

DOCUMENTO SIMAP-PAS SOBRE LOS NUEVOS RETOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DESESCALADA DE LA COVID-19

I. INTRODUCCIÓN

II. OBJETIVOS

- 1. INCREMENTO DE FINANCIACIÓN Y RECURSOS HUMANOS**
- 2. MEDIDAS DE PROTECCIÓN ADECUADAS PARA USUARIOS Y PROFESIONALES**
- 3. MEDIOS ADECUADOS Y SUFICIENTES PARA LA COVID 19**
- 4. REORGANIZACIÓN DE LOS EQUIPOS Y SU FUNCIONAMIENTO**

- Potenciación racional de las consultas a distancia
- Autogestión de la agenda a cada profesional
- Autogestión de la organización.
- Longitudinalidad y accesibilidad
- Potenciación de la actividad domiciliaria
- Desburocratización de la consulta de Atención Primaria
- Relación con la Asistencia Especializada
- Atención pediátrica
- Salud mental
- Asistencia sociosanitaria y comunitaria
- Hiperfrecuentación y la medicalización de la vida cotidiana
- Consultas de alta resolución y otras medidas de gestión
- Condiciones laborales generales y retributivas

- 5. ANÁLISIS PREVIO DE LA SITUACIÓN Y DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS**
- 6. IMPRESCINDIBLE PARTICIPACIÓN DE L@S PROFESIONALES**

III. OBSTÁCULOS Y RIESGOS

IV. FUENTES CONSULTADAS

V. ADDENDUM



I. INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por el COVID-19 ha elevado el valor del sector sanitario de tal manera que los recortes aplicados desde 2008 y sus consecuencias han calado en la opinión pública, provocando que los responsables políticos tengan que replantearse priorizar, en sus objetivos de gestión, cuestiones relativas a la asistencia sanitaria. Según los datos actuales, el gasto público en España en materia de salud es del 6% de su PIB, incluyendo los medios públicos y los privados, una inversión muy por debajo de los países europeos más próximos, ocupando el puesto 17º de Europa en esta materia. De ese 6%, España destina un 1% a productos médicos, aparatos y equipos; un 4,6 % a servicios asistenciales; un 0,1 % a servicios de salud pública; y un 0,2 % a investigación y desarrollo.

La inversión en sanidad en España ha crecido ocho veces más rápido en los centros hospitalarios que en los de Atención Primaria. Así lo indica el último informe estadístico de gasto sanitario publicado por el Ministerio. Desde 2013 la cuantía destinada a hospitales ha pasado de los 37.401 millones de euros (2013) a los 42.533 (2017), lo que supone un crecimiento de casi 5.000 millones de euros frente a los 618 que se incrementó en Atención Primaria. En estos servicios, el total consolidado se ha modificado de los 9.124 millones de euros (2013) a 9.742 (2017).

La función que tiene mayor peso en el ámbito de la asistencia sanitaria pública son los servicios hospitalarios y especializados que representó un 62,1 por ciento del gasto total consolidado en el año 2017. Por detrás está el gasto en farmacia, con un 16,4 por ciento, y los servicios de atención primaria de salud, con un 14,2 por ciento.

Según un informe de la Organización Médica Colegial (OMC), la partida para la sanidad pública se redujo en 8.636 millones de euros (un 12,24% menos) entre 2009 y 2014. Pero en la Atención Primaria, el tijeretazo fue más duro, del 16,17% (1.742 millones menos).

En el caso de la Comunitat Valenciana, el gasto sanitario representaba **el 6,3% del PIB**, con un gasto medio con respecto al resto de España que la sitúa en el **puesto 10º** en la lista por comunidades autónomas. Por lo que se refiere a la Atención Primaria, aunque la partida presupuestaria destinada por habitante ha aumentado notablemente, está aún lejos de los estándares europeos.

El sistema sanitario requiere, pues, ajustarse de forma innegable a la nueva coyuntura siendo imprescindible llevar a cabo cambios e innovaciones en la Atención Primaria. Lo deseable sería conseguir cambios profundos en la organización estratégica, la gestión o la financiación, si se pretende que la Atención Primaria tenga un papel preeminente, no como puerta de entrada, sino como eje de coordinación entre pacientes y procesos asistenciales. Son cambios que pasan por renovar un marco legislativo y normativo obsoletos por otros que responda a los retos actuales.

El propio ministro Illa ha afirmado recientemente que se deben reforzar las capacidades de la Atención Primaria, el diagnóstico precoz y la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, cuando se acerca el fin de la etapa de confinamiento, **se prevé un escenario de incremento de pacientes solicitando pruebas o consultas pendientes, de consultas administrativas, de problemas de salud, problemas psicosociales etc. Lo previsible será, por tanto, la saturación de los servicios sanitarios** si continuamos con la modalidad de asistencia, la dotación de personal y la organización precedentes que se han mostrado claramente deficientes.

Nos encontramos, además, en un momento de plantillas sobrecargadas de trabajo tras los últimos meses de pandemia y asimismo deficitarias de personal por permisos de vacaciones, ILT no cubiertas, adaptaciones de puestos de trabajo, etc., todo lo cual va a limitar su capacidad asistencial. Son plantillas de profesionales que además desconocen su estado inmunitario y que se encuentran decepcionados por la dirección y la falta de liderazgo por parte de sus gestores.

Sin embargo, nos situamos ante una oportunidad única que nos da la opción de reflexionar y replantearnos cómo se pueden llevar a cabo reformas en **un momento en que se unen la concienciación de la opinión pública y una coyuntura política favorables**. Es, por lo tanto, un momento clave que se debe aprovechar para dar mayor autonomía de gestión a los equipos proporcionándoles flexibilidad y adaptabilidad a las nuevas coyunturas que puedan ir surgiendo. A pesar de que se trata de planteamientos a corto plazo, puede tratarse de medidas que se extiendan, se amplíen y desemboquen en los cambios estructurales que hemos mencionado anteriormente.

Estamos frente a una oportunidad para que se tomen esas medidas estructurales, de recursos y de organización que conduzcan a hacer realidad muchas de las reivindicaciones de la Atención Primaria en las últimas décadas, de las que SIMAP-PAS se ha hecho eco y ha tenido una postura activa desde el principio. Ver [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#), [aquí](#).

En este nuevo escenario la Atención Primaria tiene que ser capaz de dar una adecuada cobertura a las funciones encomendadas por el **Decreto 74/2007 de 18 de mayo del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana y el contenido de los diferentes Planes de Salud**, y no va a ser posible cumplir este mandato con los recursos y la estructura de funcionamiento actuales.

[http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_lista=+](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_lista=)

II. OBJETIVOS

1 INCREMENTO DE FINANCIACIÓN Y RECURSOS HUMANOS

Con los objetivos de:

- Resolver todas las tareas con relación con la COVID-19 y las actividades asistenciales pendientes.
- Poder implementar las medidas que conduzcan a situar a la Atención Primaria en el lugar de la organización sanitaria donde, desde hace décadas, consideran que debería estar todos los expertos y profesionales de la salud.

Tras una planificación sólida, compartida y urgente se deberá incrementar las plantillas con **contratos adecuados** a la función y categoría, evitando soluciones perentorias con nombramientos en fraude de ley o sin cumplir los requisitos de equidad en retribuciones y derechos laborales.

Se debe **evitar las sobrecargas laborales** recordando que se trata de un personal que trabaja bajo fuertes condiciones de presión. Con este objetivo, hay que reforzar las plantillas, lo que incluye la cobertura del 100% de bajas y ausencias y un incremento neto de personal, teniendo en cuenta la población asignada, valorando aspectos como el nivel socioeconómico, la distribución por edades, las residencias de ancianos determinadas etc.

2 MEDIDAS DE PROTECCIÓN ADECUADAS DE USUARIOS Y DE PROFESIONALES

Se debe garantizar una **dotación adecuada de EPIs, organizando los locales y la asistencia de forma adecuada** y realizando periódicamente las **pruebas diagnósticas** que estén indicadas. Hay que ser muy cuidadoso dada la **elevada e inasumible incidencia de contagio del personal sanitario**.

Se debe garantizar el suministro de los medios de protección colectivos e individuales necesarios y suficientes. Suficientes no solo en cantidad sino en calidad, con todas las garantías y certificados a los que obliga la ley. Y si se puede, un poco mejores y más cómodos.

No debe existir restricción en el uso de EPIs en el domicilio de los pacientes ya que se trata de un entorno laboral de alto riesgo.

Significa, además, organizar circuitos, mantener salas de espera diáfanas, organizar el triaje ... y especialmente la mejora del sistema de citas.

Entre profesionales también se tiene que estructurar unas relaciones sensatas de prevención de contagio, evitando reuniones y conservando la distancia de seguridad, lavado manos y mascarillas según las indicaciones vigentes.

La arquitectura de nuestras instalaciones debería cambiar radicalmente y en tiempo récord para adaptarse a esta organización. No solo en los centros de salud

más grandes y dotados, en entorno urbano, también los consultorios auxiliares en pequeños núcleos de población.

En este grupo de objetivos habría que incluir también **evitar las sobrecargas laborales** y es muy importante la revisión de estas cargas reforzando plantillas.

Las **unidades de riesgos laborales deben estar dimensionadas** para que puedan actuar en los Centros de Salud de forma proactiva.

3 MEDIOS ADECUADOS Y SUFICIENTES PARA DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y CUIDADOS DE LA COVID 19.

Estos medios deben ser aplicados tanto en la actividad ordinaria como en la atención continuada.

Se puede resumir en tres elementos:

Equipos de protección (EPIs)
Pruebas diagnósticas
Recursos humanos suficientes

Debe incluir:

- Formación clínica y epidemiológica para todo el personal.
- Evaluación y protocolos claros tanto ante el/la paciente con clínica o sospecha de COVID-19 como ante la posibilidad de casos asintomáticos y presintomáticos, debiendo considerarse esta contingencia en las medidas de protección (ver abajo).
- Medios diagnósticos suficientes: es imprescindible dotar de pruebas de PCR para rápida detección y aislamiento de casos.
- Medios terapéuticos: en la medida en que exista evidencia, disponer de fármacos indicados para casos atendidos en Atención Primaria.
- Recursos humanos adecuados.
- Comunicación y coordinación fluidas con los servicios de Salud Pública, creando redes centinela y sistemas de información conjuntos.
- Estructura de contacto suficiente y actualizada incluyendo líneas de teléfono, terminales, capacidad del correo electrónico y resto de las necesidades informáticas.

