

# PROPUESTAS DE MEJORA AP. 19 de Enero de 2022

## INTRODUCCIÓN

**El colapso de la Atención Primaria se ha materializado** con la llegada de la pandemia, y en menos de dos años, va a fulminar la Sanidad Pública de Calidad que abanderaba nuestro país. Como facultativos, trabajadores del Servicio Andaluz de Salud, se nos pide recoger las reivindicaciones y propuestas que llevamos solicitando desde hace años. Esperamos que, por el bien de pacientes y trabajadores, sean por fin escuchadas.

**Sin una Atención Primaria fuerte, el sistema sanitario se hunde.**

## AGENDAS

**1-DURACIÓN** de las citas: **10 -12 minutos** para la demanda clínica.

### **2-Gestión INDIVIDUAL de las agendas:**

Agendas dinámicas: elección del tipo de citas y el tiempo de duración. Por ejemplo, en algunos Centros se gestionan a primera hora las citas programadas, porque la demanda clínica comienza a partir de las 11 h.

La gestión de la demanda será diferente: es necesario el análisis de las necesidades de cada Centro → Dirección Médica → implicación activa del cargo intermedio.

**3-Creación de un “GRUPO DE TRABAJO en gestión de agendas”** en Distrito, formado por profesionales con experiencia en gestión.

### **4-TOPE de agenda:**

**40** registros como máximo\* (**50**, en situaciones excepcionales como la actual), donde se incluyen TODAS las demandas: clínicas, telefónicas, administrativas, avisos... Fundamental:

- **Bloqueo** de inserción de citas (**BISES**).
- Las urgencias van a ser siempre atendidas.

\*El horario laboral es de 8 a 15 horas. 7 horas x 60 minutos, son 420 minutos. 20 minutos de descanso. En 400 minutos, con citas cada 10 minutos: 40 citas máximo.

**5-** Si no hay médicos y el detonante de la sobrecarga de la AP lo ha provocado el aumento de los **trámites burocráticos**, sin tiempo para poder realizar las actividades puramente asistenciales de nuestra profesión → **creación del puesto de ADMINISTRATIVO DE SALUD:**

- Con **formación** adecuada: no deben insertar más citas, salvo urgencia no demorable.
- 1 administrativo **por cada 2 cupos**.
- **Disponibilidad** para aclarar y gestionar dudas al paciente, sobre todo, vulnerable, como pacientes mayores o con discapacidad.
- El apoyo de Distrito para la creación de este puesto es fundamental.

**6-** Para establecer el modelo de agendas, es fundamental EXIGIR a la Junta que se nos facilite el **registro de demora de AP en tiempo real** (infoweb).

Los datos de asistencia media están en 40 entre asistencial y telefónica.

**7- AVISOS:** no realizarlos con vehículo propio, sino con celador (y enfermero, según prioridad) y por turnos.

## **BUROCRACIA**

### **“Los Médicos de Familia son los administrativos mejor pagados”**

Invasión de las tareas puramente burocráticas, que impiden al médico ejercer la medicina:

#### **1-PARTES DE BAJA:**

**Son un acto médico:** no deben crearse agendas para gestión baja-alta en acto único SIN contactar con paciente.

Alternativas: en los casos de **auto-diagnóstico** con test de antígenos, sustituir el acto médico que supone la tramitación de una incapacidad temporal, por la **“DECLARACIÓN JURADA RESPONSABLE”** de ausencia laboral por intervalo de 7 días (Reino Unido): habilitar en la app de Salud Responde una nueva casilla “Auto-IT”:

- Rellenar si hay síntomas,
- Si el auto-test es +, y
- Si necesita ausentarse del trabajo durante una semana (declaración jurada responsable).
- Campaña informativa al paciente por parte del **Ayuntamiento**.
- Implicación directa de las **Mutuas** y del INSS: existen fallos en la app de Salud Responde: la Empresa no gestiona la IT ni puede consultar las realizadas a través de la aplicación.
- Tramitación de las IT desde el Hospital.

#### **2-RECETAS:**

- Farmacia: dispensación de analgésicos con garantías de seguridad.

**3-INFORMES:** se solicitan todo tipo de informes: para opositores, permiso de conducir, equipos deportivos, renovación de material prescrito en el Hospital...

Solución:

- Que cada uno asuma sus funciones.
- Que el paciente asuma sus responsabilidades.
- Que se proporcione INFORMACIÓN AL PACIENTE.

