

Nuevos desafíos al sistema sanitario y Atención Primaria

Nuestro sistema sanitario deben adaptarse a la nueva realidad sociosanitaria caracterizada por el envejecimiento y la multimorbilidad para seguir manteniendo una atención de calidad y que sea sostenible

Existe suficiente evidencia y consenso de que para ello se necesita una atención primaria (AP) fuerte y resolutive.

Sin embargo la desinversión en sanidad que ha supuesto la reciente crisis económica ha afectado sobre todo a la AP. Esta desinversión coincide con un déficit de profesionales médicos debido a una mala planificación en las necesidades de especialistas sobre todo en el área de Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría

De esta forma la sobrecarga asistencial es ya una norma en AP a nivel de todas las comunidades autónomas. En estas condiciones mantener una atención de calidad y segura requiere un sobreesfuerzo a todos los profesionales de AP que no puede mantenerse mucho más tiempo. Se necesitan **intervenciones inmediatas** para paliar esta situación.

Lehen Arreta Arnasberritzen (LAA)

En Octubre de 2017 fruto de la preocupación por la situación de la AP en Euskadi, surge **Lehen Arreta Arnasberritzen (LAA)** como foro de discusión con el objetivo de realizar **propuestas constructivas** para conseguir una AP fuerte y de calidad en Osakidetza y devolver la dignidad a los profesionales que trabajan en ella.

El movimiento elaboró un documento de reflexión, refrendado por más de 600 profesionales de la AP , que contiene múltiples medidas agrupadas en ocho áreas diferentes para mejorar la situación en AP. Este documento junto con la **disposición de LAA a colaborar en la mejora de la AP** se trasladaron a nuestros responsables sanitarios tanto del Departamento de Salud como de Osakidetza.

En julio del 2018 el Departamento de Salud crea el Consejo Asesor de Atención Primaria con el objetivo de ser un órgano consultivo y de asesoramiento técnico del Departamento de Salud en la configuración del modelo organizativo en que la integración de la Atención Primaria y la Atención Especializada permita una mejor continuidad asistencial.

El consejo asesor no se ha vuelto a reunir desde su constitución hasta ayer 8 de febrero. Así mismo durante el primer semestre de 2018 el Departamento de Salud y Osakidetza han publicado el documento base “Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi” con el objetivo de establecer un debate sobre el modelo de AP que necesitamos en el momento actual y en el futuro próximo. LAA, al igual que otros colectivos y profesionales individuales, trasladó sus alegaciones y propuestas a dicho documento hace más de 6 meses. En el momento actual el **debate propuesto en el documento base no se ha producido** y la respuesta a nuestras aportaciones se presentaron ayer en el consejo asesor y deberán ser valoradas próximamente

Mientras tanto la situación de **sobrecarga asistencial en AP se ha mantenido o aumentado** en los últimos meses hasta el punto de que existen ya problemas para cubrir algunas vacantes de profesionales de Medicina de Familia y Pediatría por jubilaciones, enfermedad o permisos. La salud de los profesionales está ya en riesgo por estas condiciones de trabajo y es evidente también ya el riesgo sobre la calidad en la atención a nuestros pacientes. Así lo hemos manifestado los profesionales de AP tanto a través de los canales institucionales de Osakidetza como a través de los medios de comunicación, concentraciones a las puertas de nuestros centros de salud y redes sociales.

Propuestas LAA para la AP

En el documento de reflexión de LAA se señalaba la necesidad de potenciar y cohesionar el trabajo en equipo entre médicas de familia, pediatras, enfermeras, profesionales de farmacia de AP (FAP) y del área de atención al cliente (AAC) como una de las propuestas para mejorar la eficiencia del trabajo en AP. Durante los últimos meses LAA ha trabajado incorporando las aportaciones de estos colectivos a sus propuestas iniciales contenidas en el documento de reflexión de noviembre del 2017 que siguen siendo útiles y válidas.

La actual situación de nuestra AP requiere de acciones institucionales inmediatas. En esta asamblea se han discutido y aprobado 63 propuestas que pueden **transformarse en acciones** por parte de nuestros **responsables sanitarios**.

