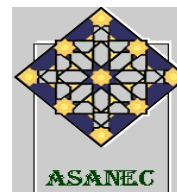


ENCUENTRO PROFESIONAL ANDALUZ DE ATENCIÓN PRIMARIA



CONCLUSIONES

Sevilla, 21 marzo 2006

La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO-A, conjuntamente con las Sociedades Científicas de Atención Primaria: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista de Andalucía (SEMERGEN-A), Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APap-And) y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), organizaron el primer ENCUENTRO PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA en la ciudad de Sevilla los días 29 y 30 de noviembre de 2005.

En este Primer Encuentro, al que asistieron uno 120 profesionales de Atención Primaria, se sometieron a debate aquellas materias que más preocupan a los profesionales de este nivel asistencial a partir de las distintas ponencias, deliberaciones y talleres realizados al efecto.

Cabe destacar que los asistentes fueron mayoritariamente profesionales sanitarios asociados a las Sociedades Científicas organizadoras, afiliados o no a CCOO, aunque también asistieron trabajadores y trabajadoras de otras profesiones con presencia en Atención Primaria (Trabajadores Sociales, Administrativos, etc.). Esta circunstancia hizo que el espectro profesional fuera muy plural y representativo a la vez que permitió, no sólo la expresión de distintos enfoques, sino también el esfuerzo por buscar posiciones que conjugaran a todos ellos desde el respeto por el desarrollo y la autonomía de las distintas profesiones.

Las conclusiones derivadas de este Encuentro, que se resumen a continuación, fueron concretadas a través de la celebración de cuatro talleres.

TALLER 1

EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES CON LA REFORMA

El Taller, básicamente, se orientó a dar respuesta al siguiente interrogante: ¿La **Reforma de Atención Primaria**, iniciada hace ahora veinte años, ha cubierto las expectativas que generó entre profesionales y ciudadanos?

Del debate que provocó esa pregunta, se extraen las siguientes conclusiones consensuadas por los participantes:

1. La Reforma iniciada en los años 80, creó una corriente de simpatía e identificación con el modelo propuesto entre los profesionales, sobre todo entre los más jóvenes y dinámicos, que lo vieron como un proyecto innovador e ilusionante.
2. La incorporación de nuevos “productos”, como la demora cero, la calidad total, los procesos asistenciales integrados, etc., han producido cierta mejora en la accesibilidad y la calidad asistencial, pero a costa de generar insatisfacción y desencanto entre los profesionales debido a:
 - Aumento del tiempo dedicado a consultas, a costa de la actividad en programas (retroceso al antiguo modelo ambulatorio).
 - Consultas repetitivas.
 - Disminución progresiva del tiempo de consulta por paciente.
 - Aumento de la presión y la demanda asistencial.
 - Burocratización de la actividad clínica.
3. El actual modelo hay que reformarlo, adaptándolo a las actuales demandas y exigencias sociales, pero potenciando sus elementos más característicos (no actuar sólo sobre la enfermedad, sino también sobre la prevención y promoción de la salud; potenciar la autonomía profesional; distribución equilibrada de la actividad entre atención a las consultas, programas y formación, etc.). De forma tal que hagamos compatible la satisfacción de los usuarios con las expectativas de desarrollo profesional de los proveedores de servicios.
4. El incremento de la demanda y de la cartera de servicios, no se ha visto acompañada de un incremento de recursos equivalente. Es necesario un incremento de la financiación en Atención Primaria.
5. La Reforma ha creado un marco organizativo y un modelo homogéneo de Atención Primaria de Salud, pero es necesario revisar los parámetros de funcionamiento. Se plantean las siguientes propuestas:

- Revisar los cupos de pacientes, teniendo en cuenta la composición etaria de ésta, según los siguientes valores:
 - Cupo máximo pediatría: 1.700 TAEs.
 - Cupo máximo medicina de familia: 1.900 TAEs.
 - Cupo medio enfermería: 1.900 TAEs.
 - Además, revisar el dimensionamiento de las plantillas de trabajo social, fisioterapia, odontología, admisión, matronas, etc.
 - En caso de aumento de la cartera de servicios, estos ratios deberían ser revisados.
 - Incrementar el valor del pago capitativo en enfermería, al menos duplicando su valor actual.

