



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS  
DE LA REGIÓN DE MURCIA

Informe para la Comisión Especial de Estudio  
sobre el Plan de Reactivación Económica y  
Social, y de Evaluación del Impacto del  
Coronavirus en la Región de Murcia

*Julio 2020*

## Índice

1. Petición de informes sectoriales sobre la crisis del coronavirus por parte de la Asamblea Regional de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
2. Consideraciones generales.
3. Situación y respuesta ante la crisis COVID19 en la Región de Murcia.
4. Epidemiología de la COVID19, modelo sanitario y Salud Pública en la Región de Murcia.
5. Financiación y colaboración público-privada en la Región de Murcia.
6. Situación de la Atención Primaria y las Urgencias en la Región de Murcia.
7. Respuesta y oportunidades del modelo asistencial hospitalario en la Región de Murcia.
8. Formación, docencia e investigación en la Región de Murcia.
9. Implicación de los usuarios en la reconstrucción del sistema sanitario.
10. Reflexiones.
11. Anexo.

*Grupo de Trabajo del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, integrado por:*

***Francisco Miralles Jiménez, presidente***

***José Miguel Bueno Ortiz, secretario general***

***Pilar Esteban Delgado, vocal de la Sección de Médicos de Hospitales***

***Enrique Aguinaga Ontoso, vocal de la Sección de Médicos de Administraciones Públicas***

***Domingo A. Sánchez Martínez, vocal de la Sección de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo***

***María José Campillo Palomera, vocal de la Sección de Médicos de Ejercicio Privado***

***Celia Román García, vocal de la Sección de Médicos de Atención Primaria***

***Antonio Martínez Pastor, vocal de la Sección de Médicos Tutores y Docentes***

***Ana Esmeralda Palacios Sastre, gerente***

***Isabel Sánchez Melgarejo, responsable de Comunicación***



## 2. Consideraciones generales.

La Organización Mundial de la Salud elevó, el pasado 11 de marzo de 2020, la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional. El Gobierno de España, mediante el Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo, declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en virtud del artículo cuarto, apartado b), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

Las circunstancias extraordinarias que han concurrido han supuesto, sin duda, una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud con importantes consecuencias socioeconómicas, tanto por el muy elevado número de ciudadanos afectados como por el extraordinario riesgo para sus derechos y una gran parálisis de la actividad económica.

Ante el necesario escenario de acuerdos para la reconstrucción social y económica provocado por la crisis sanitaria de la COVID-19, y en respuesta a la solicitud de informes sectoriales por parte de la Comisión Especial de Estudio sobre el Plan de Reactivación económica y social, y de evaluación del Impacto del Coronavirus en la Región de Murcia constituida en la Asamblea Regional, el Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia considera:

### **CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL SNS**

- La pandemia de la COVID-19 ha evidenciado todas las debilidades de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y ha dejado visible algunas de las urgentes actuaciones a poner en marcha para reconducir nuestra Sanidad a los niveles que presentaba hace algo más de una década. El escaso presupuesto dedicado a Salud Pública (menos del 2% del total del gasto sanitario) y a la Sanidad en España, por debajo del 6 % del PIB, el desmantelamiento y el escaso liderazgo del Ministerio de Sanidad, el abandono de la Sanidad en la agenda política, la falta de previsión y la exposición de los profesionales sin los recursos suficientes, han producido una situación que no puede volver a repetirse. Revertir lo expuesto anteriormente debe priorizarse en un esperado y anhelado Pacto por la Sanidad para dotar a España de un SNS que, sustentado en los principios de solidaridad y equidad, implique a todas las fuerzas políticas y a todos los sectores de la sociedad, que sirva para la buena gobernanza de nuestra Sanidad, gobierne quien gobierne, dejándola fuera de la lucha política.
- La prestación sanitaria en la Región de Murcia está estructurada dentro del Sistema Nacional de Salud, tal como define la Ley General de Sanidad. La organización en zonas básicas de salud, que se agrupan en áreas de salud, es una fortaleza de nuestro sistema que acerca su gestión al ciudadano, al que debería hacer más partícipe. Atiende una cartera de servicios que, igualmente, deberá ser homogénea en todo el territorio español.  
El proveedor de los servicios, el ente Servicio Murciano de Salud, necesita una mayor definición, una mayor autonomía de gestión y, a la vez, una auditoría externa, profesional y permanente.

## NECESIDADES URGENTES

- Es necesario un gran acuerdo por la financiación de nuestro SNS. Una financiación suficiente, estable y consolidada fiscalmente, coherente con los principios de cohesión territorial, igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Debe ser un objetivo prioritario incrementar el porcentaje del PIB que **destinamos a Sanidad Pública por encima del 8%**. Debemos presupuestar y consolidar un gasto superior al **11% del PIB nacional** sumando gasto público y privado, acercándonos a los países de nuestro entorno. Inyectar una cantidad económica, acorde a la necesidad actual, que tenga como objetivo esencial el consolidar el empleo sanitario, mejorar las retribuciones de los profesionales sanitarios y los cambios estructurales y organizativos deben realizarse, de forma **URGENTE**.
- Hemos de incorporar a todos los niveles los principios de buena gobernanza que incluyan, entre otros: transparencia, competencia, participación democrática, rendición de cuentas, eficiencia, calidad y sensibilidad hacia los ciudadanos. **Profesionalizar la gestión de las instituciones sanitarias** con los objetivos de ser más eficaz y legitimar su labor de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad. Además, es **imprescindible revisar, potenciar y articular la participación de los ciudadanos y profesionales en la toma de decisiones**.
- Abogamos por una apuesta que impulse el **liderazgo del Ministerio de Sanidad**, con un sistema renovado de compromiso y lealtad con las Comunidades Autónomas. Dotar al Consejo Interterritorial del SNS de las capacidades necesarias como órgano de cogobierno de nuestra Sanidad. Las políticas de Salud Pública, de evaluación sanitaria, de garantías públicas, del medicamento, etc., deben priorizarse.
- En el marco actual deben analizarse, con criterios rigurosos, las actuales prestaciones sanitarias y considerar seriamente que estas lleguen a todo los ciudadanos españoles con la **misma accesibilidad, equidad y calidad** y se incluyan en la cartera de servicios aquellos tratamientos básicos con impacto en términos de morbilidad y calidad de vida.
- Nadie podrá discutir, tras la situación vivida, que **los profesionales sanitarios constituyen la piedra angular del SNS**. Sin su compromiso, vocación y esfuerzos sería impensable tener una asistencia como la que disfrutamos.
  - Se hace obligada una **Política de Estado de Recursos Humanos en Salud**, que garantice empleo de calidad, derechos retributivos en base a competencia, dedicación y responsabilidad, así como un desarrollo profesional acorde con la situación actual.
  - Priorizar con carácter urgente, medidas para **acabar drásticamente con la precariedad y temporalidad estructural** que sufrimos con mecanismos permanentes de coberturas de puestos estables.
  - **Mejorar en calidad de los modelos retributivos**, y que contengan las mejoras que nos homologuen a nuestro entorno europeo.

- Introducir fórmulas contractuales y retributivas orientadas a **hacer atractivo el ejercicio profesional en zonas de difícil cobertura.**
  - Establecer mecanismos e incentivos para **facilitar el retorno de profesionales** que emigraron en la anterior crisis.
  - Y, sobre todo, formar **más médicos** en las especialidades deficitarias.
- **La Atención Primaria** es el nivel asistencial prioritario a reforzar. Una política de recursos humanos que dé cabida a todas las profesiones sanitarias, en un trabajo en equipos multidisciplinares, con autonomía de gestión, desde una visión comunitaria, preventiva y social, con una apuesta **presupuestaria sobre el 25% del gasto sanitario público.**
  - La pandemia por la COVID-19 ha dejado de manifiesto el abandono de la **Salud Pública** en España. Se hace esencial el desarrollar la Ley de 2011 así como aumentar los recursos humanos en el entorno de la prevención.
  - Tenemos ante nosotros un enorme reto en el campo de las **residencias de mayores** y en la atención a la tercera edad, en general. Se lo debemos como sociedad. Tenemos que caminar hacia una necesaria y obligada atención socio sanitaria. Más salud a los años y una mejor atención social. Se hace imprescindible la planificación conjunta, las infraestructuras compartidas y la implicación de los servicios sanitarios públicos en la atención sanitaria a las Residencias de Mayores.
  - Impulsar políticas de **planificación y desarrollo** en el SNS:
    - Trabajar de forma conjunta y continuada entre las autoridades de salud y educación para planificar la formación de pregrados, postgrado y continuada de las profesiones sanitarias de forma integrada y así, poder atender las necesidades cualitativas y cuantitativas del sistema nacional de salud de forma planificada evitando los desajustes.
    - En Murcia la falta de médicos actual, y futura es alarmante, en la actualidad **el Servicio Murciano de Salud tiene un déficit de 500 médicos**, siendo la **previsión de jubilaciones en los próximos 10 años superior a 2000 médicos especialistas**, y no se está haciendo nada para atajar ese problema.
    - Es necesario **aumentar considerablemente el número de plazas de formación de especialistas médicos.**
  - La **Sanidad privada o privada concertada** merece una atención importante. Si nuestro sistema permite la coexistencia de proveedores de salud, tanto públicos como privados, desde las instituciones no podemos minusvalorar siempre a la Medicina privada. En el día a día, esta asume la asistencia de más del 30% de la población española, es un pilar básico que sustenta el sistema público a través de los conciertos y ha demostrado ser imprescindible en esta crisis. También tiene grandes problemas de sostenibilidad por los bajos precios con los que ha de dar las prestaciones, la falta de médicos, las bajas retribuciones de los profesionales y actos médicos y la problemática que provocan las incompatibilidades en los centros, tanto públicos como privados, y a los médicos que trabajan en ellos.