## **CONDICIONES LABORALES**

**1-IGUALAR** las condiciones laborales ENTRE profesionales y A OTRAS CCAA (por ejemplo, como Murcia) para evitar la fuga de profesionales.

**2-Adecuación de los CUPOS:** actualmente están en torno a 1500 para MF y 1200 Pediatras.

**3-Resolución ágil de OPEs y Traslados: abiertos y permanentes.**

No queremos OPEs pre-electorales. Deben resolverse de forma anual.

Análisis real del déficit de personal: puede ser un arma de doble filo, quedando zonas con cobertura compartida para gestionar los recursos disponibles.

**4-ZDC: actualización de los listados de ZDC y mejora de sus condiciones laborales:**

- Alojamiento provisional, vehículo..
- Mejoras retributivas,
- Contratación de LD, fidelización de los residentes de la zona..
- Mantener puntuación adicional en OPE, Traslados y Bolsa → DA.

**5-Duración de contratos: 1 año, mínimo.**

**6-Fidelización de RESIDENTES:**

- **Formalización** inmediata de la titulación como Especialistas para su inclusión en bolsa.
- **Contratos** estables.
- **DA:** dejar de ofertar DA tal y como está concebido.
-

**7-Dispositivo de Apoyo:** abolición de la figura del DA tal y como está regulada: “chic@ para todo”:

- **Igualar** condiciones a las de los Médicos EBAP: misma carga laboral, mismas retribuciones, mismos permisos, misma jornada laboral (incluir el cómputo de las horas de los **salientes** de guardia).
- Organización del equipo: planificación de cuadrantes...
- Análisis de las **preferencias** personales de los profesionales: Atención Primaria o Urgencias Extra-hospitalarias. De esta forma se podrían definir dos subcategorías:
  - a) DA de Urgencias o DA como **EBAP sin cupo**,
  - b) DA con salientes o DA como EBAP **con cupo**.
- Los DA deben constituir **puestos estructurales de apoyo** que pertenezcan a cada ZBS, definidos en función de las necesidades de cada zona como apoyo a la ZBS.
- Determinación de las tareas asistenciales de esos DA **sin cupo**: realizarían la cobertura de incidencias, ausencias... pero también participación activa en tareas asistenciales de la Medicina de Familia como actividades de prevención, pacientes crónicos, cirugía menor, formación....
- **AP-Urgencias Extra-hospitalarias**: modelos asistenciales como el SAMUR en Madrid, o en algunos países europeos: **diferenciar** el tipo de trabajo que desempeñan los Médicos de AP:
  - a) Como **EBAP**, con formación en seguimiento de pacientes crónicos, actividades de prevención, jornada complementaria con asistencia de patología no demorable, pero **no** emergente, ó
  - b) Como **Equipos de Urgencias y Emergencias**, con formación específica para asistencia de prioridades 1 y 2, turnos de 12 horas, equipos estables, descansos reglados..

Tenemos que tener claro que son dos Médicos de Familia distintos, cada uno especializado en su ámbito, para **DIGNIFICAR** la profesión y eliminar la **DESIGUALDAD** para la población **según su localización**: hay zonas rurales aisladas donde no llegan los servicios de emergencias como el 061, y cuya asistencia por parte de los Médicos de AP, no es equiparable a la asistencia en otras localidades.

NO podemos ser “**maestros en todo**”: NO es JUSTO, ni para los pacientes ni para los profesionales.

- Si se cumple el punto anterior, se podrían eliminar las jornadas de **24 horas**, manteniendo un máximo de 12 horas: los sueldos equitativos, la jornada complementaria y las continuidades asistenciales, proporcionarían el complemento necesario para no tener que cumplir agotadoras jornadas de 24 h, ni para EBAP ni para DA.

## **8- COTIZACIÓN Y JUBILACIÓN ANTICIPADA:**

- Cómputo de las **horas de guardia** como tiempo trabajado que son.
- Jubilación anticipada: en condiciones similares a las de otros colectivos, como policía o bomberos.

## SUELDO

**Andalucía es una de las CCAA con peores sueldos para los profesionales sanitarios.**

1-Sueldo **DIGNO** en relación directa con nuestras condiciones laborales: nivel de responsabilidad, peligrosidad, nocturnidad, carga laboral...