Según los responsables sanitarios de la Comunidad Valenciana, la detección precoz de los casos y la recuperación de la trazabilidad para frenar contagios va a ser la mayor exigencia. Ante los primeros síntomas, un paciente será atendido en su centro de salud, se le hará una **PCR en menos de 24 horas** y se le encuestará para conocer sus contactos sociales en los días previos. Para todo este plan de actuación es necesario disponer de los medios materiales y los recursos humanos con un protocolo y una organización bien definidos

Así lo indica la **Orden SND/404/2020**, de 11 de mayo, *de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad*, publicada en el BOE del 12 de mayo.

<https://boe.es/boe/dias/2020/05/12/pdfs/BOE-A-2020-4933.pdf#BOE>

A partir de este día, los profesionales sanitari@s deberán recoger los datos ya que la norma legal no solo obliga a remitir datos agregados, sino también datos individuales de cada paciente confirmado y, lo más importante, sus posibles contactos, lo que permitirá **un control más estrecho de los posibles contagios** y el ámbito de exposición, esto es, dónde pudieron adquirir el virus. Además, deberán incluir datos del porcentaje que ha desarrollado síntomas, confirmación de los casos nuevos, así **como información sobre si se trata de personal sanitario**.

Ante situación, surgen la duda de que la organización esté preparada para afrontar el control de los casos que vayan surgiendo:



- ¿Atención Primaria dispondrá de tiempo y recursos para seguir este protocolo?
- ¿Se ha establecido un equipo eficiente de rastreadores?
- ¿Se podrá garantizar la trazabilidad de los casos, teniendo en cuenta que según los datos de seroprevalencia un tercio de los casos son asintomáticos (aunque al parecer su capacidad de contagio es baja) y sobre todo los presintomáticos, que durante 48 horas pueden distribuir el virus sin conocimiento del sistema sanitario y que podrán ser identificados si hay actuaciones de trazabilidad, sin perder de vista la existencia de superpropagadores?
- ¿La población estará dispuesta a ceder parte de su privacidad en este fin?

4 REORGANIZACIÓN DE LOS EQUIPOS Y SU FUNCIONAMIENTO

POTENCIACIÓN RACIONAL DE LAS CONSULTAS A DISTANCIA

Es necesario desarrollar los sistemas de información y la comunicación institucional a través del uso de TICS (cumpliendo con la LOPD) usando vídeo e infografías. En definitiva, organizando un sistema de comunicación en el que todos puedan trabajar de forma eficiente que permita que los profesionales accedan a la HCE en conexión remota, fomentando también el teletrabajo, la conciliación familiar y la flexibilización de horarios.

Entre ellas se puede destacar la consulta telefónica, la telemedicina y la videoconferencia.

Para algunos, la video-consulta se ha mostrado en la literatura médica como un instrumento eficaz y cercano, apropiado para pacientes más enfermos, con comorbilidades asociadas con circunstancias sociales de riesgo etc. Esta manera de interactuar necesita pocos requerimientos tecnológicos.

Estamos de acuerdo con S. Minué en que realizar la mayor parte de la atención sanitaria de forma virtual debería ser el objetivo prioritario de un servicio sanitario ante una pandemia de estas características. Pero **esta atención a distancia debe complementarse con la asistencia presencial**, en el centro o a domicilio, en aquellos casos que precisen el contacto personal, ya sea por razones diagnósticas, terapéuticas, o de acompañamiento y cuidado.

DEVOLUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE LA GESTIÓN DE LA AGENDA A CADA PROFESIONAL.

Uno de los pilares fundamentales de la nueva estrategia debe ser **devolver la responsabilidad de la gestión de la agenda a cada profesional** con el objetivo de contar con agendas de calidad, flexibles y adaptadas a las circunstancias de cada equipo. La agenda es la herramienta básica que los profesionales deben cuidar y controlar.

AUTOGESTIÓN

Como ya hemos insistido en otras ocasiones, es fundamental la **organización democrática de los centros de salud**, en relación con la elección del coordinador y de las decisiones que afecten a los componentes del equipo.

Muchos centros de salud en esta pandemia, por la experiencia transmitida por compañeros y por lo que han publicado otros, han superado los peores momentos de esta crisis con la autogestión y trabajo en equipo al enfrentarse de forma sensata a los acontecimientos y creando esquemas de asistencia propios, ante la ausencia de directrices claras de los gestores. De esta forma, han evitado contagios y sufrimiento de pacientes y profesionales.

LONGITUDINALIDAD Y ACCESIBILIDAD

Tampoco se puede obviar la **longitudinalidad y la accesibilidad** como características inherentes a la Atención Primaria y para evitar su pérdida se deberá procurar que los profesionales atiendan siempre a los cupos que les han sido asignados.

POTENCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOMICILIARIA

En este sentido es también esperable un incremento de atención domiciliaria en la cual es importante el **liderazgo del personal de enfermería**, siendo por lo tanto

fundamental que la Unidad Básica Asistencial (UBA) funcione tal y como se había concebido, puesto que en muchos casos, como consecuencia de los recortes en personal, la asignación de pacientes a los profesionales de enfermería haría imposible una correcta atención domiciliaria.

Paras algunos analistas, es el momento de salir de la consulta y del centro. La pandemia y sus consecuencias se alargarán en el tiempo, por lo que será necesario la intervención *in situ* en núcleos familiares o en concentraciones de pacientes frágiles (residencias, centros de día, etc.). Habría que evaluar, tal como preconiza P. Vivó, la creación de una unidad domiciliaria específica (formada por profesionales inmunizados) orientada a pacientes con sospecha de COVID-19 y al control de casos de pacientes dados de alta. Con el tiempo, esta unidad se podría eliminar progresivamente en función de los acontecimientos en cada entorno concreto.

DESBUROCRATIZACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Finalmente, es importante avanzar en la **desburocratización de la consulta de Atención Primaria**. En 2008, con la puesta en marcha de los objetivos plasmados en el documento *“Líneas estratégicas de mejora de la Atención Primaria”* y, dentro del Proyecto Abucasis II, se impulsaron una serie de medidas y cambios organizativos encaminados a detraer de las consultas médicas aquellas tareas administrativas y burocráticas que impedían incrementar la disponibilidad de tiempo asistencial al paciente. Si bien estas medidas fueron un paso adelante, no se siguió avanzando en este sentido, antes bien se incrementaron otras áreas burocráticas orientadas a la gestión y a la vigilancia de profesionales, como el control del gasto farmacéutico o de los indicadores del contrato de gestión. Resulta, por lo tanto, imprescindible emprender nuevas estrategias encaminadas a **redimensionar la carga burocrática en la consulta de Atención Primaria**, para su optimización, manteniendo las medidas adoptadas recientemente e implementando otras más.

- Si en las circunstancias actuales de la COVID-19 se ha podido establecer una relación entre el médico, el paciente y la oficina de farmacia sin mediar papeles ni visitas presenciales, eso debería mantenerse.
- Si ahora puede establecerse una relación telemática entre médico, mutuas o entidades gestoras del INSS, empresas y trabajadores para gestionar altas y bajas por incapacidad laboral transitoria sin mediar papeles, eso debería mantenerse.
- Si se puede hacer que la firma del personal de mostrador valga para validar una petición de ambulancia, eso debería mantenerse.
- Y si no procede emitir informes sobre asuntos que no forman parte de la cartera de servicios de Atención Primaria, pues no procede y no deberían emitirse.

Para conseguir estos fines es fundamental la coordinación y colaboración de los equipos, incluyendo al personal facultativo, enfermería, unidades de atención al paciente, trabajadores sociales (e implicación en toda la actividad comunitaria de la

que se es corresponsable) y resto de profesionales de la salud, con planes consensuados.

Dejar de hacer para poder hacer.

Además, así lo recoge en el **Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana:**

7.4. Se arbitrarán los mecanismos necesarios para asegurar una perfecta coordinación con el resto de los recursos de salud pública, servicios sociales, inspección de servicios sanitarios y todos aquellos organismos que tengan competencias en el ámbito sanitario y sociosanitario.

RELACIÓN CON LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA

Ante la relación con la **Asistencia Especializada**, debe predominar la coordinación y la colaboración. Como ya dijimos previamente, hay que abandonar la lucha unilateral y trabajar por una tarea conjunta con otros niveles.

El trabajo conjunto es muy importante para conseguir la continuidad asistencial adecuada, en beneficio de los pacientes y ciudadanos, y para lograr la eficiencia en los resultados y en el uso de recursos.

El conocimiento es fundamental en el entendimiento entre los distintos niveles de asistencia y debe promoverse por ambas partes y sobre todo por la administración. No puede existir un enfrentamiento entre Primaria y Especializada. Puede parecer que nos comunicamos mucho, pero no nos ayudamos nada.

En este sentido, ha resultado oportuno el **comunicado conjunto de sociedades científicas de Atención primaria y Especializada**, emitido el 4 de mayo, para reivindicar la adopción de medidas en “ámbitos clave” ante la **desescalada progresiva** promovida por el Ministerio de Sanidad. Pero no debe quedar en una declaración de intenciones: hay que trabajar en ese sentido.

<https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/05/Comunicado-SS.CC.-Medidas-de-desescalada-04.05.20.pdf>

Algunas acciones importantes:

- Planificación de estrategias para evitar consultas y hospitalizaciones innecesarias y mantener al paciente lo más cerca posible de su entorno vital.
- Establecimiento de algoritmos de derivación y planes de uso racional de técnicas de imagen y tecnología en general.
- Potenciación de la comunicación interpersonal mediante consulta de casos por correo electrónico.

- Optimización de la continuidad asistencial en las transiciones entre domicilio del paciente, Atención Primaria y hospitalización.

ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Habrá que retomar la atención pediátrica suspendida (controles de niño sano, calendario vacunal, seguimiento de problemas de salud) y de los problemas emergentes por la pandemia y el confinamiento.

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Se espera un incremento de los problemas de salud mental derivados de la pandemia: confinamiento, pérdida de familiares y amigos, pérdida de empleo, problemas de convivencia familiar, problemas económicos.

Una cuestión importante: no nos referimos a la actividad de las Unidades de Salud Mental. Este documento no contiene un estudio de las Unidades de Apoyo, que trabajan como equipos interdisciplinarios con un ámbito territorial de actuación que supera la zona básica de salud y funcionan de forma integrada y coordinada con los recursos de la asistencia especializada del departamento en el ámbito correspondiente a cada especialidad.

Recordamos que las unidades de apoyo son las siguientes:

Unidades básicas de Rehabilitación.

Unidades de Odontología.

Unidades de Salud Mental.

Unidades de Conductas Adictivas.

Unidades de Salud Sexual y Reproductiva.

Unidades de Prevención de Cáncer de Mama.