- Ante esta situación descrita, exigimos, una vez más, el reconocimiento de nuestras autoridades como representantes de los médicos y nuestra **participación en las grandes decisiones** que afectan a la profesión, en particular, y al sistema sanitario, en general.
- Hemos solicitado ante el Ministerio de Trabajo y Economía Social y el Ministerio de Sanidad, el reconocimiento de la **calificación de enfermedad profesional para los profesionales que hubieran sufrido contagio por COVID19**. Solicitamos expresamente el desarrollo de las medidas legales necesarias para que la infección de COVID19 y todas sus secuelas en los profesionales sanitarios, tanto del Sistema Nacional de Salud como de la Sanidad Privada, que requieran baja laboral, fallecimientos o cualquier otro perjuicio derivado de la atención sanitaria a la crisis COVID19, sean reconocidas como enfermedad profesional a todos los efectos.
- Igualmente, hemos enviado sendas cartas al ministro de Sanidad, Salvador Illa, y a la ministra de Trabajo, Yolanda Díaz, en las que **solicitamos que la profesión médica sea declarada de riesgo**, teniendo en cuenta la siniestralidad en el sector, penosidad, peligrosidad y toxicidad de las condiciones de trabajo, así como los requerimientos para el desarrollo de su labor sanitaria.
- Asimismo, expresamos nuestra creciente preocupación por el excesivo relajamiento en el cumplimiento de las medidas preventivas contra la COVID-19. De nada habrán servido tantos esfuerzos, tanta dedicación y tantos sacrificios si no somos capaces de implementar las medidas que hasta la fecha presentan más evidencias científicas ante una infección sin precedentes. Hacemos un llamamiento para que la **distancia física, el uso de mascarillas y la higiene de manos sean práctica habitual en la que se ha denominado “nueva normalidad”**.
- Como no podía ser de otra manera, queremos expresar nuestro reconocimiento a los compañeros y compañeras fallecidos como consecuencia de la infección por el virus SARS-Cov-19, más de 60. Nuestro ánimo a todos los que aún se encuentran afectados por la misma e intentando superar las complicaciones derivadas. Y nuestro orgullo y admiración a los miles y miles de profesionales sanitarios que siguen dando lo mejor de su profesión. **Siempre en nuestra memoria**.

### 3. Situación y respuesta de la Región de Murcia ante la crisis COVID19.

Siguiendo las directrices emanadas por el Ministerio, desde el Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, se llevaron a cabo varias actuaciones, entre las que destacan la adecuación de los circuitos hospitalarios y de los centros de salud a la situación y elaboración de planes de contingencia. Se dividió al personal en equipos de forma que se minimizaran los riesgos de exposición. Así mismo, se suspendió la actividad no urgente y se llevaron a cabo medidas más específicas en los diferentes ámbitos.

Desde **Atención Primaria** se llevó a cabo la labor del seguimiento telefónico de los casos y el estudio de los contactos, tanto de sospechosos como con diagnóstico confirmado de COVID-19. Esta labor fue diaria y durante los momentos de mayor intensidad de prevalencia de casos se llegó a trabajar durante los sábados y festivos de manera telemática. En aquellos casos de empeoramiento o en función de la situación particular de cada paciente, valorar la continuación del seguimiento telefónico, el cambio del tratamiento o la derivación a una puerta de urgencias hospitalarias quedaba a criterio del médico.

Estas funciones se desarrollaron de manera conjunta con la labor asistencial de otras patologías y tareas habituales en Atención Primaria (bajas, receta electrónica, seguimiento de pacientes crónicos, asistencia urgente...). Se procuró limitar la asistencia de presencia física a los pacientes con patología urgente y/o respiratoria grave. En el caso de estos últimos, se reubicaron las consultas para poder contar con un espacio apartado con el objetivo de minimizar el contacto con otras personas del centro de salud, donde pudiesen ser atendidos por un médico provisto del equipo de protección individual (EPI).

Así mismo, se instauró a la entrada de los centros de salud un sistema de triage compuesto por el equipo de Enfermería que permitiese discernir qué pacientes debían ser ubicados en una consulta “normal” o, en cambio, dirigirlos al espacio reservado a respiratorio.

El resto de consultas se procuraron realizar de manera telefónica, contactando con el paciente hasta en varias ocasiones si se daba el caso de no tener respuesta. Esto ha sido una realidad para todos los estamentos de Atención Primaria.

Desde el primer momento de presentarse la infección en la Región de Murcia, los **equipos de urgencias extrahospitalarias** empezaron a realizar asistencias en domicilios de los pacientes, con toma de muestras en casa y control de los síntomas. Inmediatamente después de ellos, continuó el control, seguimiento y aislamiento de las personas contagiadas, sospechosas y los contactos de estas, por parte de los equipos de Atención Primaria. Estas medidas han evitado el colapso de los servicios hospitalarios.

Este trabajo se ha realizado con un sobreesfuerzo por parte de los profesionales, horas de estudio y formación, aprendizaje de protocolos y contra-protocolos que, cada 2 o 3 días, eran enviados desde las gerencias.

**Una vez más la planificación de la epidemia NO se había realizado, no se habían formado adecuadamente a las plantillas en medidas de protección, los profesionales no tenían equipos de protección individual, ni mascarillas suficientes y no tenían la posibilidad de hacer test de forma rápida y fiable. Los profesionales sanitarios han vivido una sensación de desprotección e indefensión ante la posibilidad de contagio en las consultas y en los desplazamientos a los domicilios de los pacientes.**

Se ha trabajado 24 horas al día durante 7 días a la semana, sin descansos compensatorios semanales y pérdida de conciliación familiar. Se ha aprendido telemedicina de forma abrupta y ha resultado eficaz. Se ha realizado un trabajo impecable con perfecta sincronización Atención Primaria-Atención Hospitalaria y adaptación al nuevo escenario por parte de los profesionales, que es admirable y loada desde otras comunidades autónomas.

Una vez llegada la fase de desescalada, hemos sufrido la ausencia de contrataciones de médicos y pediatras suficientes, que aseguren una correcta vuelta a la “normalidad”, manteniendo un doble circuito de entrada a los centros y un triage en estos.

De manera constante, ha habido cambios de protocolos e indicaciones transmitidas por los servicios y órganos responsables de la gestión sanitaria, por lo que ha requerido de una capacidad de adaptación ininterrumpida por parte de todos los profesionales.

**Salud Pública** y sus profesionales, premiados con el Premio Hipócrates del Colegio de Médicos de la Región de Murcia en 2019, han realizado un gran trabajo durante estos meses. El Servicio de Epidemiología ha sido el responsable regional de organizar y coordinar las labores relacionadas con COVID-19.

Se identificaron los casos, se realizó la correspondiente encuesta epidemiológica y el estudio y seguimiento de sus contactos. Así mismo, todas las altas epidemiológicas se han dado desde Epidemiología. Respecto a la gestión de las Incapacidades Temporales, se comunicaron a inspección, tanto la de los casos como las cuarentenas.

En un primer momento, la respuesta de la línea 900121212 estuvo a cargo de la Dirección General de Salud Pública. En Epidemiología, se coordinaron las llamadas que eran respondidas por su personal con la ayuda de otros profesionales de la Dirección General. Más tarde, pasó a cargo de una empresa privada. Además, desde la Dirección General se puso en marcha un teléfono de asistencia a la población en el que se explicaban las medidas a tomar y se ofrecía apoyo psicológico para un confinamiento saludable.

Los sistemas de información son vitales para realizar estas actividades, por lo que se habilitó un aplicativo en el que se recogían todos los casos confirmados con PCR junto con su correspondiente encuesta epidemiológica. La Región de Murcia está por debajo de la media nacional en RT-PCR por habitante.

A medida que ha disminuido el volumen de casos, se han podido retomar actividades realizadas. En la actualidad, Epidemiología se encarga del estudio de los casos y contactos, mientras que el seguimiento de los mismos se realiza desde Atención Primaria.

## 4. Epidemiología de la COVID19, modelo sanitario y Salud Pública en la Región de Murcia.

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA COVID19

Según el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud, en la Región de Murcia hasta el 15 de julio se han registrado **3.475 casos confirmados**, de ellos 1.781 por prueba diagnóstica RT-PCR. De estos 3.395 casos confirmados, **688** han precisado **hospitalización** y **113** han ingresado en **UCI**.

Se ha dado el alta epidemiológica a 3.228 pacientes, de estos 1.536 por prueba RT-PCR y han **fallecido 148** (se han excluido 3 casos con pruebas positivas anticuerpos). Las **pruebas diagnósticas** realizadas para la detección de coronavirus han sido **138.391**.

