

ANÁLISIS DEL DOCUMENTO DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD "CRITERIOS PARA LA ESTRATEGIA DE TRANSICION HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA"



Para SIMAP-PAS es una declaración de intenciones en clave de estrategia de retorno a la situación anterior tras una interrupción, en definitiva, poco realista, ambigua y bastante precaria.

Ante esta estrategia hay que contraponer una de análisis para conocer qué aspectos debemos devolver y cuáles debemos rechazar.

Todo esto requiere por supuesto mayor inversión, pero también cambios valientes en la organización en orden de garantizar ante todo la eficiencia, por delante de la imagen pública.

El personal sanitario ha actuado con compromiso, esfuerzo y sacrificio. Es el momento de resolver problemas por parte de los que tiene capacidad ejecutiva.

PREFACIO

Estimad@s amig@s: quizá sea necesario un cambio profundo, de una vez por todas, en relación con la potenciación de la Atención Primaria (AP) de salud, con incremento de presupuestos y de recursos humanos. No se trata de un gasto añadido sino de una inversión que repercutirá sobre el bienestar de la sociedad con el objetivo de mejorar la calidad de vida, además de sacudir la actividad económica del país.

En estas circunstancias, apostamos por el refuerzo de la Atención Primaria como respuesta a la pandemia y como oportunidad única para situarla en el lugar central que le corresponde.

Estamos hartos de hablar del fortalecimiento de la AP, eje de los cuidados de salud de un país. Conselleria de Sanidad, ¡Pónganse en ello YA! Cambien de mentalidad y escojan un nuevo paradigma. Es una oportunidad que los ciudadanos y los profesionales le exigen con urgencia. Busquen financiación, como se ha encontrado para otras causas no tan evidentes como esta. El personal sanitario ha actuado con compromiso, esfuerzo y sacrificio. Es el momento de resolver problemas por parte de los que tiene capacidad ejecutiva.

Existen muchos documentos, muchas sociedades y grupos que ofrecen sus estudios, hay demasiado desde hace demasiadas décadas. ¡Den el paso! ¡Actúen de una vez!

Olviden la mentalidad constreñida. No dejen que su mirada se enturbie con los brillos y la tecnología que ofrece la medicina de hospital. Naturalmente que tiene su parcela imprescindible en el cuidado de la salud, y ha sido enorme el esfuerzo desarrollado por el personal sanitario hospitalario para superar el infierno que llegó sin avisar, y que trataremos en otro texto. Pero ahora hay que arremangarse y promover y hacer sólido el sistema de atención primaria, potenciar lo que se hace bien, corregir lo imperfecto y exigir ilusión y capacidad a sus profesionales, pero tras dotarlos de medios, actualización de formación y unos objetivos claros y estimulantes, más allá del catafalco absurdo de los

acuerdos de gestión, prueba actual de la inercia irracional que SIMAP-PAS denunció tantas veces incluso directamente ante los responsables sanitarios.

Miren el caso australiano¹, analícenlo. Saquen conocimiento de tantos estudios que existen y actúen.

Este texto no es documento. Es una petición de racionalidad en la puesta en marcha de una nueva AP, pequeños pasos factibles que deben ser acompañados de un cambio, comenzando por la creación de un equipo autónomo dentro de la organización de la Conselleria que trabaje para reflatar a la AP, con plazos y objetivos concretos, en diálogo constante con los gestores y los profesionales de cada uno de sus centros.

Háganlo ya, por favor, y reflexionen ante estos puntos. Miren a la sociedad: están esperando su respuesta.

S. Minué, F. Jaramillo y A. Oyarzo lo dicen claro²:

Es una opinión creciente en muy diferentes contextos que la COVID-19 cambiará la Atención Primaria de Salud (APS) para siempre⁵⁹. Específicamente en relación con la COVID-19, y a partir del marco general para el abordaje de la epidemia de gripe, Krist et al⁶⁰ proponen un abordaje en cinco fases desde la APS. Casi 40 años después del inicio de la reforma de la APS en España, el sistema sigue estable sin apenas variaciones desde entonces, ni en la estructura y composición del equipo de APS, ni en sus funciones generales; tampoco se han encontrado modelos de relación laboral que permitan prestar una adecuada longitudinalidad a sus pacientes, ante la tríada crónica de bajos salarios, condiciones laborales deficientes y precariedad e inestabilidad laboral. Se precisaba ya hace tiempo de un cambio radical que la pandemia puede convertir en una oportunidad para llevarlo a cabo. La razón última que justifica ese cambio es la de que los atributos esenciales de la APS que definió Starfield (accesibilidad, longitudinalidad, atención integral y coordinación, con atención a la familia, la comunidad y teniendo en consideración el contexto cultural de cada lugar) ya no son posibles con el modelo actual, cuando la pandemia ha demostrado además que aspectos como el acceso, la longitudinalidad y el enfoque comunitario resultan claves.

ANÁLISIS Y COMENTARIOS AL DOCUMENTO

El documento parece una declaración de intenciones, con ideas que se entienden sensatas, exponiendo una política ambiciosa de "...recuperar

actuaciones sanitarias fundamentales con la adecuada protección, ...avanzar en la modernización del funcionamiento de los servicios sanitarios, en la racionalización de las demandas de los usuarios y en la capacidad de resolución de los profesionales..”, pero falta concretar, establecer método de trabajo y un calendario. No hay que olvidar que se calcula que la Atención Primaria ha atendido cerca de un millón de casos sospechosos de COVID 19 a nivel estatal, hasta principios de abril, por lo que las cifras actualizadas deben dejar claro la sobrecarga para el personal sanitario por ese trabajo continuado. Por lo tanto, urge una rápida concreción. Mientras tanto, desde SIMAP-PAS exponemos algunas cuestiones sobre el documento, que puede ser complementario con el escrito de 17 de abril:

- Resulta fundamental que existan los recursos humanos necesarios para:
 - La detección precoz y protocolizada de los casos sospechosos con identificación de los contactos y su aislamiento. Hay que apostar y dar relevancia clara a la importancia del control de la pandemia a nivel comunitario, tal como han demostrado países como Alemania y Corea.
 - Seguimiento clínico de los casos confirmados.
 - Seguimiento de los casos dados de alta hospitalaria.
 - Cuidados y vigilancia de las secuelas físicas y de salud mental.
 - Recuperación de los pacientes con otros problemas de salud que no pudieron ser atendidos.
 - Efectos en la salud mental de la población.
 - Consecuencias sobre la salud de la crisis económica secundaria a la pandemia.

