

## Comentarios al documento de mejora de la Atención Primaria en la C.Valenciana SVMFiC\_Junta Directiva

Valencia, 8 de mayo de 2007

La Junta Directiva de la SVMFiC elabora el siguiente documento tras reunión extraordinaria el 7 de mayo de 2007 y tras tomar en consideración opiniones de socios y no socios. Se intenta velar por la confianza y evitar la desfragmentación, recabando opiniones fuera de la junta directiva de forma ágil.

El actual acuerdo de mejora de la AP en la Comunidad Valenciana es un documento asumido por la Administración, Conselleria de Sanitat a través de la Agencia Valenciana de Salud, tras escuchar y debatir junto a sociedades científicas y colegios profesionales sanitarios. Estas entidades a su vez partían de un documento de consenso que aunaba todas sus reivindicaciones. Las suyas, y las propuestas por la Plataforma 10 Minutos, verdadera promotora del inicio del cambio. Por motivos de forma, no acudió ningún representante de dicha plataforma al último encuentro negociador entre administración y profesionales. Estas reivindicaciones se nutren a su vez de la Estrategia APXXI, documento auspiciado por semFYC a nivel nacional. En cualquier caso queda pendiente el proceso negociador con sindicatos donde el acuerdo podrá ser mantenido y mejorado.

Sabemos lo que ha se ha firmado, aunque algunas frases no sean suficientemente ilustrativas, y no aceptaremos interpretaciones torticeras de la Administración (venga quien venga a la nueva Conselleria). La negociación no ha sido sencilla. Reuniones y reuniones durante varios meses, más frecuentes en las últimas semanas; el documento inicial presentado no casaba en muchos aspectos con las intenciones de la Administración, con puntos, como el tamaño de los cupos o el presupuesto de AP, que han tenido fuerte oposición.

Habida cuenta de la dificultad de conseguir un acuerdo que satisfaga a todas las partes, se optó por un documento discretamente abierto, pero realizable.

- Con referencia a menos plazos de los inicialmente propuestos, pero con fecha límite para su cumplimiento de un año. Por nuestra parte, si nos estableceremos prioridades en los objetivos y trabajaremos para hacerlos cumplir. Intentaremos ir un paso por delante, para que la opinión de la SVMFiC sea la propuesta a seguir.
- Con un presupuesto en Atención Primaria lejos del ideal, pero con un aumento del mismo escalonado, realista y compatible con otros sectores de la sanidad, que supondrá una inyección de 25 millones de euros para 2008 (pasando del 14% actual al 14,5% ) y así sucesivamente en los próximos años (15%, 15.5%, 16%), en AP. Y lo comprobaremos en el último trimestre del año cuando se confeccionen los presupuestos.
- Con un cupo de 1500 pacientes como la cifra a conseguir variándolo(+/-20%) en función de la situación específica de cada zona, favoreciendo a los profesionales más desfavorecidos que ajustarán sus cupos a la marginalidad de la zona y a la proporción de mayores de 65 años entre otras variables. Antes del 15 de junio tendremos un listado pormenorizado por zona y cupo de cada situación con su indicador correspondiente para toda la Comunidad Valenciana.
- Se realizará un seguimiento a lo largo del año para comprobar en qué centros hay dificultades para solicitud de pruebas complementarias pues con el nuevo acuerdo los criterios deben ser iguales a cualquier otro especialista y los protocolos, si se hacen, para todos por igual. Los aspectos concernientes a las pruebas complementarias se encuentran en fase avanzada.
- Por añadidura, se otorgarán mayores competencias al actual coordinador médico, cambiando su denominación (Jefe de zona básica) y funciones, y se le otorga una mayor capacidad de gestión económica de los presupuestos para bajas y sustituciones, ampliando a todo el año (no solo el verano) la posibilidad de pago extraordinario por doblaje de consultas. Antes de octubre estará redactado el borrador de nuevo reglamento sobre coordinadores.
- Se ponen las bases efectivas para la creación de unidades de investigación con profesionales de Atención Primaria. Antes de dos meses se revisarán las existentes en cada Departamento y se propondrán las medidas necesarias para la creación de las mismas donde no las haya.
- Antes del 15 de junio se constituirá la Comisión para el desarrollo del Plan Antiburocrático en AP en la Comunidad Valenciana.
- Antes de fin de año y una vez debatido con las fuerzas sindicales se creará una nueva categoría profesional de personal auxiliar de atención primaria para evitar la actual

indefinición de funciones que tienen los actuales profesionales que corresponden a un modelo de trabajo hospitalario.