Cada unidad de apoyo tiene su problemática particular, aunque también comparte con Atención Primaria muchos problemas y las propuestas de soluciones podrían ser similares. SIMAP-PAS ha preferido realizar un estudio específico de cada una de ellas, y del que se elaborarán documentos como este, con la misma finalidad de ser un documento de trabajo y de objetivos a alcanzar.

ASISTENCIA SOCIOSANITARIA Y COMUNITARIA

Va a resultar necesario el refuerzo asistencial que se ha realizado con los centros sociosanitarios de mayores, discapacitados, etc.

Se debe coordinar el trabajo en residencias de ancianos con sus equipos médicos, directivos y profesionales.

Muy importante el trabajo conjunto con los/las trabajadores/as sociales. Por esta razón, es imprescindible la creación de **estructuras de coordinación socio sanitarias** entre profesionales de Atención Primaria, trabajadores sociales y profesionales referentes de asuntos sociales de otras administraciones públicas.

También es necesario el contacto con todas las cuestiones de salud de la comunidad, incluyendo las **farmacias comunitarias**, sobre todo en este periodo de crisis por la COVID-19.

HIPERFRECUENTACIÓN Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

La hiperfrecuentación y la medicalización excesiva de la vida cotidiana constituyen problemas previos a la COVID-19 y quizá se vean influidos por la nueva situación.

Si podemos hacer entender a la población que muchos de sus motivos de consulta no son enfermedades, que otros motivos por los que vienen al centro pueden ser abordados por otros profesionales diferentes a su médic@ con idéntico o mejor resultado y que los circuitos deben estar claros para poder ponerlos en el menor tiempo posible.

CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN Y OTRAS MEDIDAS DE GESTIÓN

Se debe promover consultas de alta resolución y otras medidas de gestión cotidiana que permitan hacer más en menos tiempo, evitando generar a nosotros mismos más burocracia o pases excesivos del paciente por el mostrador para cursar las interconsultas internas en el propio centro a enfermería, matrona, fisioterapeuta, resto de unidades de apoyo mencionadas arriba etc., inspección sanitaria...

Queremos insistir desde SIMAP-PAS en que muchas de estas acciones necesarias ya fueron contempladas por el decreto mencionado de **de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana**, entre otras cuestiones, tal como se puede comprobar en el siguiente extracto:

*En el ámbito de cada Departamento de Salud se tenderá a la **máxima integración de las acciones de promoción y protección de la salud, de las de prevención** y curación de la enfermedad y de rehabilitación, a través de la **coordinación de los diferentes recursos existentes**, de manera que se posibilite la máxima eficiencia en la ubicación y uso de éstos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas que garanticen una sanidad sin escalones*

...

*Igualmente, en este periodo los avances en las técnicas de diagnóstico y de tratamiento han creado en la población unas mayores expectativas en cuanto a la accesibilidad a las mismas, situación que ha llevado a una **descentralización de los equipamientos** de alta tecnología*

sanitaria. Por otra parte, **la implantación de las nuevas tecnologías de la información está permitiendo la interrelación asistencial** en tiempo real entre los centros sanitarios.

...

3.3. La organización de todos los recursos y dispositivos asistenciales garantizará la cobertura sanitaria a toda la población según criterios objetivos que contemplen **factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y culturales**.

...

4.2. Se impulsará la **autonomía en la gestión clínica sanitaria**, configurando los centros sanitarios como organizaciones autónomas con facultad de decisión, efectivas y responsables,

...

7.1. Todos los profesionales sanitarios del Departamento de salud estarán coordinados a fin de asegurar una **oferta asistencial integrada**, definiendo nuevos circuitos de atención y nuevos mapas de procesos asistenciales, que aborden la asistencia desde una perspectiva global y continuada.

...

7.2. Se potenciarán las **interconsultas entre los diferentes ámbitos con el objetivo de fomentar el conocimiento entre los distintos profesionales del departamento, establecer pautas de actuación conjunta y definir unos objetivos comunes**.

Gran parte del contenido de este decreto está todavía por implementar y desarrollar. Ahora es el momento de que la puesta en marcha de esta coordinación se realice de una forma eficiente, directa y con la menor carga burocrática posible.

Y tampoco hay que olvidar el **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**, publicado en el BOE el 7 de mayo de 2019, un nuevo intento de fortalecer la Atención Primaria, que insiste en muchos aspectos que hemos mencionado y que podría servir para impulsar a la Atención Primaria de salud si hay verdadera voluntad política para ello.

https://www.simap-pas.es/documentos/consideraciones_marco_estrategico_a_primaria.pdf

https://www.msrebs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

5 ANÁLISIS PREVIO DE LA SITUACIÓN Y DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS

Todo lo antes expuesto dependerá, evidentemente, de las circunstancias de cada centro y será imprescindible hacer un **análisis previo de la situación y de las necesidades de recursos**, contando con el apoyo de los gestores para poder implementarlo. Son mejoras viables, aunque lo son a corto plazo y no deben impedir que se acometan cambios, intervenciones y estrategias sobre el conjunto del sistema con objetivos de renovación.

6 IMPRESCINDIBLE PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Para ello, debe ser **imprescindible la participación de profesionales** en grupos de trabajo que pudieran aportar experiencia e ideas y proponer mejoras a gestores e informáticos, propiciando un cambio de mentalidad.

CONDICIONES LABORALES GENERALES Y RETRIBUTIVAS

No hay que olvidar las reivindicaciones de las condiciones laborales y retributivas que los profesionales de Atención Primaria llevan reclamando desde hace años, de las cuales podemos destacar:

- **Retribuciones equiparables** a otros estamentos sanitarios de igual formación y responsabilidad. Incentivación de la longitudinalidad y de la dispersión geográfica. Realización de un nuevo diseño de los incentivos profesionales, potenciando la motivación interna, la formación y la autonomía personal en la toma de decisiones, mediante el diálogo y el consenso.
- **Equiparación del complemento específico a la retribución percibida por especializada** y sumar a dicha cantidad el complemento de dispersión geográfica y lo percibido por el número y tipo de SIP asignadas.
- **Carrera profesional** para todos desde el primer día, acumulativo por períodos trabajados, aunque sea de forma discontinua.
- **Estabilidad laboral**. Convocatorias anuales. No tiene sentido un concurso-oposición cada 10 años. Significa precarizar uno de los sectores fundamentales del país. No se puede consentir.

Es necesario que se convoquen las OPEs anuales con el 100% de las vacantes y además los acúmulos de tareas que cumplan con los criterios para ser considerados una necesidad estructural y que la resolución de las convocatorias no se prolongue más allá de los 3 años. Debe realizarse de forma previa a la convocatoria de las OPEs un concurso de traslados, y en todo caso cada 2 años. También debe realizarse un concurso de traslados internos de forma previa a la incorporación del nuevo personal fijo tras cualquier concurso oposición.

- **Jornada laboral bien estructurada y delimitada**, para dedicar tiempo al paciente, al estudio de casos y a la formación.
- **Topes de cupo** en 1.500 TIS para Medicina de Familia y 900 TIS en Pediatría que condicionen el aumento del número de médic@s del EAP.

- **Solucionar de forma adecuada el problema del desplazamiento fuera de los centros para realizar trabajo asistencial con la disponibilidad de vehículos con conductor.**
- **Planificación anual de las necesidades de refuerzos y sustituciones programadas y ofertar acúmulos de tareas que cubran correctamente esas necesidades.** Cubrir las necesidades con empleo de calidad y con la posibilidad de la conversión en plazas estructurales. Evitar nombramientos de sustitución de días: empleo inadecuado y en muchos casos en fraude de ley y con problemas de infracoartización a la SS.
- **Integración correcta de los nombramientos de atención continuada a los EAP** de forma que mejore sus condiciones de trabajo, sus derechos laborales y sus retribuciones, pero asegurando la continuidad y estabilidad laboral.
- Cualquier Médico de EAP de refuerzo que **no tenga un cupo propio** asignado, debe tener contemplado en su **retribución al menos el equivalente** a la media de los SIP de sus compañeros del centro asignado.
- Si los refuerzos comparten trabajo en varias zonas básicas de salud deberán percibir un **complemento especial de distribución geográfica** mayor que el que correspondería si sólo atendieran al personal de la ZBS.

III. OBSTÁCULOS Y RIESGOS

Los obstáculos que se van a presentar no son solo los económicos ya que las medidas propuestas comportarán cambios culturales profundos difíciles de realizar en una sociedad donde se ha ido obviando o posponiendo durante demasiado tiempo una política de educación sanitaria que favorezca las reformas que necesita la Atención Primaria.

Estas medidas de reorganización de la Atención Primaria tienen **riesgos** que hay que tener presentes para poder corregirlos de forma precoz. A continuación, describimos algunos de ellos.

- Creación de barreras físicas, administrativas, tecnológicas y hasta emocionales, incompatibles con una medicina ética.
- Centros de salud con las puertas entrecerradas, más que entreabiertas.
- Valoraciones telefónicas más bien disuasorias y estandarizadas.
- Abandono de los cuidados periódicos de pacientes crónicos.
- Desatención generalizada a los problemas de salud habituales de la población general.
- Descompensaciones graves del estado basal de salud con posible resultado fatal por atención insuficiente.

- Ausencia de autocrítica provocada por una postura de victimismo. Es importante mantener una actitud constante haciendo valer la importancia esencial de la Atención Primaria pero con autoanálisis para poder rectificar y mejorar en todos los aspectos.
- Telemedicina como búnker remoto. La telemedicina debe entenderse como complemento a nuestra actividad y no como sustitutivo. Debe aumentar nuestra accesibilidad y no impedirla. Además de la necesidad de permitir la expresión del paciente y la exploración física, no debe sustituir la necesidad de la calidez del contacto entre miradas, los gestos de consuelo...
- Soluciones no presenciales al estilo de los *call-center* de atención al cliente de los bancos, las compañías de seguros, etc., que favorecen el trato impersonal alejado de los problemas concretos del paciente.
- Rediseño de agendas que podrían dificultar o imposibilitar la relación longitudinal con el paciente pues sus profesionales asignados estarían disponibles para él o no, según el día o la hora en que lo necesitase.
- Riesgo de erigirse en una especie de policía sanitaria: no es la función de la Atención Primaria.
- La relación médico-paciente, tan valorada hasta hace tan poco, se puede resentir, así como la accesibilidad, que constituyen principios fundamentales de la Atención Primaria. Hay que vigilar la tentación de escudarse tras un algoritmo sustentado por la actividad del personal administrativo.
- Se debe tener cuidado con el triaje presencial ubicado a la entrada del centro, con la población haciendo cola en la calle. Hay que intentar otra estructura de atención.
- El reinicio del seguimiento de pacientes crónicos vuelve a plantear la implantación de los procedimientos telemáticos, la dotación en domicilio del paciente de aparataje tipo tensiómetros, glucómetros, pulsioxímetros, medidores de INR..., todo esto en el domicilio del paciente cuando en los propios centros de salud esos instrumentos son escasos y van rodando de consulta en consulta...
- Este cambio hacia una medicina con un importante componente telemático va a requerir un esfuerzo educativo que supone el cambio de paradigma cultural hacia una medicina no centrada en la relación directa y personal del paciente con su médico sino con todos los integrantes del centro de salud por igual y mediatizada por el uso de dispositivos tecnológicos que a una gran mayoría les son extraños. Va a resultar complejo.