Tabla-Clasificación de las 63 propuestas aprobadas

Área	N
Presupuesto, liderazgo y organización	
Autonomía de gestión y cambios en la organización del equipo de atención primaria	1-23
Sistemas de información	23-26
Recursos humanos	27-52
Docencia y formación continuada	53-59
Actividad comunitaria	60-63

La asamblea ha aprobado continuar con una estrategia para mejorar la situación de AP que incluye el debate, la información a la población, así como movilizaciones y acciones por parte de todos los profesionales que incluyen concentraciones el viernes final de cada mes , información en cada centro de salud a la población y envío de cartas a las direcciones informando de la situación. Así mismo se ha aprobado la convocatoria de una huelga que consistirá en paros de jornada completa con periodicidad mensual comenzando en el mes de marzo

LAA 9 de febrero del 2019

Propuestas para la mejora de la atención primaria aprobadas en la asamblea del 9 de febrero

Presupuesto, liderazgo y organización (1-23)

1. Aumentar el presupuesto destinado a la atención primaria (entendida como el conjunto de los EAP) hasta el 20% durante el 2019, llegando al 25% que la OMS considera óptimo en 2021
2. Liderazgo real de la AP dentro de la estructura de Osakidetza. Creación de una estructura responsable de la AP en cada OSI. Creación de una estructura transversal que agrupe a todos los responsables de AP de Osakidetza
3. Evaluación del impacto sobre la AP de la integración (modelo OSI) con una metodología adecuada
4. Potenciar la figura del coordinador de pediatría de OSI dotándolo de los medios y recursos que precise para su labor(organigrama de gestión)
5. Cartera de servicios homogénea que incluya y actualice las funciones de Farmacia de AP. Incluyendo las funciones de seguimiento, revisión y conciliación de la medicación, la colaboración en el desarrollo de herramientas de apoyo a la prescripción, formación de otros profesionales en prescripción prudente y gestión de la polimedición
6. Diseñar e implementar un plan corporativo de Uso Racional del Medicamento en distintas áreas y niveles asistenciales
7. Fomentar políticas de prescripción prudente y desmedicalizadoras a nivel poblacional
8. Poner en marcha una política clara de declaración de conflictos de interés en los docentes, participantes de grupos de trabajos de Osakidetza, miembros de Comisiones, etc. tanto en atención primaria como en atención especializada, garantizando que las recomendaciones y decisiones de las comisiones las toman únicamente profesionales sin conflictos de interés
9. Asunción en AP por parte de las enfermeras de familia del seguimiento integral (en colaboración con los MF) de los pacientes con multimorbilidad y evitar la creación de nuevas figuras de enfermería que asuman estas funciones
10. Priorización de la puesta en funcionamiento de los Consejos Clínico Asistencial, el Consejo Social y la Comisión Socio-Sanitaria, previstos en el Capítulo III del DECRETO 100/2018 de las OSI. Y dentro de las Organizaciones Sanitarias Integradas, desarrollo también organizativo y normativo, en el nivel de UAP, de mecanismos de participación y conexión con los Consejos anteriores, asegurando la representación multiprofesional

11. Cumplimiento de los requisitos para el acceso a Jefe de Unidad de Atención Primaria (JUAP) que incluya:
 - a. La necesidad de ser un profesional con formación y experiencia en AP
 - b. Un límite temporal de permanencia en el puesto
 - c. La presentación de un plan de gestión clínica para el EAP
 - d. Asunción de liderazgo clínico de EAP
12. Participación del EAP en la elección del JUAP, Coordinadora de enfermería y demás figuras con responsabilidad
13. Acceso homogéneo en toda Osakidetza a todas las pruebas complementarias desde AP

Autonomía de gestión y cambios en la organización del equipo de atención primaria (14-22)

14. Compromiso desde la Gerencia de las OSI en el apoyo formativo, logístico, procedimental y administrativo para el adecuado desarrollo funcional de los equipos profesionales de las UAP que permita mejorar la organización funcional del EAP con el fin de aumentar su eficacia mediante un verdadero trabajo en equipo
15. Planificar agendas asumibles, con un nº de consultas total limitadas y un tiempo límite asignado tanto para las visitas presenciales como para las tareas no presenciales y respetando el tiempo de jornada laboral no asistencial, básico para la formación, la docencia y la investigación que actualmente no tienen tiempo real asignado
16. Autonomía de cada EAP para crear su propia agenda de calidad, incluida la gestión de todas las modalidades de cita (telefónicas, indemorables...) con un tiempo asistencial máximo de 5h. Ejemplo de agenda corporativa (sólo alterable por decisión de los EAP): Presenciales: 20 consultas de 12 min: 4 horas; No presenciales: 5 consultas de 6 min: ½ hora; Domicilios: 1 hora; No asistenciales: 1 y ½; TOTAL 7 Horas
17. Implicación de todo el personal del EAP en el diseño de un plan consensuado que contemple la recepción, valoración y clasificación de cualquier demanda de la población para que pueda ser solucionado por el

profesional más indicado y en un plazo que se corresponda con su importancia y gravedad