- **Imprescindible el cumplimiento de las medidas adoptadas por la COVID19:**
 - Identificación mediante número de SIP sin manipular la tarjeta sanitaria del paciente.
 - Obligatoriedad de lavado de manos antes de pasar a sala de espera. Disponibilidad de material de higiene (gel, papel, mascarillas...)
 - Triage en la recepción.
 - Límite de aforo máximo 3 personas, con formación de cola en el exterior manteniendo el distanciamiento. Hay que vigilar que se creen

colas en la calle, con adecuada citación y triaje rápido para descartar casos que no debieran estar en esa situación por la calidad de su salud.

- Circuitos separados clínica sospechosa COVID19/no Covid 19. (pero ojo con posibilidad de asintomáticos).
 - Sin embargo, en muchos centros no se han podido establecer circuitos separados por la falta de espacio y falta de personal para el control del acceso. Incluso hay casos en los que las zonas destinadas a sala de espera para los pacientes son zonas de paso para los trabajadores. Esta circunstancia aumenta el riesgo de contagio.
 - Separación de la zona de pediatría de la de adultos. Puede ser muy difícil en los PACs, pero debe replantearse y planificarlo con diligencia.
 - Disponer de material asistencial necesario. Resulta llamativa en algunos PACs/PASs la falta de cámaras espaciadoras y dispositivos de salbutamol, budesonida y bromuro de ipratropio para su uso en el centro, con la finalidad de evitar la generación de aerosoles.
 - Mamparas en el mostrador.
 - Marcas en el suelo identificando las distancias mínimas de seguridad. En las consultas y espacios comunes: rotulación de las distancias, acceso a zonas de higiene (WC) y, itinerarios...
 - Bloqueo de asientos en la sala de espera para garantizar el distanciamiento.
- **El documento no hace hincapié en la vigilancia de la salud del personal sanitario ni en las medidas para evitar el contacto presencial del personal sanitario vulnerable, de riesgo.**
 - Para establecer jornadas de mañana y tarde en los centros, parece más razonable evaluar el número de usuarios con respecto a las dimensiones del centro y las necesidades reales, no planearlo de forma generalizada.
 - Es necesario contar con un elemento fundamental: **TIEMPO**. Para cualquier esquema de trabajo, reorganización de agendas, prestaciones y actividades presenciales y vía online. Sin tiempo, no hay nada. Siempre hemos pedido al menos 10 minutos. Es posible que sea ya hora de pedir el tiempo suficiente.
 - Para incrementar la implicación de enfermería es necesario aumentar los recursos humanos y su formación en las nuevas tareas. Decir que se debe cambiar el "rol" no es suficiente Hay que definirlo.
 - No se menciona a las/los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs), que deben tener también un papel reforzado, incluido para triaje básico.

- Necesidad de refuerzo y formación del personal administrativo, para agilizar y optimizar la comunicación con los usuarios y para gestión de la actividad burocrática. Además, deberían ser reclasificados como “administrativos/as” ya que actualmente las funciones que realizan son de una complejidad y asumiendo una responsabilidad mayor que la correspondiente al nombramiento formal que ostentan como auxiliares administrativos.
- Si se va a potenciar realmente la consulta telefónica se deben implementar todos los mecanismos para que funcione correctamente (mayor número de líneas, evitación de las saturaciones, etc.) Es realmente desconcertante y lamentable estar llamando de forma continua al centro sin obtener resultado. Sería conveniente disponer para el personal sanitario y no sanitario de auriculares con micrófono para evitar algias cervicales y de mano etc...
- Reorganizar la asistencia urgente con profesionales integrados en los centros y con cobertura durante 24 horas, con actividad durante las mañanas y así formar parte de los equipos y facilitar la atención en las consultas programadas.
- Necesidad de amplia dotación de EPIs, y establecer claros protocolos en las visitas domiciliarias. No hay que olvidar que probablemente tras el contagio en las residencias de ancianos, el personal sanitario representa la segunda causa de transmisión y afectación (más de un 25% de los casos notificados). Y no hay que ser parcos en la protección ya que más de 40% de los casos pueden ser asintomáticos, y sobre todo los presintomáticos pueden ser un vector fundamental en la transmisión.

La respuesta del sistema sanitario: varios de los aspectos clave para el afrontamiento de la pandemia recomendados por la OMS fueron especialmente deficientes en el sistema sanitario español, desde la realización de pruebas diagnósticas a la disponibilidad de equipos de protección individual (EPI). El primero de ellos es una de las razones que podrían explicar la baja tasa de mortalidad en Alemania, país que fue capaz de hacer una detección precoz de casos e investigación activa de los contactos (llevado a cabo por médicos generales) sin necesidad de tomar medidas generalizadas de aislamiento social. La falta de protección

es de especial gravedad, por ser un factor de riesgo para la salud de quienes tienen que afrontar la atención, y por el hecho de hacer del personal sanitario vehículo de transmisión de la enfermedad. A mitad de mayo, en España, más de 50.000 de los 274.000 casos eran profesionales sanitarios, una de las cifras más altas del mundo. A nivel mundial, un 40% de los fallecidos en el mundo dentro de la profesión médica fueron médicos generales/de familia o médicos de urgencia².

- Potenciación de la coordinación y colaboración AP con AE (atención especializada), con algoritmos concretos de colaboración, derivaciones, continuidad asistencial, profesional referente y relación fluida con incremento del conocimiento entre ambas partes, tal como ya expresamos en escrito anterior.
- En relación con las residencias, si se traspasan responsabilidades a la Conselleria de Sanitat que ahora son cubiertas por el personal sanitario contratado (que prestan asistencia, receta farmacológica, etc., según la regulación existente), debe ir acompañado de un correcto dimensionado de personal (que por otra parte se ahorrarían económicamente las residencias privadas que ya cobran en sus cuotas la "asistencia médica 24 horas" que resulta una falacia).

