

Propuestas de modificaciones urgentes del “Marco Estratégico para Atención Primaria de Salud”

Introducción:

Tras la presentación por parte del Ministerio de Sanidad en el Consejo Interterritorial y, con posterioridad, en el Consejo de Ministros, del documento “Marco Estratégico para la Atención Primaria de Salud”, desde el Foro de Médicos de AP queremos hacer públicas las modificaciones mínimas y urgentes que solicitamos se incorporaran al documento y que fueron ignoradas, con la intención de su valoración por las diferentes Comunidades Autónomas, que no pudieron acceder a las mismas.

Estrategia A: Reforzar el compromiso del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud

1. Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, poniendo especial énfasis en la equidad y los determinantes sociales, las actividades de promoción de la salud y la atención a la cronicidad y dependencia, estimando las cargas de trabajo que suponen todas y cada una de las diferentes actividades contempladas en cómputo anual, antes de final de 2020.
2. Establecer criterios de calidad para cada servicio, medibles y evaluables, que aseguren una oferta asistencial común equitativa y homogénea, sin perjuicio de las adaptaciones que puedan requerirse en función de las necesidades de cada área. Asimismo, se deben crear organismos responsables de revisar y homogeneizar la oferta asistencial, antes de final de 2020.

Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la AP

1. Realizar un estudio por contabilidad analítica anual en cada Comunidad Autónoma, con la colaboración del MSCBS, basado en los sistemas de información implantados sobre servicios y actividades propios de la APS y que permita tomar decisiones sobre la oportunidad de incrementar de manera progresiva los presupuestos asignados a APS en función de necesidades concretas de financiación, en capítulo I del núcleo básico de profesionales de APS, equipamiento e infraestructuras. Este incremento debería situarse en el entorno de un 20% en 2020 y alcanzar, al menos, el 25% en el plazo de 5 años.

2. Aprobación de Oferta Pública de Empleo y convocatoria, al menos bienal, de los correspondientes procesos selectivos, con el fin de alcanzar progresivamente y mantener una tasa de temporalidad en APS inferior al 8%. La resolución de los procesos selectivos no debería ser superior a un año, y también establecer un modelo de selección y provisión de plazas homogéneas para todo el SNS.
3. Convocar concursos de movilidad voluntaria, con una periodicidad al menos bienal y además con anterioridad a la resolución de los procesos selectivos, en los que se contemple mayor puntuación para el tiempo trabajado en APS, la formación específica y la actividad docente e investigadora propia de la Atención Primaria.
4. Establecer criterios sobre el número de personas adscritas a un Equipo de Atención Primaria, teniendo en cuenta principalmente las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la oferta asistencial de la cartera de servicios asignada y la actividad propia del equipo (docencia, investigación, oferta de servicios propios, actividades comunitarias).
5. Identificar Zonas Especiales de Salud que, por sus especiales características demográficas y geográficas, y por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisarán una estrategia diferenciada, a ser posible acordada entre las CC AA, para la contratación de profesionales y para la prestación de servicios, en la que estén implicadas las diferentes administraciones con competencias en el territorio que impliquen retribuciones especiales que puedan alcanzar el 15% de la remuneración total, antes de final de 2020.
6. Dimensionar las plantillas de los Equipos de Atención Primaria, estableciendo la dotación de puestos de todas las especialidades y profesiones, sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita en base a Cartera de Servicios, características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población y la actividad propia del equipo (docencia, investigación, oferta de servicios propios, actividades comunitarias), antes de final de 2020.
7. Lograr que, en el año 2022, todos los profesionales de la Medicina tengan cupos que cumplan criterios ajustados al territorio y las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la oferta asistencial de la cartera de servicios asignada y la actividad propia del equipo (docencia, investigación, oferta de servicios propios, actividades comunitarias). Analizados de forma pormenorizada esos criterios y asegurando que no se vean afectadas las retribuciones por la disminución de los cupos en función de los criterios de establecimiento del número máximo de pacientes. En ningún caso se establecerán cupos por encima de las 1.500 personas asignadas en Medicina de Familia y de 1.000 personas

en Pediatría y de 1.300 y 800 respectivamente, en los cupos docentes para las especialidades MIR.