El total de casos autóctonos con vínculo epidemiológico constatado (contacto con un caso confirmado) es de 1.402 sobre 3.475 (40,3%). De estos 1.402 casos con vínculo epidemiológico constatado, 422 (**30,1%**) están relacionados con **residencias de mayores** en las que ha habido un brote (más de 1 caso de COVID19), incluyendo 117 trabajadores (8,3%) y 305 residentes (21,8%), 564 (40,2%) son casos con contagio en el hogar, 262 casos (18,7%) corresponde a contagios en el ámbito laboral (excluyendo los contagios producidos en residencias, incluidos en un apartado anterior), en 68 casos (4,9%) el contagio se relaciona con actividades sociales y/o de ocio y 20 casos (1,4%) eran pacientes ingresados en hospital en los que se sospecha transmisión intrahospitalaria (la mayoría están relacionados con un brote nosocomial en un hospital). En el resto de casos (4,7%) no consta información suficiente o no pueden ser incluidos en las categorías anteriormente mencionadas.

Entre los casos confirmados se han registrado 529 casos (15,2%) de **profesionales sanitarios**, cuya media de edad es de 43 años. Esta cifra incluye todos los casos de profesionales sanitarios, independientemente de si el contagio ha sido en relación a su actividad laboral o sin relación con dicha actividad (extra-laboral).

**Tabla 1. Casos confirmados COVID19 según ocupación en profesionales sanitarios (N=529\*). Región de Murcia.**

Ocupación	N	%
Enfermero/a	139	26,3%
AuxiliarEnfermería	136	25,7%
Medico/a	109	20,6%
Celador/a	29	5,5%
Fisioterapeuta	14	2,6%
Técnico/aEmergencias	14	2,6%
Técnico/aRayos	9	1,7%
Farmacéutico/a	8	1,5%
Resto	71	13,4%
Total	529	100%

Fuente: Servicio de Epidemiología. D.G. Salud Pública y Adicciones.

Según el estudio longitudinal sero-epidemiológico (ENE-COVID) la prevalencia estimada de anticuerpos IgG frente a SARS-CoV-2 en **España** ha sido de un **5,2% (IC95%: 4,9- 5,5)** en la 3ª Ronda. En todas ellas la prevalencia es similar en hombres y mujeres (Ronda 3: hombres: 5,0%; IC95%: 4,7-5,4; mujeres: 5,3%; IC95%: 4,9-5,7). La prevalencia es menor en bebés y niños, con moderadas diferencias entre los grupos de más edad. Las diferencias por edad se reducen en la Ronda 3. En la **Región de Murcia** ha sido de un **1,6% (IC95%: 1,0 - 2,7)**.

Aunque se deberá analizar más adelante con más datos, la Región de Murcia ha tenido mucha suerte por tener, hasta el momento, una incidencia de casos y mortalidad de las más bajas de España. El **primer caso** se declaró el 6 de marzo y se confirmó como **positivo el 8 de marzo**. El **estado de alarma**, con el **confinamiento** correspondiente a toda la población, se inició el **14 de marzo**.

## MODELO SANITARIO

La Ley General de Sanidad (1986) tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución, instaura un modelo de **Sistema Nacional de Salud** en España que en la **Región de Murcia** cuenta con **nueve áreas de salud**, siendo apropiado para abordar la actual y futura/s pandemia/s.

Es necesario un Sistema Público de Salud con **recursos suficientes y con un presupuesto veraz** que no soporte el déficit estructural anual de más de 400 millones de euros.

**Tabla 2. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO CORRIENTE EN SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2007-2018 (millones de euros)**

	Servicios hospitalarios y especializados	Servicios primarios de salud	Servicios de salud pública	Servicios colectivos de salud	Farmacia	Traslado, prótesis y aparatos ortopédicos	TOTAL (*)
2007	1.008	190	26	58	384	32	1.698
2008	1.283	247	31	65	422	24	2.072
2009	1.348	270	28	88	442	31	2.207
2010	1.333	280	28	74	451	32	2.198
2011	1.362	292	30	84	413	34	2.216
2012	1.284	283	22	86	360	35	2.070
2013	1.251	267	33	125	342	33	2.051
2014	1.265	267	27	96	345	33	2.034
2015	1.340	286	25	87	350	33	2.120
2016	1.361	297	26	78	367	35	2.164
2017	1.395	314	29	88	376	34	2.237
2018	1.436	322	30	87	381	34	2.289

(\*) Gastocorriente.

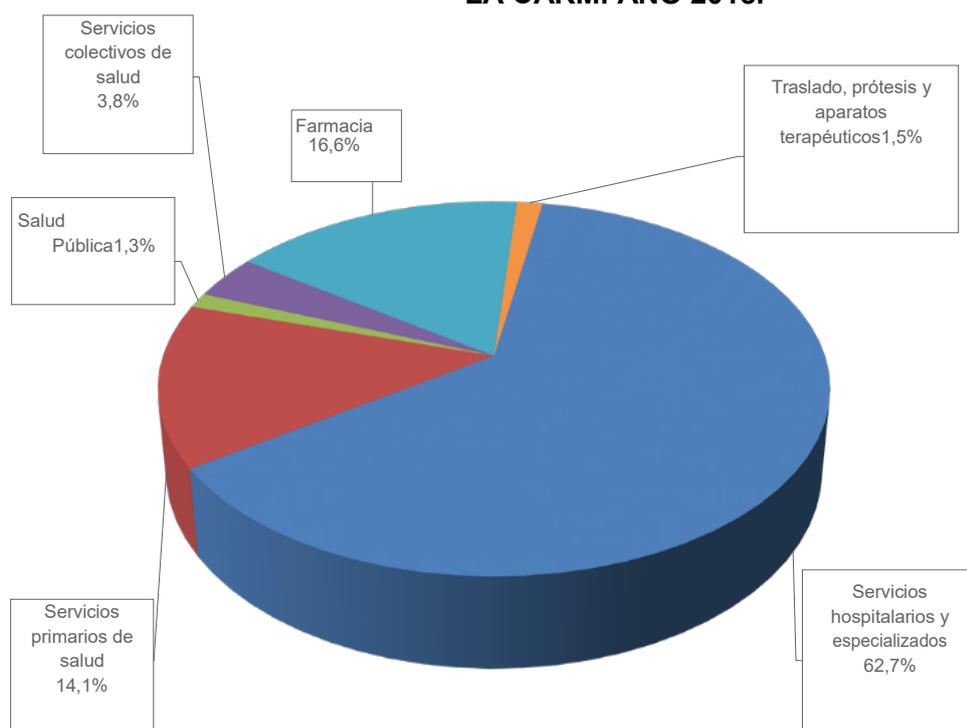
Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad). Tomado del CES Murcia.

## SALUD PÚBLICA

Necesidad de **establecer las áreas de salud como demarcación sociosanitaria**. Lo que conlleva, una dotación de plantilla que sitúe a la salud pública como referencia de estructura organizativa y de intervención sanitaria, con todas sus consecuencias, de presupuestos y de responsabilidades. El marco global sería el objetivo de salud para la población, y sus actuaciones, en los tres campos, de: a) promoción y prevención, b) tratamiento y c) rehabilitación y reinserción, tomando como referencia la autosuficiencia del Área de Salud. La actual centralidad en las Áreas de Salud de las actuaciones terapéuticas, heredada de la época del Insalud, desvirtúa su funcionamiento.

Se hace necesario incrementar los recursos en **Salud Pública** (escasamente superior al 1%) y desarrollar la **estructura en cada área de salud** con una relación estrecha entre Atención Primaria/Hospitalaria y Salud Pública, valorándose su **integración** en el Servicio Murciano de Salud.

### GRÁFICO 1. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO CORRIENTE EN SANIDAD DE LA CARM. AÑO 2018.



Fuente: EGSP (Ministerio de Sanidad). Tomado del CES Murcia.

Es vital abordar la **atención sociosanitaria** en las **residencias de mayores** con recursos, reglamentación y protocolos de prevención. Asimismo, hay que abordar la atención sociosanitaria a los grupos vulnerables existentes y a los nuevos generados por la pandemia.

La actual pandemia, y, anteriormente, otras crisis sanitarias (Legionella) han puesto de manifiesto el papel de los municipios que, aún sin competencias, ha sido **necesario** y **relevante**, y ha hecho posible una mayor eficacia a la hora de controlar la pandemia, con el control sobre instalaciones Municipales como Centros de Mayores, de la Mujer, Escuelas Infantiles, Juegos Infantiles en Jardines, Plazas y Mercados, Transportes, etc. Es en ellos donde reside la Comunidad y por lo tanto donde ésta desarrolla todas sus actividades diarias, es por lo tanto el lugar óptimo donde debe realizarse la **Salud Comunitaria**.

Por todo ello, debe contarse con los **municipios** en la gestión de crisis sanitarias que, con seguridad, van a seguir produciéndose en el futuro.

La pandemia COVID-19 ha venido a reafirmar la necesidad de contar con un potente Sistema Nacional de Salud que, no solo implica disponer de unas instalaciones y equipos

sanitarios adecuados, sino también que sus profesionales se mantengan en constante actualización, para lo que deben disponer de información científica relevante y basada en la evidencia. No solo es importante disponer de los conocimientos más actuales para la toma de decisiones clínicas y proveer así la mejor asistencia sanitaria a los ciudadanos, sino que también lo es disponer de la documentación e información científica necesarias para avanzar en la investigación en salud.

Ahora, nos enfrentamos de nuevo a un desafío económico, siendo imprescindible mantener unas colecciones bibliográficas que estén a la altura de las necesidades de información de nuestros profesionales, clínicos e investigadores.

