



# MEJORAS ORGANIZATIVAS Y RETRIBUTIVAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN CONTINUADA

## MESA GENERAL DE NEGOCIACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

---

### PREÁMBULO

El Apartado Tercero del Acuerdo de Salida de Huelga de 31 de octubre de 2006 suscrito entre la Administración sanitaria y el Sindicato Médico Profesional de Asturias (SIMPA), expresa que “la Administración se compromete igualmente a estudiar durante el segundo semestre del ejercicio 2007, la implantación de medidas para las mejoras organizativas y retributivas de la Atención Continuada (...)”.

El texto trata por igual mejoras organizativas y retributivas, siendo esto así porque, tal como sucede con el régimen económico (lo que viene a denominarse “precio de la hora de guardia”), es necesario abordar la organización y gestión de los servicios sanitarios, referidos en el caso que nos ocupa a la realización de atención continuada en Atención Primaria. Acometer la organización de la atención continuada en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria supone necesariamente adentrarse en la organización general de la prestación asistencial en este Nivel, teniendo además en cuenta que en el caso del Principado de Asturias los miembros de los equipos en lo que denominamos “zonas urbanas” no venían realizando guardias en sus Centros, con carácter general.

La reforma de la Atención Primaria se inició en España hace 25 años; supuso una mejora cualitativa histórica en la calidad de la atención sanitaria en nuestro país y nos



ha dotado de uno de los Sistemas mejores de Europa. A lo largo de este periodo han sucedido muchas cosas, han cambiado considerablemente las necesidades en salud y se están poniendo de manifiesto problemas que debemos abordar ineludiblemente, con objeto de preservar un sistema eficiente y bien valorado por nuestra sociedad.

## **FACTORES CRÍTICOS**

Los cambios demográficos estáticos y dinámicos de la población de Asturias, los cambios culturales en el perfil de los usuarios del sistema, los cambios acelerados en las comunicaciones terrestres, los cambios imparable en el desarrollo de las tecnologías sanitarias y tecnologías de la información y la comunicación (TIC), así como los cambios normativos acaecidos en los últimos veinte años, conforman un conjunto de factores críticos para el sistema que hay que tener en cuenta a la hora de abordar una revisión de la organización de cualquiera de los aspectos que conforman nuestro Modelo:

- Población concentrada en el centro de Asturias, con el consiguiente despoblamiento de las áreas periféricas.
- Pirámide de población estancada y envejecida.
- Población trabajadora con alto grado de movilidad desde su lugar de residencia al trabajo.
- Población más informada y con necesidad de participación.
- Mejora muy importante en las comunicaciones y transportes terrestres.
- Cambios legislativos y normativos determinantes (Ley del Estatuto Marco, Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Estatuto Básico del Empleado Público, carrera profesional, entre otras).
- Tecnologías sanitarias de última generación y TICs en continuo desarrollo.



El modelo organizativo tiene su razón de ser en la prestación del mejor servicio posible al ciudadano, no es un fin en sí mismo; por consiguiente debe considerarse como una herramienta dinámica y flexible, que habrá de articularse conforme a la evolución social, científica y técnica, manteniendo en todo caso el compromiso que avala el Plan de Salud para Asturias, una de cuyas cuatro áreas estratégicas propone intervenciones orientadas a la mejora de la calidad en la atención sanitaria a través de cuatro líneas de actuación:

- Orientación al ciudadano.
- Optimización de las prestaciones sanitarias públicas en aspectos de gestión y accesibilidad.
- Participación y compromiso de los profesionales.
- Búsqueda de una gestión más autónoma, cuidando la racionalización, sostenibilidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

## **MODELO Y MEJORAS ORGANIZATIVAS. LA GESTIÓN CLÍNICA**

### **A) INTRODUCCIÓN**

Las mayores expectativas de salud de los ciudadanos, cada vez más informados y exigentes respecto a la prestación de cuidados, el aumento de la esperanza de vida y por tanto de pacientes con patologías crónicas, la excesiva burocratización, el aumento en número e importancia de los problemas sociales, etc., ponen en evidencia la rigidez del sistema actual y la necesidad de introducir cambios en el mismo.

Así, las repetidas “mejoras organizativas” habrán de contemplar necesariamente:

- Expectativas de la población: continuidad en la asistencia, calidad en la atención, resolución de los problemas de salud, accesibilidad, participación ciudadana, rapidez en la atención (gestión de demoras para acceder a la atención y para esperar en los propios Centros), información, trato adecuado, buena atención



domiciliaria, coordinación entre niveles asistenciales, agilidad en la resolución de cuestiones burocráticas

- La visión de un sistema sanitario público viable y sostenible en el futuro.
- La integración de los procesos asistenciales en torno al usuario.
- La cooperación entre niveles asistenciales y la organización integrada dirigida a la continuidad asistencial.
- La orientación de los servicios sanitarios a las necesidades de salud de la población.
- Revitalizar el papel de la Salud Pública como elemento inherente al modelo de Medicina de Familia y Comunitaria, que ha de plasmarse necesariamente en el modelo de gestión y organización de Atención Primaria
- La participación e implicación de los profesionales en la gestión clínica. Impulso al papel de la Enfermería de acuerdo con este modelo de provisión de servicios sanitarios
- Medicalización y consumismo. Cada vez más situaciones de la vida cotidiana se viven como problemas de salud a los que se trata de buscar solución médica.
- Metodología de trabajo: actualmente orientada casi exclusivamente a resolver consultas a demanda con una disminución importante de la sensación de equipo.
- Distribución de TIS, analizando la variabilidad actual.
- La carga burocrática.
- Accesibilidad, actualmente limitada para determinados grupos de población. Existe evidencia suficiente, tanto en Asturias como en el resto del Sistema, acerca de las dificultades de acceso que tienen ciertos grupos de población, fundamentalmente jóvenes y trabajadores, tal como ya se expresa en documentos aportados por la Administración Sanitaria a Mesa General.
- La atención a la Urgencia, cuya frecuentación aumenta de forma sostenida, si bien carece de justificación relacionada con el aumento de accidentes o patologías subsidiarias de este tipo de servicios.