IV. FUENTES CONSULTADAS

- ✓ https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-sistema-sanitario-amando-martin-zurro_2534099/
- ✓ https://www.google.com/search?q=Sobre+la+consulta+no+presencial+i+les+seves+diferents+formes+%E2%80%93+1&rlz=1C1CHBD_esES878ES879&oq=Sobre+la+consulta+no+presencial+i
- ✓ <https://elpais.com/sociedad/2020-04-29/la-atencion-primaria-toma-las-riendas-en-la-desescalada-con-deficit-de-personal-y-recursos-escasos.html>
- ✓ <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/05/apuntes-de-gestion-para-centros-de-salud.html>
- ✓ <https://elpais.com/sociedad/2020-04-29/la-atencion-primaria-toma-las-riendas-en-la-desescalada-con-deficit-de-personal-y-recursos-escasos.html>
- ✓ <https://focap.files.wordpress.com/2020/04/2020-04-28-focap-salir-de-la-excepcionalidad-hacia-una-nueva-normalidad-cast-3.pdf>
- ✓ <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx>
- ✓ <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- ✓ <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/docs/gasto08.pdf>
- ✓ https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm
- ✓ <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- ✓ http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_lista=+
- ✓ https://www.simap-pas.es/documentos/consideraciones_marco_estrategico_a_primaria.pdf
- ✓ https://www.msrebs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- ✓ <https://boe.es/boe/dias/2020/05/12/pdfs/BOE-A-2020-4933.pdf#BOEn>
- ✓ <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/gasto-sanitario-por-habitante-12-ccaa-por-encima-de-la-media-nacional-8207>
- ✓ <https://datosmacro.expansion.com/estado/presupuestos/espana-comunidades-autonomas?sc=PR-G-F-31>
- ✓ <https://rafabravo.blog/2020/05/09/uso-de-la-tecnologia-durante-la-crisis-covid-19/>
- ✓ <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/05/ocho-claves-para-la-atencion-primaria.html>
- ✓ <https://www.semefyc.es/wp-content/uploads/2020/05/Comunicado-SS.CC.-Medidas-de-desescalada-04.05.20.pdf>
- ✓ https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/01/14/economia/1547462428_996068.html
- ✓ [Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca
https://amfsemfyc.com/web/article_ver.php?id=2626](https://amfsemfyc.com/web/article_ver.php?id=2626)
- ✓ <http://isanidad.com/wp-content/uploads/2018/09/INFORME-2018.septiembre-converted.pdf>
- ✓ https://www.consalud.es/autonomias/un-44-gasto-sanitario-publico-originado-por-cataluna-madrid-y-andalucia_68018_102.html
- ✓ https://elpais.com/sociedad/2020/05/09/actualidad/1589047524_253527.html
- ✓ [**Las consultas por teléfono han llegado para quedarse**
https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656)
- ✓ https://www.simap-pas.es/documentos/posicion_simap_atenc_primaria_cast.pdf
- ✓ <https://www.simap-pas.es/documentos/03%20MEJORA%20DE%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.PDF>

V. ADDENDUM

1. Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de las consultas telefónicas.
2. Decálogo de SIMAP-PAS de prioridades para la mejora de la Atención Primaria (previo a la COVID 19)
3. Proyecto sobre la mejora de Atención Primaria de SIMAP-PAS 2018.

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de las consultas telefónicas	
Ventajas o mejoras	Inconvenientes o riesgos
Evita desplazamientos, esperas, pedir permiso en el trabajo, etc.	Puede consumir incluso más tiempo que una visita presencial, porque necesitamos hacer más preguntas o hablar más tiempo ya que no podemos ver al paciente, ni explorarlo físicamente
Disminuye el riesgo de contagio, puede ser tranquilizador para los pacientes	Para algunos pacientes, la comunicación por teléfono es más difícil que la comunicación cara a cara. Les cuesta más expresarse y les cuesta más entender lo que les están diciendo. Si los pacientes suelen estar nerviosos cuando acuden a la consulta, cuando el profesional les llama, están más nerviosos aún
Favorece accesibilidad para personas que no podrían tal vez acceder a su EAP en otras condiciones	La ausencia de pistas visuales, expresiones faciales y posturas le resta «contexto» a la entrevista y puede favorecer que se pierda información o que se malinterprete lo dicho o escuchado, por ambas partes
Permite evaluar si el paciente necesitará una visita presencial posterior	El profesional puede sentir rechazo hacia el uso del teléfono, por el grado mayor de incertidumbre que debe soportar, la falta de habilidades de comunicación, la falta de tiempo específico dedicado a resolver estas consultas, etc.
El profesional no necesita estar físicamente en el centro sanitario, sino que puede llamar desde cualquier otro sitio, si se le facilita acceso al historial clínico del paciente. Lo ideal sería poder acceder desde un dispositivo portátil	Más facilidad de errores clínicos o de efectos adversos y más difícil detectar desacuerdos o falta de comprensión por parte del paciente
Para problemas de baja complejidad, suelen ser consultas más cortas que las presenciales, permiten al profesional «ahorrar» minutos en su agenda	Para síntomas complejos o graves, mucha ansiedad, problemas psicosociales, mala adherencia al tratamiento, la consulta por teléfono puede no ser adecuada
Varios estudios demuestran que cuando se añade vídeo de calidad (buena imagen) a la llamada telefónica, tanto los pacientes como los profesionales tienden a comunicarse igual que en las consultas presenciales. Es un salto cualitativo muy importante porque además permite apreciar signos vitales, postura, color de la piel y aspectos generales	La utilización del vídeo puede ser una barrera para personas poco habituadas al uso de estas tecnologías. Las plataformas a las que los pacientes pueden estar habituados (Skype, FaceTime, etc.) no cumplen con las normas de privacidad requeridas por algunos sistemas de salud

Decálogo de SIMAP-PAS de prioridades para la mejora de la Atención Primaria (previo a la COVID 19)

- **Dimensión de los cupos** que permita el tiempo necesario de consulta por paciente que permita una asistencia profesional, tendente a la excelencia, y adaptada a los nuevos conceptos y necesidades del cuidado de la salud: tareas preventivas, atención a la cronicidad, cuidados paliativos, toma de decisiones compartidas, prevención cuaternaria, evitación del sobrediagnóstico y sobretratamiento, tiempo para conversaciones difíciles, razonamiento y efectividad clínicos (right care). Razonable sería: 12 minutos por paciente de media, 28 citas/día, tope de 1500 paciente por médic@ de familia y 1000 por pediatra, con autonomía en las agendas.

- **Cobertura de todas las ausencias** (IT, libranzas, días de libre disposición, días de formación, vacaciones) con planificación anual y con contratos atractivos para conseguir personal estable.

- **División de la jornada en tres bloques:**
 - a. Atención a los pacientes.

 - b. Trabajo en equipo sobre temas organizativos y de salud.

 - c. Formación e investigación.

- **Acceso real en tiempo y forma a pruebas diagnósticas y complementarias** necesarias.

- **Reducción de la burocracia** en la consulta con simplificación de los procedimientos y seguimiento de la efectividad de las medidas tomadas. Historia clínica electrónica orientada a la utilidad clínica, humanista y narrativa, con consideración psicosocial.

- **Consecución de continuidad asistencial real y eficaz**, mediante protocolos conjuntos y consensuados con atención especializada y otras.

- **Reorganización de la urgencia de Atención Primaria** para evitar disfunciones en la consulta que producen mala asistencia, estrés y frustración entre sus actores. Transporte del personal sanitario con conductor para las visitas domiciliarias, urgentes y no urgentes.

- **Potenciación de las funciones de enfermería**, primordial para el funcionamiento del centro, como muestra la evidencia disponible. También refuerzo de personal celador y TCAE.

- **Organización democrática de los centros de salud**, en relación con la elección del coordinador y de las decisiones que afecten a los componentes del equipo.

- **Retribuciones equiparables** a otros estamentos sanitarios de igual formación y responsabilidad. Incentivación de la longitudinalidad, dispersión geográfica. Realización de un nuevo diseño de los incentivos profesionales,

potenciando la motivación interna, la formación y la autonomía personal en la toma de decisiones, mediante el diálogo y el consenso.

En definitiva, el logro de una atención primaria centrada en las personas y sus necesidades, dueña de su gestión y organización del trabajo, que sirva a toda la población, corrigiendo lo que algunos autores han denominado “descremado sociológico”.

Existen otras muchas cuestiones que se puede consultar en nuestra página web:

<https://www.simap-pas.es/documentos/03%20MEJORA%20DE%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.PDF>

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

La Atención Primaria es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario, no puede continuar la actual progresiva precariedad

SIMAP-PAS PROPONE:

- Corregir la sobrecarga de cupos.
- Tiempo adecuado para atender la consulta de cada paciente.
- Organización adecuada para atender las actividades diarias.
- Reducción de la burocratización en la consulta.
- Autonomía para la gestión de las agendas.
- Condiciones adecuadas en la asistencia urgente.
- Condiciones adecuadas en la asistencia domiciliaria no urgente.
- Potenciación de las funciones del personal de enfermería.
- Disminución de la lista de espera para atención especializada.
- Corrección de las deficiencias en tecnologías aplicadas en la consulta.
- Formación e investigación dentro de la jornada laboral.
- Retribuciones equivalentes al ámbito de Especializada en el complemento específico.
- Funcionamiento democrático de los Centros de Salud.
- Protección de la salud laboral.
- Protección del personal sanitario frente a agresiones.
- Corrección de la deficiencia e pediatra en AP y el conflicto consecuente entre especialidades.
- Financiación y dotación adecuada de la atención primaria



DOCUMENT SIMAP-PAS SOBRE ELS NOUS REPTES PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN LA DESESCALADA DE LA COVID-19

I. INTRODUCCIÓ

II. OBJECTIUS

- 1. INCREMENT DE FINANÇAMENT I RECURSOS HUMANS**
- 2. MESURES DE PROTECCIÓ ADEQUADES PER A USUARIS I PROFESSIONALS**
- 3. MITJANS ADEQUATS I SUFICIENTS PER A LA COVID 19**
- 4. REORGANITZACIÓ DELS EQUIPS I EL SEU FUNCIONAMENT**