En definitiva, no es el acuerdo ideal. Pero sí el que, en el momento y coyuntura actual, puede llegar a cumplirse.

Para quienes no aceptan diversos aspectos de lo firmado, todo es opinable, recordarles que queda el proceso de negociación sindical en las mesas técnicas y mesa sectorial; foro donde parte del documento debe ser mejorado con las opiniones y experiencia de los sindicatos. Todos esperamos que dicha mesa sea convocada en breve, que el documento se desarrolle y que se cree normativa específica para determinados puntos.

Por el momento, recientes movimientos dan esperanza al cambio, a la predisposición al diálogo y al nuevo rumbo iniciado: El acuerdo firmado hace dos días que permite el desarrollo de la financiación del programa de receta electrónica (3 millones de euros a realizar antes de Noviembre de 2007 para dotar a las farmacias de los medios técnicos necesarios) y la puesta en marcha del programa piloto del mismo; o la aceleración de la activación de las nuevas actualizaciones y mejoras del sistema informático, fruto del esfuerzo y dedicación de miembros de la SVMFiC que están participando en Comisiones específicas sobre el tema.

Los pasos dados en los próximos cuatro o seis meses serán cruciales para valorar positiva o negativamente el trabajo de los firmantes del acuerdo.

Por eso hemos de guardar fuerzas para hacer un estrecho seguimiento del acuerdo y garantizar su cumplimiento y realizar nuevas movilizaciones si no es así. El camino acaba de empezar. Estamos convencidos de que se ha cambiado el rumbo a otro mejor y cuanto más tiempo pase más lejos nos veremos del punto anterior. La semFYC ha valorado de forma muy positiva todos los acuerdos, sobretodo en lo cualitativo más que en lo cuantitativo. Algo esta cambiando en toda España y en la Comunidad Valenciana también.

En el congreso de la SVMFiC de Elche, dentro de la asamblea de socios y del informe anual de la SVMFiC, informaremos del seguimiento de este acuerdo. La asamblea es de acceso libre a todos los socios y un foro abierto de debate.

Con las huelgas del 10 de noviembre y del 10 de abril hemos llegado a firmar este plan de mejoras. Esta junta directiva considera que es el mejor, por consensuado además de realizable, que se podía alcanzar. Quien no esté de acuerdo con el mismo y considere que se puede mejorar, tiene la opción de sumarse a la huelga del próximo 10 de mayo, no desconvocada por algunos sindicatos.

Esta junta directiva ha dado apoyo y difusión en menos de 5 meses, a dos huelgas de médicos, un hecho insólito en la historia de la Medicina de Familia, lo que ha supuesto un esfuerzo, compromiso y entrega muy importante. Creemos que no se ha negociado mal a la vista del resto de acuerdos (ver la página web de la SVMFiC). Rechazamos la firma de un acuerdo el 2 de abril por precipitado y mantuvimos la huelga (sólo en 7 CCAA), a pesar de las presiones recibidas, porque entendíamos que era un acuerdo insuficiente y el del 24 de abril lo ha mejorado.

Comprendemos la desconfianza hacia el cumplimiento del acuerdo por parte de la Administración debido al recuerdo de incumplimientos pasados, pero sólo tras el paso de los próximos meses podremos dar respuesta a esa incertidumbre. Sentimos que la redacción del mismo no sea la más adecuada o no refleje de forma suficientemente clara el grado de compromiso alcanzado. Es el único acuerdo, de los firmados en el territorio nacional hasta ahora, revisable a un año. Os pedimos un voto de confianza porque estamos convencidos de que puede haber cambios favorables. Seríamos los primeros decepcionados si no fuera así y en ese caso se tomarían las medidas necesarias para hacer valer la opinión de la SVMFiC.

Queremos agradecer a los socios el apoyo recibido así como al resto de Sociedades Científicas, PT10M, y Colegios Profesionales. La unión ha hecho posible esta nueva andadura. Debemos mantenernos unidos para seguir creciendo.

Tened la seguridad de que seguiremos informando del mismo en este periodo.