- Construcción de nuevos Centros de Salud, para que ninguno atienda a una población mayor de 25.000 ciudadanos (se recomienda contar con las Asociaciones de Vecinos implicadas).
- Inversión económica en la reforma y mejora de los Centros de Salud existentes.
- Racionalizar las agendas de los profesionales.
- Hacer encuestas de satisfacción entre usuarios y profesionales.
- Garantizar empleo estable mediante la convocatoria bienal de ofertas de empleo.
- Aumentar la capacidad resolutive de Atención Primaria.
- Aumentar la inversión en Formación Continuada.
- Favorecer la investigación en Atención Primaria.
- Potenciar la formación en la especialización de Pediatras, Médicos de Familia y Enfermeras Comunitarias.
- Reordenar la atención a las urgencias, adaptándola a la Directiva europea 93/104.
- Constituir Unidades Clínicas pactando objetivos con los profesionales.
- Acceso a pruebas diagnósticas.

En definitiva, se apuesta por una nueva reforma que potencie el papel de la Atención Primaria, con mayor financiación para invertir en recursos, en mayor capacidad para atender la demanda y en más prevención, educación sanitaria, docencia e investigación.

TALLER 2

HACIA UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO

Las modificaciones producidas desde la época de la Reforma, sobre lo que la sociedad espera y demanda de los servicios de Atención Primaria debido, además de al mayor nivel de exigencia social propia de las sociedades democráticas desarrolladas, a los cambios sociodemográficos experimentados, al aumento de cobertura poblacional y al incremento de la cartera de servicios sin adecuación de los recursos, ha provocado la sobrecarga y el correspondiente descontento entre los profesionales, que amenaza con provocar la ruptura del actual modelo de organización de la actividad en Atención Primaria.

En el diagnóstico de situación que se hace, se tiene en cuenta la lógica variabilidad de situaciones entre los distintos Centros de Salud, tanto en cuanto a las características de la población atendida, como en cuanto a los recursos disponibles. Así mismo, tras constatar que la autonomía profesional permite mejorar la satisfacción de la población y de los propios profesionales, se propone un modelo basado en las Unidades Clínicas de Gestión, evitando una visión productivista y retomando las actividades de prevención y promoción de la salud.

Los profesionales integrantes del Taller, consensúan las siguientes propuestas:

CARTERA DE SERVICIOS:

- ✓ Establecer un catálogo de cartera con estándares de calidad mínimos.
- ✓ Establecer una cartera de servicios en función de:
 - Los recursos.
 - Las demandas definidas por la propia población, con participación ciudadana.
- ✓ Incluir un porcentaje ponderado y pactado de actividades de promoción, prevención y educación para la salud, con la suficiente autonomía profesional para conseguir objetivos.

RECURSOS PROFESIONALES:

- ✓ Establecer una población máxima asignada por profesional, incrementándole el número de profesionales en función de las características sociodemográficas.

- ✓ Establecer como requisito la paridad médicos de familia/pediatras y enfermeras.
- ✓ Asignar un trabajador social por Centro de Salud.
- ✓ Garantizar el personal administrativo adscrito a las unidades básicas de atención (médico-enfermera), con ratio suficiente.

INFRAESTRUCTURA:

- ✓ Habilitar espacio físico mínimo imprescindible para todos los profesionales dotados de terminal de ordenador.
- ✓ Mobiliario clínico mínimo así como aparataje para cubrir la atención domiciliaria con un mínimo de garantías.
- ✓ Apoyo de medios diagnósticos y apoyo de la Asistencia Especializada.

FORMACIÓN:

- ✓ Continua y suficiente.
- ✓ Estable.
- ✓ Programada.
- ✓ Dentro del horario laboral.
- ✓ Definida por el EBAP.

ORGANIZACIÓN:

- ✓ Gestión compartida de la demanda, mediante la potenciación de la consulta de enfermería a demanda, con gestión finalista incorporando herramientas como es la prescripción enfermera.
- ✓ La asignación de la población de la BDU, tanto al médico como a la enfermera, se podrá realizar de forma flexible, proponiendo las siguientes fórmulas:
 - La sectorización de la población,
 - Sectorización mixta o
 - Modelo tradicional de asignación por cupo.

En definitiva, proponemos un modelo organizativo que se debe adaptar a las peculiaridades de cada centro, que utilizará un paquete de instrumentos para elegir, dependiendo de las necesidades y de los recursos, en lugar de un modelo rígido y uniforme.

TALLER 3

RECURSOS HUMANOS

CUPOS:

Adecuar el número de profesionales existentes a los siguientes cupos:

- ✓ Medicina de Familia con < 1.900 TAEs
- ✓ Pediatría con < 1.700 TAEs
- ✓ Enfermería con < 1.900 TAEs.
- ✓ Equiparación de plantillas entre médicos de familia / pediatras (1:1).
- ✓ Auxiliares de enfermería: Ajustar plantillas al menos 1/6.000 habitantes. Determinación de funciones.
- ✓ Cartera de servicios incluyendo matronas y fisioterapia.
- ✓ Valorar individualmente factores de corrección: dispersión geográfica, zonas de transformación social (nivel socioeconómico, marginalidad...), estacionalidad, morbilidad, inmigración...

