

# DOCUMENTO PARA LA RECONSTRUCCIÓN SANITARIA TRAS LA COVID-19

POSICIONAMIENTO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE ALICANTE

**T**ras haber padecido y casi superado la primera oleada de la pandemia por la COVID-19, y con pocas fechas transcurridas desde el estrés producido en todo el sistema sanitario, muchas cosas han cambiado tanto para los profesionales como para la dinámica habitual de la atención a los pacientes. La necesaria transformación de la atención sanitaria que debería haberse realizado ya antes de esta crisis resulta ahora imprescindible. La opinión general de los profesionales de la salud, y de sus representantes en los aspectos profesionales, ético-deontológicos, científicos y laborales como son los colegios profesionales, sociedades científicas y sindicatos, es que **no se puede volver a una atención y a una situación profesional igual que en los tiempos previos a la pandemia.**

Nos han notificado que la prevalencia de infección entre la población ha sido baja, en la provincia de Alicante menos del 3%, por lo que la gran mayoría de los ciudadanos siguen siendo susceptibles a la infección y, dado que persiste la transmisión comunitaria, **las medidas a tomar en las fases de desescalada pueden orientarse a reestablecer la economía pero sin olvidar que la mejor forma de hacerlo es protegiendo la salud de la población.**

Asimismo, las precauciones a tomar para la prevención de contagios en los trabajadores, que han sido entre dos y tres veces mayor que en la población general, ha de marcar la necesidad de cambiar el modo de la asistencia. De forma análoga, no nos equivocamos al afirmar que los centros sanitarios son lugares de alto riesgo para el contagio, que puede afectar a los pacientes que los visitan así como a sus acompañantes, por lo que la permanencia y asistencia de éstos debe ser gestionada ordenando y reduciendo su presencia para minimizar esta posibilidad.

Los principales requisitos para corregir los errores cometidos, regenerar el debilitado sistema sanitario y poder conducir la actividad económica y social hacia la normalidad, pueden agruparse en estas medidas:

- 1.** Mejorar la seguridad de pacientes y personal sanitario. Mantenimiento de los circuitos diferenciados para los enfermos COVID-19.
- 2.** Accesibilidad a las pruebas de diagnóstico y medidas de aislamiento de casos para evitar rebrotes de la enfermedad.
- 3.** Desarrollo de las tecnologías de sistemas de información y comunicación e implementación reglamentaria de la telemedicina. Cambios en la organización de las agendas de trabajo de los médicos y en los canales de comunicación entre niveles asistenciales.
- 4.** Adecuación de los recursos humanos a las necesidades reales actuales con incremento de las plantillas y con contratos estables. Apostar por la investigación.
- 5.** Reconocimiento y respeto a los profesionales con la participación en la toma de decisiones de sus organizaciones y representantes.
- 6.** Reorientar el sistema sanitario a los cambios demográficos y sociales sobrevenidos.
- 7.** Desarrollo de protocolos quirúrgicos adaptados a la situación actual y planes viables y eficientes para contrarrestar el incremento en las listas de espera quirúrgica y pruebas diagnósticas.
- 8.** Potenciar el uso adecuado de los servicios sanitarios públicos por parte de los ciudadanos.
- 9.** Despolitización y profesionalización de la gestión.

# 1.- Mejorar la seguridad de pacientes y personal sanitario.

Básicamente estamos hablando de garantizar la disponibilidad de material de protección, del cumplimiento social de las medidas sanitarias básicas (la triada: distanciamiento social, uso de mascarillas e higiene de manos), y de convertir los centros sanitarios en lugares seguros, con un concepto diferente de centro público en el que exista un control y limitación al tránsito de personas y circuitos perfectamente diferenciados para la atención a COVID-19 del resto.

**A.- Garantizar el material de protección adecuado.** En la alta tasa de contagios entre el personal sanitario, ya son 51.000, es obvio que ha contribuido la falta de material adecuado para la autoprotección. Desde el COMA hemos realizado varias declaraciones sobre la falta de material de protección durante las primeras semanas del pico epidémico y contribuido con múltiples iniciativas de difusión informativa y de formación ante la nueva patología que nos afecta. Igualmente, hemos facilitado material de protección a los colegiados con mayores dificultades para adquirirlos, y hemos ofrecido la realización de test rápidos de detección de anticuerpos, otra de las medidas imprescindibles para proteger a los sanitarios, y que no se han realizado en el inicio de la pandemia de forma inexplicable.