La consideración de la atención a las personas mayores como un negocio, la reducción drástica de la inversión en atención social derivada de la crisis económica de 2008 y los compromisos de reducción del gasto público en toda Europa, junto a la ausencia de control en el caso de España, generaron situaciones de alta vulnerabilidad en un porcentaje muy importante de residentes en estos establecimientos. En España no existe una adecuada atención sanitaria a este tipo de población. Dado el peso fundamental que ha tenido en la mortalidad de la pandemia la situación de dichos centros, es urgente un replanteamiento radical de la organización, gestión y atención en ellos, para evitar situaciones como las acontecidas. Es exigible, además, una atención humanizada y digna en el proceso de agonía, que no siempre ha estado presente en esta crisis. Frente a la inevitable tentación de medicalizar residencias, la alternativa más humana y eficiente a largo plazo es considerar que el residente en estas instituciones es una persona más de la comunidad, cuyo domicilio es la residencia. Y que, por tanto, debe ser atendida, cuidada y acompañada por el correspondiente equipo de APS².

- La atención de la comunidad es un objetivo seminal de la AP y que cada día se muestra como más necesario. Pero hace falta recursos y ofrecer una línea concreta de trabajo. Sigue sin haber tiempo disponible.
- Si se planteara personal de enfermería para centros educativos, no deberá ser a costa de disminución de recursos existentes en la actividad del centro de salud.
- Si se diseña atención domiciliaria para determinados pacientes de unidades de salud mental, habrá que estudiar de los recursos que se disponen.
- Las unidades de apoyo requieren un análisis aparte.

ALGUNOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES:

1. Problema de las perspectivas de los usuarios.

La cuestión de las crecientes expectativas de los usuarios no se aborda de forma seria, no se profundiza en el tema de la educación sanitaria, que es la base de la sobreutilización del sistema y que conduce a la iatrogenia clínica y cultural, al despilfarro y a la insatisfacción.

Es importante ser objetivos y centrarse en la realidad, es imposible que el peso de la educación sanitaria recaiga sobre los profesionales si su trabajo se realiza en las mismas condiciones que hasta ahora, condiciones que dificultan la relación médico-paciente, deseable para desarrollar el modelo que se plantea.

Tal como se expresa en el manifiesto "Tras los aplausos"⁴, la situación actual de pandemia debe considerarse como una oportunidad para mejorar, no para restituir lo anterior incluyendo todo lo negativo. La ausencia de consultas habituales y la comunicación telefónica puede haber reforzado la confianza de los pacientes en los profesionales y también puesto en evidencia las expectativas desmesuradas de los ciudadanos en forma de ilusión terapéutica que los médicos no hemos querido eliminar. Evitar la sobreintervención en forma de sobrediagnóstico y sobretratamiento, junto con la iatrogenia, la comprobación de

que la medicina tiene capacidad limitada y el cambio de actitud de mejor aceptación y consideración al profesional de atención primaria deberían marcar las estrategias a seguir.

“Un sistema sanitario bien financiado y organizado es una condición necesaria pero no suficiente. Además, necesitamos médicos y pacientes virtuosos” (Antonio Montaña), que entiendan las limitaciones y que comprendan que existe una responsabilidad compartida en el cuidado de la salud...

2. El problema de las inversiones.

Estas estrategias se muestran inviables sin una inversión importante, no sólo en cuanto a recursos humanos, sino también en lo referente a recursos materiales, y en este sentido es relevante mencionar la importante inversión en TIC (tecnologías de información y comunicación) que es necesaria, si se quiere llevar a cabo la modernización a través de la implantación de tecnologías de la información y comunicación en AP.

3. El problema de respeto de los derechos laborales.

El abordaje de la actual situación se está llevando a cabo con un importante esfuerzo por parte de los profesionales, un esfuerzo que se ha acompañado de renuncias y de una actitud y un comportamiento de colaboración y de transigencia. Sin embargo, a la vista del planteamiento de las presentes estrategias, parece que el esfuerzo se va a incrementar desde el momento en que la “nueva normalidad” comporta simultanear la pandemia y la vuelta a la situación anterior, ampliando la capacidad resolutoria de AP con los mismos recursos. Habrá que plantearse pues si se están aplicando los procedimientos de actuación frente al nuevo orden, de forma que no se vulneren los derechos laborales apelando a una situación de emergencia sanitaria asistencial.

4. El problema de implantación de las TICs.

Los proyectos de este tipo deben acompañarse de estudios normativos, que en España son escasos. Existe un Plan de Telemedicina del INSALUD del año 2000, que ya entendía la telemedicina como *“una herramienta tecnológica o asistencial, un instrumento de cambio organizativo que obliga a las instituciones a pensar de otra manera... fomentando la integración de la información que se tiene de los pacientes y la cooperación entre profesionales. Es, además, un elemento de gestión que contribuye a la mejora de la eficiencia y la eficacia de la atención prestada y a la optimización de recursos disponibles”*.

No hemos visto hasta el momento ninguna iniciativa institucional en cuanto a derecho o normativa, lo que hace que valoremos al menos como dudosa, al menos a medio o corto plazo, la implantación de la telemedicina.

Además, en relación con la práctica de videollamadas para contacto con los pacientes, hay muchos obstáculos para su implantación, dentro del centro y sobre todo para muchos usuarios, ya que existe la llamada “brecha digital” y no disponen ni de la tecnología ni de la gestión de plan de datos, según sus contratos.

En resumen, creemos que se trata de un documento ambiguo, más en la línea de una declaración de intenciones, donde se resumen los principales objetivos y que por su falta de concreción resulta poco vinculante.

Es una declaración de intenciones en clave de exposición de retorno, tras una interrupción, en definitiva, creemos que se trata de una narrativa poco realista, ambigua y bastante precaria.

Pensamos, sin embargo, que **ante la exposición de retorno a la situación anterior hay que contraponer una de análisis para conocer qué aspectos debemos devolver y cuáles debemos rechazar**. Aparentemente, estas estrategias lo que plantean es mantener el statu quo,

introduciendo cambios en las prácticas profesionales, poco concretos en cuanto al futuro y que sólo se definen en cuanto a las estrategias de control y seguimiento de la infección por COVID-19.

Por supuesto, todo esto requiere, mayor inversión, pero también cambios en la organización valientes en orden de garantizar ante todo la eficiencia, por delante de la imagen pública.

1

En países como el Reino Unido y Australia, una sólida red de centros de salud (*General Practices*) constituye la base esencial del sistema nacional de salud. Cuando la comunidad experimenta una emergencia sanitaria nacional, como se ha visto con la pandemia de COVID-19, la medicina de familia y otros elementos de los servicios de atención primaria de la nación deben ser apoyados para garantizar la continuidad óptima de la atención médica para la población, así como proporcionar un componente esencial de las respuestas del sistema de salud a la emergencia.