Mención especial merecen en este apartado las desigualdades en las condiciones de trabajo de los profesionales. A pesar de que haya peculiaridades y diferencias entre zona rural y zona urbana, e incluso entre Áreas Sanitarias, éstas no



deben condicionar una distribución de profesionales tan desigual que llegue a condicionar el equilibrio y la equidad de nuestro servicio de salud.

Por cuanto antecede, se produce una pérdida paulatina de la continuidad y longitudinalidad en el proceso de atención, ya que buena parte de los usuarios y pacientes acuden a los servicios de urgencia de sus Centros de Salud y son atendidos por profesionales distintos a los suyos de referencia. Asimismo, la longitudinalidad también se ve comprometida desde el momento en que una parte de la población atendida tiene muy limitada la accesibilidad a sus profesionales de referencia por problemas de compatibilidad horaria.

Ambas circunstancias pueden condicionar la organización del trabajo en la atención a patologías crónicas con reagudizaciones frecuentes, a pacientes en cuidados paliativos o con problemas que precisen el seguimiento integrado por un equipo de profesionales que actúa con criterios uniformes y es un referente para sus pacientes.

## B) GESTIÓN CLÍNICA

El modelo organizativo propuesto se concreta en lo que ha venido a denominarse “gestión clínica”. Los profesionales de la medicina y la enfermería son quienes adoptan, con o en nombre del paciente, las decisiones individuales encaminadas a mejorar su salud, pretendiéndose que la toma de decisiones esté allí donde hay más información, en las personas responsables de la asistencia directa, aproximando los aspectos clínicos y organizativos de la gestión.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (documento de trabajo 2006), define la gestión clínica “como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas enfermas; está en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de unidades funcionales que sirvan de estructura”, situándose el proceso asistencial y la mejor atención al ciudadano en el centro de la gestión clínica. Así pues, el concepto



trasciende al de “coordinación interniveles”, intentando profundizar en el significado de la continuidad asistencial.

Asimismo el Decreto 256/2007, de 17 de octubre (BOPA del 18), que aprueba la estructura orgánica básica del SESPA, configura un nuevo modelo organizativo general, creándose una Subdirección General orientada a Gestión Clínica y Calidad para todo el Servicio de Salud (cualesquiera que sean los niveles de prestación de asistencia).

La nueva estructura se orienta a dar respuesta a las propuestas estratégicas que emanan de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias. Entre ellas destaca la voluntad de fomentar una organización integrada que coopere y permita superar las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, promoviendo una mayor implicación de los profesionales con la organización y gestión de los servicios de salud, orientando la actividad a la ciudadanía y al proceso asistencial.

Llevar a la realidad este modelo general, obliga a conciliar la actividad clínica y la gestora, dotando de nuevas competencias al ámbito asistencial a través del mecanismo de gestión clínica, que se sustenta en los principios de descentralización organizativa, autonomía de gestión con responsabilidad compartida y transferencia de mejoras.

La gestión clínica se vertebra a través de la puesta en marcha y desarrollo de las Áreas Clínicas y Unidades de Gestión clínica, como más arriba se expresa, y habrá de requerir el necesario amparo normativo que regule las mismas con carácter general.

El propósito del SESPA es que este modelo de gestión alcance todos los niveles asistenciales, incluyendo por consiguiente la Atención Primaria (medicina de familia y comunitaria).

### C) FLEXIBILIDAD DEL MODELO.

Como se deduce del propio modelo de estructura del Servicio de Salud ya mencionado, el impulso de la gestión clínica como componente imprescindible del sistema



en su orientación hacia el usuario, la participación de los profesionales y la eficiencia, llevan hacia un nuevo modelo organizativo (presente en todo el Sistema Nacional), en el que las Unidades o Áreas de gestión clínica van a contribuir a la superación del modelo de servicios estáticos y cerrados hacia la agrupación de servicios en torno a procesos o líneas de actividad, haciendo también posible la materialización del compromiso decidido de cooperación e integración entre niveles asistenciales.

Trasladado el modelo a Atención Primaria, deberán ponerse en marcha tales unidades con el fin de gestionar los recursos necesarios para la atención de una población de referencia. En este nuevo escenario cobra gran protagonismo la participación de los profesionales en la responsabilidad de la asistencia sanitaria, la corresponsabilidad en la gestión económica y el trabajo por objetivos.

Este modelo de atención debe ser realmente flexible para adaptarse a las diferentes situaciones de los centros ya que el tamaño y la dispersión de la población atendida, sus características sociodemográficas y los patrones de frecuentación originan situaciones diferentes que reclaman alternativas distintas.

Actualmente podemos distinguir tres tipos de centros en Asturias. En primer lugar los centros rurales que generalmente atienden a una población reducida, envejecida y dispersa, con bajo número de TIS por profesional, con alto porcentaje de población atendida, baja presión asistencial y poca demanda de atención urgente en horario nocturno. En esta tipología se incluyen los centros de las zonas especiales de salud y consultorios de localidades rurales y en ella se incluyen alrededor de un 25% de las zonas básicas de salud.

En el extremo contrario se encuentran los centros urbanos que atienden a una población numerosa, concentrada, con tasas de envejecimiento menores que en medio rural, cupos elevados, con menor porcentaje de población atendida y más presión asistencial y demanda de atención continuada que en los centros rurales. Esta tipología se corresponde con los centros urbanos de las principales ciudades del centro de Asturias y algunos núcleos de población de clara tipología urbana que se corresponden aproximadamente con el 42% de las zonas básicas de salud.



Entre ambos extremos se sitúan un tercer tipo de centros que podemos llamar semi-urbanos que se encuentran en una zona intermedia entre ambos. Corresponden con los centros de villas de tamaño medio en el contexto asturiano y que pueden evolucionar o no hacia cualquiera de las dos tipologías en función de la dinámica poblacional. Presentan características asistenciales intermedias entre los dos modelos anteriores y aportan el 33% de zonas básicas de salud restantes.