- La situación de desabastecimiento o falta de medios para atender y cuidar a los pacientes no debe repetirse. Es obligación de la administración proporcionar los medios necesarios y dar cumplimiento a la normativa de riesgos laborales. Exigimos [asegurar la dotación y provisión de los medios necesarios y adecuados a las normativas para la protección de los sanitarios](#), con la información veraz y adecuada para cada uno de los distintos ambientes laborales, y que se prepare al sistema sanitario para una futura situación de sobrecarga como la que hemos vivido.
- Creemos fundamental establecer un plan de provisión de materiales y recursos humanos como reserva estratégica ante nuevas situaciones similares a la padecida y solicitamos, en concreto, que [se provea de mascarillas auténticas FFP2 a los profesionales cuando no se pueda cumplir la distancia de seguridad en la atención al paciente](#).
- Recomendamos que se tomen medidas gubernamentales para [favorecer el autoabastecimiento de equipos básicos y materiales de protección](#) mediante fabricación propia en España, disminuyendo la dependencia de suministro que ha ocurrido, con las consecuencias en su coste, ausencia de homologación y déficit de calidad que se han producido.

**REQUISITO:** Proporcionar al personal sanitario todo el material de autoprotección correctamente homologado y en cantidad suficiente, a la vez que un rápido diagnóstico ante el contacto con un caso confirmado sin la adecuada protección. Establecer un sistema de compras y aprovisionamiento rápido y eficaz, con un fondo de contingencia de reserva de material y aparataje.

**B.-** También cobran gran importancia las **medidas de seguridad destinadas a mantener el distanciamiento físico**:

- Imprescindible las limitaciones de aforo, que obligan a reorganizar y gestionar las agendas y los flujos de pacientes y acompañantes en todos los centros sanitarios.
- Las direcciones asistenciales deben adecuar las zonas de espera exteriores e interiores, potenciar la limpieza de los espacios y estancias y habilitar dispensadores de soluciones hidroalcohólicas y, en su caso, mamparas y protecciones. Es necesario reconsiderar el tránsito de personas y la libre circulación por los hospitales.
- Nuestra opinión es mantener restricciones al respecto de acompañantes y visitantes a las citas y a las habitaciones de los hospitales, de tal manera que no se permita más de una persona como acompañante por paciente en las salas de hospitalización y para visitas un máximo de dos personas sólo durante las franjas horarias permitidas por los centros. En caso de consultas externas, también se limitaría a un acompañante salvo menores de edad o personas dependientes.
- Para todos los **centros asistenciales en Atención Primaria y Servicios de Urgencia, es imprescindible un triaje en el acceso o entrada**, discriminando el motivo de la asistencia y creando áreas específicas para la atención a pacientes con sospecha de infección respiratoria. Estas normas deben ser homogéneas en todos los centros asistenciales.
- Con el mismo propósito, deben regularse las reuniones entre los profesionales en los centros sanitarios. Cualquier sesión clínica presencial, comisión, comité, o cualquier otra reunión en el interior de los centros sanitarios, deberá permitirse si se garantiza la distancia física recomendada y se celebra en salas perfectamente ventiladas y limpias.
- Respecto al uso de mascarillas, el COMA se ha posicionado mediante un comunicado sobre el uso generalizado de mascarillas faciales para toda la población, coincidiendo en ello con recomendaciones de la OMC. Por supuesto, con la evidencia recopilada hasta el momento, podemos pronunciarnos sobre la obligatoriedad en su uso en los centros sanitarios y en lugares cerrados y cuando no se pueda mantener la distancia de seguridad de 2 metros.

**REQUISITO:** Insistir en el cumplimiento de las medidas sanitarias de seguridad de aplicación global: distanciamiento social, uso de mascarillas e higiene de manos. El uso de mascarillas será obligatorio en la población que acuda a un centro sanitario, en instalaciones cerradas, medios de transporte y siempre que no se pueda mantener la distancia de 2 m. Los centros de salud y hospitalarios deben restringir la libre circulación de ciudadanos y las visitas y acompañantes. Reorganizar los circuitos y flujos de atención a los pacientes bajo estas premisas.