- Potenciació racional de les consultes a distància
- Autogestió de l'agenda a cada professional
- Autogestió de l'organització.
- Longitudinalitat i accessibilitat
- Potenciació de l'activitat domiciliària
- Desburocratització de la consulta de Atenció Primària
- Relació amb l'Assistència Especialitzada.
- Atenció pediàtrica
- Salut mental
- Assistència sociosanitària i comunitària
- Hiperfreqüentació i la medicalització de la vida quotidiana
- Consultes d'alta resolució i altres mesures de gestió
- Condicions laborals generals i retributives

- 5. ANÀLISI PRÈVIA DE LA SITUACIÓ I DE LES NECESSITATS DE RECURSOS**
- 6. IMPRESCINDIBLE PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS**

III. OBSTACLES I RISCOS

IV. FONTS CONSULTADES

V. ADDENDUM



I. INTRODUCCIÓ

La pandèmia provocada per la COVID-19 ha elevat el valor del sector sanitari de tal manera que les retallades aplicades des de 2008 i les seues conseqüències han calat en l'opinió pública, fent que els responsables polítics hagen de replantejar-se prioritzar en els seus objectius de gestió qüestions relatives a l'assistència sanitària. Segons les dades actuals, la despesa pública a Espanya en matèria de salut és del 6% del seu PIB, incloent els mitjans públics i els privats, una inversió molt per davall dels països europeus més pròxims, ocupant el lloc 17é d'Europa en aquesta matèria. D'aqueix 6%, Espanya destina un 1% a productes mèdics, aparells i equips; un 4,6% a serveis assistencials; un 0,1% a serveis de salut pública; i un 0,2% a recerca i desenvolupament.

La inversió en sanitat a Espanya ha crescut huit vegades més ràpid en els centres hospitalaris que en els d'Atenció Primària. Així ho diu l'últim informe estadístic de despesa sanitària publicada pel Ministeri. Des de 2013 la quantia destinada a hospitals ha passat dels 37.401 milions d'euros (2013) als 42.533 (2017), la qual cosa suposa un creixement de quasi 5.000 milions d'euros enfront dels 618 que es va incrementar en Atenció Primària. En aquests serveis, el total consolidat s'ha modificat dels 9.124 milions d'euros (2013) a 9.742 (2017).

La funció que major pes té en l'àmbit de l'assistència sanitària pública són els serveis hospitalaris i especialitzats que va representar un 62,1 % de la despesa total consolidada l'any 2017. Per darrere està la despesa en farmàcia, amb un 16,4 %, i els serveis d'atenció primària de salut, amb un 14,2 %.

Segons un informe de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC), la partida per a la sanitat pública es va reduir en 8.636 milions d'euros (un 12,24% menys) entre 2009 i 2014. Però en l'atenció primària, la tisorada va ser més dura, del 16,17% (1.742 milions menys).

En el cas de la Comunitat Valenciana, la despesa sanitària representava **el 6,3% del PIB**, amb una despesa mitjana respecte a la resta d'Espanya que la situa en **el lloc 10é** en la llista per comunitats autònomes. Pel que fa a l'Atenció Primària, encara que la partida pressupostària destinada per habitant ha augmentat notablement, està encara lluny dels estàndards europeus.

El sistema sanitari requereix, doncs, ajustar-se de manera innegable a la nova conjuntura sent imprescindible dur a terme canvis i innovacions en l'Atenció Primària. El desitjable seria aconseguir canvis profunds en l'organització estratègica, la gestió o el finançament, si es pretén que l'Atenció Primària tinga un

paper preeminent, no com a porta d'entrada, sinó com a eix de coordinació entre pacients i processos assistencials. Son canvis que passen per renovar un marc legislatiu i normatiu obsolets per un altre que responga als reptes actuals.

El mateix ministre Illa ha afirmat recentment que s'han de reforçar les capacitats de l'Atenció Primària, el diagnòstic precoç i la vigilància epidemiològica. No obstant això, quan s'acosta la fi de l'etapa de confinament, es **preveu un escenari d'increment de pacients sol·licitant proves o consultes pendents, de consultes administratives, de problemes de salut, problemes psicosocials etc.** El **previsible serà, per tant, la saturació dels serveis sanitaris** si continuem amb la modalitat d'assistència, la dotació de personal i l'organització precedents que s'han mostrat clarament deficientes.

Ens trobem, a més, en un moment de plantilles sobrecarregades de treball després dels últims mesos de pandèmia i així mateix deficitàries de personal per permisos de vacances, ILT no cobertes, adaptacions de llocs de treball ..., i tot això va a limitar la seua capacitat assistencial. Són plantilles de professionals que a més desconeixen el seu estat immunitari i que es troben decebuts per la direcció i la falta de lideratge per part dels seus gestors.

No obstant això, ens situem davant una oportunitat única que ens dona l'opció de reflexionar i replantejar-nos com es pot dur a terme reformes en **un moment en què s'uneixen la conscienciació de l'opinió pública i una conjuntura política favorables.** És, per tant, un moment clau que s'ha d'aprofitar per a donar major autonomia de gestió als equips proporcionant-los flexibilitat i adaptabilitat a les noves conjuntures que puguen anar sorgint. A pesar de que es tracta de plantejaments a curt termini, pot tractar-se de mesures que s'estenguen, s'amplien i desemboquen en els canvis estructurals que hem esmentat anteriorment.

Estem enfront d'una oportunitat perquè es prenguen aqueixes mesures estructurals, de recursos i d'organització que conduïsquen a fer realitat moltes de les reivindicacions de la Atenció Primària en les últimes dècades, de les quals SIMAP-PAS s'ha fet ressò i ha tingut una postura activa des del principi. Veure [ací](#), [ací](#), [ací](#), [ací](#), [ací](#), [ací](#), [ací](#), [ací](#).

En aquest nou escenari l'Atenció Primària ha de ser capaç de donar una adequada cobertura a les funcions encomanades pel **Decret 74/2007 de 18 de maig del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària en la Comunitat Valenciana i el contingut dels diferents Plans de Salut**, i no va a ser possible complir aquest manament amb els recursos i l'estructura de funcionament actuals.

[http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_llista=+](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_llista=)

II. OBJECTIUS

1 INCREMENT DE FINANÇAMENT I RECURSOS HUMANS

Amb els objectius de:

- Resoldre totes les tasques amb relació amb la COVID-19 i les activitats assistencials pendents.
- Poder implementar les mesures que conduïsquen a situar a l'Atenció Primària en el lloc de l'organització sanitària on, des de fa dècades, tots els experts i professionals de la salut consideren que deuria estar.

Després d'una planificació sòlida, compartida i urgent s'haurà d'incrementar les plantilles amb **contractes adequats** a la funció i categoria, evitant solucions peremptòries amb nomenaments en frau de llei o sense complir els requisits d'equitat en retribucions i drets laborals.

S'ha d'evitar **les sobrecàrregues laborals** recordant que es tracta d'un personal que treballa baix fortes condicions de pressió. Amb aquest objectiu, cal reforçar les plantilles, la qual cosa inclou la cobertura del 100% de baixes i absències i un increment net de personal, tenint en compte la població assignada, valorant aspectes com el nivell socioeconòmic, la distribució per edats, les residències d'ancians determinades etc.

2 MESURES DE PROTECCIÓ ADEQUADES D'USUARIS I DE PROFESSIONALS

Es deu garantir una **dotació adequada d' EPIs** , **organitzant els locals i l'assistència de manera adequada** i realitzant periòdicament les **proves diagnòstiques** que estiguen indicades. Cal ser molt acurat donada **l'elevada i inassumible incidència de contagi del personal sanitari**.

S'ha de garantir el subministrament dels mitjans de protecció col·lectius i individuals necessaris i suficients. Suficients no sols en quantitat sinó en qualitat, amb totes les garanties i certificats als quals obliga la llei. I si es pot, una mica millors i més còmodes.

No ha d'existir restricció en l'ús de EPIs en el domicili dels pacients ja que es tracta d'un entorn laboral d'alt risc.

Significa a més organitzar circuits, mantindre sales d'espera diàfanes, organitzar el triatge ... i especialment la millora del sistema de cites.

Entre professionals també s'ha d'estructurar unes relacions assenyades de prevenció de contagi, evitant reunions i conservant la distància de seguretat, llavat mans i màscaras segons les indicacions vigents.

L'arquitectura de les nostres instal·lacions hauria de canviar radicalment i en temps rècord per a adaptar-se a aquesta organització. No sols en els centres de salut més grans i dotats, en entorn urbà, també en els consultoris auxiliars de xicotets nuclis de població.

En aquest grup d'objectius caldria incloure també **evitar les sobrecàrregues laborals** i és molt important la revisió d'aquestes càrregues reforçant plantilles.

Les **unitats de riscos laborals han d'estar dimensionades** perquè puguen actuar en els Centres de Salut de manera proactiva.

3 MITJANS ADEQUATS I SUFICIENTS PER A DIAGNÒSTIC, SEGUIMENT I CURES DE LA COVID 19.

Aquests mitjans han de ser aplicats tant en l'activitat ordinària com en l'atenció continuada.

Es pot resumir en tres elements:

Equips de protecció (EPIs)
Proves diagnòstiques
Recursos humans suficients

Ha d'incloure:

- Formació clínica i epidemiològica per a tot el personal.
- Avaluació i protocols clars tant davant el/la pacient amb clínica o sospita de COVID-19 com davant la possibilitat de casos asimptomàtics i presintomàtics, havent de considerar aquesta contingència en les mesures de protecció (veure baix).
- Mitjans diagnòstics suficients: és imprescindible dotar de proves de PCR per a la ràpida detecció i aïllament de casos.
- Mitjans terapèutics: en la mesura en què existisca evidència, disposar de fàrmacs indicats per a casos atesos en Atenció Primària.
- Recursos humans adequats.
- Comunicació i coordinació fluides amb els serveis de Salut Pública, creant xarxes sentinella i sistemes d'informació conjunts.
- Estructura de contacte suficient i actualitzada incloent línies de telèfon, terminals, capacitat del correu electrònic i resta de les necessitats informàtiques.