## **FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTRATEGIAS DE MEJORA**

Cuanto antecede viene a expresar el compromiso del SESPA con la Atención Primaria, que constituye el eje sobre el que pivota la prevención, promoción y atención a la salud de la ciudadanía y la Comunidad, lo que da contenido a la expresión “centro del Sistema”, o “puerta de entrada al Sistema”; en consecuencia, deberá atenderse a las necesidades asistenciales contando con los medios necesarios, gestionados adecuadamente, para dar respuesta a las mismas en el marco de eficiencia y sostenibilidad del Sistema, desarrollando actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que otorga a la salud pública el papel preponderante que en este ámbito le corresponde.

El presente documento, respetando la filosofía orientada a la gestión clínica y mejora continua, aborda las posibles estrategias de mejora, teniendo en cuenta la flexibilidad enunciada en el apartado anterior:

- Expectativas de los ciudadanos (ver “ut supra”)
- Desarrollo y consolidación de los Consejos de Salud, como órganos de participación ciudadana, facilitando su conexión eficaz con los usuarios.
- Consideración de los Consejos de Dirección de área como órganos de gestión efectivos.
- Contrato Programa y gestión por objetivos como herramientas para la consecución de los mismos e incentivación, contando con el compromiso de los profesionales.



- Gestión visible y participativa,
- Visión de los equipos como auténticos motores de la gestión, normalizando tareas y procedimientos, definiendo circuitos de atención y adecuando estructuras de soporte.
- Redefinición de la figura de coordinador de Centro, responsables de enfermería y área administrativa (competencias reales y autonomía suficiente).
- Consolidación y desarrollo de las nuevas tecnologías y herramientas informáticas.
- Gestión por competencias y reparto equilibrado de tareas. Desburocratización, creando una cultura de eficiencia y dejando de hacer tareas sin valor añadido o ineficientes, que repercuten tanto en los resultados de actividad como en la motivación de los profesionales y eficiencia de las tareas que se realizan.
- Redimensionamiento del tamaño de los cupos, teniendo en cuenta el contexto poblacional, geográfico y la demanda asistencial, procediendo a la revisión de las cargas de trabajo.
- Aumento de la capacidad de resolución.
- Adecuación del índice de sustitución de profesionales a la carga de trabajo, dado que en la actualidad la mayor parte de los profesionales eventuales están dedicados a la cobertura de la atención continuada y los servicios de urgencias en detrimento de la capacidad de sustitución de los profesionales en consulta ordinaria.

## **ATENCIÓN CONTINUADA Y ACCESIBILIDAD HORARIA**

### **A) ATENCIÓN CONTINUADA**

La realización de guardias por parte de los profesionales de las plantillas de los equipos de Atención Primaria es uno de los deberes inherentes a la propia condición profesional, tal como el mandato legal expresa al respecto tratando de dar cumplimiento al principio de accesibilidad en beneficio de la atención a la ciudadanía. La realización efectiva de esta actividad, adaptada a las características de cada zona básica,



manteniendo en todo caso el marco general común que debe garantizarse al tratarse de un servicio público esencial de carácter universal, aporta a la organización:

- Distribución más equitativa de los recursos, eliminando las diferencias actuales entre profesionales, centros, zonas básicas y áreas de salud .
- Participación de todos los profesionales en las tareas propias de Atención Primaria.
- Adaptación del modelo a la tipología urbana o rural del centro.
- Aumento del compromiso de los profesionales con los pacientes, la organización, su zona básica de salud, y su equipo de atención primaria, lo que debería redundar en una mejor atención y una mayor cohesión entre los equipos, en los términos previstos en los Acuerdos suscritos y actualmente en vigor en materia de carrera profesional.

#### B) CONCENTRACION DE PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA.

La actual organización de los PAC en medio urbano habitualmente con un profesional médico y de enfermería por PAC que suele coincidir con cada centro de salud plantea algunos problemas como la masificación en momentos puntuales del día, especialmente en jornada de tarde donde ciudadanos jóvenes utilizan frecuentemente el servicio como medio de atención ordinaria. También se dan casos de falta de cobertura puntual en el PAC en momentos en que el equipo de atención continuada debe salir del centro con motivo de una emergencia o una visita al domicilio generando en ocasiones cierta inseguridad en la población y en los propios profesionales.

La concentración de PAC en medio urbano manteniendo una accesibilidad en tiempo adecuada para las zonas básicas a las que se atiende permitiría mejorar el servicio. Para ello debe diseñarse un proceso que consiga adecuar el número de puntos de atención a cada población, revisando la dotación de personal y tecnología, así como organizando de manera eficaz su funcionamiento (protocolización, triaje,



organización de turnos, transporte a domicilio, comunicación con el resto de dispositivos de atención a las urgencias, etc.).

Los objetivos que se trata de lograr pueden concretarse en los siguientes:

- Mejora de la calidad de atención al proceso urgente y la formación de los profesionales en esta materia.
- Aumento de la capacidad de resolución, contribuyendo a descongestionar los servicios de urgencias hospitalarios.
- Reorganizar la distribución y gestión del trabajo de profesionales que en la actual situación de dispersión de PAC se están dedicando de manera exclusiva a la realización de atención continuada.
- Coordinar el proceso de atención a la demanda urgente entre todos los agentes implicados (EAP, SAC, SUAP, SAMU y Urgencias hospitalarias), que será objeto de planteamiento y propuesta específica en el transcurso del último trimestre de 2008.
- Aprovechamiento de las nuevas tecnologías (telemedicina, web, visualización historia clínica resumida, realización e implantación de protocolos, formación compartida).

La concentración de PAC en medio urbano en las condiciones actuales daría lugar a un cierre de los centros de salud a las 15 horas y todo el fin de semana lo que originaría una pérdida notable de accesibilidad ciudadana a los centros no sólo para consultas administrativas (acceso a la cita, retirada de recetas, partes o informes,...), sino para la atención ordinaria de población joven que actualmente utiliza la atención continuada como forma de acceso y desaprovecharía instalaciones que tienen un alto potencial para albergar actuaciones preventivas y de carácter comunitario inherentes a la práctica de la atención primaria. De ahí que no puede abordarse la concentración de PAC sin organizar previamente la oferta de atención ordinaria en jornada de tarde en todas las zonas básicas cubiertas por ese PAC lo que permitiría mantener un adecuado nivel de servicio a la ciudadanía.



