

Resumen Reuniones del 9 y 14 de Junio de 2021 en el Colegio de Médicos de Granada Colapso de la AP. Buscando soluciones

Convocatoria de 18 a 20 h.

Problemas planteados:

Tras la reunión mantenida el pasado 9 de junio, a continuación señalamos aquellos problemas que con mas frecuencia y preocupación manifestaron el grupo de profesionales reunidos (lluvia de ideas), para luego centrarnos en los problemas que pueden abordarse desde el Colegio:

En épocas de crisis surge la motivación para cambiar.

LICENCIADOS y PERSONAL EN FORMACIÓN

-Licenciados sanitarios: falta de personal.

- RO: ¿posible ayuda con el filtro de la telefónica?

PLANTILLA

OEP Y Traslados sin la periodicidad recomendable.

Plantilla deficitaria.

Temporalidad de los contratos: falta de longitudinalidad en el seguimiento del paciente y en el funcionamiento de la Unidad.

ZDC: en Granada también existen ¿Qué criterios regirán ahora las ZDC? ¿Zonas cercanas sin profesionales dispuestos a trabajar allí?

Jubilaciones sin recambio.

DA:

-No deberían hacer la multifunción de sustitutos, incidencias, vacaciones...

-Diferenciar entre los DA de Urgencias (DCCU, SUAP..) y los que prefieren EBAP: podrían establecerse cupos más pequeños y asumirlos esos DA.

AGENDA Y ACCESIBILIDAD

Accesibilidad mal entendida por el paciente: el paciente exige inmediatez en las respuestas y soluciones.

Sesgo de selección de citas y demanda inadecuada: pacientes con un **perfil determinado** son los que acceden ahora a consulta. "Nuevo hiperfrecuentador" con perfil diferente.

Carga de trabajo inasumible.

Carteras de servicio cada vez más amplias y menos tiempo para poder dar dichos servicios.

Acceso ilimitado: el médico es el profesional de más alta cualificación, con el mayor grado de accesibilidad.

Dedicamos nuestro tiempo de Médicos a realizar tareas administrativas: diferencia entre actos administrativos y actuaciones médico legales que precisan de trámites administrativos:

Plan piloto: asignar a cada centro un TES, jubilado, licenciado..., a la par que se implementan estrategias para captar Médicos de AP: hacer más atractiva la especialidad y los PDC.

Gestión IT: circuitos para la gestión de los partes. Responsabilidad médico legal. Si la baja surge en el Hospital, ¿se puede iniciar allí? Consultar con la UMVI.

CONSULTA TELEFÓNICA y RESPETO DEL ACTO MÉDICO

Es “una tortura”.

En la teleconsulta, es el médico el que llama: la **responsabilidad** de la atención sanitaria es ahora tuya, no del paciente.

Los médicos quieren ver a sus pacientes: más presencial. **Que nos dejen elegir cómo trabajar.**

Deterioro teleconsultas: **burocratización** de la consulta.

Inversión tecnológica en AP.

Colchón en agenda para urgencias. avisos, TC con Hospital...

¿Que normativa existe a propósito de las teleconsultas? La DGAS Y PF anunció el año pasado que se iban a implementar protocolos y guías clínicas para el teletrabajo: ¿qué profesionales conforman los grupos de trabajo? ¿ se han publicado dichos protocolos?

Problemas de confidencialidad con la normativa actual.

Un administrativo por cada dos médicos que filtre las llamadas.

Información a la población: sobreutilización y educación sanitaria: invisibilidad de la AP: resultados que no trascienden: no los ve la sociedad: menos valor objetivo de lo que hacemos: en el recuerdo. Falta de **respeto**, social e institucional, a la profesión y a los profesionales: devaluación del acto médico.

Atomización de nuestra actividad: distintas consultas → dispersión, variabilidad en la práctica clínica.

El futuro de los equipos, es la **Autonomía**: ¿autogestión de los equipos de AP?, ¿De las UGC?, ¿Gestión económica propia?

TELECONSULTA

Relación interniveles mejorable: enfrentamiento entre profesionales: Junta Facultativa.

¿Desde Hospital se establece el protocolo de derivación? Grupos de mejora. Gerencia de Hospital ordena que, **a partir del 15 de Julio, todo TC: capacidad para decidir.**

Derivaciones a especialistas: no confundir con la TC ¿se trata de una estrategia de la administración para que la demora de la especializada hospitalaria recaiga sobre AP? si es así: reforzar la AP , con más profesionales, reorganización agendas y tecnología.

TC en el Hospital: tú pides, yo veo y yo decido qué haces tú.

DOCENCIA

Los tutores sienten vergüenza de que los residentes y estudiantes vean esta imagen de la AP.

¿Estamos obligados a la formación del estudiante y del residente en esta condiciones y a cualquier precio?

MÁS TEMAS POR DEBATIR Y REGULAR

1. Falta formación y reciclaje.
2. Ausencia de Enfermera pediátrica en los Centros de salud.
3. Ver a los paliativos.
4. Modelo salud politizado. 17 carteras de servicio para hacer política.
5. Promover autonomía del paciente.
6. Falta de liderazgo.
7. Revisar PRL y APL.

PROPUESTAS

1-GRUPOS DE MEJORA con FEAs HOSPITAL.

Interlocutores eficaces.

2-AGENDAS: visibilizar el problema:

- Encuesta: ¿cómo queremos nuestra agenda? Modelos, por ejemplo:

50% Presencial con 7-10 minutos por paciente,

50% telefónica con 5-6 minutos/paciente.

Contemplar “colchón” de urgencias, fuera “bises”...

Filtro previo telefónico: ¿Enfermería? ¿Administrativo?

-Prensa.