Michael R Kidd. British Journal of General Practice 2020; 70 (696): 316-317. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X710765>

Principios para manejar tanto la crisis actual como para futuras respuestas nacionales e internacionales a emergencias de salud, basándose en las contribuciones de la práctica general y la atención primaria en:

- Prestación de servicios de tratamiento y apoyo a las personas afectadas.
- Protección de personas vulnerables.
- Continuidad de los servicios de salud habituales para toda la población.
- Protección y apoyo de los trabajadores de atención primaria y servicios de atención primaria.
- Prestación de servicios de salud mental a la comunidad y a la fuerza laboral de atención primaria de salud.

La respuesta de atención primaria de Australia a COVID-19 reconoció la fortaleza del sistema de atención primaria de salud de la nación y asignó roles clave a la práctica general y al sector de atención primaria de salud en general para responder a la pandemia, basándose en el papel esencial de primer contacto de la atención primaria y las lecciones extraídas de epidemias y pandemias previas. También colocó la experiencia de práctica general dentro de los procesos nacionales de planificación y toma de decisiones junto con la experiencia en salud pública, enfermedades infecciosas, epidemiología, enfermería y salud mental.

<https://rafabravo.blog/2020/06/29/como-enfrentaron-los-aussies-a-covid-19/>

2

Evidencias y reflexiones sobre la COVID-19

Sergio Minué Lorenzo*

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Economía.
Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Fabiola Jaramillo Castell*

Especialista en Psiquiatría. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Alex Oyarzo Cuevas*

Kinesiólogo. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2700

3



SIMAP-PAS: REFLEXIONES TRAS EL DÍA MUNDIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA PRESIÓN DEL COVID-19

- **Es fundamental cambiar el modelo sanitario potenciando la Atención Primaria y reflatando el sistema en su conjunto.**
- **Debe desaparecer la precariedad y superar los recortes.**
- **La Atención Primaria debe cumplir su función, esencial para el sistema sanitario.**
- **Es indispensable el trabajo conjunto de la Atención Primaria y Especializada y superar la gran ignorancia existente entre ambas (en general).**
- **Es necesario el trabajo conjunto y coordinado de los dos niveles.**
- **Trabajemos juntos. Por el bien de l@s pacientes.**

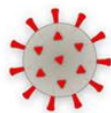
https://www.simap-pas.es/documentos/reflexiones_ap_prim_covid_17_abril_2020.pdf

Versió en **valencià**



www.simap-pas.es

3 de juliol de 2020



ANÀLISI DEL DOCUMENT DE LA CONSELLERIA DE
SANITAT "CRITERIS PER A L'ESTRATÈGIA DE TRANSICION
CAP A UNA NOVA NORMALITAT EN ATENCIÓ PRIMÀRIA"



Per a SIMAP-PAS es una declaració d'intencions en clau d'estratègia de retorn a la situació anterior després d'una interrupció, en definitiva, poc realista, ambigua i bastant precària.

Davant aquesta estratègia cal contraposar una d'anàlisi per a conèixer quins aspectes hem de retornar i quins hem de rebutjar.

Tot això requereix per descomptat major inversió, però també canvis valents en l'organització en ordre de garantir abans de res l'eficiència, per davant de la imatge pública.

El personal sanitari ha actuat amb compromís, esforç i sacrifici. És el moment de resoldre problemes per part dels quals té capacitat executiva.

PREFACI

Estimats/ades amics/gues: potser és necessari un canvi profund, d'una vegada per sempre, en relació amb la potenciació de la Atenció Primària (AP) de salut, amb increment de pressupostos i de recursos humans. No es tracta d'una despesa afegida sinó d'una inversió que repercutirà sobre el benestar de la societat amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida, a més de sacsejar l'activitat econòmica del país.

En aquestes circumstàncies, apostem pel reforç de l'Atenció Primària com a resposta a la pandèmia i com a oportunitat única per a situar-la en el lloc central que li correspon.

Estem farts de parlar de l'enfortiment de l'AP, eix de les cures de salut d'un país. Conselleria de Sanitat, POSE'S EN AIXÒ JA! Canvien de mentalitat i trien un nou paradigma. És una oportunitat que els ciutadans i els professionals li exigeixen amb urgència. Busquen finançament, com s'ha trobat per a altres

causes no tan evidents com aquesta. El personal sanitari ha actuat amb compromís, esforç i sacrifici. És el moment de resoldre problemes per part dels quals té capacitat executiva.

Existeixen molts documents, moltes societats i grups que ofereixen els seus estudis, hi ha massa des de fa massa dècades. Facen el pas! Actuen d'una vegada!

Obliden la mentalitat constreta. No deixen que la seua mirada s'enterbolisca amb les lluentors i la tecnologia que ofereix la medicina d'hospital. Naturalment que té la seua parcel·la imprescindible en la cura de la salut, i ha sigut enorme l'esforç desenvolupat pel personal sanitari hospitalari per a superar l'infern que va arribar sense avisar, i que tractarem en un altre text. Però ara cal arromangar-se i promoure i fer sòlid el sistema d'atenció primària, potenciar el que es fa bé, corregir l'imperfecte i exigir il·lusió i capacitat als seus professionals, però després de dotar-los de mitjans, actualització de formació i uns objectius clars i estimulants, més enllà del cadafals absurd dels acords de gestió, prova actual de la inèrcia irracional que SIMAP-PAS va denunciar tantes vegades fins i tot directament davant els responsables sanitaris.

Miren el cas australià¹, analitzen-ho. Traguen coneixement de tants estudis que existeixen i actuen.

Aquest text no és document. És una petició de racionalitat en la posada en marxa d'una nova AP, xicotets passos factibles que han de ser acompanyats d'un canvi, començant per la creació d'un equip autònom dins de l'organització de la Conselleria que treballe per a rellotjar a l'AP, amb terminis i objectius concrets, en diàleg constant amb els gestors i els professionals de cadascun dels seus centres.

Facen-ho ja, per favor, i reflexionen davant aquests punts. Miren a la societat: estan esperant la seua resposta.