18. Autonomía de los centros para decidir la gestión de la atención telefónica garantizando los criterios establecidos de accesibilidad. Los centros adheridos a los servicios de call center mantendrán una tipificación de actos y criterios comunes a la vez que cuentan con autonomía para decidir qué actos se citan desde el propio centro
19. Minimizar la atención simultánea entre mostrador y teléfono ya que no propicia la confidencialidad en el entorno donde se trabaja
20. En pediatría tiempo mínimo de 10 minutos para las consultas a demanda y 20 minutos para las relacionadas con el programa de actividades preventivas y las de seguimiento de pacientes crónicos
21. Posibilidad de cierre a las 17 horas de los Centros por decisión de los EAP en situaciones especiales derivadas de una cobertura insuficiente de ausencias, en periodos vacacionales tales como puentes, vacaciones, navidad, etc.; así como en ausencias largas: jubilaciones, vacantes, baja por enfermedad larga, permisos, etc.
22. Concentrar pediatras en equipos pediátricos en centros de referencia. Centralizar los servicios de Pediatría con apoyo suficiente de AAC y enfermería de pueblos distantes o de plazas que atienden varias localidades pequeñas, priorizando la atención en el centro de salud de cabecera.

Sistemas de información (23-26)

23. Mejorar continua e inmediata del sistema informático para que gane agilidad y sea de verdad una herramienta de trabajo que ayude y no entorpezca el trabajo diario.
24. Invertir en el sistema informático OBIEE-Prestación farmacéutica, recuperando el acceso a los informes predefinidos y la posibilidad de crear informes de usuario avanzado para los FAP como previamente al 2016.

25. Invertir en herramientas en Osabide Global que faciliten la revisión, adecuación, conciliación y adherencia de los tratamientos crónicos de pacientes polimedificados.
26. Mayor inversión en el sistema informático OBI- cubo HFT, para introducir otros campos como el DDD.

Recursos humanos (27-52)

27. Política de contratación y organización interna que favorezca la estabilidad y continuidad de los profesionales de todas categorías de los EAP con el objetivo de garantizar una atención longitudinal a la población
28. Jornada anual basada en la jornada diaria de 7 horas ó 35 horas semanales y eliminación del déficit horario originado por la jornada anual de 1592 horas.
29. Cobertura inmediata de todas las jubilaciones y vacantes mediante interinidad; Cobertura máxima de las bajas por enfermedad; Cobertura suficiente de las ausencias por vacaciones, formación y permisos, etc.
30. Evaluación inmediata del riesgo psicosocial de todos los trabajadores de los EAP. Aplicación de la ley de riesgos laborales.
31. Creación de un plan especial de RRHH con dotación personal y presupuestaria para la recuperación de profesionales que trabajan fuera de la AP: hospitalización a domicilio, urgencias hospitalarias, pediatría de AP; de Osakidetza: mutuas y empresas privadas de la CAPV o del estado
32. Modelos de contratación que favorezcan la conciliación familiar
33. Dimensionar la dotación de enfermería de EAP, familia y pediatría, en base a un aumento del ratio enfermera / médica ≥ 1
34. Dimensionar la dotación del personal del AAC en base a un aumento de ratio de auxiliares administrativos en relación a los EAP con un ratio cercano a 1 por número de facultativos de AP y AE del centro de salud. Este ratio debería aumentar en el caso de que el AAC siga asumiendo nuevas funciones
35. Aumentar progresivamente el n.º de plazas EIR de Familia y su incorporación a la AP, dando valor a la especialidad. Hasta que esto se complete, provisionalmente crear listas específicas para cubrir plazas en AP

36. Consolidar la categoría profesional del personal administrativo sanitario no asistencial y adecuarlo a la categoría y nivel económico correspondiente al grado de responsabilidad que asumen en los EAP.
37. Revisar el puesto de responsable del AAC y adecuarlo a la categoría y nivel económico correspondiente al grado de responsabilidad y a la dimensión del centro.

