y pone a su disposición criterios científico-técnicos y profesionales sobre el tema, y de su eventual utilización en futuros posicionamientos del CGCOM y de la OMC.

### 1- CONSIDERACIONES PREVIAS.

La **Atención Primaria (AP)** ha jugado y está jugando un papel esencial en todo el proceso de abordaje de la actual pandemia. Mientras algunos Servicios de Salud autonómicos diseñaron una estrategia global centrada casi exclusivamente en el ámbito hospitalario, con protagonismo para los servicios de cuidados intensivos, otros trataron de frenar la pandemia manteniendo la presencia de sus profesionales de AP en Centros de Salud y Consultorios Locales, aprovechando la extensión universal de la red de primaria, la cercanía de sus profesionales, su capacidad para la detección temprana y control evolutivo de los casos, y la confianza y seguridad que transmite a sus pacientes.

Hoy parece aceptado por todos los Servicios de Salud que la AP debe adquirir un **papel protagonista en la fase de desescalada**, a pesar de encontrarse en una situación de precariedad de recursos, especialmente humanos, aunque también materiales, como consecuencia del abandono que ha venido padeciendo en las dos últimas décadas.

Sus profesionales, acostumbrados a trabajar en condiciones adversas, han mostrado siempre, también en la pandemia, un espíritu encomiable de **sacrificio y colaboración** y una gran **capacidad innovadora** para adaptar los centros y su organización asistencial a una situación nueva y compleja.

En esta perspectiva es preciso también continuar buscando un equilibrio mejor entre la necesaria coordinación vertical (Gerencia del Área de Salud y Hospital, Consejería de Sanidad, Ministerio de Sanidad) y la imprescindible **autonomía de gestión** de cada centro y equipo que les permitirá optimizar la adaptación de su organización y actividades a las necesidades y características de su zona básica de salud para conseguir proporcionar a su población una atención segura y de calidad.

En el momento actual se han asignado, aunque muy tarde, a la AP responsabilidades protagonistas en la **detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de nuevos casos**, así como, en coordinación con recursos de salud pública, de los **contactos**. Parece evidente la necesidad de dotarla a muy corto plazo de **nuevos recursos humanos y tecnológicos** para que pueda cumplir adecuadamente estos objetivos.

En este documento se intenta hacer una aproximación a las necesidades y también a las acciones que deben ponerse en marcha de forma **inmediata** en los centros y equipos con énfasis especial en los cambios organizativos necesarios para responder a los desafíos planteados por la pandemia. En un segundo apartado se hacen unas breves consideraciones sobre algunos de los **retos y cambios** que tiene pendientes nuestras AP.

## 2- NECESIDADES Y ACCIONES PARA LA FASE DE DESESCALADA ACTUAL Y ANTE UN POSIBLE REBROTE A CORTO PLAZO

Toda propuesta sobre necesidades y acciones ha de adaptarse a las **características de cada centro de salud** o consultorio local. Las que se realizan en este documento tratan de aportar ideas que puedan ser de utilidad para distintos niveles de gestión y operativos, desde el Área de Salud a los propios equipos asistenciales.

## 2.1 Recursos para la autoprotección y la protección de contagios.

El impacto de la Covid-19 en AP ha obligado a modificar sustancialmente la atención sanitaria prestada tendiendo a fortalecer la **asistencia telemática y la domiciliaria** en relación a la presencia directa en las consultas. Esta situación debe cambiar en las próximas semanas en las que previsiblemente se irán **incrementando de nuevo las visitas** a los centros de salud y consultorios locales.

La prioridad debería ser garantizar la **seguridad** tanto de los pacientes como de los profesionales. Para conseguirlo será necesario:

- calcular el **aforo de las salas de espera y del centro de salud** con criterios de distancia física preventiva
- y **reorganizar las agendas y los flujos** de personas en el centro para que en todo momento se sigan los criterios de seguridad que se establezcan.

Para cuando se alcance el aforo del centro sanitario es necesario tener previstas las medidas organizativas que faciliten la **ubicación en el exterior** del mismo, guardando el distanciamiento establecido, de los nuevos pacientes en espera. Esta situación debe evitarse en lo posible y priorizar la estancia en el **interior** de las instalaciones en zonas seguras de los más frágiles: **ancianos, pacientes de riesgo, gestantes...**

Los **profesionales** tendrán que mantener el cambio de cultura asistencial que han adquirido estos meses que implica una mayor involucración con todas y cada una de las **medidas de autoprotección y seguridad a su disposición**. Dentro de esta cultura incluimos la auto-responsabilización en la higiene de manos, y de la consulta, el uso de medidas de higiene y

protección constantes, que podrán variar según las necesidades y riesgos de cada momento, y la involucración en el cuidado de la seguridad del resto del equipo y de los pacientes.