Segons els responsables sanitaris de la Comunitat Valenciana, la detecció precoç dels casos i la recuperació de la traçabilitat per a frenar contagis serà la major exigència. Davant els primers símptomes, un pacient serà atès en el seu centre de salut, se li farà una **PCR en menys de 24 hores** i se li enquestarà per a conèixer els seus contactes socials en els dies previs. Per a tot aquest pla d'actuació és necessari disposar dels mitjans materials i els recursos humans amb un protocol i una organització ben definits

Així ho indica l'Ordre **SND/404/2020**, d'11 de maig, *de mesures de vigilància epidemiològica de la infecció per SARS-CoV-2 durant la fase de transició cap a una nova normalitat*, publicada en el BOE del 12 de maig.

<https://boe.es/boe/dias/2020/05/12/pdfs/boe-a-2020-4933.pdf#BOEn>

A partir d'aquest dia, els professionals sanitaris hauran de recollir les dades ja que la norma legal no sols obliga a remetre dades agregades, sinó també dades individuals de cada pacient confirmat i, el més important, els seus possibles contactes, la qual cosa permetrà **un control més estret dels possibles contagis** i l'àmbit d'exposició, això és, on van poder adquirir el virus. A més, hauran d'incloure dades del percentatge que ha desenvolupat símptomes, confirmació dels casos nous, així com **informació sobre si es tracta de personal sanitari**.

Davant situació, sorgeixen el dubte que l'organització estiga preparada per a afrontar el control dels casos que vagen sorgint:



- Atenció Primària disposarà de temps i recursos per a seguir aquest protocol?
- S'ha establert un equip de rastrejadors eficient?
- Es podrà garantir la traçabilitat dels casos, tenint en compte que segons les dades de seroprevalència un terç dels casos són asimptomàtics (encara que pel que sembla la seua capacitat de contagi és baixa) i sobretot els presintomàtics, que durant 48 hores poden distribuir el virus sense coneixement del sistema sanitari i que podran ser identificats si hi ha actuacions de traçabilitat, sense perdre de vista l'existència de superpropagadors?
- La població estarà disposada a cedir part de la seua privacitat amb aquesta finalitat?

4 REORGANITZACIÓ DELS EQUIPS I EL SEU FUNCIONAMENT

POTENCIACIÓ RACIONAL DE LES CONSULTES A DISTÀNCIA

És necessari desenvolupar els sistemes d'informació i la comunicació institucional a través de l'ús de TICS (complint amb la LOPD) usant vídeo i infografies. En definitiva, organitzant un sistema de comunicació en el qual tots puguin treballar de manera eficient que permeti que els professionals accedisquen a la HCE en connexió remota, fomentant també el teletreball, la conciliació familiar i la flexibilització d'horaris.

Entre elles es pot destacar la consulta telefònica, la telemedicina i la videoconferència.

Per a alguns, la vídeo-consulta s'ha mostrat en la literatura mèdica com un instrument eficaç i pròxim, apropiat per a pacients més malalts, amb comorbiditats associades amb circumstàncies socials de risc etc. Aquesta manera d'interactuar necessita pocs requeriments tecnològics.

Estem d'acord amb S. Minuet en què realitzar la major part de l'atenció sanitària de manera virtual hauria de ser l'objectiu prioritari d'un servei sanitari davant una pandèmia d'aquestes característiques. Però **aquesta atenció a distància ha de complementar-se amb l'assistència presencial**, en el centre o a domicili, en aquells casos que precisen el contacte personal, ja siga per raons diagnòstiques, terapèutiques, o d'acompanyament i cura.

DEVOLUCIÓ DE LA RESPONSABILITAT DE LA GESTIÓ DE L'AGENDA A CADA PROFESSIONAL.

Un dels pilars fonamentals de la nova estratègia ha de ser **retornar la responsabilitat de la gestió de l'agenda a cada professional** amb l'objectiu de comptar amb agendes de qualitat, flexibles i adaptades a les circumstàncies de cada equip. L'agenda és l'eina bàsica que els professionals han de cuidar i controlar.

AUTOGESTIÓ

Com ja hem insistit en altres ocasions, és fonamental l'organització **democràtica dels centres de salut**, en relació amb l'elecció del coordinador i de les decisions que afecten els components de l'equip.

Molts centres de salut en aquesta pandèmia, per l'experiència transmesa per companys i pel que han publicat uns altres, han superat els pitjors moments d'aquesta crisi amb l'autogestió i treball en equip en enfrontar-se de manera assenyada als esdeveniments i creant esquemes d'assistència propis, davant l'absència de directrius clares dels gestors. D'aquesta forma, han evitado contagis i sofriment de pacients i professionals.

LONGITUDINALITAT I ACCESSIBILITAT

Tampoc es pot obviar la **longitudinalitat i l'accessibilitat** com a característiques inherents a l'Atenció Primària i per a evitar la seua pèrdua s'haurà de procurar que els professionals atenguen sempre els contingents (cupó) que els han sigut assignats.

POTENCIACIÓ DE L'ACTIVITAT DOMICILIÀRIA

En aquest sentit és també esperable un increment d'atenció domiciliària en la qual és important el **lideratge del personal d'infermeria**, sent per tant fonamental que la Unitat Bàsica Assistencial (UBA) funcione tal com s'havia concebut, ja que en molts casos, com a conseqüència de les retallades en personal, l'assignació de pacients als professionals d'infermeria faria impossible una correcta atenció domiciliària.

Per a alguns analistes, és el moment d'eixir de la consulta i del centre. La pandèmia i les seues conseqüències s'allargaran en el temps, per la qual cosa serà necessari la intervenció *in situ* en nuclis familiars o en concentracions de pacients fràgils (residències, centres de dia, etc.). Caldria avaluar, tal com preconitza P. Vivó, crear una unitat domiciliària específica (formada per professionals immunitzats) orientada a pacients amb sospita de COVID-19 i a controlar casos de pacients donats d'alta. Amb el temps, aquesta unitat es podria eliminar progressivament en funció dels esdeveniments en cada entorn concret.

DESBUROCRATITZACIÓ DE LA CONSULTA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Finalment, és important avançar en la **desburocratització de la consulta d'Atenció Primària**. En 2008, amb la posada en marxa dels objectius plasmats en el document *“Línies estratègiques de millora de l'Atenció Primària”* i, dins del Projecte Abucasis II, es van impulsar una sèrie de mesures i canvis organitzatius adreçats a llevar de les consultes mèdiques aquelles tasques administratives i burocràtiques que impedièren incrementar la disponibilitat de temps assistencial al pacient. Si bé aquestes mesures van ser un pas endavant, no es va continuar avançant en aquest sentit, abans bé es van incrementar altres àrees burocràtiques orientades a la gestió i a la vigilància de professionals, com el control de la despesa farmacèutica o dels indicadors del contracte de gestió. Resulta, per tant, imprescindible emprendre noves estratègies encaminades a redimensionar **la càrrega burocràtica en la consulta d'Atenció Primària**, per a la seua optimització, mantenint les mesures adoptades recentment i implementant altres més.

- Si en les circumstàncies actuals de la COVID-19 s'ha pogut establir una relació entre el metge, el pacient i l'oficina de farmàcia sense mediar papers ni visites presencials, això deuria mantindre's.
- Si ara pot establir-se una relació telemàtica entre metge, mútues o entitats gestores de l'INSS, empreses i treballadors per a gestionar altes i baixes per incapacitat laboral transitòria sense mediar papers, això deuria mantindre's.
- Si es pot fer que la signatura del personal de taulell administratiu valga per a validar una petició d'ambulància, això deuria mantindre's.
- I si no procedeix emetre informes sobre assumptes que no formen part de la cartera de serveis d'atenció Primària, perquè no procedeix i no haurien d'emetre's.

Per a aconseguir aquestes finalitats és fonamental la coordinació i col·laboració dels equips, incloent al personal facultatiu, infermeria, unitats d'atenció al pacient,

treballadors socials (i implicació en tota l'activitat comunitària de la qual s'és corresponsable) i resta de professionals de la salut, amb plans consensuats.

Deixar de fer per a poder fer.

A més, així ho recull en el **Decret 74 /2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària en la Comunitat Valenciana:**

7.4. S'arbitraran els mecanismes necessaris per a assegurar una perfecta coordinació amb la resta dels recursos de salut pública, serveis socials, inspecció de serveis sanitaris i tots aquells organismes que tinguen competències en l'àmbit sanitari i sociosanitari.

RELACIÓ AMB L'ASSISTÈNCIA ESPECIALITZADA

Davant la relació amb **l'Assistència Especialitzada**, ha de predominar la coordinació i la col·laboració. Com ja vam dir prèviament, cal abandonar la lluita unilateral i treballar per una tasca conjunta amb altres nivells.

El treball conjunt és molt important per a aconseguir la continuïtat assistencial adequada, en benefici dels pacients i ciutadans, i per a aconseguir l'eficiència en els resultats i en l'ús de recursos.

El coneixement és fonamental per a poder entendre's entre els diferents nivells d'assistència i ha de promoure's per totes dues parts i sobretot per l'administració. No pot existir un enfrontament entre Primària i Especialitzada. Pot semblar que ens comuniquem molt, però no ens ajudem res.

En aquest sentit, ha resultat oportú el **comunicat conjunt de societats científiques d'Atenció primària i Especialitzada**, emés el 4 de maig, per a reivindicar l'adopció de mesures en "àmbits clau" davant la **desescalada progressiva** promoguda pel Ministeri de Sanitat. Però no ha de quedar en una declaració d'intencions: cal treballar en aqueix sentit.

<https://www.semfycc.es/wp-content/uploads/2020/05/comunicado-ss.cc.-medidas-de-desescalada-04.05.20.pdf>

Algunes accions importants:

- Planificació d'estratègies per a evitar consultes i hospitalitzacions innecessàries i mantindre al pacient el més a prop possible del seu entorn vital.
- Establiment d'algorismes de derivació i plans d'ús racional de tècniques d'imatge i tecnologia en general.

- Potenciació de la comunicació interpersonal mitjançant consulta de casos per correu electrònic.
- Optimització de la continuïtat assistencial en les transicions entre domicili del pacient, Atenció Primària i hospitalització.

ATENCIÓ PEDIÀTRICA

Caldrà reprendre l'atenció pediàtrica suspesa (controls del xiquet sa, calendari vacunal, seguiment de problemes de salut) i dels problemes emergents per la pandèmia i el confinament.

ATENCIÓ A la SALUT MENTAL

S'espera un increment de els problemes de salut mental derivats de la pandèmia: confinament, pèrdua de familiars i amics, pèrdua d'ocupació, problemes de convivència familiar, problemes econòmics.

Una qüestió important: no ens referim a l'activitat de les Unitats de Salut Mental. Aquest document no conté un estudi de les Unitats de Suport, que treballen com a equips interdisciplinaris amb un àmbit territorial d'actuació que supera la zona bàsica de salut i funcionen de forma integrada i coordinada amb els recursos de l'assistència especialitzada del departament en l'àmbit corresponent a cada especialitat.