Ante la crisis sanitaria del COVID-19 y la crisis económica mundial que se avecina, es necesario continuar facilitando a los profesionales del Sistema Nacional de Salud el acceso a la información científica más relevante, tanto para sus tareas asistenciales como formativas e investigadoras, lo que sin duda, redundará a corto y medio plazo en un mejor servicio a la ciudadanía, en una mejora de los indicadores de salud, y en una mayor sostenibilidad del sistema.

El Servicio Murciano de Salud, a través de su Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitarias, ha publicado 73 preguntas clínicas relacionadas con la COVID-19 en el [Banco de respuestas Preevid](#) que han recibido más de 3.5 millones de visitas únicas y ha elaborado y actualizado periódicamente el [Sumario CoVID-19](#) y facilitado el acceso a los recursos de información científico-técnica a través de su [Biblioteca Virtual Murciasalud](#).

El Colegio de Médicos quiere animar al Servicio Murciano de Salud a que continúe en la línea iniciada de realización de contrataciones de **recursos de información científica basados en la evidencia** y el **servicio Preevid** para garantizar el acceso equitativo a la información a todos los profesionales del Sistema Público de Salud.

## 5. Financiación y colaboración público-privada en la Región de Murcia.

### FINANCIACIÓN

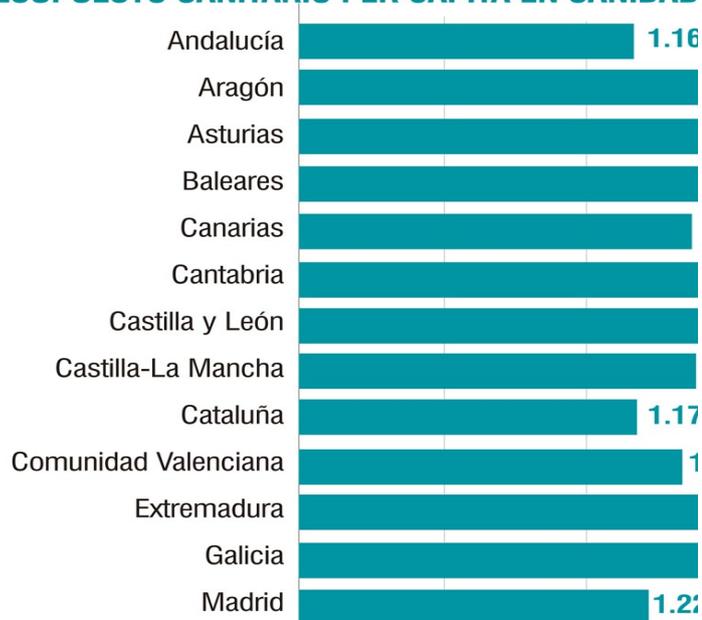
La financiación de nuestra Sanidad está condicionada por la financiación de nuestra Comunidad Autónoma. El actual reparto de los fondos entre comunidades es asimétrico, no se corresponde con una cantidad fija por habitante con algunos factores correctores (que quizás sería lo más justo), sino que suele responder a cuestiones más políticas. Actualmente, hay dos Comunidades Autónomas que tienen sus propios sistemas de financiación desde hace más de un siglo, que son el País Vasco y Navarra, con el llamado *Cupo Vasco* y el *Convenio Navarro*, y el resto tienen una financiación asimétrica, existiendo comunidades que reciben más que otras. Por ejemplo, Cantabria recibía por habitante 3141 euros en 2017, frente a los 2323 euros que recibía Murcia por habitante.

Esta financiación autonómica desigual produce que haya diferentes velocidades en el desarrollo y sostenimiento de los servicios públicos de las Comunidades Autónomas, saliendo peor paradas, lógicamente, las que están peor financiadas como la nuestra.

Además, las fluctuaciones que han ido presentando los presupuestos sanitarios de nuestra Región se han ido correlacionando con los presupuestos nacionales y la financiación recibida. El presupuesto fue creciendo hasta 2010, época en que la crisis económica se tradujo en recortes en servicios básicos como la Sanidad. Ese mismo año, el presupuesto empieza a caer hasta 2013, empezando entonces un lento ascenso hasta nuestros días, en los que continúa sin igualar a los de 2010.

La siguiente gráfica muestra la inequidad del sistema en el presupuesto destinado a Sanidad por Comunidad Autónoma, con diferencias de más de 500 euros de diferencia entre comunidades.

### PRESUPUESTO SANITARIO PER CÁPITA EN SANIDAD



El presupuesto que se destina a Sanidad y, en concreto, al Servicio Murciano de Salud, no refleja el gasto real del mismo. El gasto real del SMS está sobre los 2.300 millones de euros, lo que se traduce en un endeudamiento crónico del SMS con respecto a lo presupuestado (unos 400 millones de euros). El Tribunal de Cuentas ha cuestionado la sostenibilidad del SMS en reiteradas ocasiones.

**El Capítulo I refleja un crecimiento desigual de las plantillas por categorías. A pesar de que aumenta la cartera de servicios, este crecimiento se hace, sobre todo, en categorías no médicas. La plantilla real del SMS creció un 10% en los últimos 5 años, es decir, casi 2.000 nuevos empleos, de los cuales apenas 50 han sido médicos.**

Si estudiamos la demografía médica en Murcia, en el año 2017 la media de médicos activos por 100.000 habitantes, incluyendo la Sanidad privada, estaba por debajo de la media: sólo 450 frente a los 476 de la media.

## SANIDAD PRIVADA

En 2018, la Sanidad privada murciana representaba el 27% del gasto sanitario de la Región y aportaba el 30% de las camas hospitalarias. En 2019, más de 164.000 personas tenían contratado un seguro privado de salud en nuestra Región.

Por otra parte, el SMS concierta servicios sanitarios con entidades sanitarias privadas. El volumen de estos conciertos es de 126.655.200 euros en 2015 y de 148.652.490 euros en 2019.

España se considera uno de los países europeos con menor aportación a este sector, por debajo del 4% del PIB en los últimos años. Murcia se sitúa en el grupo de comunidades autónomas que presenta menor gasto sanitario privado.

Durante el Estado de Alarma, la sanidad privada ha estado totalmente al servicio de la Sanidad Pública. Se estableció el mando único y su utilización ha sido distinta según la Comunidad Autónoma y el número de pacientes COVID en la misma. Esto ha supuesto cancelar la mayor parte de las cirugías programadas y una disminución de actividad en todas las áreas, con una caída muy importante en la facturación.

La supervivencia de los centros privados, basada en seguros de salud con póliza *lowcost* y los conciertos con el sistema público a la baja, se hace insostenible.

La situación está llevando a que muchos médicos estén evaluando mantener o no la actividad en la Sanidad privada, pues la situación no es sostenible económicamente en el tiempo.

El sector no público sufre un grave quebranto económico, consecuencia de la pandemia que estamos viviendo. Si no se le ayuda, se corre el riesgo de que se reduzca de forma drástica, con la consiguiente pérdida de puestos de trabajo e, incluso, de recursos hoy por hoy necesarios (camas, respiradores...).

## 6. Situación de la Atención Primaria y las Urgencias en la Región de Murcia.

### SITUACIÓN PREVIA AL COVID-19

El Servicio Murciano de Salud tiene áreas de salud, con un hospital de referencia por cada área. En ese contexto, la Atención Primaria (AP) se articula en 86 centros de salud (12 de ellos con Punto de Atención Continuada y 9 con Puntos de Especial Aislamiento, es decir, con una asistencia a la población durante las 24 horas) y unos 180 consultorios. Las Urgencias Extrahospitalarias, que también son AP, están formadas por 27 servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 17 Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) y un centro coordinador de urgencias (CCU), con consulta y triage telefónico.

La situación de esta estructura de AP viene deteriorándose, desde hace años, por la falta de inversión en el primer nivel asistencial. Así, partimos de:

- Un déficit de recursos humanos grave, con plantillas insuficientes y una edad elevada, lo que conllevará un aluvión de jubilaciones en los próximos años y la posibilidad de que no haya relevo generacional. Esto ya sucede con los pediatras de Atención Primaria.
- Carencias en infraestructuras. Hay centros en los que se trabaja en condiciones lamentables: falta de espacio, accesibilidad, deterioro de material y de la arquitectura.
- Recorte progresivo del presupuesto destinado a AP desde 2010, ya que no es un presupuesto finalista y no existe una gerencia propia. Las competencias de los médicos de AP no paran de crecer y llevan año haciendo más con menos.
- Sobrecarga asistencial por no tener un reparto homogéneo de tarjetas sanitarias en función a la complejidad, pacientes crónicos y nivel socio-demográfico de la población a atender: agendas ilimitadas (la demanda no tiene fin y debe atenderse sin demoras).
- Continua burocracia, que hace las consultas poco operativas.
- Fuga de especialistas MIR de Medicina de Familia a la Atención Hospitalaria, por la falta de atractivo de la AP: no hay días destinados a formación, investigación, hay que asumir cupos de los compañeros para poder disfrutar de vacaciones, con la sobrecarga que supone, etc. Se estima que las ausencias no suplidas suponen un incremento medio del 11,7% del tamaño de los cupos. (Aten. Primaria 2007; 39 (3)).
- Desconocimiento de la especialidad, ya que la formación de la Medicina en España sigue siendo *hospitalocentrista* y por especialidades y únicamente se imparte un rotatorio en centros de salud en 6º curso de Medicina.
- Demanda ilimitada de la población.