A continuación, el texto.  
Formaos vuestra libre opinión.

*Junta Directiva SVMFiC*

## Firmantes del acuerdo:

AVS,  
SVMFiC, SEMG, SEMERGEN, Sociedad Valenciana de Pediatría,  
Consejo de Colegios de Médicos de la C.V., Consejo de Enfermería de la C.V.

En verde, los comentarios y aclaraciones de esta Junta Directiva.

En azul, el acuerdo alcanzado.

## LÍNEAS DE TRABAJO CONSENSUADAS EN ATENCION PRIMARIA

### 1. INTRODUCCIÓN

Este acuerdo debe ser negociado, y presumiblemente mejorado, en mesa sectorial sindical.

Desde el nacimiento de la atención primaria como nueva concepción filosófica se han producido multitud de cambios tanto demográficos, sociológicos, culturales y económicos que justifican que nos planteemos nuevos retos en el campo de la atención primaria, para adaptarnos a todos estos cambios sin que se resienta el nivel de calidad de la atención sanitaria y sin que los profesionales entren en una espiral de desmotivación que impida dar pasos adelante en la mejora de este nivel de atención.

Por ello entre los objetivos a alcanzar para esta nueva atención primaria se encuentran el conseguir una alta capacidad de resolución, potenciar la continuidad asistencial y que su cartera de servicios esté sustentada en evidencias científicas.

Otro aspecto fundamental es la mejora de la organización de la atención primaria con medidas encaminadas a optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión que permitan la consecución de objetivos para hacer más eficiente este nivel de atención.

Partiendo del documento elaborado desde el Ministerio de Sanidad, con la participación de todas las Comunidades Autónomas, en el que se hace un análisis de situación de la atención primaria del siglo XXI y se plantean estrategias de mejora con carácter general, desde nuestra Comunidad Autónoma se hace necesario elaborar un documento mucho más concreto, adaptado a la idiosincrasia de esta Comunidad y con compromisos realizables a corto y medio plazo que redunden en una mejora de la calidad de la atención primaria, percibida tanto por el ciudadano como por los profesionales sanitarios.

Este documento, que cuenta con el consenso de las sociedades científicas más representativas en el ámbito de la atención primaria así como con el de los Colegios Profesionales, parte de la premisa de que el ciudadano es el eje del sistema y las medidas a emprender deben ir encaminadas a potenciar la atención primaria como eje conductor del sistema sanitario.

Una vez consensuadas todas las líneas del documento, la Administración lo presentará, en su caso, a la mesa sectorial que es el foro establecido para negociar las condiciones de trabajo del personal de las Instituciones Sanitarias.

### 2. ADECUACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El número de tarjetas por cupo es de 1500. Con una variación de +/- 20%. Este coeficiente dependerá de la situación de algunos factores, como el % de ancianos o el nivel socioeconómico de la zona, además de otros que se determinaran en 3 meses. Con esos datos se confeccionará en ese plazo, un listado de TODOS los cupos y zonas de la CV para comprobar uno a uno su situación. Los cupos con situación más desfavorable en ese indicador (muchos pensionistas, zonas marginales) les corresponderá un cupo de 1200 (1500-20%). Los de situación mejor, como máximo tendrán 1800.

El acuerdo de fecha 28 de diciembre de 2004 recoge los cupos máximos a asignar a los médicos y pediatras de EAP por zona básica (1.500 +/- 20% para médicos y 900 +/- 20% para pediatras) en la Comunidad Valenciana con el objeto de garantizar unos ratios adecuados para que la atención sanitaria se preste con unos niveles de calidad.

Además, los nuevos sistemas de información incorporados en los últimos años posibilitan el análisis de los cupos con el fin de asignar los recursos sanitarios, no sólo con criterios demográficos, sino también valorando otros factores que condicionan la presión asistencial.

En este contexto, se realizará un estudio exhaustivo de todos los cupos que no se ajusten a los estándares establecidos en el acuerdo, incluyendo variables como las características de la pirámide de población, la dispersión geográfica, la morbilidad y comorbilidad diagnosticada, el buen control de las enfermedades crónicas, el uso racional del medicamento, las actividades preventivas y de promoción realizadas, la frecuentación, el nivel de resolución del equipo de atención primaria (porcentaje de derivaciones a especializada), la cartera de servicios y el tamaño del equipo, los factores sociales, la inmigración, los grados de dependencia y todos aquellos que se consideren relevantes. A partir del resultado de este estudio, que deberá estar finalizado en el plazo de 6 meses, se asignarán los recursos para alcanzar un ratio óptimo por zona básica de 1.500 pacientes mayores de 14 años por médico de familia y 900 pacientes menores de 14 años por pediatra con una variación de +/- del 20% en función de los indicadores establecidos.