En tanto en cuanto no se lleve a cabo la concentración de PAC la atención continuada en el medio urbano entre las 20 y las 8 horas de lunes a viernes y durante los fines de semana y festivos será realizada por los SAC y SUAP o por profesionales de los EAP que voluntariamente deseen participar en las guardias.

En los centros rurales y semiurbanos la realización de atención continuada en ese tramo horario será realizada por los mismos profesionales que la llevan a cabo actualmente (EAP con los refuerzos correspondientes de SAC).

### C) ACCESIBILIDAD HORARIA

Por lo anteriormente expuesto, el aprovechamiento de todos los recursos y la mejora de la continuidad de la atención y de la accesibilidad de los usuarios a lo largo de toda la jornada en régimen de mañana y tarde de 8 a 20 horas es una necesidad sentida y una condición inexcusable para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario público asturiano y de la satisfacción de los usuarios. En este orden de ideas el Principado de Asturias se ha dotado de un considerable número de dispositivos para atención a los ciudadanos que deben ponerse al servicio de los mismos para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos.

La situación actual en los centros sanitarios es en este sentido manifiestamente mejorable, tal como se ha puesto de manifiesto en documentos elevados a Mesa General que se dan por reproducidos en el presente.

Atendiendo a los principios más arriba enumerados de autonomía, flexibilidad, y eficiencia, al modelo propuesto sustentado en torno a la gestión clínica, y apelando asimismo a la responsabilidad de las fuerzas sociales en toda actividad orientada a la sostenibilidad del Sistema, se propone a la Mesa un modelo organizativo global basado en la gestión clínica, que incluye la realización de la actividad asistencial en jornada ordinaria de mañana y tarde de 8 a 20 horas, como parte integrante del mismo.

De hecho todas las CCAA excepto Asturias mantienen una oferta de jornada ordinaria en horario de tarde. La mayoría (10 CCAA) ofertan el modelo en el que cada



profesional ofrece jornada ordinaria cuatro mañanas y una tarde aunque en otras CCAA tienen cupos de tarde específicos, especialmente en los grandes centros urbanos con problemas de espacio (Madrid por ejemplo) y modelos mixtos adaptados a la problemática del centro concreto (Cataluña y Aragón).

Los modelos basados en la creación de cupos específicos de tarde provocan situaciones de inequidad en los centros en los que por volumen de cupos no necesitarían desdoblamiento de plazas en cupos nuevos, caso por ejemplo de la pediatría, lo que obligaría al paso de profesionales actualmente en horario de mañana a un horario completo de tardes, generando diferencias en las condiciones de trabajo de los profesionales y en los cupos (más jóvenes en la tarde, ancianos en la mañana), romperían además el trabajo con familias, elemento inherente a la concepción de atención primaria, dificultarían la longitudinal de la atención y la coordinación del equipo (los de la mañana y los de la tarde) y ofrecerían a los ciudadanos un modelo horario menos flexible ya que les obligaría a cambiar de médico si su médico actual permanece en horario de mañana y desean mayor accesibilidad por la tarde por lo que solo pueden ser alternativa temporal en caso de falta de espacio físico en centros masificados que necesiten desdoblamiento de cupos.

Por otro lado el modelo de tardes voluntarias e incentivadas supone de facto la creación de “peonadas” en atención primaria, lo que deja a la arbitrariedad de la voluntariedad de los profesionales la disponibilidad de un servicio esencial como es la atención ordinaria en atención primaria, generando diferencias de acceso entre la población según su profesional participe o no en las tardes, sobrecargando más a los profesionales ya que el día que hacen tardes también harían mañanas lo que aumentaría el número de horas de consulta ordinaria y resultando además más gravoso para las arcas públicas.

Por todo ello, de entre las diferentes alternativas examinadas para llevar a cabo la jornada ordinaria en horario de tarde el modelo básico por defecto será aquel en el que cada profesional de medicina de familia, enfermería, pediatría y consultas de apoyo ofrecerá atención ordinaria cuatro días por la mañana y uno en jornada de tarde entre el lunes y el viernes. Este modelo es el más utilizado en España ya que permite gran



flexibilidad a la toda la población especialmente para las citas programadas para actividades preventivas y controles de seguimiento facilitando el acceso de población joven y trabajadora especialmente si tienen niños pequeños, permite mantener el equipo al mantener condiciones homogéneas de trabajo para todos los profesionales del centro y es viable desde el punto de vista económico y organizativo. Este modelo al ser implantado en centros urbanos permite tener varias consultas abiertas en jornada de tarde aparte de la consulta de atención continuada lo que favorece la continuidad asistencial con sus profesionales de referencia lo que beneficia a la ciudadanía y reduce la presión sobre la atención continuada lo que redundará en una mejor práctica asistencial.

## **CALIDAD Y MODELO ORGANIZATIVO**

El modelo se impulsa mediante la mejora continua avalando y desarrollando procesos de acreditación y certificación (autoevaluaciones y auditorías externas), que nos permitan conocer los resultados de nuestra actividad en esta materia, garantizar la seguridad de pacientes y profesionales, poner en práctica planes de mejora, así como acompañar competencias y habilidades a los avances científico-técnicos en el ámbito de las ciencias de la salud.

Así, desempeñan un papel preponderante en el marco de la mejora continua aspectos del modelo como son:

- Gestión clínica
- Salud Pública
- Papel de la Enfermería (mejora de la atención al paciente y de la seguridad de pacientes y profesionales). Desarrollo de protocolos según criterios de acreditación por grupos de profesionales en cada área/unidad de gestión clínica
- Accesibilidad garantizada.
- Apertura de los Centros de Salud Urbanos en jornada ordinaria de 8 a 20 horas.
- Implantación de agendas de calidad, que permitan una organización adecuada a las necesidades asistenciales.
- Protocolización de atención urgente o consulta indemorable.
- Impulso a los procesos de mejora de calidad (Joint Commission, EFQM, ISO).
- Relanzamiento, actualización y seguimiento de los PCAI.