8. Garantizar que las unidades básicas de atención, tanto de Medicina Familiar y Comunitaria como de Pediatría, estén formadas por un médico/a y al menos un enfermero/a, estableciendo libertad de elección por cualquiera de las unidades básicas profesionales antes de final de 2020.
9. Garantizar un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales, consensuado entre las Gerencias de Área Sanitaria y los EAP, contemplando la posibilidad de articular modelos organizativos del equipo con ampliación horaria voluntaria y retribuida, incluyendo la cobertura del compañero ausente dentro del turno de trabajo, independientemente del motivo que justifique (baja laboral, permiso por formación o vacaciones reglamentarias), realizando el cumplimiento de la cartera de servicios y evitando la generación de demoras en la asistencia superiores a las establecidas en el apartado.
10. Las Comunidades Autónomas establecerán acuerdos con las organizaciones sindicales que permita la incorporación de los residentes a las bolsas de empleo a la finalización del periodo de formación sanitaria especializada, con el baremo correspondiente, para poder optar a las plazas vacantes que se generen de acuerdo a los criterios de bolsa. Además, se llevarán a cabo los cambios normativos que procedan para que, tras la oferta de plazas vacantes en APS a través de las vías establecidas en cada CC AA, y si estas quedan sin cubrir, se oferte a los residentes que finalizan el periodo de formación sanitaria especializada, contratos de equipo o centro de salud, de al menos dos años de duración. Se dejará abierta la posibilidad de que los propios equipos presenten propuestas organizativas, antes del final de 2020.
11. Las Comunidades Autónomas garantizarán, mediante acuerdos con las organizaciones sindicales, la existencia de bolsas de Empleo Temporal para las distintas categorías sanitarias y no sanitarias, con funcionamiento independiente, criterios de acceso por mérito y capacidad y compromiso de renovación/actualización anual, antes del final de 2019.
12. Liderar por el MSCBS dentro del Consejo Interterritorial del SNS la elaboración de un Reglamento de selección y provisión de personal estatutario al servicio de instituciones sanitarias públicas del Sistema Nacional de Salud, con criterios homogéneos antes de final de 2020.
13. Hacer pactos o acuerdos de gestión clínica, con objetivos anuales y recursos económicos asignados, que doten a los profesionales del EAP de mayor capacidad de decisión sobre la gestión de la actividad, en todas las facetas, incluida la atención continuada, y de mayor corresponsabilidad sobre los resultados obtenidos, antes de final de 2020.

14. Facilitar cuadros de mandos integrales, apoyados en tecnologías de la información, con el acceso de los profesionales a todos los datos, que permitan a los equipos alcanzar el cumplimiento de los objetivos establecidos, posibiliten la evaluación de su cumplimiento y la orientación de los profesionales hacia la mayor eficiencia en la gestión de los recursos. Antes de final de 2020.
15. Las Gerencias de Área Sanitaria publicarán convocatorias para la cobertura del desarrollo de funciones de Dirección de EAP, en base a criterios de igualdad, méritos y capacidad teniendo en cuenta la categoría profesional en base la Ley 4472003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en base a su artículo 6: Licenciados sanitarios: “Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, **en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo** global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo”.
16. Revisar los criterios de normalización de la agenda de calidad que debe contemplar la complejidad del paciente, para la atención urgente, a demanda y programada, en el centro y en el domicilio, las actividades de educación para la salud, las intervenciones en la comunidad, las consultas e interconsultas no presenciales y las actividades de docencia e investigación, respetando los tiempos necesarios diarios para ello, estimado en un 30% para el último caso. Antes del fin de 2020.

Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones

1. Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas habilitarán los recursos y medios adecuados para que las demandas de atención no urgente se atiendan por unos profesionales sanitarios en un plazo no superior a 48 horas. Ninguna de las medidas adoptadas supondrá una prolongación de la jornada ordinaria ni ampliación de las citas en la agenda de calidad de los profesionales. Si se habilitan módulos de actividad extraordinaria fuera de la jornada ordinaria para cumplir con el objetivo máximo de demora, se establecerán incentivos específicos y dotación económica adecuada y tendrán una consideración voluntaria. Antes de final de 2020.
2. Desarrollar protocolos multidisciplinares para la coordinación clínica en la utilización de los medicamentos que garanticen la continuidad farmacoterapéutica en el ámbito sanitario y sociosanitario, incluyendo la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. Antes del final de 2020.