ALGUNAS PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN ACTUAL:

✓ **FORMACIÓN PREGRADO**

- Necesidad de aumentar el número de pregrados. Aumentar el número de clausus, adaptándolo a las necesidades de médicos en el Sistema Sanitario y el mercado laboral.
- Favorecer las rotaciones por Atención Primaria durante el periodo de formación.
- Título de grado de 240 créditos estructurado en cuatro años para enfermeras y fisioterapeutas.

✓ **FORMACIÓN POSTGRADO**

- Necesidad de formar más especialistas. Incidir en aquellas especialidades en las que hay más déficit (pediatría). Aumentar la capacidad máxima docente si es necesario.
- Adaptar el programa formativo de pediatría, de forma que se incluya de forma reglada su paso por Atención Primaria.
- Favorecer la presencia en las Unidades Docentes de todos los profesionales implicados en la Docencia Postgrado de Médicos.

✓ **MEJORAS LABORALES**

- Mejorar las condiciones laborales y de ejercicio profesional (prestigio, reconocimiento y satisfacción de los profesionales), haciéndolas atractivas para evitar en lo posible el éxodo a otras zonas o a la sanidad privada.
- Armonizar las condiciones entre las diferentes comunidades autónomas, con el horizonte puesto en la armonización laboral en el conjunto de la Unión Europea.

TALLER 4

PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES

En el Taller se pone de manifiesto la preocupación de los profesionales ante el retraso en la implantación de temas relacionados con el desarrollo profesional. De igual modo, se ve como requisito necesario para el desarrollo profesional, conseguir un entorno laboral con cargas de trabajo asumibles.

CARRERA PROFESIONAL

- ✓ Es una demanda generalizada su inmediata implantación, adecuándola a las características y necesidades del modelo de Atención Primaria.
- ✓ Se ve una necesidad el reconocimiento del carácter especialista de la enfermería comunitaria.
- ✓ Se apuesta por una Carrera que tenga en cuenta a cada profesional, de manera individualizada.
- ✓ Debe incorporar factores de corrección que tengan en cuenta y corrijan las diferencias entre zonas (sobre todo, entre zonas urbanas y rurales).
- ✓ Debe ser una Carrera Profesional eminentemente ascendente.

ACREDITACIÓN DE COMPETENCIA PROFESIONAL

- ✓ Se define como un proyecto muy atractivo y potente, aunque se considera que deben mejorarse las herramientas para su adecuada aplicación.
- ✓ Las exigencias de competencia deben adecuarse a las características de la realidad en que se ejerce la profesión.
- ✓ Deben introducirse factores de corrección que tengan en cuenta las desigualdades en las cargas de trabajo, territoriales, de acceso a la investigación, etc.

COMPLEMENTO DE RENDIMIENTO PROFESIONAL

- ✓ Se considera como muy deficiente la gestión de este complemento retributivo.
- ✓ Se considera que los objetivos a los que se vincula este complemento, deben ser **efectivamente** medibles, razonables, alcanzables y pactados con los profesionales, con recursos necesarios para que se puedan cumplir.

- ✓ Se considera que la información a los profesionales ha sido muy deficiente y que este complemento sólo puede dar buenos resultados en un entorno de transparencia informativa.

ATENCIÓN CONTINUADA Y DIRECTIVA EUROPEA 93/104

- ✓ Se considera prioritario abordar la negociación de la aplicación de la normativa sobre tiempo de trabajo, aportando soluciones definitivas.
- ✓ La ordenación del tiempo de trabajo, no debe suponer la pérdida de retribuciones para médicos de familia y enfermeras.
- ✓ Se debe revisar el valor de la Atención Continuada, buscando su equiparación con el valor de las Guardias Médicas hospitalarias.

UNIDADES CLÍNICAS DE GESTIÓN

- ✓ Se debe elaborar un marco jurídico que regule esta figura.
- ✓ Se deben establecer reglas claras, bien definidas y que sean respetadas para la constitución y funcionamiento de estas Unidades.
- ✓ Se apuesta por una mayor autonomía de las Unidades Clínicas para:
 - Servir de apoyo a la investigación.
 - Servir de apoyo a la formación y docencia.
 - Aumentar la capacidad resolutive de Atención Primaria con acceso a pruebas diagnósticas.