- Poner a disposición de los profesionales información suficiente sobre su práctica clínica (indicadores de actividad, utilización de medios diagnósticos, capacidad de resolución, calidad de prescripción, etc.), de forma periódica para facilitar la mejora continua.
- Seguridad del paciente como pilar de la calidad. Sistemas de información como clave del compromiso por la seguridad de nuestros pacientes. Utilización como herramienta básica el documento “Siete Pasos para la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria”, asumido por el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Desarrollo de la gestión por procesos (agudos, crónicos, atención continuada PCAIs)
- Coordinación con otros niveles (Atención Especializada, Salud Mental, SAMU)
- Reordenación de la atención continuada
- Uso adecuado de recursos
- Participación de los profesionales

## **PROPUESTA DE ACUERDO DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

### **A) ANTECEDENTES**

El 31 de octubre de 2006 el SESPA y el SIMPA suscriben el Acuerdo de Salida de Huelga más arriba expresado y que se da por reproducido.

Posteriormente, la Administración ratifica su voluntad y compromiso de mejorar la organización y gestión de la Atención Continuada en Atención Primaria, así como de incrementar las cuantías del complemento de atención continuada vigentes hasta el momento, manteniendo los márgenes de sostenibilidad del modelo asistencial de que nos hemos dotado. Así, el 30 de abril de 2008 el SESPA y el SIMPA suscribieron un Preacuerdo sobre medidas para las mejoras organizativas y retributivas de la Atención

Continuada, conocido por todos los miembros de la Mesa, que se da también por reproducido.



El 16 de julio de 2008 tuvo lugar una reunión de Mesa General de Negociación, donde se abordó, entre otras cuestiones, la propuesta de Acuerdo, en la que se proponía el establecimiento de medidas para las mejoras organizativas y retributivas. Dicha propuesta contenía, por una parte, las mejoras retributivas (reproduciendo literalmente el preacuerdo firmado y anteriormente referido), y por otra, una serie de medidas organizativas que incluían, entre otras, la implantación de jornada ordinaria en horario de tarde en el nivel de Atención Primaria.

Dicha propuesta no fue aceptada por los agentes sociales, solicitándose mayor concreción de las medidas propuestas.

Posteriormente, con fecha 1 de agosto de 2008 se celebró una nueva reunión de Mesa General en la que la Administración, poniendo de manifiesto su voluntad negociadora para alcanzar acuerdos, aportó un nuevo documento en el que tratan de recogerse las demandas de los integrantes de la Mesa aportando mayor nivel de concreción en relación con las medidas organizativas, que en modo alguno pueden obviarse por necesarias y por formar parte del tan repetido Acuerdo de Salida de Huelga.

Esta nueva propuesta tampoco fue aceptada, solicitándose de nuevo mayor concreción a la Administración Sanitaria en relación con el modelo, así como garantías en materia de estabilidad y consolidación en el empleo del personal que viene realizando atención continuada, tomando en consideración las aportaciones efectuadas en diversos ámbitos por las sociedades científicas, asociaciones de ciudadanos, consejos de salud, etc.

En el transcurso de la reunión citada la Administración Sanitaria se comprometió a presentar durante el mes de agosto un nuevo documento-base para la negociación que trataría de plasmar la síntesis de los trabajos realizados sobre la base de negociaciones precedentes y documentación científica y técnica existente al respecto, abordándose una propuesta organizativa general. El plazo inicialmente previsto no se ha podido cumplir por



razones sobrevenidas en absoluto imputables a las fuerzas sociales, dándose información al respecto a las mismas, cumpliéndose el compromiso citado mediante la entrega del presente documento.

## **B) MARCO NORMATIVO**

La Constitución Española establece en su art. 43 el derecho a la salud de todos los ciudadanos del Estado.

Asimismo, la Ley General de Sanidad (14/86, de 25 de abril), define en su artículo 7 los principios sobre los que se asienta nuestro Sistema Nacional de Salud: “eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”. El artículo 15 apartado primero de la citada Ley expresa: “1. Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la Atención Primaria, los usuarios del SNS tienen derecho, en el marco del Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios”. Y también el artículo 46, en relación con las características fundamentales del Sistema contempla : “b) la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación”.

En este sentido el Servicio de Salud del Principado de Asturias debe procurar que los ciudadanos dispongan de la atención sanitaria pertinente, sin olvidar la exigencia constante de asegurar la viabilidad económica y, por consiguiente, sostenibilidad del sistema.

Complementando cuanto antecede, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS hace hincapié en los principios de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, destacando la prestación de una atención integral a la salud. Establece asimismo esta norma una serie de garantías en las prestaciones, como son la accesibilidad, garantía de un tiempo máximo para recibir las prestaciones, información, seguridad y calidad.



Asimismo ha de tenerse en cuenta la existencia de un mandato legal de realización de la jornada complementaria para la atención continuada de la población al considerarse como un deber derivado del Estatuto Marco (art. 19.g), y por tanto obligatoria, dentro del margen de su duración máxima (Art. 48 Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud).

El Acuerdo de Mesa General sobre jornada anual, de 8 de febrero de 2006 (BOPA de 1 de junio), expresa que la jornada anual será de 1519 horas de trabajo efectivo que se realizará “*con carácter general* entre las 8 y las 15 horas”, lo que admite efectuar jornadas ordinarias de tarde en función de los principios de accesibilidad, equidad y prestación del servicio sanitario a la población, de acuerdo con el modelo organizativo que se establezca, adaptado a las necesidades de los pacientes y usuarios en general, lo que no puede traducirse en interpretar como “exclusiva e inamovible”, la expresión “general”, teniendo en cuenta las características de un servicio público esencial, las demandas asistenciales y la eficiencia en la prestación del mismo.

Por otro lado, el mandato expresado en la Resolución de la Junta General del Principado de Asturias, de 4 de octubre de 2007, insta al Consejo de Gobierno a proceder a la apertura de los Centros de Salud en horarios de tarde.

Atendiendo a todo lo anteriormente expuesto, en cumplimiento del compromiso asumido en sesión mantenida el 1 de agosto de 2008, recogiendo las propuestas de los grupos técnicos establecidos al efecto, así como las manifestadas por los agentes sociales, la Administración del Principado de Asturias, a través del Servicio de Salud del Principado de Asturias, presenta ante la Mesa General de Negociación el presente documento, que incorpora en cuanto a concreción del modelo los apartados que forman todo el cuerpo del mismo.