2-Distribución **JUSTA** del sueldo: conceptos equitativos: existe desigualdad en los sueldos:

- Entre profesionales (EBAP, DA..)
- Entre ámbitos (Atención Primaria y Atención Hospitalaria)
- Entre CCAA.

3-**Nóminas**: deben ser claras, simplificadas, que no escondan conceptos:

- Incremento del **sueldo base** y abolición de ciertos complementos: nuestros ingresos no pueden ser soportados por la jornada complementaria (horas de **guardia**).
- **Productividad fija**.
- **Carrera profesional**:
- Fácil acceso, eliminando la vía exclusiva a través de la acreditación, como ocurre en otras CCAA. Podría ser a través de un baremo limitado a experiencia profesional
- Universal: evitar agravio comparativo entre profesionales, permitiendo el acceso también al personal eventual.
- **Continuidades asistenciales**: que queden incluidas en la resolución de retribuciones (al igual que las de Atención Hospitalaria), voluntarias y de tu cupo.

## TELECONSULTA

**1-Cita de respuesta AH:**

Las respuestas por parte del Especialista de AH, generarán una cita en la agenda del Especialista de AP.

**2-Buzón del profesional:**

- Los avisos de Altas Hospitalarias y
- Los avisos de Visados de Farmacia, generarán una cita en agenda del MAP.

El resto de avisos del buzón, como altas de Urgencias, será el profesional el que los revise o no.

**3-Contacto con el paciente desde AH:**

Los administrativos del Hospital, además de enviar la carta de la cita, llamarán al paciente para informarle: no siempre llega la cita por correo, o bien, llega tarde.

**4-Creación de grupos de trabajo AH-AP** realmente implicados en el buen funcionamiento de la derivación a AH:

- 1- Tomar como ejemplo el Servicio de **Dermatología** del HUCSC.
- 2- **Unificar** criterios de derivación entre ambos Hospitales y Servicios: evitar variabilidad para garantizar una atención al ciudadano de calidad: eficacia y seguridad.
- 3- Mantener la vía **presencial** de derivación a AH.

## CONSULTA DE ACOGIDA

**Evitar variabilidad**: funciona, si se usa correctamente: que no la realicen entre varios enfermeros en diferentes tramos horarios, sino:

- 2 enfermeros en 2 tramos.
- Gestión de la consulta:
  - a) Quién es su médico.
  - b) Ver historia de problemas y medicación.
  - c) Si no es finalista, dar solución provisional hasta valoración por su médico: esto promueve la **educación sanitaria** y alivia la necesidad de **inmediatez, sintiéndose atendido**.

## TUTORES DE RESIDENTES

**“Cómo se puede ser tutor de residentes, sin ser médico”.**

Si no hay tutores, no hay residentes... No hay Atención Primaria.

1-Dimisión en bloque: cuestionada.

2-Compensación a la labor de tutorización, hasta el momento altruista con:

- Más **tiempo** por paciente.
- Cupos adecuados que permitan desarrollar la labor de formación de calidad para los Médicos Residentes.
- Remuneración **económica**.

3-Prevista próxima reunión de la UD y Gerencia con R4: fidelizar con contrato firmado ya para evitar **fuga** profesionales.

## INFORMACIÓN A PACIENTES: EDUCACIÓN SANITARIA

**Debe ser información ACTUALIZADA, VERAZ, CLARA:**

La educación sanitaria debe ser impartida por **políticos y gestores**: deben ser ELLOS los que PONGAN LÍMITE para un **uso racional del sistema sanitario** por parte de los usuarios.

1-Implicación directa de los **Ayuntamientos**.

**2-Contrastar la información** con las fuentes adecuadas.

**3-Clic Salud y app Salud Responde**, **NO** están al alcance de todos los pacientes: alternativas.

4-En la **cultura de la inmediatez**, hay que utilizar el **sentido común** e implicar de forma activa a la población en el cuidado de la Sanidad Pública.

**5-AGRESIONES**: Campañas de apoyo a los profesionales: **RESPECTO**.

## INFORMACIÓN A PROFESIONALES: EDUCACIÓN SANITARIA

**“EL PODER DEL NO”:**

- 1- **Hacerse RESPETAR** por parte del ciudadano,
- 2- **Hacerse RESPETAR** por parte de AH,
- 3- Evitar **banalización** del acto médico,
- 4- **Empoderar la AP**.