Este análisis se realizará para toda la Comunidad por zona y profesional sanitario. Para el resto de profesionales sanitarios estos indicadores servirán para establecer el ratio óptimo que garantice una atención de calidad y que permita a estos profesionales disponer del tiempo necesario para realizar otras actividades sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.

**La redistribución de los cupos será autonomía de cada centro de salud.**

Los coordinadores asegurarán una adecuada redistribución de la población mayor de 65 años entre los cupos de medicina de familia de la zona básica.

**No habrá pacientes sin médico asignado, excepto desplazados menos de 1 mes.**

Todos los usuarios asignados a un Centro deberán asignarse a algún Cupo Médico en la unidades de Admisión de los Centros de Salud, salvo las asignaciones temporales inferiores a un mes.

**Aumento presupuestario a Atención Primaria. Un 0.5% anual (14%, 14.5%, 15%, 15.5%) sobre el presupuesto global son 25 millones de euros. Creemos que esto es mucho más creíble que una subida directa del 14 al 25%.**

Desde los departamentos se potenciará, por parte de las Gerencias, que se destine progresivamente, del presupuesto global asignado, una mayor inversión en atención primaria, como elemento clave para mejorar los resultados en salud. Este incremento corresponderá a un 0,5% anual hasta el año 2011.

### **3. FOMENTO DEL ESTATUS DE LOS COORDINADORES DE LOS EAP**

**Mejoras en las atribuciones de los coordinadores de centro de salud, incluso con cambios en su denominación y estatus jerárquico.**

Una vez publicado el Decreto por el que se apruebe el Reglamento de Asistencia Sanitaria se procederá a la regulación normativa de las funciones, forma de acceso, evaluación y todas aquellas cuestiones que puedan ser de interés para mejorar el rol de los actuales coordinadores.

Consideramos que es necesario un cambio en la denominación de este puesto de trabajo, para que se adapte mejor al perfil directivo de este personal. Una propuesta sería la de cambiar la denominación actual de Coordinador del EAP por la de Jefe de Zona Básica de Salud o cualquier otra denominación que se adapte más a las funciones y responsabilidad de este personal.

### **4. DISPENSACIÓN ELECTRÓNICA Y PLAN ANTIBUROCRÁTICO**

**Compromiso de la Conselleria de potenciar la receta multiprescripción a nivel ministerial.**

La Conselleria de Sanitat se compromete a llevar cuanto antes al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la propuesta del cambio del actual modelo de receta por un modelo de receta multiprescripción, en la línea de la propuesta hecha por todas las organizaciones y Sociedades Científicas de Atención Primaria que se hizo llegar al Ministerio de Sanidad y a las 17 Consejerías de Salud de los diferentes Servicios Regionales de Salud en el otoño de 2005.

**Inicio de las pruebas de receta electrónica antes de 3 meses. Instauración en al menos el 50% de los CS en menos de 2 años. 100% en 4 años.**

Puesta en funcionamiento de la receta electrónica en un departamento piloto en el plazo de máximo de 3 meses. Posteriormente se implementará en el resto de los departamentos de la Comunidad Valenciana. La prescripción electrónica para periodos prolongados (mínimo 6 meses) deberá ser una realidad generalizada en, al menos, el 50% de los centros de salud antes del primer trimestre de 2009 y en todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana antes del primer trimestre del año 2011.

**Mientras, mejoras en la prescripción de tratamientos crónicos, tanto en la capacidad de manejo del programa de prescripción por parte del facultativo como del administrativo.**

Hasta la implantación y desarrollo de las medidas anteriores, se habilitará, de forma efectiva y útil para los profesionales sanitarios, el sistema actual de prescripción mediante firma electrónica en papel, incluyendo las siguientes consideraciones:

- Entrega configurable de las recetas autorizadas para periodos de 30, 60 o 90 días, configurando también la agrupación de fechas. De esta forma, el profesional, en función de las características y situación del paciente, decidirá la agrupación de fechas y entrega de recetas en los tiempos más adecuados.
- En cualquier caso será posible la entrega de recetas en intervalos de 90 días, la entrega desde admisión con diferentes fechas de prescripción (para evitar botiquines domiciliarios), así como un sistema de actualización y modificación de prescripciones y/o dosis que permita el mantenimiento de los intervalos de entrega preestablecidos de forma ágil para el profesional.