La propuesta se concreta en los siguientes apartados:

- Mejoras organizativas que se consideran básicas y previas para desarrollar el modelo.
- Oferta de atención ordinaria en jornada de tarde en centros urbanos.



- Atención continuada. Concentración de PAC en medio urbano. Guardia Mixta en zona rural.
- Implantación de la gestión clínica con firma de contrato de gestión y creación de la figura del Director de Zona Básica de Salud.

### **C) MEJORAS ORGANIZATIVAS**

Se dan por reproducidas de acuerdo con los apartados anteriores.

El Acuerdo en esta materia permitirá, siguiendo los principios de flexibilidad y eficiencia, abordar específicamente en cada área de Salud los cambios organizativos que se pretende contando con la participación de todos los profesionales y asumiendo los necesarios compromisos en materia de gestión del cambio y cronogramas correspondientes.

La exigencia de una concreción mayor del modelo más arriba propuesto abocaría a una extrema rigidez del mismo, cuestión esta que no está en el ánimo de la Administración Sanitaria ni de las fuerzas sociales, pues la ejecución del mismo no está exenta de matices, atendiendo a factores críticos que pueden concurrir en el proceso de toma de decisiones con impacto y trascendencia claramente diferenciados en función del estado de gestión y organización de los Centros (acreditación Joint Commission o no, implantación modelo EFQM, ISO, realización previa –o no- de guardias, etc.). Entraríamos, en otro orden de ideas, en franca contradicción con las propias demandas de las fuerzas sociales en materia de dotar de flexibilidad al modelo, autonomía de gestión y competencia para organizar la prestación de los servicios sobre la base de los principios generales y modelo organizativo que el presente documento recoge, teniendo en todo momento presente el compromiso con la universalidad, accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad de nuestro servicio sanitario público, construido en beneficio de la ciudadanía y que entre todos debemos lograr sostener y mejorar de forma constante.

Las medidas aquí enunciadas suponen un importante esfuerzo “multilateral”, tanto de la Administración Pública, que asume un significativo sacrificio financiero y presupuestario, como de los profesionales que forman parte de la organización, quienes,



implicándose en dichas medidas haciendo efectivo el compromiso contraído al solicitar voluntariamente la inclusión en el modelo de carrera profesional pactado y en vigor, contribuirán decisivamente en la mejora de la calidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

## **D) ATENCIÓN CONTINUADA – PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA**

### **D. 1 ATENCIÓN CONTINUADA**

Se da por reproducido lo más arriba expresado al respecto

### **D. 2 PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC).**

De acuerdo con lo que se viene manifestando, la previsible concentración de PACs en determinadas áreas sanitarias obliga necesariamente a revisar el régimen de jornada (que nada tiene que ver con el número de horas trabajadas anualmente), desde la perspectiva de su distribución horaria (jornada ordinaria de mañana y tarde), a mayor abundamiento de cuanto venimos indicando en materia de accesibilidad y equidad en la prestación de los servicios.

Según estudios descriptivos publicados, más del 90 por ciento de las demandas de atención urgente de los ciudadanos se resuelven en estos dispositivos, sin necesidad de derivación a los servicios de urgencia hospitalaria, lo que los convierte en un dispositivo asistencial esencial para la población.

En los últimos años el Principado de Asturias ha acometido importantes proyectos en materia de infraestructuras que se han traducido en una mejora notable en la accesibilidad de los servicios desde el punto de vista de reducción de tiempos de acceso.



Por otra parte, la sociedad está sometida a cambios poblacionales constantes, no solo desde el punto de vista de ubicación geográfica, sino desde el punto de vista demográfico, lo que hace preciso reevaluar los puntos de atención continuada, sobre todo en el ámbito urbano.

Con el fin de impulsar puntos de atención continuada que den respuesta a las necesidades de los ciudadanos en relación con la accesibilidad y resolución, y a las demandas de los profesionales en relación con la mejora de dotación de RRHH y tecnológica, el Servicio de Salud del Principado de Asturias plantea las siguientes actuaciones:

a) La reorganización de la atención continuada en Atención Primaria, contemplando la incorporación de profesionales de los equipos.

b) De acuerdo con cronograma y desarrollo negociado con las fuerzas sociales, contando con la participación ciudadana y a propuesta de las Gerencias en las áreas correspondientes, se procederá a la apertura de PACs que respondan a las demandas urgentes con suficiente dotación tecnológica y equipos móviles de atención domiciliaria, con el objetivo de mejorar la calidad de la prestación del servicio sanitario y las condiciones de trabajo de los profesionales, para lo que será necesario mejorar la continuidad y accesibilidad de atención al proceso (realización de guardias por los miembros de los equipos y jornada ordinaria de 8 a 20 horas).

c) Se propone un modelo de coordinación funcional que permita obtener una mejora en la calidad de los servicios que se prestan, incrementando el nivel de satisfacción de usuarios y profesionales.

A tal efecto, se propone el siguiente modelo de coordinación:

### **Coordinación Clínica**

- Con el objeto de homogeneizar los circuitos de atención y facilitar la continuidad de la atención urgente, se elaborarán protocolos de procesos clínicos, adecuación



de pruebas y derivaciones de una manera conjunta entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales (EAP,SAC,SUAP,SAMU, SUH), teniendo en todo caso en cuenta la revisión del modelo de asistencia urgente en el nivel de Atención Primaria que se acometerá durante el último trimestre de 2008.

- Elaboración de vías y guías para los procesos más frecuentes de atención continuada.
- Creación de unidades de gestión clínica, cuyo pilotaje se implantará en los centros que se determinen y contemplará el desarrollo del modelo de calidad que se establezca.