## NECESIDADES EN AP ANTE REBROTOS

- **Dimensionar las plantillas de SUAP y centros de salud** para asegurar el doble circuito de entrada a los centros y el triage en la puerta de estos. Ahora, es más importante prevenir los contagios en los centros.
- **Incentivar la atención en Puntos de Difícil Cobertura.** Las zonas más alejadas de la ciudad están encontrando graves dificultades para ser cubiertas y, por tanto, su población queda más desprotegida.
- Tener una reserva estratégica **de material de protección y producción asegurada** desde puntos locales o nacionales.
- Tener acceso a **recursos tecnológicos** suficientes para continuar con la telemedicina reglada, respaldada por proyectos supervisados por profesionales y bajo control de cumplimiento normativo y prevención del delito.
- **Historia clínica única** del paciente.

- **Potenciar la asistencia domiciliaria** con dotación de vehículos con las debidas normas de prevención de contagios y desinfección.
- Control de las agendas por parte de los profesionales. Hay que poner límite a la demanda: no más de 30 consultas diarias. **Hay que reinventar los centros de salud.**
- Continuar mejorando los protocolos e interconsultas no presenciales con Atención Hospitalaria.
- Planes de **formación continuada obligatoria** dentro de jornada laboral a todos los trabajadores y a equipos para reserva.
- Alianza mantenida con Salud Pública.
- **Una población empoderada**, que sepa tomar decisiones autónomas sobre sus problemas de salud y siempre supervisadas por sus profesionales sanitarios.
- Lograr un **cambio de valores y cultura** de la sociedad actual que lleva a considerar la salud como un bien de consumo, así como la medicalización de muchas situaciones.
- **Campañas de divulgación y publicidad** en medios de comunicación y redes sociales, dignificando el trabajo de los profesionales y dándolo a conocer de una manera generalizada (series de televisión, anuncios publicitarios, tertulias...), resaltando la posición del médico de familia en la relación médico-paciente.
- Desde el año 2000, estamos inmersos en una **“inversión de la tendencia demográfica de la población”**. Cada vez hay menos nacimientos y la población mayor de 65 años es más numerosa, con el consecuente envejecimiento de los países. Por lo tanto, nos enfrentamos al reto de “añadir vida a los años”. Para conseguir una esperanza de vida muy elevada en salud y disminuir el consumo de recursos sanitarios, el gasto per cápita por paciente según el número de enfermedades crónicas aumenta por 3 en el caso de una enfermedad, por 5 en el caso de 2 y hasta por 17 en el caso de 5 enfermedades crónicas. Los profesionales expertos en salud comunitaria somos los médicos de familia y pediatras de AP. Tenemos los conocimientos para afrontar este reto, pero nos faltan recursos humanos y económicos.
- Disponer de **especialistas en Pediatría en todos los centros de salud**. La cobertura de las plazas de pediatra de AP debe ser una prioridad para el SMS. No se pueden incrementar las desigualdades entre las diferentes poblaciones, con la consecuente inequidad en salud.

## 7. Respuesta y oportunidades del modelo asistencial hospitalario en la Región de Murcia.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha desbordado al sistema sanitario y es preciso valorar si es necesario un cambio nuestro actual modelo sanitario que fomente la mejora de la seguridad de los pacientes y del personal sanitario y la accesibilidad a las pruebas diagnósticas.

Este cambio, además, debe adecuar los recursos hospitalarios a las necesidades reales y previsibles ante futuras pandemias y/o catástrofes de otra índole, articulando un sistema flexible que sea capaz de adaptarse, dotando de recursos materiales y humanos suficientes y que desarrolle tecnologías de información y comunicación entre niveles asistenciales, en hospitales públicos y privados.

Si queremos evitar situaciones como las que han ocurrido en diferentes hospitales de otras provincias, debemos revisar lo ocurrido en el ámbito hospitalario y plantear qué hemos aprendido de la experiencia.

Esta caótica situación ha puesto en tela de juicio muchas cuestiones que todavía están sin respuesta:

- Medios asistenciales.
- Reestructuración de profesionales y equipos en la asistencia tras pandemia COVID.
- Medidas de protección, prevención y contención.
- Gestión y transferencia de la información y formación.
- Modelo de comunicación asistencial y entre niveles asistenciales.

## MEDIOS ASISTENCIALES EN HOSPITALES

Si hacemos un mapa de la distribución de la población asignada en Atención Hospitalaria, incluyendo las 9 áreas de salud del SMS, se da cobertura a un total de 1.474.339 habitantes, que se distribuyen según se exponen en la Tabla 1.

ÁREA DE SALUD Y HOSPITAL DE REFERENCIA	Nº habitantes
Área I -Murcia Oeste – Hospital Virgen Arrixaca	259931
Área II -Cartagena, Hospital de referencia Hospital Santa Lucia	274845
Área III – Lorca Hospital Rafael Méndez	181416
Área IV – Noroeste- Hospital de Caravaca	69433
Área V – Altiplano- Hospital de Yecla	61308
Área VI – Vega del Segura- Hospital Morales Meseguer	259340
Área VII – Murcia Este – Hospital Reina Sofía	204622
Área VII – Mar Menor- Hospital de los Arcos	109541
Área IX – Vega Alta del Segura	53903

Fuente: CREM.

El total de camas hospitalarias de la Región de Murcia, incluyendo centros públicos y privados, es de 5620, correspondiendo 3326 camas a hospitales públicos y 1599 a hospitales privados (ver Tabla 2). Actualmente, el total de plazas de UCI de los hospitales públicos en la Región de Murcia es de 120 camas, pudiendo triplicarse si sumamos las UCI

de los hospitales privados y concertados y las camas de las áreas de reanimación y quirófanos.

### Atención Especializada. Evolución de la dotación en los hospitales se

#### MURCIA (Región de) - Total

	2019	
	Número	Tasa
<b>Total</b>		
Camas instaladas	4.925	3,3
<b>Públicos</b>		
Camas instaladas	3.326	2,2
<b>Privados</b>		
Camas instaladas	1.599	1,1

Fecha de actualización: 03/07/2020.

Datos a 31 de diciembre.

La tasa en camas instaladas es por 1.000 habitantes, en el resto es por 1.000.000 habitantes. Población: I INE.

- Consejería de Salud. Catálogo de Hospitales Región de Murcia

Tabla 2. Indicadores dotación Región de MURCIA - Camas - Tasa por 1000 habitantes

Fuente: CREM.

Sin embargo, el porcentaje de médicos en Atención Hospitalaria por 1000 habitantes en la Región de Murcia de 1,84 (incluyendo centros públicos y privados), cifra que está por debajo de la media nacional, que es de 2,07 médicos/1000 a fecha del 2018 (**Extraído de INCLASNS**).

Este porcentaje tiene una distribución irregular entre los hospitales regionales y está claramente disminuido en prácticamente todas las especialidades de los hospitales comarcales de la Región de Murcia y la ratio de médico de Atención Hospitalaria por habitantes también es desigual entre las distintas áreas de salud, lo que supone una alta presión asistencial en, prácticamente, la totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas hospitalarias en áreas de salud deficitarias.

Por ello, es necesario revisar la ratio de médicos ajustada a volumen de población para adecuar las plantillas de médicos de hospital y que sean homogéneas en las distintas áreas de salud y ajustadas a carteras de servicios.

En la gestión de la pandemia por COVID 19 las áreas XI y XII, que incluyen la zona de Murcia centro, han sido los hospitales que han recibido un alto número de ingresos hospitalarios por COVID19 y el Hospital Morales Meseguer ha sido uno de los hospitales con mayor presión asistencial, llegando a tener toda la UCI y la mitad de la reanimación solo con pacientes COVID, lo que supuso una reorganización en tiempo récord de toda la infraestructura sanitaria. Además, las instalaciones del Hospital Morales Meseguer están claramente obsoletas y deterioradas, precisando obras y mejoras continuas para mejorar su accesibilidad y el desarrollo de la actividad asistencial, siendo un hospital históricamente castigado por la falta de inversión en infraestructuras sociosanitarias y con todos los accesos claramente deficitarios. Las obras que actualmente se están llevando a cabo con la nueva "Torre J", que engloba el hospital de día médico-oncológico, exploraciones especiales, pruebas funcionales y las nuevas obras de quirófanos y Urgencias van a

mejorar las infraestructuras del Hospital Morales Meseguer aportan “un respiro” pero son claramente insuficientes para atender a 259.340 usuarios, además ser referencia para el Área IX y toda el área oncológica metropolitana.

**El área VI de salud de Murcia precisa del desarrollo de un hospital nuevo** con todas las especialidades médico-quirúrgicas.

## RESTRUCTURACIÓN DE PROFESIONALES Y EQUIPOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA TRAS LA PANDEMIA COVID19

Los hospitales, gracias a la planificación y colaboración del personal sanitario, han demostrado que son capaces de reorganizar su actividad asistencial en tiempo record creando grupos multidisciplinares de trabajo conjunto en el manejo y tratamiento de pacientes COVID (neumólogos, internistas, infecciosas, intensivos y servicios centrales como microbiología, farmacia, radiodiagnóstico...). El resto de especialidades hospitalarias se han centrado en la reorganización de la actividad asistencial urgente y preferente de las patologías médicas y quirúrgicas, lo cual ha significado mucho trabajo de reorganización, gestión de pacientes y circuitos de trabajo para todas las especialidades hospitalarias, así como el cambio de todo nuestro modelo organizativo.