-Reunión con Distrito...

3-SOBRECARGA ASISTENCIAL: PRL:

- Encuesta Maslach “Bournout”.

-PRL: P13: Cargo Intermedio (sólo dos entregados).

-Otras opciones: **borrador** firmado por el equipo (se entrega **modelo en la reunión**). Hacer luego el **P13** nosotros como delegados de PRL y enviar a la Administración, a la Inspección, a la Fiscalía.

-**CATI** (Ansiedad): IT no; **IT** sí (AL: **F43.0**).

4-REDUCCIONES DE JORNADA:

-No sustitutos.

-Concesión horaria → estrategias Asesoría Jurídica:

a) Comenzar con el cumplimiento en horas → agendas no reducidas → P13 (no puedes cumplir el horario de la reducción sin una agenda ajustada a la RJ): corrobora el CI; implicar a los pacientes → CATI.

b) Si solicitaste la RJ por escrito y en un mes no hay respuesta, el silencio es estimatorio → escrito avisando que vas a comenzar el disfrute de la reducción en tal fecha y acumulada en X días → Asesoría si precisa (pedir **modelo**).

5-TELECONSULTA:

-Seguridad:

a) Comprobación datos del paciente

b) Grabaciones con altavoz

c) Dignificar el acto médico (hablar en la frutería)

6-DA:

-Solicitud condiciones laborales por escrito (ver **documento de Córdoba**).

-Cómputo de salientes.

-Planificación de cuadrantes.

-Diferencias función: sólo turnos Urgencias / salientes y JC / adscripción funcional a un EBAP.

-Nóminas: 135 h JO, luego JC empezando por las horas de festivo.

-Resultado de ofertar DA como forma de contratación:

a) Fuga a Hospital?

b) Fuga a HAR?

c) Fuga a MIR (otra especialidad)???

7-VACACIONES:

Cobertura. Plan de accesibilidad...

Resumen Segunda Reunión 1 de Julio de 2021 en el Colegio de Médicos de Granada Colapso de la AP. Buscando soluciones.

Convocatoria a las 19 h.

Puntos a trabajar con el COM:

Dentro de los problemas planteados en la reunión del pasado 9 de Junio, solicitamos la asistencia del Presidente del COM, para centrarnos en aquellos en los que la actuación del Colegio, puede aportar **soluciones** y vamos a ser muy concretos:

- 1- **Garantías de seguridad en la TELEMEDICINA.** Preservar el cumplimiento del **código deontológico** en el acto médico.
- 2- **TELECONSULTA Hospitalaria**, sustituida en muchas especialidades por la Derivación presencial.

Problemas planteados:

1-Autonomía del paciente: código deontológico no respetado: con la llegada, acelerada por la pandemia, de la telemedicina, el paciente no tiene capacidad de decidir el tipo de asistencia sanitaria que va a recibir.

2-Consensuar las derivaciones:

Al **impedir la derivación presencial**, se vulnera el código deontológico: **libertad del ejercicio profesional**. No se ha consensuado con el profesional ni con el paciente. Es un sistema **impuesto**.

La TC no deja de ser una **herramienta**, y no parece ser extensible a todas las especialidades:

-Se inició con la Telederma, bien.

-Cardiología: sondeó opinión para no limitar el acceso exclusivo por TC, y en algunos casos, ese correo no llegó...

3-Abolición de la figura del paciente en el acto médico:

En la TC se le está **respondiendo al Médico** de Familia, pero no al paciente: por ejemplo, el especialista del Hospital, puede indicar un tratamiento que el paciente no quiera utilizar.

4-Selección de los pacientes a través de la TC: por ejemplo, un paciente con un IMC ya no es tributario a una cirugía de rodilla.

5-Es un acto premeditado e impuesto para el que no se nos ha preguntado.: **no nos dejan ver a nuestros pacientes.**

Posibles causas: ¿eliminación lista de espera, o más bien, proyección de la lista de espera a AP?

6-Propuestas Sociedades Científicas:

- SAMFYC en Antequera;
- Semergen en su comité de expertos: TC propuestas: recomendaciones...
- ¿Se han respetado?

7-Cambios impuestos en los **protocolos de derivación**:

- Hasta ahora habían sido consensuados entre AP y AE mediante la elaboración de las GPC.
- Los PAI no contemplaban limitaciones si el profesional considera la necesidad de derivación presencial.
- Ahora: el paciente “**no es tributario**”.
- Cada día hay más especialidades sin posibilidad de realizar la derivación de forma presencial.

8-Imagen de la AP: respeto:

Imagen de ser el “secretario del Hospital”, importancia por ser la puerta de entrada al sistema sanitario, exigencias, invasión de gestiones de tipo administrativo....

Soluciones aportadas por el Presidente del COM:

Comunicación a nivel autonómico con la Comisión Deontológica de Andalucía:

1-Aportar documentación sobre las Especialidades sin posibilidad de realizar **derivación presencial**:
¿Cuántas?

Aportar pruebas con imágenes del módulo Diraya.

2-Elaborar documento a aportar en dicha Comisión antes de la Junta del próximo martes 13 de Julio (enviado).

Establecer feedback directo entre profesionales:

- Reunión con Directores y Gerencia.
- Establecer grupos de trabajo.

Mensaje de la Junta Facultativa del Colegio de Médicos. 13 de Julio de 2021

- Hablaron sobre el documento enviado por SIMEG.
- El problema, que también transmiten otros Colegios de Médicos, va a ser llevado al **Comité Deontológico a nivel Nacional**.
- También tienen prevista una reunión en **septiembre** con las **Direcciones Médicas de Hospital y Primaria**. Algunas ya han respondido favorablemente, como la del PTS.