## C.- Mantenimiento de dobles circuitos para la atención a pacientes COVID-19 y de otras patologías.

Todos coincidimos en que la infección por SARS-CoV-2 ha venido para quedarse. Los dobles circuitos de entrada y de atención a los pacientes que se han establecido durante la pandemia deben permanecer, lo cual conlleva no sólo una completa reestructuración funcional de las consultas sino una inversión en recursos materiales e infraestructura para adaptar los espacios y la tecnología.

**REQUISITO:** Adaptación funcional y de infraestructura al mantenimiento de dobles circuitos para la diferenciación de la atención a COVID-19 de otras patologías.

## 2.- Accesibilidad a las pruebas de diagnóstico y medidas de aislamiento de casos para evitar rebrotes de la enfermedad.

**A.-** En la fase actual de la pandemia y para estar convenientemente preparados para nuevas contingencias es vital disponer de una **potente área de Salud Pública y sistema de vigilancia epidemiológica**.

- Hay que desarrollar medidas encaminadas a detectar y aislar de forma temprana a los casos y sus contactos, mediante la búsqueda activa. Estas funciones deben corresponder a las Direcciones de Salud Pública, considerando que este importante trabajo precisa de una estructura y personal específicos y debidamente formados, que no puede realizarse sobrecargando otros niveles asistenciales, que se encuentran ahora en plena fase de adaptación a la nueva realidad asistencial y siempre, claro está, con una interrelación constante con el nivel de Atención Primaria sobre el que ahora descarga el control de la epidemia.
- Se debe acceder con facilidad a los métodos diagnósticos para la detección de la infección por **SARS-CoV-2** tanto a nivel de atención primaria como en hospitalización.

**REQUISITO:** Potenciar Salud Pública y su interrelación con Atención Primaria para desempeñar funciones de vigilancia epidemiológica, contando con todos los medios diagnósticos sin restricciones, los sistemas de información y el control de casos y contactos, ampliando personal sanitario debidamente formado y asignado a cada centro de salud para reforzar esta función de rastreo. Test diagnósticos accesibles y con resultados rápidos.

### 3.- Desarrollo de las tecnologías de sistemas de información y comunicación e implementación de telemedicina. Cambios en la organización de las agendas de trabajo de los médicos y de canales de comunicación más fluidos entre niveles asistenciales.

Existen ya muchas propuestas de las sociedades científicas de las distintas especialidades para abordar la necesaria reorganización de la asistencia. [Ha tenido que producirse esta tragedia para poner en valor las numerosas aplicaciones de la tecnología y la digitalización en la práctica médica.](#) La telemedicina o consulta electrónica/consulta online o cualquier otro término que pueda definir el uso de la tecnología para permitir un acto médico era ya una realidad, pero no generalizada y sin una cobertura legal definida ni respaldo deontológico claro.

**A.-** La telemedicina aporta nuevas virtudes al modelo de atención sanitaria clásica. Aporta ventajas tales como la mayor accesibilidad al sistema, la eficiencia, al disminuir significativamente costes (desplazamiento de pacientes, horas de trabajo perdidas, etc.), riesgos para la salud y para el paciente. Parece evidente que los sistemas sanitarios públicos y privados han de desarrollar y potenciar estrategias de telemedicina que amplíen la oferta asistencial a los pacientes. Por tanto, es ésta una oportunidad excelente para situarla en el nivel de práctica clínica que decidan los profesionales como herramienta de valor y que se garanticen los derechos de intimidad, de confidencialidad y el secreto de los datos clínicos en este tipo de consultas.

**B.-** Aceptando pues algunas formas ya reconocidas e implementadas de telemedicina y otras que están por venir, debemos [alertar ante el respeto de la relación médico-paciente, en la que se basa toda nuestra actuación ética y deontológica,](#) y recordar que nunca el propósito pueda ser sustituir la consulta presencial o imponer esta herramienta en la lex artis de cada profesional. Nos mostramos a favor que los primeros objetivos en este nuevo sistema sanitario sea que la tecnología permita la eliminación de tareas burocráticas no propias del médico dando tiempo para la necesaria relación clínica con el paciente y la interrelación entre los médicos y otros profesionales sanitarios de distintas especialidades o niveles asistenciales, promoviendo la atención multidisciplinar con plataformas digitales seguras.