Es necesario aprovechar esta experiencia para definir **planes de contingencia o gestión de crisis que catalicen los cambios estructurales y funcionales futuros**. También es preciso definir las **estructuras de apoyo a la red hospitalaria** como los hospitales medicalizados o de campaña con **planes de formación a los profesionales sanitarios** para la gestión organizativa y asistencial de dichas estructuras donde se definan la organización para la patología pandémica y No pandémica y se prevea la continuidad de los servicios de atención médica crítica, continuidad de patologías agudas, urgentes y prioritarias, continuidad de tratamientos especiales, planificar las actividades asistenciales no esenciales que pudieran demorarse, habilitar recursos para altas rápidas y adecuar los sistemas de clasificación de pacientes según prioridad de asistencia médica.

En el ámbito organizativo hospitalario global es preciso revisar la cartera de servicios y revisar el mapa de derivaciones a hospitales de referencia para procesos complejos, dotando a las **unidades altamente especializadas de medios técnicos y humanos** para desarrollar esta labor.

Además, es preciso **solucionar la inestabilidad laboral de los médicos** para disminuir la precariedad laboral, el abuso de contratación y conseguir plantillas más estables que cubran las necesidades asistenciales actuales y futuras y donde se puedan desarrollar los **perfiles especializados médicos adecuados a las prestaciones y cartera de servicios de cada servicio hospitalario**. Creemos importante impulsar el **desarrollo profesional continuo** como herramienta para obtención de perfiles especializados, con reconocimiento administrativo y retributivo.

## GESTIÓN Y TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

El Servicio Murciano de Salud, bajo la coordinación institucional de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, publicó el 27 febrero del 2020 la Guía Regional de abordaje para la infección por SARS-COV-2 y, basándose en las recomendaciones de los documentos realizados por el Ministerio de Sanidad, ha ido adaptando al contexto de la Región de Murcia los protocolos de Manejo clínico de COVID19 en los hospitales de la Región, que han estado en constante actualización. Sin embargo, esta información no ha llegado de forma efectiva a los profesionales sanitarios hospitalarios públicos y privados de la Región, por lo que es necesario **implantar un modelo de información corporativo global y que la información sea compartida periódicamente con los profesionales**, como cursos formativos on-line o sesiones generales hospitalarias de forma que se comparta la formación e información de forma transversal con los profesionales sanitarios, implicándolos en la gestión y planificación de actividades sanitarias.

Debe existir una formación estructurada que llegue de forma eficaz a todos los profesionales, es por ello que creemos prioritario desarrollar y comunicar un plan de contingencia y protocolos de actuación ante futuros rebrotes que incluya una planificación ordenada, estructurada y el desarrollo de la actividad sanitaria con circuitos diferenciados entre casos COVID investigados/confirmados/probables/descartados, tanto en hospitales públicos y privados, con garantías de seguridad. Es necesaria una trasmisión de la información transversal y eficaz a todos los profesionales sanitarios que trabajen en hospitales y centros sanitarios públicos y/o privados, sin distinción.

## MODELO DE COMUNICACIÓN ASISTENCIAL Y ENTRE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES

La telemedicina/teleconsulta/videollamada ha irrumpido tanto en la relación médico-paciente, como en la comunicación entre distintos niveles asistenciales. Es una necesidad urgente e imperativa evidenciar su eficacia, dotarla de infraestructura, marco organizativo y legislativo. El **Servicio Murciano de Salud debe hacer una apuesta por la informatización y digitalización de todos los procesos sanitarios y que permitan un acceso a una “Historia Clínica única” por paciente**, que incluya todas las exploraciones médicas realizadas, pendientes y realizadas desde cualquier ámbito asistencial sanitario, integrando los servidores informáticos de OMI, Selene y de centros sanitarios públicos y privados.

Es preciso un cambio en la organización de agendas de trabajo de los médicos y canales de comunicación más fluidos entre niveles asistenciales apostando por las nuevas tecnológicas que permitan eliminar cargas burocráticas y promueva la atención multidisciplinar con recursos informáticos seguros.

Desarrollar los consentimientos informados digitalizados con garantías jurídicas para disminuir todas las cargas burocráticas que supone la gestión de los consentimientos.

A los profesionales sanitarios también deben facilitarse opciones de teletrabajo por lo que se deben **impulsar herramientas informáticas que permitan teletrabajar** en aquellas actuaciones médicas que no precisen la presencialidad, dotando a los profesionales

sanitarios de acceso a los servidores informáticos hospitalarios en domicilio con posibilidad de realizar todas las actuaciones médicas sin restricciones informáticas.

El futuro modelo sanitario debe apostar por el desarrollo de los procesos de cronicidad en distintas especialidades médicas con canales de comunicación entre niveles asistenciales y potenciar estrategias de prevención y promoción de la salud.

Es preciso apostar por grupos o comités multidisciplinares de trabajo que impliquen distintas especialidades médicas como los desarrollados en los comités de tumores, dotándolos de recursos informáticos, administrativos y tiempo de dedicación para la planificación y gestión de casos.

Este cambio en el modelo organizativo precisa de una **campaña de divulgación dirigida a población general con un plan de comunicación y educación a la ciudadanía** para concienciar sobre el correcto uso de las instalaciones hospitalarias, las Urgencias, el modelo de telemedicina/teleconsulta, los procesos sanitarios y dignificación de la profesión médica.

## 8. Formación, docencia e investigación en la Región de Murcia.

### INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID19 ha supuesto una revolución en la organización sanitaria, así como en las tareas habituales de los profesionales sanitarios y, particularmente, del colectivo médico.

La pandemia ha puesto de manifiesto las debilidades del sistema sanitario, en buena medida influenciado porque la inversión en gasto sanitario en España se sitúa por debajo de la media europea. En España, el actual modelo de financiación autonómica (no revisado), limita negativamente nuestro presupuesto Regional y sanitario e incide en el principio de equidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

**La formación y la docencia se han resentido durante la pandemia por COVID19**, de tal manera que se han reorganizado las actividades que realizan los profesionales en todos los ámbitos, de forma que los tutores de algunas especialidades hospitalarias y de Atención Primaria han antepuesto las actividades asistenciales a las docentes. Así mismo, **los médicos residentes han visto modificado su calendario de rotaciones** y se han adaptado a la nueva situación y a las contingencias derivadas de la pandemia. Algunos MIR se han reubicado en servicios centrales realizando tareas de apoyo al control de la pandemia. En su inmensa mayoría han continuado realizando las guardias planificadas en las puertas de urgencias hospitalarias soportando con sus tutores y otros adjuntos el peso en urgencias de la pandemia. Las prácticas pregrado de los alumnos de Medicina se han visto suspendidas, tanto en el ámbito hospitalario como en el primer nivel asistencial.

Así mismo, **muchas actividades de formación continuada se han visto suspendidas o aplazadas de forma obligada** y se ha realizado una formación específica por medios no presenciales en temas relativos a la pandemia e infección por coronavirus.

**La complicada situación que hemos vivido ha tenido un impacto tremendo en la salud mental de los médicos**, que se ha visto influida por distintos factores y múltiples presiones que nos han puesto a prueba como organización, como Sistema, como profesionales y como personas.

En los ámbitos de formación, docencia, e investigación también se hace necesario establecer líneas de mejora tendentes a propiciar cambios organizativos que mejoren la atención a las personas por parte de nuestro sistema sanitario, siendo imprescindible nuestra participación en las decisiones importantes que afecten a los profesionales médicos de forma particular y al sistema sanitario, en general.

## LÍNEA DE MEJORA DE LA DOCENCIA Y FORMACIÓN EN MEDICINA

### FORMACIÓN PREGRADO

En Murcia, **tenemos como fortaleza el disponer de 2 facultades de Medicina** que, en la actualidad, **forman un número suficiente de alumnos de Medicina que luego trabajarán en el Sistema sanitario de nuestra Comunidad Autónoma**. El grado de Medicina tiene la peculiaridad de que la formación especializada (MIR) es un requisito indispensable para ejercer la Medicina en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Entre los objetivos de la formación pregrado de los alumnos de medicina destacan la formación de profesionales que serán capaces de recomendar y realizar actividades dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, a través de la prevención de las enfermedades, considerando el entorno social en el que se originan, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes y la elaboración de un juicio clínico y pronóstico de los procesos objeto de atención.

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia se ofertan en la actualidad 200 plazas de alumnos de Medicina y en la UCAM se ha solicitado ampliar el número a 150. Consideramos que esta oferta es más que suficiente para las necesidades de futuros médicos en nuestra Comunidad Autónoma, a corto y medio plazo, lo que representa una fortaleza de nuestra Región que minimiza la necesidad de profesionales médicos a nivel local, y de cara a un futuro de corto y medio plazo.

Proponemos que desde las facultades de Medicina se implanten **asignaturas de investigación dentro del programa formativo** que faciliten el desarrollo de actividades de investigación integradas en la práctica profesional del médico y para lo cual se precisa de formación en metodología de la investigación, así como en la medicina basada en la evidencia.

### FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (FORMACIÓN MIR)

La modernización de la Sanidad española en el último tercio del siglo XX fue paralela a la creación y desarrollo de la formación sanitaria especializada (FSE) o Sistema MIR de

médico interno residente, consolidado desde 1984 como la única vía legal de especialización. En la actualidad es uno de los pilares que contribuyen a dar calidad a nuestro Sistema Nacional de Salud, y consideramos que debe estar dirigida y regulada por el Ministerio de Sanidad, que debe ejercer el liderazgo en este tema, en coordinación con los Departamentos de Salud de las comunidades autónomas (gobiernos regionales), mediante el desarrollo legislativo que garantice la calidad de la formación (acorde con lo establecido por los programas formativos establecidos por las distintas Comisiones Nacionales de las Especialidades), así como la equidad y cohesión de la FSE.

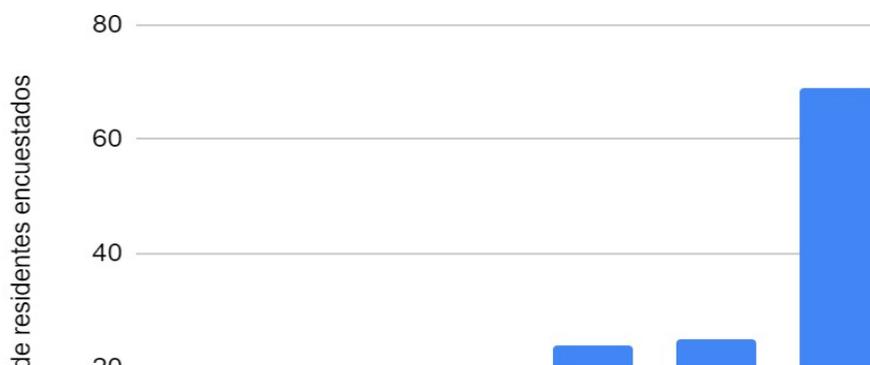
Se debe **procurar por la Administración Sanitaria Regional que las plazas MIR que cada año se convocan en nuestra Región tome en consideración el número de alumnos egresados de las facultades de Medicina de la Región, manteniendo así el continuum formativo.** Así como, **adecuarla oferta de plazas de las distintas especialidades a las necesidades de especialistas que el Sistema detecta** y no a los requerimientos de un determinado servicio de un hospital concreto. La Administración debe priorizar las plazas de especialistas que se necesitan en nuestra Región, adecuando su número a las necesidades reales detectadas en colaboración con las Unidades Docentes regionales de las distintas especialidades y sus respectivas Comisiones de Docencia.

No es admisible que España, que forma excelentes profesionales sanitarios e investigadores los deje escapar por falta de oportunidades laborales o contratos precarios. Más de un 70% de los MIR se plantean la salida a otros países a trabajar o investigar. Se debe **invertir más en recursos económicos y humanos para frenar este éxodo de profesionales a otros países.**

Esta pandemia ha puesto de manifiesto la escasez de material de protección a todos los niveles, así como la variabilidad en los protocolos de actuación (diferentes y a veces modificados con escasas horas entre uno y otro) ante pacientes con sospecha o diagnóstico de infección por COVID19, lo que ha contribuido a generar un elevado nivel de estrés entre los médicos y particularmente entre los médicos especialistas en formación.

**Figura 9. Nivel de estrés percibido según una escala del 1 de los residentes de la Región de Murcia\***

\* El valor de la escala "1" no aparecen al no haber seleccionado ningún



Los médicos en formación han demostrado por lo general una capacidad de resolución y adaptación excepcionales, por lo que es de agradecer su labor frente a esta crisis sanitaria.

Se debería aprovechar la situación vivida para **poner en valor la figura del tutor/a de residentes**, piedra angular de la FSE y que desarrolla sus funciones compatibilizando las labores asistenciales con las formativas, docentes e investigadoras. A nivel autonómico, en nuestra Región, **se precisa un desarrollo regional del RD 183/2008 de FSE** (ya realizado por las mayorías de las 17 comunidades autónomas), que recoja las necesidades de reconocimiento de los tutores y que son de diverso tipo: formativo, curricular, de tiempo específico para la docencia e investigación, sin olvidarnos del reconocimiento económico a su labor tutorial.

Esta pandemia ha servido para minimizar las trabas burocráticas del trabajo diario de los profesionales, eliminando obstáculos de la prescripción electrónica, así como facilitando el visado de medicamentos, lo que ha contribuido a dar más agilidad y eliminar obstáculos prescindibles, tanto en el ámbito hospitalario como en el de Atención Primaria. En esta línea de eliminar lo prescindible, **instamos a los responsables regionales de la FSE a queminiquen los requisitos burocráticos exigidos actualmente a los tutores en el desempeño de su labor tutorial**, en aspectos referidos a la evaluación del proceso formativo de los residentes con métodos más ágiles, y evitando cumplimentar documentos que obstaculizan la docencia en un entorno donde el tiempo tiene un valor añadido.

En el Sistema de formación de residentes **se detecta una necesidad de incrementar el número de tutores acreditados**, acorde a las propuestas que cada comisión nacional de cada especialidad realiza, por lo que desde la administración sanitaria **se debe incentivar la labor tutorial con las medidas de mejora del reconocimiento del tutor** ya comentados.

**Mejorar la gestión** y aprovechar las lecciones de esta primera oleada epidémica debe permitir **contar con protocolos y directrices claras en cada servicio y especialidad**, que permitan una aglutinación y organización de los recursos materiales y humanos para un correcto aprovechamiento de los mismos y poder mantener la formación sanitaria especializada en los niveles anteriores a esta crisis sanitaria.

## FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

En relación a la formación postgrado médica, hemos de señalar que los programas de formación continuada representan para el médico un método accesible para comprobar sus conocimientos, actualizar conceptos y adoptar nuevas visiones que faciliten el desempeño de una profesión en un medio en constante y permanente renovación.

El principal objetivo en un programa de formación médica continuada viene representado por la necesidad permanente de actualizar conocimientos médicos dentro de las distintas especialidades sanitarias, dirigido a cualquiera de los diferentes colectivos médicos.

Cualquier programa formativo deberá adaptarse y dar respuesta a las necesidades cambiantes y concretas de los servicios y profesionales de la salud, y estar acreditado.

**La participación del profesional es un reto** a conseguir y para ello **proponemos algunas medidas como que la formación se debería realizar dentro de la jornada laboral**,

**acreditada y acreditable** (en este sentido se debería facilitar de forma todavía más ágil y sin trabas burocráticas la **acreditación de las sesiones clínicas** que los profesionales realizan en los servicios hospitalarios y centros de salud).

En los últimos años, se ha ampliado el horizonte de la formación continuada con la realización de curso en los que se emplean nuevas tecnologías comunicativas y en modalidad on-line que minimiza el problema de la participación de los asistentes a las formaciones de carácter presencial. Actualmente los programas on-line aportan, entre otras opciones, la posibilidad de interacción bidireccional, de forma que la comunicación e información se dirige desde el centro de referencia a los usuarios y viceversa. Esta posibilidad de interacción en los dos sentidos permite una percepción de conexión en tiempo real por parte del usuario muy elevada.

No obstante, a pesar de los grandes avances tecnológicos que permiten desarrollar programas de formación que se adaptan al ritmo y necesidades de cada usuario, sigue destacando el formato clásico de formación basado en sesiones presenciales enriquecido con sistemas de participación tecnológicos como el voto ante cuestiones planteadas por el docente, la discusión de casos clínicos planteados, la elaboración de tareas comunes, o la emisión de preguntas vía telemática, entre otras.

Así mismo, se debe plantear por la administración sanitaria **extender los programas de formación médica a otros colectivos, con carácter multidisciplinar, incluyendo de forma integrada, en algunas actividades, otros profesionales que intervienen en el proceso de atención a la salud de las personas** (profesionales de enfermería, en algún caso farmacéuticos, etc.).

La Administración regional debe **facilitar y apoyar otras actividades de formación continuada realizadas por Sociedades Científicas y Colegio de Médicos**, ya que todas contribuyen a enriquecer la formación de los profesionales, y aumentar el espectro de actividades formativas a realizar para dar respuesta a las necesidades formativas de los profesionales.

## LÍNEA DE MEJORA DE LA INVESTIGACIÓN

Se percibe como una debilidad manifestada durante esta epidemia la escasa financiación de la investigación biosanitaria, realizada con fondos estatales a nivel Nacional, en comparación con países de nuestro entorno. No es admisible que España, que forma tan buenos profesionales sanitarios e investigadores, los deje escapar por falta de oportunidades laborales. Se debería invertir más en financiación, con recursos económicos y humanos para frenar este éxodo de profesionales. Se debe contribuir a captar el talento científico, necesario para la potenciación de la investigación.

Un objetivo prioritario de la investigación es la de generar conocimiento científico de excelencia que revierta en la salud y la calidad de vida de la población.

En Murcia, la constitución del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB), formado por la unión de investigadores del ámbito biosanitario que pertenecen al Servicio Murciano de Salud y/o las Universidades de la Región de Murcia, representa una fortaleza

regional en investigación, que debe ser impulsada y dotarla del apoyo necesario para que las actividades de investigación orienten la transferencia de sus resultados al bienestar y desarrollo de nuestra Región. **El IMIB se debe potenciar para que integre y aglutine toda la investigación e innovación en el área biosanitaria.**

Junto al IMIB la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS) debe entre otros aspectos impulsar la realización de estudios sanitarios de todo tipo, y por tanto facilitar que los profesionales puedan desarrollar las actividades investigadoras dando a los investigadores el soporte necesario para facilitar los proyectos de investigación y especialmente aquellos proyectos que supongan una innovación en el ámbito biosanitario. Así mismo, se debe **facilitar la competitividad en la captación de recursos.**

Se debe **facilitar a los profesionales sanitarios las medidas y el tiempo necesario para desarrollar proyectos de investigación también en su ámbito de trabajo.** En muchas ocasiones, la presión asistencial impide las labores de investigación, por este motivo desde la administración sanitaria deben ser conscientes del tiempo que disponen los clínicos y facilitar la compatibilización entre la labor asistencial e investigadora.