### **Coordinación funcional**

- SIS integrado
  - Implantación del programa OMI-AP en los SUAP, lo que permitirá a los profesionales consultar la historia del paciente e introducir nuevos datos creando un nuevo “episodio de urgencia” que pasará a formar parte de la historia clínica.
  - Triage: utilización de un sistema de triaje para que la patología que se pueda atender y desarrollar en otros niveles asistenciales no interfiera con la atención del paciente no demorable o grave, destacando al respecto el papel del personal de enfermería
  - RRHH: realización de programas de coordinación con el fin de alcanzar una atención asistencial continua, mejorar el conocimiento de los distintos niveles de la atención que componen la organización y mejorar y actualizar las competencias de los profesionales.



### D. 3 ATENCIÓN CONTINUADA EN ZONA RURAL.

Tal como se ha comentado anteriormente la zona rural presenta unas características geográficas, sociodemográficas, de frecuentación y de recursos diferenciadas que hace que el modelo más adecuado sea diferente al expuesto para la zona urbana.

Se propone que la atención continuada en zona rural se realice bajo el modelo de guardia mixta que presenta las siguientes características:

Lunes a Viernes: Presencia física en el consultorio o centro de los profesionales desde las 15 horas hasta las 22 horas (ya que las tareas del campo hacen que hasta esa hora se concentren la inmensa mayoría de las demandas de atención) con guardia de respuesta rápida entre las 22 h y las 8 h del día siguiente en el que el ciudadano tendrá acceso directo al profesional telefónicamente para decidir la modalidad de atención necesaria.

Sábados: Presencia física entre las 8 y las 15 horas. Guardia de respuesta rápida entre las 15 y las 9 horas del domingo o festivo.

Domingos y festivos: Presencia física entre las 9 y las 14 horas. Guardia de respuesta rápida entre las 14 y las 8 horas del día siguiente.

A propuesta de la gerencia de atención primaria el horario de presencia física en sábados, domingos y festivos en la zona rural podrá adaptarse en función de las características asistenciales y sociodemográficas de cada zona básica.

Esta medida se justifica en que en estos centros la demanda en horario nocturno o en las tardes de fines de semana es bajísima y no justifica la presencia física de forma ordinaria en ese tramo horario lo que permite mejorar las condiciones de los profesionales sin afectar de forma notable a la accesibilidad ciudadana.



## **E) JORNADA ORDINARIA DE 8 A 20 HORAS**

### **a) Ámbito de aplicación**

De acuerdo con las características de cada una de las zonas básicas que actualmente configuran el mapa sanitario del Principado de Asturias, la jornada ordinaria de atención se distribuirá como sigue:

- 1) Zona rural: Jornada ordinaria de 8 a 15 horas.
- 2) Zona urbana: el horario en jornada ordinaria será de 8 a 20 horas.
- 3) Zona semi-urbana: Inicialmente la jornada ordinaria por defecto será de 8 a 15 horas pudiendo establecerse jornada de 8 a 20 horas en casos concretos donde las características sociodemográficas y otros elementos asistenciales así lo aconsejen o los profesionales consideren necesario para sus pacientes esta mejora de la accesibilidad.

Como ya se ha señalado en la parte expositiva, de entre las diferentes alternativas examinadas para llevar a cabo la jornada ordinaria en horario de tarde el modelo básico por defecto será aquel en el que cada profesional de medicina de familia, enfermería, pediatría y consultas de apoyo ofrecerá atención ordinaria cuatro días por la mañana y uno en jornada de tarde entre el lunes y el viernes por considerarlo el más ventajoso dadas las características del sistema en Asturias.

No obstante este modelo básico de atención en jornada de tarde podrá ser objeto de revisión y negociación individualizadamente siempre que el centro se haya configurado como una unidad de gestión clínica, mantenga la oferta generalizada a toda la población de jornada ordinaria entre las 8 y las 20 horas de los servicios que preste, respete los límites impuestos por la jornada laboral total pactada en cada momento y las partidas económicas contempladas en el contrato de gestión.



## F) GESTIÓN CLÍNICA

La Administración Sanitaria se compromete a introducir en el nuevo modelo de Gestión clínica los siguientes aspectos clave:

- Modelo flexible y progresivo, garantizando en todo caso los requerimientos generales que se recogen en el presente documento
  - Responsabilidad en la sostenibilidad del sistema
  - Responsabilidad en la garantía de calidad y seguridad
  - Responsabilidad en la eficiencia en el uso de recursos
  - Revisión de funciones de los profesionales, competencias, descentralización y ámbitos de responsabilidad
- 
- Reorganización horaria de la asistencia, en el marco de creación de Unidades de Gestión Clínica, adoptándose las medidas organizativas que las mismas propongan en el ámbito de sus competencias para garantizar la accesibilidad de los ciudadanos en régimen ordinario de mañana y tarde, de acuerdo con los principios y modelo general que emanan del presente acuerdo. El modelo horario, siempre y cuando se garantice cuanto antecede, será flexible, a propuesta de los equipos adscritos a los Centros que corresponda
  - Sistema de información que permita a los profesionales conocer su actividad individualizada, del equipo, y del Área, estableciendo líneas de “benchmarking” que permitan avanzar en la mejora continua, calidad (técnica y percibida), y seguridad (de pacientes y profesionales); todo ello tanto por lo que respecta a la prestación de actividad asistencial (médica y de enfermería), de salud pública, docente e investigadora
  - Contrato programa 2009 como eje de la reforma del modelo
  - En el supuesto de que sea imprescindible crear cupos específicos en jornada de tarde como consecuencia de la necesidad de



desdoblamiento de los mismos y características estructurales de los Centros, tanto los responsables de los mismos como los miembros de los equipos formularán las propuestas necesarias que permitan garantizar la continuidad y longitudinalidad de la asistencia en el Nivel de Atención Primaria

### **G) VALOR DE LA HORA DE ATENCIÓN CONTINUADA**

Tal como se recoge en el Preacuerdo de 30 de abril de 2008, con efectos económicos de 1 de enero de 2008 el valor de la hora de atención continuada por la realización de guardias de presencia física para el personal facultativo y ATS/DUE será de:

a) Facultativos:

22 euros días laborables de lunes a viernes

24 euros sábados, domingos y festivos

37 euros (8 septiembre, 24, 25 y 31 diciembre, 1 y 6 enero)

b) ATS/DUE:

13 euros días laborables de lunes a viernes

15 euros sábados, domingos y festivos

21 euros 8 de septiembre, 24, 25 y 31 diciembre, 1 y 6 enero

A partir de la cuarta guardia al mes (es decir, la quinta guardia y siguientes), el valor de la hora de guardia de presencia física para el personal facultativo en días laborables de lunes a viernes se incrementará en 2 euros; para el personal ATS/DUE este incremento será de 1.20 euros.