**Mejoras en la gestión informática de los partes de baja por parte del personal administrativo.**

Se facilitará la gestión completa del sistema actual de Bajas Autorizadas desde admisión, incluyendo: impresión y reimpresión de partes autorizadas, e información sobre fechas de control clínico. El sistema de Bajas Autorizadas debe garantizar la posibilidad de cita del paciente para su control clínico en el mismo acto.

#### Mejoras en la gestión informática de las unidades de inspección médica.

Se garantizará que la totalidad de las unidades de Inspección de la Comunidad Valenciana puedan utilizar el sistema de visado y control de la Bajas Autorizadas.

#### Inclusión en el sistema informático de toda la documentación burocrática, para su mejor y más rápida cumplimentación.

Se incluirán los formularios y documentos que actualmente se utilizan de forma ordinaria en los Centros de Atención Primaria, en concreto los partes de ambulancia y los referentes a cargos a terceros.

### 5. AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LOS EAP

#### Acceso a pruebas complementarias en mismas condiciones que otros especialistas, con protocolos comunes de igual cumplimiento.

Garantizar, en todos los departamentos, el acceso de los médicos de familia y pediatras de Atención Primaria a las pruebas complementarias diagnósticas con los mismos criterios exigibles a cualquier otro especialista. Deberán existir protocolos de solicitud de las citadas pruebas complementarias, consensuados en cada Departamento.

La prueba diagnóstica debe estar indicada por ser necesaria en el diagnóstico diferencial o para tomar una decisión terapéutica o de derivación del paciente.

La Agencia Valenciana de Salud auditará que efectivamente las pruebas son accesibles y que existen protocolos de solicitud en todos los Departamentos.

#### Apoyo y potenciación de la práctica de la cirugía menor y otros servicios.

La Conselleria impulsará e incentivará en los Acuerdos de Gestión, y los Departamentos garantizarán, el acceso de aquellos médicos de familia que lo deseen a la práctica de la Cirugía Menor y a la prestación de otros servicios en el centro de salud, a los pacientes de su cupo o de otros cupos, con las condiciones estructurales y de apoyo necesarias, según recomendaciones de las Sociedades Científicas.

#### En lo que respecta a Carrera Profesional, a mayor nivel, además de mayor retribución, menor carga asistencial y más tiempo para otras tareas (investigación, docencia, gestión...)

Puesto que el decreto de "Carrera profesional" incluye una verdadera valoración profesional, ya que se basa en gran medida en la evaluación de la actividad asistencial y no sólo un aumento retributivo dependiente del tiempo trabajado (esto solo es así en el encuadramiento inicial), a partir del 2008, los diferentes niveles de capacitación reconocidos en la carrera profesional no sólo conllevarán un incremento retributivo, sino también diferencias en las funciones y en las tareas de los profesionales. A mayor nivel en la Carrera corresponderá una menor carga asistencial y más tiempo para actividades de consultoría, docencia, investigación o gestión clínica. Esta redefinición de tareas será responsabilidad de los Coordinadores.

### 6. CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL EAP

#### Potenciar las actividades preventivas, razón de ser de nuestra especialidad.

Impulsar las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Se potenciarán recogiendo en los acuerdos de gestión, a nivel de los departamentos, indicadores que midan este tipo de actividades. Deberán potenciarse las intervenciones con la comunidad.

#### Fomento de la docencia y la investigación, con recursos y tecnología. Al menos el 20% del tiempo de trabajo será destinado a estas tareas.

##### Creación en cada departamento de unidades de investigación en Atención Primaria.

Fomento de las actividades docentes y de investigación.

Los equipos directivos garantizarán la realización de actividades formativas. Asimismo, facilitarán recursos a los profesionales que inicien actividades de investigación relacionadas con el trabajo de los centros de atención primaria. Se deberán recoger en los acuerdos de gestión, a nivel de los departamentos, indicadores que midan este tipo de actividades.