S. Minuet, F. Jaramillo i A. Oyarzo ho diuen clar²:

És una opinió creixent en molt diferents contextos que la COVID-19 canviarà l'Atenció Primària de Salut (APS) per sempre⁵⁹. Específicament en relació amb la COVID-19, i a partir del

marc general per a l'abordatge de l'epidèmia de grip, Krist et al⁶⁰ proposen un abordatge en cinc fases des de la APS. Quasi 40 anys després de l'inici de la reforma de la APS en España, el sistema continua estable sense tot just variacions des de llavors, ni en l'estructura i composició de l'equip de APS, ni en les seues funcions generals; tampoc s'han trobat models de relació laboral que permeten prestar una adequada longitudinalitat als seus pacients, davant la tríade crònica de baixos salaris, condicions laborals deficientes i precarietat i inestabilitat laboral. Es precisava ja fa temps d'un canvi radical que la pandèmia pot convertir en una oportunitat per a dur-ho a terme. La raó última que justifica aqueix canvi és la que els atributs essencials de la APS que va definir Starfield (accessibilitat, longitudinalitat, atenció integral i coordinació, amb atenció a la família, la comunitat i tenint en consideració el context cultural de cada lloc) ja no són possibles amb el model actual, quan la pandèmia ha demostrat a més que aspectes com l'accés, la longitudinalitat i l'enfocament comunitari resulten claus.

ANÀLISI I COMENTARIS AI DOCUMENT

El document sembla una declaració d'intencions, amb idees que s'entenen assenyades, exposant una política ambiciosa de *"...recuperar actuacions sanitàries fonamentals amb l'adequada protecció, ...avançar en la modernització del funcionament dels serveis sanitaris, en la racionalització de les demandes dels usuaris i en la capacitat de resolució dels professionals..."*, però falta concretar, establir mètode de treball i un calendari. Cal no oblidar que es calcula que l'Atenció Primària ha atès prop d'un milió de casos sospitosos de COVID 19 a nivell estatal, fins a principis d'abril, per la qual cosa les xifres actualitzades han de deixar clar la sobrecàrrega per al personal sanitari per aqueix treball continuat. Per tant, orge una ràpida concreció. Mentrestant, des de SIMAP-PAS exposem algunes qüestions sobre el document, que pot ser complementari amb l'escrit de 17 d'abril:

- Resulta fonamental que existisquen els recursos humans necessaris per a :
 - La detecció precoç i protocolitzada dels casos sospitosos amb identificació dels contactes i el seu aïllament. Cal apostar i donar rellevància clara a la importància del control de la pandèmia a nivell comunitari, tal com han demostrat països com Alemanya i Corea.
 - Seguiment clínic dels casos confirmats.
 - Seguiment dels casos donats d'alta hospitalària.

- Cures i vigilància de les seqüeles físiques i de salut mental.
 - Recuperació dels pacients amb altres problemes de salut que no van poder ser atesos.
 - Efectes en la salut mental de la població.
 - Conseqüències sobre la salut de la crisi econòmica secundària a la pandèmia.
- **Imprescindible el compliment de les mesures adoptades per la COVID19:**
 - Identificació mitjançant número de SIP sense manipular la targeta sanitària de el pacient.
 - Obligatorietat de rentada de mans abans de passar a sala d'espera. Disponibilitat de material d'higiene (gel, paper, màscares...)
 - Triatge en la recepció.
 - Límit d'aforament màxim 3 persones, amb formació de cua en l'exterior mantenint el distanciament. Cal vigilar que es creuen cues al carrer, amb adequada citació i triatge ràpid per a descartar casos que no hagueren d'estar en aqueixa situació per la qualitat de la seua salut.
 - Circuits separats clínica sospitosa COVID19/no Covid 19. (però ull amb possibilitat d'asimptomàtics).
 - No obstant això, en molts centres no s'han pogut establir circuits separats per la falta d'espai i falta de personal per al control de l'accés. Fins i tot hi ha casos en els quals les zones destinades a sala d'espera per als pacients són zones de pas per als treballadors. Aquesta circumstància augmenta el risc de contagi.
 - Separació de la zona de pediatria de la d'adults. Pot ser molt difícil als PACS, però ha de replantejar-se i planificar-ho amb diligència.
 - Disposar de material assistencial necessari. Resulta cridanera en alguns PACS/PAS la falta de cambres espaciadores i dispositius de salbutamol, budesonida i bromur de ipratropio per al seu ús en el centre, amb la finalitat d'evitar la generació d'aerosols.
 - Mampares en el taulell.
 - Marques en el sòl identificant les distàncies mínimes de seguretat. En les consultes i espais comuns: retolació de les distàncies, accés a zones d'higiene (WC) i, itineraris...
 - Bloqueig de seients en la sala d'espera per a garantir el distanciament.
 - **El document no posa l'accent en la vigilància de la salut del personal sanitari ni en les mesures per a evitar el contacte presencial del personal sanitari vulnerable, de risc.**

- Per a establir jornades de matí i vesprada en els centres, sembla més raonable avaluar el nombre d'usuaris respecte a les dimensions del centre i les necessitats reals, no planejar-lo de forma generalitzada.
- És necessari comptar amb un element fonamental: **TEMPS**. Per a qualsevol esquema de treball, reorganització d'agendes, prestacions i activitats presencials i via online. Sense temps, no hi ha res. Sempre hem demanat almenys 10 minuts. És possible que siga ja hora de demanar el temps suficient.
- Per a incrementar la implicació d'infermeria és necessari augmentar els recursos humans i la seua formació en les noves tasques. Dir que s'ha de canviar el "rol" no és suficient Cal definir-lo.
- No s'esmenta a les/els tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAEs), que han de tindre també un paper reforçat, inclòs per a triatge bàsic.
- Necessitat de reforç i formació del personal administratiu, per a agilitar i optimitzar la comunicació amb els usuaris i per a gestió de l'activitat burocràtica. A més, haurien de ser reclassificats com a "administratius/as" i al fet que actualment les funcions que realitzen són d'una complexitat i assumint una responsabilitat major que la corresponent al nomenament formal que ostenten com a auxiliars administratius.
- Si es potenciarà realment la consulta telefònica s'han d'implementar tots els mecanismes perquè funcione correctament (major nombre de línies, evitació de les saturacions, etc.) És realment desconcertant i lamentable estar cridant de manera contínua al centre sense obtindre resultat. Seria convenient disposar per al personal sanitari i no sanitari d'auriculars amb micròfon per a evitar àlgies cervicals i de mà etc...
- Reorganitzar l'assistència urgent amb professionals integrats en els centres i amb cobertura durant 24 hores, amb activitat durant els matins i així formar part dels equips i facilitar l'atenció en les consultes programades.
- Necessitat d'àmplia dotació de EPIs, i establir clars protocols en les visites domiciliàries. Cal no oblidar que probablement després del contagi en les

residències d'ancians, el personal sanitari representa la segona causa de transmissió i afectació (més d'un 25% dels casos notificats). I no cal ser parcs en la protecció ja que més de 40% dels casos poden ser asimptomàtics, i sobretot els presintomàtics poden ser un vector fonamental en la transmissió.