Recordem que las unitats de suport són les següents:

Unitats bàsiques de Rehabilitació.

Unitats d'Odontologia.

Unitats de Salut Mental.

Unitats de Conductes Addictives.

Unitats de Salut Sexual i Reproductiva.

Unitats de Prevenció del Càncer de Mama.

Cada unitat de suport té la seua problemàtica particular, encara que també comparteix amb Atenció Primària molts problemes i les propostes de solucions podrien ser similars. SIMAP-PAS ha preferit realitzar un estudi específic de cadascuna d'elles, i del qual s'elaboraran documents com aquest, amb la mateixa finalitat de ser un document de treball i d'objectius a aconseguir.

ASSISTÈNCIA SOCIOSANITÀRIA I COMUNITÀRIA

Resultarà necessari el reforç assistencial que s'ha realitzat amb els centres sociosanitaris de majors, discapacitats, etc.

S'ha de coordinar el treball en residències d'ancians amb els seus equips mèdics, directius i professionals.

Molt important el treball conjunt amb els/les treballadors/as socials. Per aquesta raó, és imprescindible la creació d'estructures **de coordinació soci sanitàries** entre professionals de Atenció Primària, treballadors socials i professionals referents d'assumptes socials d'altres administracions públiques.

També és necessari el contacte amb totes les qüestions de salut de la comunitat, incloent les **farmàcies comunitàries**, sobretot en aquest període de crisi per la COVID-19.

HIPERFREQUÈNCIACIÓ I LA MEDICALITZACIÓ DE LA VIDA QUOTIDIANA

La hiperfreqüentació i la medicalització excessiva de la vida quotidiana constitueixen problemes previs a la COVID-19 i potser es veuran influïts per la nova situació.

Si podem fer entendre a la població que molts dels seus motius de consulta no són malalties, que altres motius pels quals venen al centre poden ser abordats per altres professionals diferents al seu metge/ssa amb idèntic o millor resultat i que els circuits han de ser clars per a poder posar-los en el menor temps possible.

CONSULTES D'ALTA RESOLUCIÓ I ALTRES MESURES DE GESTIÓ

S'ha de promoure consultes d'alta resolució i altres mesures de gestió quotidiana que permeten fer més en menys temps, evitant generar a nosaltres mateixos més burocràcia o passades excessives del pacient pel taulell administratiu per a cursar les interconsultes internes en el propi centre a infermeria, matrona, fisioteràpia, resta d'unitats de suport esmentades a dalt etc., inspecció sanitària...

Volem insistir des de SIMAP-PAS que moltes d'aquestes accions necessàries ja van ser contemplades pel decret esmentat de de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el **Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària en la Comunitat Valenciana**, entre altres qüestions, tal com es pot comprovar en el següent extracte:

*En l'àmbit de cada Departament de Salut es tendirà a la **màxima integració de les accions de promoció i protecció de la salut, de les de prevenció** i curació de la malaltia i de rehabilitació, a través de la **coordinació dels diferents recursos existents**, de manera que es possibilita la màxima eficiència en la ubicació i ús d'aquests, així com l'establiment de les condicions estratègiques més adequades que garantisquen una sanitat sense graons.*

...

*Igualment, en aquest període els avanços en les tècniques de diagnòstic i de tractament han creat en la població unes majors expectatives quant a l'accessibilitat a aquestes, situació que ha portat a una **descentralització dels equipaments** d'alta tecnologia sanitària. D'altra banda, **la implantació de les noves tecnologies de la informació està permetent la interrelació assistencial** en temps real entre els centres sanitaris.*

...

*3.3. L'organització de tots els recursos i dispositius assistencials garantirà la cobertura sanitària a tota la població segons criteris objectius que contempen **factors geogràfics, demogràfics, epidemiològics, socioeconòmics i culturals.***

...

*4.2. S'impulsarà l'autonomia **en la gestió clínica sanitària**, configurant els centres sanitaris com a organitzacions autònomes amb facultat de decisió, efectives i responsables,*

...

*7.1. Tots els professionals sanitaris del Departament de salut estaran coordinats a fi d'assegurar una **oferta assistencial integrada**, definint nous circuits d'atenció i nous mapes de processos assistencials, que aborden l'assistència des d'una perspectiva global i continuada.*

...

*7.2. Es potenciaran les **interconsultes entre els diferents àmbits amb l'objectiu de fomentar el coneixement entre els diferents professionals del departament, establir pautes d'actuació conjunta i definir uns objectius comuns.***

Gran part del contingut d'aquest decret està encara per implementar i desenvolupar. Ara és el moment que la posada en marxa d'aquesta coordinació es realitzi d'una forma eficient, directa i amb la menor càrrega burocràtica possible.

I cal no oblidar el **Marc Estratègic per a l'Atenció Primària i Comunitària**, publicat en el BOE el 7 de maig de 2019, un nou intent d'enfortir l'Atenció Primària, que torna a insistir en molts aspectes que hem esmentat i que podria servir per a impulsar a l'Atenció Primària de salut si hi ha vertadera voluntat política per a això.

https://www.simap-pas.es/documentos/consideraciones_marco_estrategico_a_primaria.pdf
https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosactividades/docs/marco_estrategico_aps_25abril_2019.pdf

5 ANÀLISI PRÈVIA DE LA SITUACIÓ I DE LES NECESSITATS DE RECURSOS

Tot l'abans exposat dependrà, evidentment, de les circumstàncies de cada centre i serà imprescindible fer **una anàlisi prèvia de la situació i de les necessitats de recursos**, comptant amb el suport dels gestors per a poder implementar-lo. Són

millores viables, encara que ho són a curt termini i no deuen impedir que s'escometen canvis, intervencions i estratègies sobre el conjunt del sistema amb objectius de renovació.

6 IMPRESCINDIBLE PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS

Per a això, ha de ser **imprescindible la participació de professionals** en grups de treball que pogueren aportar experiència i idees i proposar millores a gestors i informàtics, propiciant un canvi de mentalitat.

CONDICIONS LABORALS GENERALS I RETRIBUTIVES

No podem oblidar les reivindicacions de les condicions laborals i retributives que els professionals d'Atenció Primària porten reclamant des de fa anys, de les quals podem destacar:

- **Retribucions equiparables** a altres estaments sanitaris d'igual formació i responsabilitat. Incentivació de la longitudinalitat i de la dispersió geogràfica. Realització d'un nou disseny dels incentius professionals, potenciant la motivació interna, la formació i l'autonomia personal en la presa de decisions, mitjançant el diàleg i el consens.
- **Equiparació del complement específic a la retribució percebuda per especialitzada** i sumar a aquesta quantitat el complement de dispersió geogràfica i el percebut pel número i tipus de SIP assignades.
- **Carrera professional** per a tots des del primer dia, acumulatiu per períodes treballats, encara que siga de manera discontinua.
- **Estabilitat laboral**. Convocatòries anuals. No té sentit un concurs-oposició cada 10 anys. Significa precaritzar un dels sectors fonamentals del país. No es pot consentir.

És necessari que es convoquen les OPEs anuals amb el 100% de les vacants i a més els acúmuls de tasques que complisquen amb els criteris per a ser considerats una necessitat estructural i que la resolució de les convocatòries no es prolongue més enllà dels 3 anys. Ha de realitzar-se de manera prèvia a la convocatòria de les OPEs un concurs de trasllats, i en tot cas cada 2 anys. També ha de realitzar-se un concurs de trasllats interns de manera prèvia a la incorporació del nou personal fix després de qualsevol concurs oposició.

- **Jornada laboral ben estructurada i delimitada**, per a dedicar temps al pacient, a l'estudi de casos i a la formació.

- **Topalls de contingent** en 1.500 SIP per a Medicina de Família i 900 SIP en Pediatria que condicionen l'augment del número de metges de l'EAP.
- **Solucionar de forma adequada el problema del desplaçament fora dels centres per a fer treball assistencial amb la disponibilitat de vehicles amb conductor.**
- **Planificació anual de les necessitats de reforços i substitucions programades i oferir acúmuls de tasques que cobrisquen correctament aqueixes necessitats.** Cobrir les necessitats amb ocupació de qualitat i amb la possibilitat de la conversió en places estructurals. Evitar nomenaments de substitució de dies: ocupació inadequada i en molts casos en frau de llei i amb problemes de infracotització a la SS.
- **Integració correcta dels nomenaments d'atenció continuada als EAP** de manera que millors les seues condicions de treball, els seus drets laborals i les seues retribucions, però assegurant la continuïtat i estabilitat laboral.
- Qualsevol Metge de l'EAP de reforç que **no tinga un contingent propi assignat**, ha de tindre contemplat en **la seua retribució almenys l'equivalent** a la mitjana dels SIP dels seus companys del centre assignat.
- Si els reforços comparteixen treball en diverses zones bàsiques de salut hauran de percebre un **complement especial de distribució geogràfica** major que el que correspondria si només atengueren el personal de la ZBS.

III. OBSTACLES I RISCOS

Els obstacles que es presentaran no són només els econòmics ja que les mesures proposades comportaran canvis culturals profunds difícils de realitzar en una societat on s'ha anat obviant o posposant durant massa temps una política d'educació sanitària que afavorisca es reformes que necessita l'Atenció Primària.

Aquestes mesures de reorganització de l'Atenció Primària tenen **riscos** que cal tindre presents per a poder corregir-los de manera precoç. A continuació, descrivim alguns d'ells.

- Creació de barreres físiques, administratives, tecnològiques i fins a emocionals , incompatibles amb una medicina ètica.
- Centres de salut amb les portes entretancades, més que entreobertes.
- Valoracions telefòniques més aviat dissuasives i estandaritzades.
- Abandonament de les cures periòdiques de pacients crònics.
- Desatenció generalitzada als problemes de salut habituals de la població general
- Descompensacions greus de l'estat basal de salut amb possible resultat fatal per atenció suficient.