Se arbitrarán las medidas organizativas necesarias de modo que al menos un 20% del tiempo de la jornada laboral se dedique efectivamente a la formación, investigación y docencia, en los centros acreditados para ello.

En los centros docentes de pregrado (alumnos de Medicina) y postgrado (MIR) se apoyará claramente la dedicación docente, de forma que permita desarrollar sus objetivos. Los docentes de estos centros dispondrán de la tecnología necesaria.

En cada Departamento se creará una Unidad de Formación, docencia e de Investigación que potencie y coordine estas actividades en el Departamento.

Fomento de la colaboración medicina-enfermería en pos de la mejora de su efectividad. Establecimiento de las UBAs (unidades básicas asistenciales), con coincidencia de horarios entre medicina-enfermería.

Impulsar el trabajo conjunto y compartido entre los médicos de familia y pediatras con el personal de enfermería.

Reorganización de la actividad de los profesionales que integran el equipo de atención primaria orientado a mejorar la resolución y la efectividad de su trabajo. Establecer como sistema de organización Funcional de los EAP las Unidades Básicas Asistenciales (UBAs) e incluirán a profesionales médicos de familia, pediatras y personal de enfermería y atenderán a un mismo conjunto poblacional definido garantizando la coincidencia horaria entre ellos.

**Implantación de la consulta de enfermería a demanda.**

Potenciar la accesibilidad de la población a las consultas de enfermería mediante la implementación de la consulta de enfermería a demanda. Se ha elaborado recientemente un documento en el que han participado profesionales médicos y de enfermería de los EAP así como miembros de los equipos directivos de los departamentos y de la Conselleria de Sanidad. En este documento se recogen las líneas estratégicas básicas que permita la normalización de esta consulta de enfermería. Identificación unívoca enfermería-usuario desde los Sistemas de Información Sanitaria e Historia Clínica informatizada.

**Establecimiento de protocolos completos para las unidades de admisión, disminuyendo así la carga burocrática innecesaria a la consulta médica.**

Protocolos de actuación en las unidades de admisión (UA), definiendo la misión, visión y valor de estas unidades que permita la unificación y normalización de las tareas mediante su protocolización, garantizando así la orientación al Cliente de estas Unidades, la resolución de labores administrativas repetidas que permitan el disminuir actos médicos no generados por necesidad clínica, mediante tareas de gestoría interna.

**Creación del personal de servicios generales (auxiliar administrativo y celador), con recursos suficientes para las tareas administrativas del centro.**

Potenciar las unidades administrativas y de atención al paciente mediante la creación de una nueva categoría profesional, el personal de servicios generales. Personal polivalente con funciones correspondientes a las actuales categorías de auxiliar administrativo y celador. Reorientación, organización e impulso de las actuales Unidades Administrativas hacia su transformación en las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano, dotándolas de los recursos suficientes para que toda la función administrativa que ahora efectúan los profesionales sanitarios la desempeñen estas Áreas y para que, al mismo tiempo, atiendan las demandas de los ciudadanos.

**Aprovechamiento de la presencia de auxiliares de enfermería.**

Adaptación de las tareas de los auxiliares de enfermería al nuevo marco organizativo del EAP

**Medidas de desburocratización de las consultas a través de un grupo de trabajo, con participación de las sociedades científicas. Este grupo debe estar formado antes de septiembre de 2007, y sus medidas aplicadas antes de junio de 2008.**

Impulsar medidas para desburocratizar las consultas: Actualmente, las actividades burocráticas representan una gran carga de trabajo en la consulta del facultativo, por ello y siguiendo con la línea emprendida por el Proyecto Abucasis II, se impulsarán desde la Conselleria de Sanitat y desde cada Departamento de Salud, todas aquellas iniciativas y cambios organizativos encaminados a detraer de las consultas médicas tareas administrativas y burocráticas que posibiliten incrementar la disponibilidad de tiempo asistencial por paciente. Antes de finalizado el tercer trimestre de 2007 se creará un Grupo Técnico de Trabajo formado por personal de servicios centrales, Departamentos de salud y Sociedades Científicas que elaborará este Plan cuyas medidas se harán efectivas no después de finalizado el segundo trimestre de 2008.