La resposta del sistema sanitari: diversos dels aspectes clau per a l'afrontament de la pandèmia recomanats per l'OMS van ser especialment deficientes en el sistema sanitari espanyol, des de la realització de proves diagnòstiques a la disponibilitat d'equips de protecció individual (EPI). El primer d'ells és una de les raons que podrien explicar la baixa taxa de mortalitat a Alemanya, país que va ser capaç de fer una detecció precoç de casos i investigació activa dels contactes (dut a terme per metges generals) sense necessitat de prendre mesures generalitzades de aïllament social. La falta de protecció és d'especial gravetat, per ser un factor de risc per a la salut de quins han d'afrontar l'atenció, i pel fet de fer del personal sanitari vehicle de transmissió de la malaltia. A meitat de maig, a Espanya, més de 50.000 dels 274.000 casos eren professionals sanitaris, una de les xifres més altes del món. A nivell mundial, un 40% dels morts en el món dins de la professió mèdica van ser metges generals/de família o metges d'urgència².

- Potenciació de la coordinació i col·laboració AP amb AE (atenció especialitzada), amb algorismes concrets de col·laboració, derivacions, continuïtat assistencial, professional referent i relació fluida amb increment del coneixement entre totes dues parts, tal com ja expressem en escrit anterior.
- En relació amb les residències, si es traspassen responsabilitats a la Conselleria de Sanitat que ara són cobertes per el personal sanitari contractat (que presten assistència, recepta farmacològica, etc., segons la regulació existent), ha d'anar acompanyat d'un correcte dimensionament de personal (que d'altra banda s'estalviarien econòmicament les residències privades que ja cobren en les seues quotes la "assistència mèdica 24 hores" que resulta una fal·làcia).

La consideració de l'atenció a les persones majors com un negoci, la reducció dràstica de la inversió en atenció social derivada de la crisi econòmica de 2008 i

els compromisos de reducció de la despesa pública en tota Europa, al costat de l'absència de control en el cas d'Espanya, van generar situacions d'alta vulnerabilitat en un percentatge molt important de residents en aquests establiments. A Espanya no existeix una adequada atenció sanitària a aquesta mena de població. Donat el pes fonamental que ha tingut en la mortalitat de la pandèmia la situació d'aquests centres, és urgent un replantejament radical de l'organització, gestió i atenció en ells, per a evitar situacions com les esdevingudes. És exigible, amés, una atenció humanitzada i digna en el procés d'agonia, que no sempre ha estat present en aquesta crisi. Enfront de la inevitable temptació de medicalitzar residències, l'alternativa més humana i eficient a llarg termini és considerar que el resident en aquestes institucions és una persona més de la comunitat, el domicili de la qual és la residència. I que, per tant, ha de ser atesa, cuidada i acompanyada pel corresponent equip de APS².

- L'atenció de la comunitat és un objectiu seminal de l'AP i que cada dia es mostra com més necessari. Però fa falta recursos i oferir una línia concreta de treball. Segueix sense haver-hi temps disponible.
- Si se plantejara personal d'infermeria per a centres educatius, no haurà de ser a costa de disminució de recursos existents en l'activitat del centre de salut.
- Si es dissenya atenció domiciliària per a determinats pacients d'unitats de salut mental, haurà que estudiar dels recursos que es disposan.
- Les unitats de suport requereixen una anàlisi a part.

ALGUNS PROBLEMES FONAMENTALS:

4. Problema de les perspectives dels usuaris.

La qüestió de les creixents expectatives dels usuaris no s'aborda de manera seriosa, no s'aprofundeix en el tema de l'educació sanitària, que és la base de la sobreutilització del sistema i que condueix a la iatrogenia clínica i cultural, al balafament i a la insatisfacció.

És important ser objectius i centrar-se en la realitat, és impossible que el pes de l'educació sanitària recaiga sobre els professionals si el seu treball es realitza en les mateixes condicions que fins ara, condicions que dificulten la relació metge-pacient, desitjable per a desenvolupar el model que es planteja.

Tal com s'expressa en el manifest "Després dels aplausos"⁴, la situació actual de pandèmia ha de considerar-se com una oportunitat per a millorar, no per a restituir l'anterior incloent tot el negatiu. L'absència de consultes habituals i la comunicació telefònica pot haver reforçat la confiança dels pacients en els professionals i també posat en evidència les expectatives desmesurades dels ciutadans en forma d'il·lusió terapèutica que els metges/esses no hem volgut eliminar. Evitar la sobreintervenció en forma de sobrediagnòstic i sobretractament, juntament amb la iatrogenia, la comprovació que la medicina té capacitat limitada i el canvi d'actitud de millor acceptació i consideració al professional d'atenció primària deurien marcar les estratègies a seguir.

"Un sistema sanitari ben finançat i organitzat és una condició necessària però no suficient. A més, necessitem mèdics i pacients virtuoses" (Antonio Montaña), que entenguin les limitacions i que compreguen que existeix una responsabilitat compartida en la cura de la salut...

5. El problema de les inversions.

Aquestes estratègies es mostren inviables sense una inversió important, no sols quant a recursos humans, sinó també referent a recursos materials, i en aquest sentit és rellevant esmentar la important inversió en TIC (tecnologies d'informació i comunicació) que és necessària, si es vol dur a terme la modernització a través de la implantació de tecnologies de la informació i comunicació en AP.

6. El problema de respecte dels drets laborals.

L'abordatge de l'actual situació s'està duent a terme amb un important esforç per part dels professionals, un esforç que s'ha acompanyat de renúncies i d'una actitud i un comportament de col·laboració i de transigència. No obstant això, a la vista del plantejament de les presents estratègies, sembla que l'esforç s'incrementarà des del moment en què la "nova normalitat" comporta simultaniejar la pandèmia i la volta a la situació anterior, ampliant la capacitat resolutiva d'AP amb els mateixos recursos. Caldrà plantejar-se perquè si s'estan aplicant els procediments d'actuació enfront del nou ordre, de manera que no es vulneren els drets laborals apel·lant a una situació d'emergència sanitària assistencial.