38. Extender el complemento de hospitalización al personal administrativo del AAC de AP ya que no hay una actividad diferenciada entre sus funciones y las de los centros de atención extrahospitalaria
39. Concurso-oposición de enfermería separado para atención primaria y atención hospitalaria
40. Distribución de la carga de trabajo de los trabajadores eventuales de la misma manera que en el resto del equipo. Pactar un calendario de turnos previo que ayude a la conciliación.
41. Contratación estable de profesionales eventuales asociados a un EAP
42. OPEs de mayor envergadura y con una periodicidad fija hasta conseguir una estabilización de la plantilla, a fin de disminuir la eventualidad y asegurar la longitudinalidad
43. Reformulación de la instrucción 5/2018 de la Dir.^a General sobre complemento de productividad por su redacción confusa, interpretación y aplicación desigual en las distintas OOS. Aplicación de la misma en situaciones excepcionales y con un control de calidad
44. Transparencia en las listas de contratación
45. Incentivación de plazas de difícil cobertura o de mayor penosidad: horario de tarde, zona rural, etc.
46. Retribución de la asunción de la consulta de compañeros ausentes
47. Priorizar la contratación de pediatras en AP frente a contratos hospitalarios
48. Hacer desaparecer de forma progresiva los cupos de tarde “puros”, a fin de garantizar la estabilidad de estos cupos y asegurar longitudinalidad
49. Redimensionamiento de los cupos en base a criterios más amplios que la edad y el N.º de TIS (nivel socioeconómico, patologías o grupos ACG, dispersión...). Mientras no se consiga: Plus económico para los profesionales que trabajan en CCSS en base al riesgo psico social, a la

ampliación de la cartera de servicios , a la exigencia de accesibilidad o a una demanda excesiva

50. Adecuar el nivel 4 de la Carrera Profesional para que sea alcanzable por las médicas de familia evitando las diferencias de género
51. Acceso para todas las profesionales al Desarrollo Profesional independientemente del tipo de contratación
52. Asegurar un ratio mínimo de un FAP por cada 100.000 habitantes en todas las OSIs, teniendo en cuenta el tamaño del hospital de referencia de cada una y la dispersión geográfica. Dotar de más FAP a las OSIs que no cumplan el requisito de 1 FAP/100.000 habitantes

Docencia y formación continuada (53-59)

53. Planes de formación continuada con financiación pública dirigidos a todas las profesionales e independientes de la industria farmacéutica.
54. Compensación económica y horaria de la actividad docente de grado y postgrado (MIR/EIR/FP). Cumplir al menos el decreto 34/2012 (*) de formación sanitaria especializada de Euskadi (3 horas/ mes por residente a cargo y pago a tutores). Prioridad para formación y asistencia a jornadas de los docentes.
[*https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2012/03/1201224a.pdf](https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2012/03/1201224a.pdf)
55. Regular y restringir la formación proporcionada o financiada por la industria farmacéutica, tanto en atención primaria como en atención especializada hospitalaria
56. Priorizar o reforzar el asesoramiento fármaco terapéutico por parte de los profesionales de farmacia de Osakidetza
57. Formación suficiente para el personal administrativo, auxiliar administrativo y celadores en puestos de auxiliar administrativo a cargo de la OSI tanto en actividades de formación continuada como antes del primer contrato de forma que permita el desarrollo de sus funciones de manera eficiente.

Acreditación docente para los centros que asuman la formación del personal administrativo

58. Aumentar de forma obligatoria la rotación de los residentes de Pediatría por AP a un mínimo de 6 meses y al menos uno con adultos.
59. Reconocimiento de la actividad docente FIR y grado

Actividad comunitaria (60-63)

60. Establecer mecanismos de participación efectiva de la ciudadanía dentro de los EAP tanto en el área de pediatría como en el adulto
61. Potenciación de la Atención comunitaria así como la promoción y prevención de la salud
62. Mejorar el conocimiento del usuario sobre el funcionamiento y problemática de los centros de salud. Educación de la población para uso adecuado
63. Políticas reales orientadas a la desmedicalización de la vida