**Predisposición de la conselleria a probar medidas de autogestión.**

La Conselleria está abierta a experimentar con carácter piloto nuevas fórmulas de autogestión, organización y autofinanciación en Atención Primaria, dentro del marco de la sanidad pública, con un programa de evaluación de las mismas.

Contemplar las dedicaciones parciales (temporales o permanentes) en función de la legalidad vigente.

## **7. IMPULSAR POLITICAS DE COORDINACION Y COMUNICACIÓN ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.**

Objetivos de salud conjuntos entre ambos niveles asistenciales. Jornadas de integración en los departamentos. Potenciar la creación de protocolos de actuación consensuados y conjuntos.

Coordinación de los sistemas informáticos usados entre ambos niveles. Mejora de la relación entre ambos niveles, con respuestas escritas a las interconsultas, uso del teléfono y el correo electrónico.

Participación en las comisiones de cada departamento de representantes de ambos niveles.

Promover que en los departamentos se establezcan objetivos asistenciales así como de evaluación de resultados en salud para atención primaria y especializada conjuntos.

Favorecer la realización de jornadas de integración a nivel de los departamentos

Garantizar la integración de los sistemas de información entre ambos niveles de atención y recordar la obligación de responder por escrito las interconsultas.

Asegurar la adecuada participación en las Comisiones del Departamento (bioética, investigación, docencia, etc.) de profesionales sanitarios de los dos niveles de atención.

Garantizar el contacto telefónico y mediante correo electrónico entre los especialistas hospitalarios y los de Atención Primaria, de tal manera que el médico de familia o pediatra de Atención Primaria sea informado de los ingresos de sus pacientes.

Promover que en los Departamentos se establezcan objetivos asistenciales así como de evaluación de resultados en salud para Atención Primaria y especializada conjuntos.

Impulsar la elaboración e implementación de protocolos de integración de los problemas de salud más relevantes.

## **8. RETRIBUCIÓN DE LA SOBRECARGA DE TRABAJO DERIVADAS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DE OTRO CUPO**

Facilitar las sustituciones y refuerzos a lo largo de todo el año.

Reconversión de contratos de acumulos a personal de plantilla.

Por acuerdo de 14 de julio de 2006 se reguló la cobertura de la asistencia sanitaria a los usuarios mediante el refuerzo y las sustituciones en los equipos de atención primaria durante el periodo estival.

El normal funcionamiento de los EAP, también encuentra dificultades en otros momentos del año, habida cuenta de la escasez de personal existente en las listas de empleo temporal, por ello se hace necesario ampliar el citado acuerdo, para aplicarlo solo en horario complementario (horario distinto al que tenga asignado el puesto principal), el resto del año y a criterio del coordinador de la zona básica de Salud.

Consolidación en plantilla de los contratos de acumulos de tareas estructurales.

## **9. DOTAR DE CIERTA AUTONOMÍA PRESUPUESTARIA A LOS EAP**

Asignación de un presupuesto anual a cada centro de salud para sustituciones.

Dentro de la línea de facilitar la participación y la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios se potenciará, desde los departamentos de salud, la autonomía de los EAP asignándoles un presupuesto anual, basado en sus características y en un histórico, que contemple sustituciones por permisos, vacaciones y bajas laborales de corta duración para que lo gestione el responsable del equipo.

## **10. OTRAS PROPUESTAS**

Medidas de prevención de riesgos laborales.

Medidas para evitar la emigración de profesionales. Sin médicos no hay mejora.

o Aplicación de medidas de prevención de los riesgos laborales, asegurando un medio de trabajo que minimice las situaciones de sobrecarga crónica física y psíquica, con especial atención a las profesionales gestantes y a aquellos que por enfermedad o edad así lo requieran. Puesta en marcha de instrumentos eficaces dirigidos a disminuir la incidencia y gravedad de las agresiones que sufren los profesionales de la salud.

o La Administración deberá seguir tomando las medidas oportunas para fidelizar a los profesionales en nuestra Comunidad.

o En la medida en que se desarrolle para los profesionales de enfermería la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, la Administración velará por la incorporación progresiva de estos profesionales en la atención primaria.

Creación de una comisión de revisión del cumplimiento de este acuerdo.

Se creará una comisión de seguimiento de las propuestas realizadas y que se convocará, con carácter anual, reuniones para revisar el grado de cumplimiento del presente documento.