**REQUISITO:** Invertir y desarrollar sistemas informáticos para garantizar que el acto médico no presencial, muy útil si es gestionado por los propios profesionales y que debe integrarse definitivamente en las organizaciones sanitarias, se desarrolle en el adecuado contexto jurídico y ético-deontológico. Las necesidades materiales para este acto online deben prestarse por las administraciones mediante conexiones seguras y respetando la ley de protección de datos.

## 4.- Adecuación de los recursos humanos a las necesidades reales actuales con incremento de las plantillas y con contratos estables. Apostar por la investigación.

Si miramos atrás, tras las crisis económicas recientes siempre se ha producido una disminución en el gasto público en sanidad. No se puede caer en el mismo error y aunque este periodo de desescalada se vea marcado por una acusada crisis económica, nuestro sistema sanitario y sus profesionales no podrían resistir a otra contingencia, similar o distinta, en las mismas condiciones en las que se ha enfrentado a esta pandemia.

**A.-** Es urgente planificar una mayor inversión en sanidad tanto en los medios asistenciales como en la remuneración a los profesionales médicos sea cual sea su relación laboral respecto a sistemas públicos o privados. Y es necesario dimensionar las plantillas adecuadamente, evitando las contrataciones precarias y el uso de mano de obra barata para mantener la creciente demanda asistencial.

**B.-** Hacemos un especial énfasis en la necesaria organización por parte del Ministerio de Sanidad para [programar la formación de futuros especialistas con la debida antelación](#), evitando que suceda la falta de especialistas que se prevé para los próximos años por relevo generacional.

**C.-** Exigimos a nuestros gobernantes que tomen las [medidas oportunas para evitar el éxodo de médicos especialistas formados vía MIR en nuestro país](#), ante ofertas de mayor estabilidad laboral o mejores retribuciones en otros países, lo que agrava la falta de especialistas antes comentada.

**D.-** Hay que [potenciar la faceta docente e investigadora de los médicos asistenciales y definir claramente qué porcentaje del tiempo laboral está asignado a ella](#). El sistema no puede permitirse más retrocesos y sin esta dedicación, que permita evaluar los resultados de la actividad de los profesionales y su impacto en la salud, no podemos avanzar. Tampoco podremos estar a la altura sin una enérgica apuesta por la investigación médica.

**REQUISITO:** Incremento de la dotación de personal en función de las cargas de trabajo que genera la población asignada, sus características y las funciones a desarrollar. Creación de puestos de trabajo estructurales y dignos que puedan cubrirse interinamente de forma inmediata y que eviten el éxodo a otros países. Planificar la formación MIR de futuros especialistas a medio-largo plazo. Apuesta clara por la investigación.

## 5.- Reconocimiento y respeto a los profesionales con la participación en la toma de decisiones de sus organizaciones y representantes.

Los médicos no hemos sido héroes durante la pandemia ni queremos ser villanos tras ella. Hemos actuado bajo los criterios que definen nuestra profesión, con un alto nivel de compromiso y servicio a la sociedad.



Pero, si ya es difícil el desempeño de nuestras funciones en un sistema sanitario rígido, agotado, precario y con muchas limitaciones, más aún lo es en una crisis sanitaria como la que hemos vivido, que nos pone a prueba, y que nos exige aplicar una medicina de contingencia por el bien común. A esto se añade la falta de protección a la que nos han sometido los gestores, la falta de sensibilidad en sus declaraciones públicas sobre las tasas de contagio entre sanitarios, que solamente es explicable por una falta de reconocimiento y respeto por nuestra labor.

Hemos tenido que reivindicar que la infección en sanitarios haya sido considerada como accidente laboral, cuando inicialmente se menospreciaba la posibilidad del contagio en nuestro ámbito laboral, e incluso se acusaba a los médicos de contagiarse en su ámbito familiar o social. No nos parece suficiente, y creemos justo que **se considere como contingencia profesional y que la profesión médica sea reconocida como de riesgo**.