4. El problema d'implantació de les TICS.

Els projectes d'aquest tipus han d'acompanyar-se d'estudis normatius, que a Espanya són escassos. Existeix un Pla de Telemedicina de l'INSALUD de l'any 2000, que ja entenia la telemedicina com *"una eina tecnològica o assistencial, un instrument de canvi organitzatiu que obliga les institucions a pensar d'una altra manera... fomentant la integració de la informació que es té dels pacients i la cooperació entre professionals. És, a més, un element de gestió que contribueix a la millora de l'eficiència i l'eficàcia de l'atenció prestada i a l'optimització de recursos disponibles"*.

No hem vist fins al moment cap iniciativa institucional quant a dret o normativa, la qual cosa fa que valorem almenys com a dubtosa, almenys a mitjà o curt termini, la implantació de la telemedicina.

A més, en relació amb la pràctica de videocridades per a contacte amb els pacients, hi ha molts obstacles per a la seua implantació, dins del centre i sobretot per a molts usuaris, ja que existeix l'anomenada "bretxa digital" i no disposen ni de la tecnologia ni de la gestió de pla de dades, segons els seus contractes.

En resum, creiem que es tracta d'un document ambigu, més en la línia d'una declaració d'intencions, on es resumeixen els principals objectius i que per la seua falta de concreció resulta poc vinculant.

És una declaració d'intencions en clau d'exposició de retorn, després d'una interrupció, en definitiva, creiem que es tracta d'una narrativa poc realista, ambigua i bastant precària.

Pensem, no obstant això, que **davant l'exposició de retorn a la situació anterior cal contraposar una d'anàlisi per a conèixer quins aspectes hem de retornar i quins hem de rebutjar**. Aparentment, aquestes estratègies el que plantegen és mantindre l' statu quo, introduint canvis en les pràctiques professionals, poc concrets quant al futur i que només es defineixen quant a les estratègies de control i seguiment de la infecció per COVID-19.

Per descomptat, tot això requereix, major inversió, però també canvis en l'organització valentes en ordre de garantir abans de res l'eficiència, per davant de la imatge pública.

1

En països com el Regne Unit i Austràlia, una sòlida xarxa de centres de salut (*General Practices*) constitueix la base essencial del sistema nacional de salut. Quan la comunitat experimenta una emergència sanitària nacional, com s'ha vist amb la pandèmia de COVID-19, la medicina de família i altres elements dels serveis d'atenció primària de la nació han de ser secundats per a garantir la continuïtat òptima de l'atenció mèdica per a la població, així com proporcionar un component essencial de les respostes del sistema de salut a l'emergència.

Michael R Kidd. British Journal of General Practice 2020; 70 (696): 316-317. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp20x710765>

Principis per a manejar tant la crisi actual com per a futures respostes nacionals i internacionals a emergències de salut, basant-se en les contribucions de la pràctica general i l'atenció primària en:

- Prestació de serveis de tractament i suport a les persones afectades.
- Protecció de persones vulnerables.
- Continuïtat dels serveis de salut habituals per a tota la població.
- Protecció i suport dels treballadors d'atenció primària i serveis d'atenció primària.
- Prestació de serveis de salut mental a la comunitat i per força laboral d'atenció primària de salut.

La resposta d'atenció primària d'Austràlia a COVID-19 va reconèixer la fortalesa del sistema d'atenció primària de salut de la nació i va assignar rols clau a la pràctica general i al sector d'atenció primària de salut en general per a respondre a la pandèmia, basant-se en el paper essencial de primer contacte de l'atenció primària i les lliçons extretes d'epidèmies i pandèmies prèvies. També va col·locar l'experiència de pràctica general dins dels processos nacionals de planificació i presa de decisions juntament amb l'experiència en salut pública, malalties infeccioses, epidemiologia, infermeria i salut mental.

<https://rafabravo.blog/2020/06/29/com-van-enfrontar-els-aussies-a-covid-19/>

2

Evidències i reflexions sobre la COVID-19

Sergio Minué Lorenzo

Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Doctor en Economia.
Professor de l'Escola Andalus de Salut Pública.

Fabiola Jaramillo Castell

Especialista en Psiquiatria. Màster en Salut Pública i Gestió Sanitària.

Alex Oyarzo Cuevas

Kinesiòlogo. Màster en Salut Pública i Gestió Sanitària.

https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2700

3



SIMAP-PAS: REFLEXIONS DESPRÉS DEL DIA MUNDIAL DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I LA PRESSIÓ DEL COVID-19

- **És fonamental canviar el model sanitari potenciant l'Atenció Primària i reflatant el sistema en el seu conjunt.**
- **Ha de desaparèixer la precarietat i superar les retallades.**
- **L'Atenció Primària ha de complir la seua funció, essencial per al sistema sanitari.**
- **És indispensable el treball conjunt de l'Atenció Primària i Especialitzada i superar la gran ignorància existent entre totes dues (en general).**
- **És necessari el treball conjunt i coordinat dels dos nivells.**
- **Treballem junts. Pel bé dels/les pacients.**

https://www.simap-pas.es/documentos/reflexiones_ap_prim_covid_17_abril_2020.pdf

4

Després dels aplaudiments

MANIFEST SOBRE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN L'ERA POST-COVID-19

Antonio Montaña Barrientos, en nom del **GRUP DE MEDICINA REFLEXIVA**

<https://gerentemediado.blogspot.com/2020/06/tras-los-aplausos-manifiesto-sobre-la.html>

4

Tras los aplausos

MANIFIESTO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ERA POST-COVID-19

Antonio Montaña Barrientos en nombre del GRUPO DE MEDICINA REFLEXIVA

<https://gerentemediado.blogspot.com/2020/06/tras-los-aplausos-manifiesto-sobre-la.html>

Para cualquier aclaración que necesitéis podéis dirigiros a los delegados asignados a los diferentes departamentos de salud.

NO HACE FALTA SER MUCH@S PARA HACER LAS COSAS BIEN, PERO CUANT@s MÁS SEAMOS MÁS COSAS ALCANZAREMOS.