Al personal con relación laboral especial de residencia para la formación especializada se le aplicarán con efectos 1-01-08 los porcentajes sobre estos valores que



se recogen en el apartado dedicado al complemento de atención continuada del Acuerdo de 14 de marzo de 2007, de la Mesa Sectorial del personal de las instituciones sanitarias públicas del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para la mejora de las condiciones de trabajo de este colectivo (BOPA 27-4-07).

El valor de la hora de guardia de respuesta rápida a desarrollar en el medio rural se establece como sigue:

a) Facultativos:

16 euros días laborables de lunes a viernes

18 euros sábados, domingos y festivos

27 euros (8 septiembre, 24, 25 y 31 diciembre, 1 y 6 enero)

b) ATS/DUE:

10 euros días laborables de lunes a viernes

11 euros sábados, domingos y festivos

16 euros 8 de septiembre, 24, 25 y 31 diciembre, 1 y 6 enero

La Administración adoptará las medidas oportunas para proceder al abono de las horas de atención continuada a los valores anteriormente referidos en la siguiente nómina que se configure tras la firma del acuerdo abonándose en la misma los atrasos correspondientes a la fecha de efectos anteriormente señalada.

Cuanto antecede se somete al Acuerdo correspondiente en Mesa General.

## H) EMPLEO

Las medidas de gestión y organizativas que contempla el presente documento, como ya consta en anteriores elevados a Mesa General, garantizan el empleo del personal sanitario contratado, reiterándose nuevamente el compromiso de la



Administración Sanitaria de mantener el mismo, mejorando en la medida de lo posible las condiciones de horario y régimen de prestación de servicios de todos los colectivos afectados.

---

## CALENDARIO DE IMPLANTACION DEL MODELO

Para facilitar la transición y la implantación del modelo que se propone y para minimizar las disfunciones en la atención a los ciudadanos se plantea el siguiente calendario.

PRIMERO: A la firma del acuerdo se elegirán cinco centros de atención primaria urbanos, uno por cada área sanitaria de la zona central (Áreas III,IV,V,VII,VIII) que actuarán como centros piloto para el desarrollo de las medidas concretas que se proponen en el acuerdo. Ello permitiría generar experiencia y resolver dudas o anomalías que pudieran plantearse en la transición a la nueva organización. También permitiría la utilización de personal adicional de apoyo con carácter temporal para facilitar la transición y minimizar los problemas que pudieran surgir.

En ese mismo momento se elaboraría la relación de consultorios que pasarían a realizar guardias mixtas en la zona rural.

SEGUNDO: A partir de la firma de acuerdo se abordarían inicialmente los cambios organizativos básicos señalados anteriormente que deberían estar finalizados a finales de diciembre de 2008. En concreto:

- 
- El análisis de la situación de la carga asistencial, características de la demanda y necesidades de generación de nuevas plazas de acuerdo a población ponderada que incluye no sólo número TIS, sino características sociodemográficas de la población de cada cupo, dispersión y patrones de frecuentación lo que permite aproximarse a cargas de trabajo más realistas como elemento de planificación.
  - Implantación de la Agenda de Calidad.
    - Agendas flexibles, adaptadas a la presión asistencial sin generar demoras.



- Organización de los flujos de pacientes: Triage, protocolo de atención a la consulta sin cita previa no demorable.
- Organización de la consulta telefónica.
- Organización de circuitos de recetas de crónicos e IT.
- Establecimiento de tiempos comunes para reuniones y actividades de formación del EAP.
- Revisión y puesta en valor del trabajo de enfermería:
  - Organización de las consultas de apoyo al diagnóstico y tratamiento: Extracciones, EKG, Espirometrías, Curas.
  - Recepción y clasificación de pacientes sin cita.
  - Organización de consultas de enfermería resolutivas con guías y protocolos para patologías prevalentes de baja complejidad y actuaciones orientadas a la prevención y a la promoción de la salud, el trabajo en comunidad y la atención domiciliaria.
- Conexión Informática entre Centros de Salud y Hospitales: Visor de Historia Clínica que permita compartir información clínica de forma segura y eliminar la necesidad de teclear los informes de interconsultas.
- Participación de los profesionales de plantilla del EAP en la atención continuada, (en la actualidad ya en funcionamiento).
- Diseño y Redacción de los Contratos Programa 2009 que posibilite una auténtica descentralización de la toma de decisiones y la gestión con las siguientes bases:
  - Presupuesto Económico para el ejercicio y específicamente para sustituciones, consumos de material, farmacia y formación.
  - Objetivos asistenciales para pruebas diagnósticas, interconsultas, e incapacidad laboral transitoria.
  - Diseño de incentivos ligados al cumplimiento de los objetivos acordados en el contrato de gestión.
- Remisión mensual a cada profesional de una lista de indicadores sobre su actividad profesional:



TERCERO- En enero de 2009 se realizarán las siguientes actuaciones:

- Implantación de jornada ordinaria de 8 a 20 horas en los centros piloto de acuerdo a lo especificado anteriormente en este documento.
- Inicio de las guardias mixtas en el medio rural.
- Entrada en vigor del contrato de gestión en los centros piloto según modelo diseñado.
- Implantación del modelo de gestión clínica en los 5 centros piloto seleccionados.
- Perfeccionamiento de todas las medidas organizativas descritas en el punto segundo.

CUARTO:– Mayo de 2009. Generalización del modelo incorporando la experiencia de los centros piloto, a todos los centros urbanos y valorando si por sus características es necesario incorporar algún centro semiurbano. Se aprobará en cada gerencia el calendario efectivo de incorporación con el objetivo que todos los centros susceptibles de incorporarse a este modelo dispongan de contrato de gestión firmado y en vigor en enero de 2010.

Oviedo a 26 de septiembre de 2008