El nivel de participación en la toma de decisiones de los profesionales debe mejorar considerablemente dado que es un tremendo error dejar atrás la opinión y experiencia de quien está directamente implicado.

**REQUISITO:** Pedimos un reconocimiento acorde al valor que supone nuestra profesión en la sociedad y exigimos apoyo y respeto rechazando cualquier acusación que ponga en entredicho nuestras actuaciones durante este periodo de contingencia. La profesión médica debe ser reconocida como de riesgo y la infección por SARS-CoV-2 como enfermedad profesional. Los profesionales han de participar en la toma de decisiones formando parte de la solución en un modelo de gestión inclusivo.

## **6.- Nuevo sistema sanitario adaptado a los cambios demográficos y sociales.**

El sistema sanitario debe centrarse en conseguir objetivos de salud mediante la Prevención, Predicción, Participación y Personalización. Esta crisis de salud pública nos ha mostrado cuán equivocados estábamos en la atención a nuestros mayores y en cómo se gestionan los centros socio-sanitarios o residencias de personas mayores.

**A.-** Tenemos que idear un plan distinto para la atención socio-sanitaria, con interrelación con el nivel de la Atención Primaria, pero dotando a ésta de recursos humanos o de planes específicos.

**B.-** La organización asistencial previa permitía la irrupción inmediata de los pacientes en las agendas de consultas programadas de los médicos y pediatras, lo cual interfiere en la relación asistencial y merma el tiempo de dedicación, sobrecargando sin límite la asistencia. Esta situación es insostenible en el nuevo modelo, que requiere una estricta organización en el circuito de pacientes y en el aseguramiento de la higiene. Por tanto, nuestra propuesta es que **los centros de atención a urgencias extrahospitalarias (PAS/ PAC) se refuercen y permanezcan abiertos todos los días las 24 horas, para dar cobertura a esta demanda no planificada**, permitiendo así la programación necesaria de la asistencia en Atención Primaria, y la previsible disminución de la asistencia a urgencias hospitalarias por motivos banales o menores.

**REQUISITO:** Modelo de coordinación del entorno socio-sanitario con Atención Primaria. Potenciar la intervención comunitaria en poblaciones vulnerables y la atención domiciliaria en condiciones. Ampliación de los servicios de urgencias extrahospitalarias a horario de 24 horas durante todo el año.

## 7.- Desarrollo de protocolo quirúrgico con adaptación a la situación actual y reducción del incremento en las listas de espera quirúrgica.

La reducción de la actividad quirúrgica y de pruebas diagnósticas ocasionada por la priorización de la asistencia sanitaria a la pandemia sufrida, ha motivado un incremento aún mayor de las listas de espera de cirugía programada para patologías muy prevalentes y de las pruebas radiológicas y diagnósticas en general. [Hay que establecer fórmulas para contrarrestar estas listas de espera](#) que indudablemente consistirán en incrementar la actividad extraordinaria y en el control de la demanda. Es una excelente oportunidad para dejar de hacer definitivamente aquello que no aporta valor en términos de salud y que se ha podido constatar en este periodo de asistencia específica a la patología COVID-19.

La posibilidad de intervenir a pacientes enfermos asintomáticos de SARS-CoV-2 podría conllevar un riesgo para su salud por complicaciones graves postoperatorias, y ser un foco de infección intrahospitalaria, por lo que es imprescindible realizar la prueba diagnóstica de frotis nasofaríngeo a todos los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica.

**REQUISITO:** Incremento de recursos humanos, materiales y de financiación para reducción de lista de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas. Adaptación de la actividad quirúrgica a la situación actual que precisa un mayor distanciamiento de los pacientes en las unidades prequirúrgicas y de Reanimación. Incremento de la cirugía sin ingreso. Establecer protocolos quirúrgicos que incluyan realizar prueba de frotis nasofaríngeo para descartar infección por SARS-CoV-2. Priorización de la actividad quirúrgica en cada especialidad, incrementando progresivamente la patología considerada no urgente.