Las **direcciones asistenciales** supervisarán el **suministro** de equipos de protección individual, gel hidro-alcohólico y demás material para los centros, siendo, en todo caso, las estructuras gerenciales las que deberán garantizar la compra y distribución, así como la gestión de las reservas de seguridad en almacenes. Deberán establecerse **registros** de entrada del material de protección e higiene, registros de salida y garantizar la comunicación urgente y por escrito de posibles **desabastecimientos** que, en caso de no ser atendidos en tiempo y forma deben ser objeto de notificación formal ante las autoridades competentes.

Así mismo, las direcciones asistenciales (o los municipios en el caso que sea de su competencia) deberán garantizar la adecuada **limpieza de los Centros** de Salud y Consultorios locales, incrementando si fuera necesario la **presencia física** del personal de limpieza.

De acuerdo con las características de los centros se debe valorar el uso de **mamparas en las unidades administrativas**, así como de otros elementos que faciliten la mejor protección de pacientes y profesionales.

## 2.2- Accesibilidad al centro y triaje de pacientes.

La **accesibilidad** es una de las bases de la AP y debería ser potenciada de nuevo tras las semanas de restricción obligada que hemos sufrido.

### *Fortalecer las Unidades Administrativas.*

El primer punto a fortalecer es la **Unidad Administrativa** y las **líneas telefónicas** por ser vías principales de acceso a las prestaciones del

sistema sanitario, especialmente en situaciones de emergencia como la actual.

Es preciso contemplar el refuerzo de los centros con terminales telefónicos **móviles** y el de las líneas **convencionales**. Es imprescindible que todos los Centros de Salud y Consultorios locales cuenten con telefonía móvil inteligente (*smart phone*) y los recursos de acceso que estos facilitan (**aplicaciones**, etc.).

La complejidad de la situación actual pone de manifiesto la importancia de **ordenar de la mejor forma posible cada solicitud de asistencia** de AP por parte de la población para decidir el mejor momento para atenderla y elegir el profesional más adecuado para hacerlo.

Para optimizar este proceso será fundamental el trabajo en equipo con la involucración de los profesionales de las **Unidades Administrativas** que seguirán siendo los que **liderarán el flujo de pacientes** y la organización del trabajo en el centro.

Se hace imprescindible que los Servicios de Salud **incrementen el personal** en estas Unidades, de forma que estén presentes en número adecuado en cada **Centro de Salud**, garantizando también la cobertura de sus **Consultorios** locales de acuerdo con las necesidades.

Las Centrales telefónicas de llamadas centralizadas (**Call Centres**) no pueden en ningún caso sustituir la labor de las Unidades Administrativas formadas por Administrativos de la Salud adscritos a los centros y consultorios, que conocen a su población y están integrados y comprometidos con los equipos de AP. Las Centrales pueden jugar un papel de respaldo, activándose cuando no se responde a la llamada en el Centro de Salud.

Dado que previsiblemente no será posible atender en el día todas las peticiones de asistencia que se reciban, su labor es básica para **conectar al paciente con el profesional adecuado en el momento justo**.

***Triage protocolizado en la entrada.***

Apoyar a las Unidades Administrativas con una mesa de triaje protocolizado en la entrada del centro sanitario ha sido una práctica de **utilidad comprobada** durante estas semanas. Dependiendo del número de profesionales del equipo esta propuesta de acción puede ser más o menos factible durante toda o parte de la jornada.

**Cada equipo tendrá que decidir cómo articularla** y ponerla en relación con los circuitos de pacientes con alta sospecha de Covid y los del resto.

Con este objetivo, en cada Centro de Salud y Consultorio Local se establecerán y/o adaptarán los **criterios operativos de triaje en una reunión participativa** y colaborativa entre los representantes de todos los profesionales de la AP, que permita clarificar los **circuitos de flujo de enfermos**, cuándo, cómo y por quién debe ser atendido un paciente.