3. Establecer protocolos de colaboración entre los EAP y los farmacéuticos comunitarios bajo la coordinación del director del EAP para la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos. Antes del final de 2025.
4. Garantizar a nivel del Servicio de Salud de las Comunidades Autónomas la existencia de una comisión mixta Científico-Técnica estable para revisar y realizar propuestas encaminadas a disminuir las tareas burocráticas de los profesionales de APS. Antes de final de 2020.
5. Propiciar por parte del MSCBS los cambios normativos y regulatorios encaminadas a disminuir las tareas burocráticas de los profesionales de APS que se relación con la gestión del IT, visado de fármacos y productos sanitarios, acceso a la historia clínica electrónico y receta electrónica. Medio plazo.

Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en APS

1. Crear equipos dentro de los equipos, referentes del PAPC en todas las áreas sanitarias, que organicen la captación de participantes de cuidadores/as expertos/as y paciente experto/a para actividades de apoyo mutuo en la comunidad, antes de final de 2020.

Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (Tics)

1. Establecer avisos de garantía en la Historia Clínica Digital para apoyar los programas de cribado poblacional de cáncer y patologías crónicas, que permitan detectar población diana que no haya participado en los cribados neonatales poblacionales o que pueda tener en riesgo su salud, antes de final de 2025.

Estrategia F: Impulsar la Formación y la Investigación en APS

Aumentar la presencia de la medicina familiar y comunitaria en los estudios de Grado de titulaciones del área de Ciencias de la Salud y Servicios Sociales y la importancia de la Pediatría de AP

1. Incorporar la Medicina Familiar y Comunitaria como área de conocimiento en los planes de estudio de las titulaciones de los estudios de Grado de titulaciones de los estudios de Grado de Medicina, implementando las medidas normativas necesarias, partiendo de autoridades sanitarias, educativas y de la Conferencia de Decanos. área de Ciencias de la Salud y Servicios Sociales. En esta misma línea, implicar el desarrollo de un temario

especifico de pediatría de Atención Primaria dentro de la asignatura de Pediatría ya existente, siendo los docentes de esos contenidos pediatras de Atención Primaria, antes de final de 2025.

2. Actualizar y publicar los criterios de acreditación de unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, antes de final de 2019.
3. Establecer incentivos laborales, económicos y de carrera profesional para los tutores acreditados en APS, antes de final de 2020.
4. Establecer mecanismos normalizados para acreditar tutores entre los pediatras de Atención Primaria dependientes de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Pediatría, antes de final de 2020.
5. Elaborar un plan de formación continuada anual a nivel de Área y EAP, precedido de un informe sobre detección de necesidades de los profesionales basado en las líneas estratégicas de la organización, con enfoque multidisciplinar, destacando la formación en equidad y en salud digital, antes de final de 2020.
6. Establecer un espacio dentro del horario laboral para la realización de las actividades formativas en el mismo, antes del fin de 2020.
7. Establecer incentivos económicos, académicos y de carrera profesional con criterio de discriminación positiva en concursos de traslado para todos los profesionales que participen en proyectos de investigación del área o proyectos independientes, orientados fundamentalmente a estudios epidemiológicos o estudio de la efectividad de intervenciones en condiciones de práctica clínica habitual, e incorporarlos en las comisiones de investigación de área y comités de ética de la investigación facilitando, por parte de la Administración competente, que todos los profesionales tengan opción a participar en estos proyectos (Médicos rurales en PAC o PEA).
8. Contemplar en el programa MIR de Pediatría una rotación obligatoria de 6 meses y una voluntaria de 6/12 meses más a aquellos que tengan como horizonte su trabajo en Pediatría de Atención Primaria, sin aumentar la duración de la especialidad vigente en el momento actual.