## 8.- Potenciar el uso adecuado de los servicios sanitarios públicos.

Se hace necesario un mayor compromiso por parte de los ciudadanos para mantener un uso adecuado de los servicios sanitarios, y evitar la frecuentación inadecuada a los mismos, fundamentalmente a los servicios de Urgencias y Atención Primaria. Debe existir un compromiso de la administración para, en conjunción con las sociedades científicas, minimizar los contactos no adecuados con el sistema, además de para hacerlo sostenible, para evitar los riesgos actuales sobrevenidos por la pandemia.

**REQUISITO:** Reducir la hiperfrecuentación previa a la pandemia en todos los niveles asistenciales, con apuesta firme de los gobiernos para la educación a la población y aplicar medidas de regulación.

**REQUISITO:** Las autoridades sanitarias deben establecer un plan de comunicación a la ciudadanía dirigido a respetar el uso adecuado de los servicios sanitarios, de apoyo a sus profesionales, de concienciación para el autocuidado y el empoderamiento de los pacientes para el control de sus enfermedades crónicas.

## 9.- Despolitización y profesionalización de la gestión.

Los países que mejor han evitado la repercusión de la pandemia son los que reaccionaron de forma precoz estableciendo, bien un confinamiento, o bien medidas de salud pública previstas con antelación, generadas por profesionales en el seno de instituciones u organismos de ámbito nacional. **En nuestro país no se ha dispuesto de un plan de contingencia ante una crisis de esta magnitud**, o bien quedaron en el olvido planes previos existentes como el de la pandemia de gripe A H1N1 del 2009 - 2010. Además, **las medidas de fases y confinamiento han sido confusas y cambiantes en función de cuestiones políticas**, sin respetar la rigurosidad que pudiera establecerse con criterios estrictamente científicos. No se ha hecho público el referente o referentes que han elaborado los planes de salud pública tanto previos como posteriores a la primera oleada de la epidemia.

**Mención especial merece el trabajo desarrollado por la sanidad privada**, principalmente, por sus profesionales. Este sector ha padecido las normas de confinamiento limitando de manera intensa su actividad pero se ha puesto a disposición de las autoridades sanitarias incondicionalmente. Su labor y valor no se pueden rechazar y menos con la respuesta tan al límite que nuestro sistema público ha sido capaz de ofrecer durante esta crisis. Sin embargo, su colaboración ha estado condicionada a decisiones políticas y a la falta de existencia de un plan de respuesta global ante emergencias sanitarias, pese a la instauración de un mando único.

**REQUISITO:** Plan de Actuación ante pandemias, y específicamente una Estrategia Nacional contra el virus SARS-CoV-2. Creación de un grupo de trabajo para dar respuesta a nuevas situaciones de emergencia sanitaria que se produzcan en el futuro, con participación real de la profesión médica en el Foro de las Profesiones Sanitarias. Establecer un referente para la coordinación del Plan, que debe ser una Institución Sanitaria de prestigio en Salud Pública, de las muchas y prestigiosas que existen en nuestro país. Evitar las interferencias de los criterios políticos sobre los científicos. Integrar los recursos asistenciales de la sanidad privada en los planes de actuación ante pandemias, mediante los necesarios acuerdos con el sector.

# CONCLUSIONES

---

## 1.

Proporcionar al personal sanitario todo el **material de autoprotección** correctamente homologado y en cantidad suficiente, a la vez que un **rápido diagnóstico** ante un contacto con un caso confirmado sin la adecuada protección. Establecer un **sistema de compras y aprovisionamiento rápido y eficaz**, con un fondo de contingencia de reserva de material y aparataje.

## 2.

Insistir en el **cumplimiento de las medidas sanitarias de seguridad** de aplicación global: distanciamiento social, uso de mascarillas e higiene de manos. El **uso de mascarillas será obligatorio** en la población que acuda a un centro sanitario, en instalaciones cerradas, medios de transporte y siempre que no se pueda mantener la distancia de 2 m. **Los centros de salud y hospitalarios deben restringir la libre circulación** de ciudadanos y las visitas y acompañantes. Reorganizar los circuitos y flujos de atención a los pacientes bajo estas premisas.