### 2.3– Cambios en la organización de las actividades y en los roles de los profesionales de los Equipos

#### *Dotaciones tecnológicas y respaldo institucional a la tele-asistencia.*

La actividad asistencial en la fase de desescalada habrá de **seguir potenciando la teleasistencia**. Esto implica la utilización habitual de medios como teléfono, correo electrónico, mensajería instantánea y videoconferencia. En general, es preciso volver a insistir en la necesidad cada vez más urgente de mejorar las **dotaciones tecnológicas** en este ámbito de los Centros de Salud y Consultorios locales.

No es aceptable que el **teléfono móvil, el ordenador doméstico, o la línea domiciliaria de internet** sean recursos que deban aportar los sanitarios; tampoco lo es el que sean los propios profesionales los que tengan que activar el #31# para ocultar su número personal en las llamadas; todos estos medios, junto con el uso del vehículo particular, deben ser cubiertos o compensados económicamente por los servicios de salud, ordenándolos, y aportando estabilidad y seguridad. Las infraestructuras de movilidad y accesibilidad física y digital son esenciales para la AP, y no pueden depender de un voluntarismo que es claramente abusivo, y que

se aprovecha del profesionalismo de médicos, enfermeras y otros trabajadores del primer nivel de atención sanitaria.

Existen **aplicaciones de telemedicina** que permiten compartir informes, analíticas y partes de baja con los pacientes. En Andalucía el SAS usa la aplicación Mercurio y en Cataluña utilizan *La Meva Salut*. Es imperativo que los Servicios de Salud provean a la AP de esta clase de recurso, con las medidas que garanticen la **protección de datos y la confidencialidad de las comunicaciones**.

Donde no existan esas herramientas siempre será posible el uso de **correo electrónico con una cuenta de correo personal institucional**, la dirección de correo electrónico del centro o alguna cuenta personal dedicada a tal efecto. En estos casos es necesario que la Consejería correspondiente **proteja a sus profesionales** emitiendo una directiva clara al respecto.

Hay equipos de salud que están usando las nuevas líneas de telefonía móvil para ofrecer a sus pacientes la posibilidad de **videoconferencia o mensajería instantánea** para compartir fotografías u otras informaciones. Para la mejor protección de profesionales y pacientes sería preciso que las Consejerías de Sanidad elaboraran también un **marco legal** para este ámbito.

### ***Gestión descentralizada de agendas para ordenar la demanda y garantizar más seguridad.***

El diseño de las **nuevas agendas asistenciales** debe quedar en manos de los **profesionales**, que son quienes conocen mejor las necesidades y características de sus cupos, estableciendo herramientas de validación consensuadas con las direcciones asistenciales.

Las agendas asistenciales de cada centro habrán de modificarse para **espaciar los pacientes presenciales** y evitar la congestión de las salas de espera. Esto puede implicar organizarlas en distintos **tramos horarios** o entremezclando **huecos de asistencia telefónica** para distanciar las visitas presenciales.

Se debe **garantizar la asistencia en el día por motivos de urgencia vital o motivos de consulta graves** justificados y **demorar, en su caso, los que no lo sean**. Las **directrices** normativas a este respecto deberían estar muy claras para evitar problemas de inadecuada interpretación por parte de los ciudadanos. Sería deseable poner en marcha **campañas** en los medios de comunicación para ayudar a la ciudadanía a utilizar mejor los servicios sanitarios; una alternativa sencilla podrían ser los folletos explicativos y paneles.

Las **residencias de ancianos** y las colectividades institucionalizadas que puedan existir en la comunidad siguen siendo los puntos más vulnerables en una pandemia como la actual. Hay que priorizar la **coordinación continua con ellas vía telefónica y presencial** y establecer reuniones periódicas entre sus responsables y los de la unidad asistencial de AP asignada para analizar y dejar constancia documental de la situación y problemas detectados. Es preciso potenciar la coordinación con **ayuntamientos, servicios sociales, voluntariado y otros grupos** de la comunidad para ayudar a que se garantice la seguridad tanto de los residentes como de quienes los atienden.

## 2.4– Cómo organizar la Vigilancia Epidemiológica

Los sistemas de vigilancia epidemiológica requieren de circuitos ágiles de diagnóstico, sistemas de información y estudio de contactos.