Aconsejamos se promuevan **estudios colaborativos** entre los distintos grupos de investigadores, **favoreciendo los estudios multicéntricos en los ámbitos hospitalarios y de Atención Primaria.**

Proponemos fortalecer la estructura de gestión de la I+D+I de forma que proporcione el soporte necesario a los profesionales para el adecuado desarrollo de sus actividades de investigación y el correcto seguimiento y evaluación de dichas actividades.

La situación de pandemia vivida y las necesidades que ha visibilizado en diversos campos, a puesto de manifiesto que **se necesita invertir más en investigación y ofrecer más ayudas a los equipos de investigación** para que puedan desarrollar sus proyectos.

Todas las **iniciativas como becas, recursos metodológicos para el investigador, ayudas a la publicación, etc., deben ser priorizados.**

Los médicos **investigadores deben ver reconocidos sus méritos de investigación** en su currículum profesional a efectos de los distintos concursos, carrera profesional, etc.

Si invertimos más en investigación estamos invirtiendo en más salud.

## **9. Implicación de los usuarios en la reconstrucción del sistema sanitario.**

### **OPORTUNIDAD DE MEJORA**

Esta crisis ha permitido constatar la fortaleza que para el sistema sanitario representa la **telemedicina** por razones de eficiencia, economía, accesibilidad, agilidad en la resolución de consultas, minimización de contactos evitando contagios...

Los pacientes han valorado positivamente lo que, *a priori*, podría considerarse una desatención a sus necesidades sanitarias.

Se estima –según datos del Consejo General de Colegios Médicos- que el 80% de los médicos de Familia utilizó herramientas de telemedicina durante la pandemia en sus distintas modalidades (consulta no presencial por vía telefónica, e-consulta o consulta online).

La **telemedicina** representa una oportunidad de mejora del sistema tras la pandemia si se mantiene con los criterios éticos y deontológicos adecuados.

Entre otros aspectos éticos y deontológicos, deben contemplarse los siguientes:

- Protocolos para determinar la procedencia de esta modalidad de acto profesional (habrá situaciones clínicas que requieran necesariamente la exploración física directa del paciente o que exista la necesidad de empatía en la asistencia)
- Seguridad en la confidencialidad de la información compartida en la relación médico-paciente, proporcionando formación a los profesionales, a los usuarios y procurando los medios técnicos adecuados.

El Consejo General de Colegios Médicos emitió un [informe](#) el 10 de junio de 2020 sobre los aspectos éticos y deontológicos de la telemedicina en el acto médico.

En todo caso, resulta imprescindible concienciar al paciente que la telemedicina constituye un servicio de atención sanitaria con las mismas consecuencias y garantías de cualquier acto médico presencial y, por tanto, su uso ha de ser responsable, no indiscriminado.

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En las fases previa y álgida de la crisis por la COVID19 los ciudadanos se han encontrado en diversas ocasiones con un **exceso de información**, de **criterios y pautas cambiantes**, aun cuando procedían de los organismos oficiales responsables de la gestión sanitaria, sin duda por la novedosa y desconocida situación producida por esta enfermedad, lo cual les ha generado incertidumbre.

Es imprescindible para la sostenibilidad del sistema sanitario hacer **partícipes activos** y responsables a los usuarios mediante campañas de concienciación y formación en el uso racional de los recursos sanitarios, respaldo a los profesionales y concienciación del autocuidado especialmente en el control de enfermedades crónicas.

El ciudadano debe ser consciente del importante papel que tiene su comportamiento individual en la prevención de la propagación de la enfermedad (en este caso la COVID-19). En este sentido, sería interesante emprender actuaciones para **empoderar al ciudadano** en la prevención de la propagación de la enfermedad, haciéndole **consciente de su implicación en la salud de los demás**.

Hay que incrementar la conciencia sanitaria de la población y para ello sería muy aconsejable la puesta en funcionamiento de los **Consejos de Salud de Zona**, de cada centro de salud, compuestos por los tres componentes, a) el sanitario de los centros (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, personal del centro de salud), b) el administrativo de la Consejería de Salud y de los ayuntamientos, y c) el social, de las principales organizaciones sociales de la zona, acreditadas (culturales, vecinales, sindicales, deportivas, colegios profesionales sanitarios, de la mujer, de la tercera edad, de la juventud, usuarios, etc.), con la finalidad de hacer partícipe a la población en la comprensión y métodos de conseguir bajar la incidencia de la pandemia.

## 10. Reflexiones.

- Los profesionales de la salud han asumido y siguen asumiendo un esfuerzo enorme como respuesta a la elevada presión asistencial y, sobre todo, a la necesidad de hacer frente a situaciones y experiencias, sin precedentes, que generan altos niveles de estrés y de sufrimiento emocional. La toma constante de decisiones difíciles en la asistencia diaria y el aislamiento o el temor al contagio propio, a pacientes o a familiares, son circunstancias que generan un estrés adicional en los profesionales. Hemos de atender con urgencia esta necesidad y, así, poder evitar secuelas indeseables.
- Una serie de factores hacen prever la aparición futura de nuevas crisis de Salud Pública: cambio climático, comercio global, movilidad transcontinental y mega ciudades. Ante este panorama, la Comisión Asesora COVID-19-OMC reclama acciones y planes a los poderes públicos españoles para responder a estas crisis que suponen una “obligación insoslayable”. Los planes de respuesta a las crisis de Salud Pública deben integrar todos los niveles institucionales y territoriales, creando un sistema de alerta global y respuesta rápida, según sostiene este documento.
- Con las lecciones aprendidas de la COVID19, este informe pone de manifiesto una serie de recomendaciones o propuestas en el ámbito sanitario, entre las que destacan el refuerzo de las estructuras central y autonómicas de Salud Pública; activar y conectar a la Atención Primaria para sumar su red a la acción preventiva, asistencial y de control; preparar los Hospitales estimulando la flexibilidad interna mostrada y aportando medios externos para atender picos de demanda; potenciar la telemedicina con tecnología, organización y marco legal; preparar las Residencias de mayores y centros socio sanitarios y conectarlas sólidamente con el sistema sanitario y el sistema de Salud Pública; proteger, cuidar y entrenar a los profesionales sanitarios y asegurarles los medios para trabajar y protegerse; y, finalmente, conseguir un amplio acceso y disponibilidad de los sistemas de información, así como la interoperabilidad a las bases de datos clínicos.

- España debe asegurar **vacunas eficaces, accesibles para la población y a precios razonables**. Es imprescindible avanzar el debate sobre las prioridades en la aplicación de vacunas en el probable caso de que sea un recurso inicialmente escaso. Se debe asegurar que las vacunas sean coste-efectivas y, además, fomentar una producción autónoma, segura y soberana de vacunas y medicamentos.

Necesidad de aprobación de una propuesta, por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que tenga la consideración de que, como consecuencia de la catástrofe mundial, económica, social y cultural, que ha supuesto la actual pandemia, el disfrute de la **vacuna** y eventuales **tratamientos** deberían ser considerados como **bienes públicos** y, por lo tanto, utilizados con ese fin, evitando la doble catástrofe que supondría su venta comercial con fines lucrativos.

## 10. Anexo.

### LISTADO DE INFORMES DE LA COMISIÓN ASESORA COVID19 DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

#### 1 - Pruebas diagnósticas en COVID-19. Informe Comisión Asesora COVID-19-OMC

(Publicado el 06/05/2020)

#### 2 - Utilización de mascarillas en el ámbito sanitario y población general

(Publicado el 15/05/2020)

#### 3 - La Atención Primaria en el proceso de desescalada de la pandemia

(Publicado el 27/05/2020)

#### 4 - Test diagnósticos masivos a poblaciones

(Publicado el 16/06/2020)

#### 5 - Tabaco y COVID19

(Publicado el 03/07/2020)

#### 6 - Preparación para crisis de Salud Pública

(Publicado el 13/07/2020)

#### 7 - España debe asegurar vacunas eficaces, accesibles para la población y a precios razonables

(Publicado el 22 de julio de 2020)

### COMUNICADOS DE PRENSA DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

#### El CGCOM solicita al ministro de Sanidad y a la ministra de Trabajo que la profesión médica sea declarada profesión de riesgo

(Publicado el 30 de abril de 2020)

#### El CGCOM solicita la calificación de “enfermedad profesional” para los profesionales de la medicina contagiados de COVID-19

(Publicado el 5 de mayo de 2020)

## CARTAS ENVIADAS POR LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

### [Carta enviada a la ministra de Trabajo, Yolanda Díaz](#)

(Enviada el 4 de mayo de 2020)

### [Carta enviada al ministro de Sanidad, Salvador Illa](#)

(Enviada el 4 de mayo de 2020)

## INFORME DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA

### [Sobre la posible calificación como contingencia profesional de los contagios de COVID19 a los profesionales de la Medicina en la pandemia](#)

(Publicado el 25 de abril de 2020)