## 3.

Adaptación funcional y de infraestructura al mantenimiento de **dobles circuitos** para la diferenciación de la atención a COVID-19 de otras patologías.

## 4.

**Potenciar Salud Pública** y su interrelación con Atención Primaria para desempeñar funciones de vigilancia epidemiológica, contando con todos los medios diagnósticos sin restricciones, los sistemas de información y el control de casos y contactos, ampliando personal sanitario debidamente formado y asignado a cada centro de salud para reforzar esta función de rastreo. **Test diagnósticos accesibles y con resultados rápidos.**

# 5.

**Invertir y desarrollar sistemas informáticos** para garantizar que el acto médico no presencial, muy útil si es gestionado por los propios profesionales y que debe integrarse definitivamente en las organizaciones sanitarias, se desarrolle en adecuado contexto jurídico y ético-deontológico. Las necesidades materiales para este acto online deben prestarse por las administraciones, mediante conexiones seguras y respetando la ley de protección de datos.

# 6.

**Incremento de la dotación de personal** en función de las cargas de trabajo que genera la población asignada, sus características y las funciones a desarrollar. Creación de **puestos de trabajo estructurales y dignos** que puedan cubrirse interinamente de forma inmediata y que eviten el éxodo a otros países. **Planificar la formación MIR** de futuros especialistas a medio-largo plazo. Apuesta clara por la **investigación**.

# 7.

**Pedimos un reconocimiento** acorde al valor que supone nuestra profesión en la sociedad y exigimos apoyo y respeto rechazando cualquier acusación que ponga en entredicho nuestras actuaciones durante este periodo de contingencia. La profesión médica debe ser reconocida como **de riesgo**, y la infección por SARS-CoV-2 como **enfermedad profesional**. Los **profesionales han de participar en la toma de decisiones** formando parte de la solución en un modelo de gestión inclusivo.

# 8.

Modelo de **coordinación del entorno socio-sanitario** con Atención Primaria. Potenciar la intervención comunitaria en poblaciones vulnerables y la atención domiciliaria en condiciones. **Ampliación de los servicios de Urgencias** extrahospitalarias a horario de 24 horas durante todo el año.

# 9.

Incremento de recursos humanos, materiales y de financiación para **reducción de lista de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas**. Adaptación de la actividad quirúrgica a la situación actual que precisa un mayor distanciamiento de los pacientes en las unidades prequirúrgicas y de Reanimación. Incremento de la cirugía sin ingreso. Establecer protocolos quirúrgicos que incluyan realizar prueba de frotis nasofaríngeo para descartar infección por SARS-CoV-2. Priorización de la actividad quirúrgica en cada especialidad, incrementando progresivamente la patología considerada no urgente.

# 10.

**Reducir la hiperfrecuentación** previa a la pandemia en todos los niveles asistenciales, con apuesta firme de los gobiernos para la educación a la población y aplicar medidas de regulación.

# 11.

Las autoridades sanitarias deben establecer un plan de **comunicación a la ciudadanía** dirigido a respetar el **uso adecuado de los servicios sanitarios**, de apoyo a sus profesionales, de concienciación para el autocuidado y el emponderamiento de los pacientes para el control de sus enfermedades crónicas.

# 12.

**Plan de Actuación ante pandemias**, y específicamente una Estrategia Nacional contra el virus SARS-CoV-2. Creación de un grupo de trabajo para dar respuesta a nuevas situaciones de emergencia sanitaria que se produzcan en el futuro, con participación real de la profesión médica en el **Foro de las Profesionales Sanitarias**. Establecer un referente para la coordinación del Plan, que debe ser una institución sanitaria de prestigio en Salud Pública, de las muchas y prestigiosas que existen en nuestro país. **Evitar las interferencias de los criterios políticos sobre los científicos**. Integrar los recursos asistenciales de la sanidad privada en los planes de actuación ante pandemias mediante los necesarios acuerdos con el sector.



COLEGIO OFICIAL DE  
**MÉDICOS**  
DE ALICANTE

**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE**

Avda. de Dénia, nº 47-A  
Tel. 965 26 10 11 - Fax. 965 26 05 15  
03013 Alicante.

[correo@coma.es](mailto:correo@coma.es) - [www.coma.es](http://www.coma.es)