1. En el caso del SARS-CoV-2 se precisarán **análisis de PCR en número suficiente y con procesado rápido (24 horas)** para diagnosticar casos sospechosos con sintomatología reciente y **test serológicos apropiados** para conocer el estado inmunológico de los mismos. La comunicación con el Laboratorio incluirá las fechas de inicio de síntomas, y éste asesorará sobre la interpretación de los datos en función de la situación epidémica.
2. Los **sistemas de información** deben recoger los datos de vigilancia epidemiológica que se vayan notificando y **devolverlos a los profesionales** con periodicidad diaria.

3. El **estudio de contactos**, su detección y seguimiento, es una tarea que consume una cantidad significativa de recursos tanto profesionales como materiales. Es preciso **analizar las necesidades concretas en cada ámbito**, con referencia especial a las posibles diferencias entre los urbanos y rurales.

Dada la heterogeneidad en las estructuras y dotaciones de los dispositivos territoriales de Salud Pública, es difícil hacer recomendaciones generales. Su reforzamiento debe garantizar la capacidad de apoyar a toda la red, desplazar recursos en función de los posibles brotes epidémicos locales, y garantizar una buena coordinación con otros ámbitos y subsistemas, como la medicina de empresa, las mutuas laborales, el mutualismo administrativo y el sector privado.

Sin menoscabo de los equipos de rastreadores que se puedan movilizar para atender brotes, los Equipos de Atención Primaria han de asumir una importante tarea al diagnosticar casos y tener que desarrollar la investigación de contactos, su confinamiento y su seguimiento. La mejor coordinación se obtendría mediante la **presencia física en cada Centro de Salud** de al menos **una persona dedicada al rastreo** epidemiológico de los casos y contactos, estableciendo circuitos de derivación a los equipos de AP y en permanente contacto con los **Servicios de Epidemiología y Salud Pública**.

Es preciso analizar las **necesidades de formación de estos “rastreadores”** así como la posible participación directa de los médicos y enfermeras de los equipos en esta actividad.

Los aspectos más específicos del trabajo con nuevos contagios y el control de contactos, deberían ser objeto de un informe para posicionamiento más amplio y específico.

## 2.5– Cómo Racionalizar las cargas burocráticas

### *Bajas laborales.*

El enorme aumento de procesos de **Incapacidad Laboral** por infección, sospecha, contacto y riesgo laboral implican una gran carga de trabajo para muchos equipos.

En algunas CCAA se ha conseguido **tramitar la documentación de forma electrónica** durante algún tiempo evitando desplazamientos de los pacientes a los centros de salud para recoger los correspondientes partes. Sería deseable que esta medida que se ha demostrado posible se prolongase o se buscaran alternativas como **aplicaciones informáticas** sencillas de usar para que los ciudadanos recibieran sus **informes, analíticas y partes de incapacidad transitoria**.

### ***Receta electrónica.***

Con respecto a los sistemas de receta electrónica ha sido posible en algunas CCAA **prolongar todas las prescripciones** activas en el inicio de la epidemia durante varios meses, lo que ha evitado un gran número de consultas. Generalizar esta práctica a nivel nacional parecería sensato.

Igualmente, es una necesidad incorporar a la receta electrónica a los usuarios del SNS que son funcionarios del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

También lo sería **corregir electrónicamente los errores** por desfase en medicación correctamente prescrita que no es posible dispensar porque el paciente perdió alguna caja o usó medicación de más.

Otra herramienta eficaz sería el uso de alguna aplicación que permita una **comunicación directa, rápida, sencilla y segura con la Farmacia Comunitaria**.

### ***Consultas electrónicas con el hospital de referencia.***

Facilitar y **potenciar las e-Consultas** con los hospitales de referencia parece un inteligente curso de acción que puede evitar molestias y desplazamientos a muchos pacientes. El sistema funciona correctamente en muchos territorios, pero todavía no es práctica extendida.

Se podría ampliar con el **uso de conexión telefónica y videoconsulta** al actual sistema de mensajes escritos.

### 3- ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA PANDEMIA

Cuando se haya conseguido superar el actual brote pandémico la Atención Primaria ha de ser capaz de incorporar las lecciones aprendidas y **transformar en permanentes aquellos cambios estructurales y organizativos** impulsados durante este período y que introducen mejoras significativas.

Es evidente que no pueden decaer las reclamaciones que desde todos los ámbitos y niveles de la Atención Primaria española se vienen realizando desde hace ya muchos, quizás demasiados, años. La AP sigue teniendo importantes **necesidades de recursos**, comenzando por los de **financiación**, y precisa de cambios profundos cuya descripción sobrepasa los objetivos de este documento.