- Absència d'actitud crítica provocada per una postura de victimisme. És important mantindre una actitud constant fent valdre la importància essencial de l'Atenció Primària però amb actitud d'anàlisi per a poder rectificar i millorar en tots els aspectes.
- Telemedicina com a búnquer remot. La telemedicina ha d'entendre's com a complement a la nostra activitat i no com a substitutiu. Ha d'augmentar la nostra accessibilitat i no impedir-la. A més de la necessitat de permetre l'expressió del pacient i l'exploració física, no ha de substituir la necessitat de la calidesa del contacte entre mirades, els gestos de consol...
- Solucions no presencials a l'estil dels *call-center* d'atenció al client dels bancs, les companyies d'assegurances, etc., que afavoreixen el tracte impersonal allunyat dels problemes concrets del pacient.
- Rediseny d'agendes que podrien dificultar o impossibilitar la relació longitudinal amb el pacient perquè els seus professionals assignats estarien disponibles per a ell o no, segons el dia o l'hora en què el necessitara.
- Risc d'erigir-se en una espècie de policia sanitària: no és la funció de l'Atenció Primària.
- La relació metge-pacient, tan valorada fins fa tan poc, es pot ressentir, així com l'accessibilitat, que constitueixen principis fonamentals de la Atenció Primària. Cal vigilar la temptació d'escudar-se després d'un algorisme sustentat per l'activitat del personal administratiu.
- S'ha d'anar amb compte amb el triatge presencial situat a l'entrada del centre, amb la població fent cua al carrer. Cal intentar una altra estructura d'atenció.
- El reinici del seguiment de pacients crònics torna a plantejar la implantació dels procediments telemàtics, la dotació en domicili del pacient d'aparells tipus tensiòmetres, glucòmetres, pulsioxímetres, mesuradors d' INR..., tot això en el domicili del pacient quan en els propis centres de salut aqueixos instruments són escassos i van rodant de consulta en consulta...
- Aquest canvi cap a una medicina amb un important component telemàtic requerirà un esforç educatiu que suposa el canvi de paradigma cultural cap a una medicina no centrada en la relació directa i personal del pacient amb el seu metge sinó amb tots els integrants del centre de salut per igual i mediatitzada per l'ús de dispositius tecnològics que a una gran majoria els són estranys. Resultarà complex.



IV. FUENTES CONSULTADAS

- ✓ https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-sistema-sanitario-amando-martin-zurro_2534099/
- ✓ https://www.google.com/search?q=sobre+la+consulta+no+presencial+i+els+seves+diferents+formes+%E2%80%93+1&rlz=1C1CHBD_esES878ES879&oq=Sobre+la+consulta+no+presencial+i
- ✓ <https://elpais.com/sociedad/2020-04-29/la-atencion-primaria-toma-las-riendas-en-la-desescalada-con-deficit-de-personal-y-recursos-escasos.html>
- ✓ <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/05/apuntes-de-gestion-para-centros-de-salud.html>
- ✓ <https://elpais.com/sociedad/2020-04-29/la-atencion-primaria-toma-las-riendas-en-la-desescalada-con-deficit-de-personal-y-recursos-escasos.html>
- ✓ <https://focap.files.wordpress.com/2020/04/2020-04-28-focap-salir-de-la-excepcionalidad-hacia-una-nueva-normalidad-cast-3.pdf>
- ✓ <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx>
- ✓ <https://www.msbs.gob.es/estadestudios/estadisticas/docs/egsp2008/egspprincipalesresultados.pdf>
- ✓ <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/gasto08.pdf>
- ✓ https://www.msbs.gob.es/estadestudios/sanidaddatos/tablas/tabla30_1.htm
- ✓ <https://www.msbs.gob.es/estadestudios/estadisticas/inforrecopilaciones/gastosanitario2005/home.htm>
- ✓ [http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&*url_llista="+](http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&*url_llista=)
- ✓ https://www.simap-pas.es/documentos/consideraciones_marco_estrategico_a_primaria.pdf
- ✓ https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosactividades/docs/marco_estrategico_aps_25abril_2019.pdf
- ✓ https://boe.es/boe/dias/2020/05/12/pdfs/boe-a-2020-4933.pdf#*BOEn
- ✓ <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/gasto-sanitario-por-habitante-12-ccaa-por-encima-de-la-media-nacional-8207>
- ✓ <https://datosmacro.expansion.com/estado/presupuestos/espana-comunidades-autonomas?sc=pr-g-f-31>
- ✓ <https://rafabravo.blog/2020/05/09/ús-de-la-tecnología-durant-la-crisi-covid-19/>
- ✓ <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/05/ocho-claves-para-la-atencion-primaria.html>
- ✓ <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2020/05/comunicado-ss.cc.-medidas-de-desescalada-04.05.20.pdf>
- ✓ https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/01/14/economia/1547462428_996068.html
- ✓ [Contra el coronavirus, més Atenció Primària que mai
https://amfsemfy.com/web/article_ver.php?id=2626](https://amfsemfy.com/web/article_ver.php?id=2626)
- ✓ <http://isanidad.com/wp-content/uploads/2018/09/informe-2018.septiembre-converted.pdf>
- ✓ https://www.consalud.es/autonomias/un-44-gasto-sanitario-publico-originado-por-cataluna-madrid-y-andalucia_68018_102.html
- ✓ https://elpais.com/sociedad/2020/05/09/actualidad/1589047524_253527.html
- ✓ [**Les consultes per telèfon han arribat per a quedar-se**
https://amf-semfy.com/web/article_ver.php?id=2656](https://amf-semfy.com/web/article_ver.php?id=2656)
- ✓ https://www.simap-pas.es/documentos/posicion_simap_atenc_primaria_cast.pdf
- ✓ <https://www.simap-pas.es/documentos/03%20MEJORA%20DE%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.PDF>

V. ADDENDUM

1. Taula 1. Avantatges i inconvenients de les consultes telefòniques.
2. Decàleg de SIMAP-PAS de prioritats per a la millora de l'Atenció Primària (previ a la COVID 19)
3. Projecte sobre la millora d'Atenció Primària de SIMAP-PAS 2018.

Taula 1. Avantatges i inconvenients de les consultes telefòniques

Avantatges o millores	Inconvenients o riscos
Evita desplaçaments, esperes, demanar permís en el treball, etc.	Pot consumir fins i tot més temps que una visita presencial, perquè necessitem fer més preguntes o parlar més temps ja que no podem veure al pacient, ni explorar-lo físicament
Disminueix el risc de contagi, pot ser tranquil·litzador per als pacients	Per a alguns pacients, la comunicació per telèfon és més difícil que la comunicació cara a cara. Els costa més expressar-se i els costa més entendre el que els estan dient. Si els pacients solen estar nerviosos quan acudeixen a la consulta, quan el professional els crida, estan més nerviosos encara
Afaveix accessibilitat per a persones que no podrien tal vegada accedir a la seua *EAP en altres condicions	L'absència de pistes visuals, expressions facials i postures li resta «context» a l'entrevista i pot afavorir que es perda informació o que es malinterprete el que s'ha dit o escoltat, per totes dues parts
Permet avaluar si el pacient necessitarà una visita presencial posterior	El professional pot sentir rebuig cap a l'ús del telèfon, pel grau major d'incertesa que ha de suportar, la falta d'habilitats de comunicació, la falta de temps específic dedicat a resoldre aquestes consultes, etc.
El professional no necessita estar físicament en el centre sanitari, sinó que pot cridar des de qualsevol altre lloc, si se li facilita accés a l'historial clínic del pacient. L'ideal seria poder accedir des d'un dispositiu portàtil	Més facilitat d'errors clínics o d'efectes adversos i més difícil detectar desacords o falta de comprensió per part del pacient
Per a problemes de baixa complexitat, solen ser consultes més curtes que les presencials, permeten al professional «estalviar» minuts en la seua agenda	Per a símptomes complexos o greus, molta ansietat, problemes psicosocials, mala adherència al tractament, la consulta per telèfon pot no ser adequada
Diversos estudis demostren que quan s'afig vídeo de qualitat (bona imatge) a la trucada telefònica, tant els pacients com els professionals tendeixen a comunicar-se igual que en les consultes presencials. És un salt qualitatiu molt important perquè a més permet apreciar signes vitals, postura, color de la pell i aspectes generals	La utilització de el vídeo pot ser una barrera per a persones poc habituades a l'ús d'aquestes tecnologies. Les plataformes a les quals els pacients poden estar habituats (Skype, *FaceTime, etc.) no compleixen amb les normes de privacitat requerides per alguns sistemes de salut

Decàleg de SIMAP -PAS de prioritats per a la millora de l'Atenció Primària (previ a la COVID 19)

- **Dimensió dels contingents** que permeta el temps necessari de consulta per pacient que permeta una assistència professional, tendent a l'excel·lència, i adaptada als nous conceptes i necessitats de la cura de la salut: tasques preventives, atenció a la cronicitat, cures pal·liatives, presa de decisions compartides, prevenció quaternària, evitació del sobrediagnòstic i sobretratament, temps per a converses difícils, raonament i efectivitat clínics (right care). Raonable seria: 12 minuts per pacient de mitjana, 28 cites/dia, topall de 1500 pacient per mèdic @ de família i 1000 per pediatra, amb autonomia en les agendes.

- **Cobertura de totes les absències** (IT, lliurances, dies de lliure disposició, dies de formació, vacances) amb planificació anual i amb contractes atractius per a aconseguir personal estable.

- **Divisió de la jornada en tres blocs:**
 - a. Atenció als pacients.

 - b. Treball en equip sobre temes organitzatius i de salut.

 - c. Formació i investigació.

- **Accés real dins del termini i en la forma escaient a proves diagnòstiques i complementàries** necessàries.

- **Reducció de la burocràcia** en la consulta amb simplificació dels procediments i seguiment de l'efectivitat de les mesures preses. Història clínica electrònica orientada a la utilitat clínica, humanista i narrativa, amb consideració psicosocial.

- **Consecució de continuïtat assistencial** real i eficaç, mitjançant protocols conjunts i consensuats amb atenció especialitzada i unes altres.

- **Reorganització de la urgència d'Atenció Primària** per a evitar disfuncions en la consulta que produeixen mala assistència, estrés i frustració entre els seus actors. Transport del personal sanitari amb conductor per a les visites domiciliàries, urgents i no urgents.

- **Potenciació de les funcions d'infermeria**, primordial per al funcionament del centre, com a mostra l'evidència disponible. També reforç de personal zelador i TCAE.

- **Organització democràtica dels centres de salut**, en relació amb l'elecció del coordinador i de les decisions que afecten els components de l'equip.

-
- **Retribucions equiparables** a altres estaments sanitaris d'igual formació i responsabilitat. Incentivació de la longitudinalitat, dispersió geogràfica. Realització d'un nou disseny dels incentius professionals, potenciant la motivació interna, la formació i l'autonomia personal en la presa de decisions, mitjançant el diàleg i el consens.

En definitiva, l'assoliment d'una atenció primària centrada en les persones i les seues necessitats, propietària de la seua gestió i organització del treball, que servisca a tota la població, corregint el que alguns autors han denominat “descremat sociològic”.

Existeixen moltes altres qüestions que es pot consultar en la nostra pàgina web:

<https://www.simap-pas.es/documentos/03%20MEJORA%20DE%20ATENCIÓN%20PRIMARIA.PDF>