ÚNETE A NOSOTR@S



Toda la información que os enviamos la encontrareis en la **web del SIMAP** junto con la actualidad sobre normativa laboral, acción sindical y política sanitaria: www.simap-pas.es

Para recibir noticias de SIMAP PAS en el canal Telegram:

<https://t.me/joinchat/AAAAAEhbCD6wPO176cRi8g>

Departamento	Teléfono	E-mail	Responsables
SIMAP SEDE	96 193 07 23	simap_administracion@simap.es simap_documentacion@simap.es simap_consultas@simap.es	
JUNTA DIRECTIVA SIMAP y SIMAP-PAS	96 193 07 23	simap_presidencia@simap.es simap_vicepresidencia@simap.es simap_secretaria@simap.es simap_tesoreria@simap.es	Concha Ferrer Noemí Alentado Pilar Martí Miguel Pastor Mariela Lucas
PREV.RIESGOS LABORALES	96 193 07 23	simap_prl@simap.es	Pilar Martí 601 185 838
CURSOS OPE	96 193 07 23	simap_cursosope@simap.es	
SIMAP-PAS Adminstrativos	96 193 07 23	simap-pas@simap.es	Vicent Tur 682 893 989 Carlos Alcoriza 683 282 633
RESIDENTES	96 193 07 23	simap_residentes@simap.es	Miguel Pastor Celia Monleón Noemí Alentado
SALUD MENTAL	96 193 07 23	simap_saludmental@simap-pas.es	Ana Sánchez
Vinaroz	96 193 07 23	simap_vinaroz@simap.es	Concha Ferrer
Castellón	601 215 205	simap_castello@simap.es	Raquel de Alvaro 601 215 205
La Plana	96 193 07 23	simap_laplana@simap.es	Ximo Michavila Marién Vilanova 603 112 418
Sagunto	96 233 93 87	simap_sagunto@simap.es	Ximo Michavila Marién Vilanova 603 112 418

Valencia Clínico-Malvarrosa	96 197 36 40 Ext 436 184	simap_clinico@simap.es	Celia Monleón	622 868 333
Valencia Arnau de Vilanova-Lliria	96 197 61 01	simap_arnau@simap.es simap_pas_arnau@simp-pas.es	Carmen Martín Carlos Alcoriza	601 155 574 683 282 633
Hospital de Lliria	96 197 61 01	simap_lliria@simap.es	M ^a José Álvarez	601 149 426
Valencia La Fe	96 124 61 27 Ext 246 127 Ext 412 447	simap_lafe@simap.es	Carmen Álvarez M ^a José Pons Miguel Pastor	611 351 783 611 351 076
Requena	96 233 92 81	simap_requena@simap.es	Lina Ribes	618 854 342
Valencia Consorcio Hospital General	96 313 18 00 Ext 437 485	simap_consortiohgeneral@simap.es simap_chguv_hgu@gva.es	Edmundo Febré	
Valencia Estatutarios Hospital General	96 193 07 23	simap_hgeneralvalencia@simap.es	M ^a Enriqueta Burchés Mercedes Barranco	640 096 389
Manises	96 193 07 23	simap_manises@simap.es	M ^a Enriqueta Burchés	640 096 389
Valencia Dr. Peset	96 162 23 32	simap_peset@simap.es	Amparo Cuesta Pilar Martí Ana Sánchez	603 106 771 603 106 771
Alzira Ribera Salud	96 245 81 00 Ext 83 82 y 70 46	simap_laribera@simap.es simap2@hospital-ribera.com	Rosario Muñoz Pedro Durán	
Alzira Estatutarios	96 193 07 23	simap_alzira@simap.es	Pedro Durán	
Xàtiva	682 081 940	simap_xativa@simap.es	Vicente Orengo	682 081 940
Gandía	96 284 95 00 Ext 435 478	simap_gandia@simap.es	Noemí Alentado Vicent Tur Carles Valor	611 350 820 682 893 989 682 076 471
Denia Marina Salud	96 557 97 59	simap_denia@simap.es simap_denia@marinasalud.es	Miguel A. Burguera Mercedes Salcedo Carol Ramos	698 965 161
Denia Estatutarios	682 076 471	simap_lapedrera@simap.es simaplapedrera@gmail.com	Pepa Bodí Carles Valor	682 076 471
San Juan	611 350 631	sanjuan_simap-pas@simap-pas.es simap_sanjuan@simap.es	Ángela Aguilera M ^a José Álvarez	611 350 631 601 149 426
Orihuela Elche Alcoy Vilajoiosa H.General de Alicante Elda Torrevieja Elx-Vinalopó Servicios Centrales, Salud Pública e Inspección	96 284 95 00 Ext 435 478 96 197 36 40 Ext 436 184	simap_orihuela@simap.es simap_elche@simap.es simap_alcoy@simap.es simap_lavila@simap.es simap_hgalicante@simp.es simap_elda@simap.es simap_torrevieja@simap.es simap_vinalopo@simap.es simap_servcentrales.sp.inspecc@simap.es	Noemí Alentado Celia Monleón	611 350 820 622 868 333

Aviso legal:

Protección de datos. - SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA PUBLICA-COMUNIDAD VALENCIANA (SIMAP-CV) y SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA (SIMAP-PAS) le informan que su dirección de correo electrónico, así como el resto de sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA, con dirección en Gran Vía Fernando el Católico, 46, 1º, 1ª, CP 46008, Valencia (Valencia/València). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Confidencialidad. - El contenido de esta comunicación, así como el de toda la documentación anexa, es confidencial y va dirigida al destinatario del mismo. En el supuesto de que usted no fuera el destinatario, le solicitamos que nos lo indique y no comunique su contenido a terceros, procediendo a su destrucción.

Exención de responsabilidad. - El envío de la presente comunicación no implica la obligación por parte del remitente de controlar la ausencia de virus, gusanos, troyanos y/o cualquier otro programa informático dañino, correspondiendo al destinatario disponer de las herramientas de hardware y software necesarias para garantizar tanto la seguridad de su

sistema de información como la detección y eliminación de programas informáticos dañinos. - SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA PUBLICA-COMUNIDAD VALENCIANA (SIMAP-CV) y SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA (SIMAP-PAS) no se responsabilizaN de los daños y perjuicios que tales programas informáticos puedan causar al destinatario.

SIMAP-CV / SIMAP-PAS
Gran Vía Fernando el Católico 46-1-1ª
46008 Valencia
Tfno 961930723