Es necesario insistir en el aspecto de financiación: el gasto sanitario público (devengado) apenas acaba de superar en **2018** la cifra pre-crisis de **2009** (0,67 % de incremento); en su clasificación funcional, los “*servicios hospitalarios y especializados*” han crecido un 12% (en buena medida por los crecientes precios de los medicamentos) mientras que los “*servicios primarios de salud*” muestran una **disminución del 3,6%**. Esta asimetría y deterioro económico es incompatible con la anterior normalidad, y mucho más con la “*nueva normalidad*” que se propugna.

Sí que es pertinente **mencionar esquemáticamente** algunos de los problemas que la pandemia actual ha puesto sobre la mesa de una forma muy clara y que han condicionado la progresión de las CCAA en las distintas fases de la desescalada de la curva epidémica:

***Recursos humanos:***

- **Reformulación de la plantilla orgánica**, recalculándola según indicadores de calidad a los que hay que sumar otros nuevos: actividades de salud comunitaria, circunstancias socioeconómicas poblacionales, envejecimiento poblacional, residencias de ancianos, aumento de población estival, etc. El **necesario incremento de la dotación de personal** deberá especificarse en función de las cargas de trabajo que generan la población asignada, sus características y las funciones a desarrollar; y esta determinación de efectivos deberá ser el resultado de un proceso planificado y participativo.
- **Creación de puestos de trabajo estructurales** en los Centros de Salud, que puedan cubrirse interinamente de forma inmediata, y que permitan cubrir el desajuste de jornadas anuales no suplidas y cubiertas por la plantilla existente (en vacaciones, ausencias, bajas, y cualquier disminución de efectivos) así como compensar el **déficit histórico** de recursos humanos en AP.
- Cuando se produzca esa disminución de efectivos, **si se ofrece a la plantilla cubrir esas sustituciones en distinto horario laboral**, es preciso que se haga en **condiciones similares a las ofertadas en el hospital**, y no como acúmulos de tarea con contraprestaciones económicas claramente inferiores a lo razonable.

#### *Autonomía de gestión:*

- Delimitación de los **ámbitos competenciales exclusivos y compartidos** del Centro de Salud (presupuesto, plantillas, insumos...) que serían gestionados por sus responsables. Capacidades de elección de centros de derivación y consulta...

#### *Dirección y desarrollo profesional:*

- Definir con claridad los mecanismos para el nombramiento del director del Centro, así como su régimen laboral y de dedicación a esta función.
- Considerar la función de dirección en una perspectiva equivalente a la de las jefaturas de servicio hospitalarias.

- Generalizar la instauración y reconocimiento a todos los efectos del **desarrollo y carrera profesional** de los miembros de los equipos.
- Redefinir el papel de las enfermeras, adaptándolas a las características y necesidades de cada contexto, sus competencias propias y delegadas.

#### ***Organización y actividades:***

- El trabajo en equipo. Flexibilidad de agendas profesionales. Las actividades comunitarias. Asistencia y nuevas tecnologías.

#### ***Dotaciones:***

- Medios para la teleasistencia. Recursos tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento. Consulta exclusiva de cada profesional

## **A modo de conclusión**

Dada la dimensión de los retos a los que nos enfrentamos como sistema sanitario se seguirá precisando de la máxima colaboración de los profesionales. Es en situaciones como esta donde los mejores valores deben afluir.

*“Los trabajadores de salud están en la primera línea de la respuesta al brote de COVID-19 y, como tales, están expuestos a riesgos. Los riesgos incluyen exposición a patógenos, largas horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento ocupacional, estigma y violencia física y psicológica”. (OMS, marzo de 2020)*

La búsqueda del bien común basada en la ética y la deontología debe ir de la mano de la **máxima protección de los profesionales y del mantenimiento de su moral y ánimo**. La coordinación de todos los actores dentro de la sanidad y a estos con los responsables políticos y con la sociedad es hoy un objetivo fundamental.

Desde la confianza de ver estos retos superados se lanza un mensaje de esperanza para que, trabajando en verdaderos equipos, la AP pueda



seguir aportando sus mejores cualidades al conjunto del sistema sanitario y a la atención de salud de la ciudadanía.

*Agradecimientos: A Vicente Matas Aguilera y Hermenegildo Marcos Carrera, Representantes Nacionales de Médicos de Atención Primaria, urbana y rural, por las aportaciones y sugerencias al documento.*