

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. ATENCIÓN PRIMARIA

II.1 Justificación del modelo

II.2 Marco normativo

II.3 Objetivos y su impacto en la organización de la asistencia

II.4 Propuestas generales

II.5 Modelo

II.6 Guardias

II.6.1 Consideraciones generales

II.6.2 Propuesta

III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

IV. URGENCIAS

I. INTRODUCCIÓN

El 31 de octubre de 2006 se suscribió un Acuerdo de Salida de Huelga entre la Administración Sanitaria y fuerzas sociales cuyo apartado tercero se refiere expresamente a la Atención Continuada, estableciéndose el compromiso de implantar medidas para las mejoras organizativas y retributivas de la Atención Continuada, que serán de aplicación en los ejercicios siguientes.

En cumplimiento de lo previsto en el Acuerdo citado, en el transcurso del ejercicio de 2007 y primer trimestre de 2008 se pusieron en marcha una serie de Mesas Técnicas de trabajo, que a continuación se enumeran, con expresión de las fechas de las reuniones celebradas. Debe destacarse que en las mismas participan las OO.SS. de pleno derecho:

- Grupo de trabajo AC: 3/12/07; 22/1/08; 29/2/08
- Grupo de trabajo SAC: 4/3/08
- Grupo de trabajo SAMU: 5/3/08
- Grupo de trabajo SUAP: 5/3/08

Como consecuencia de cuanto antecede, por parte de la Administración Sanitaria se formula el presente documento de trabajo que sustituye los anteriores que han sido objeto de análisis y reflexión en el transcurso del tiempo más arriba indicado.

II. ATENCIÓN PRIMARIA

II.1 Justificación del modelo

El R.D. 137/84, de 11 de enero, sentó las bases del “nuevo modelo” de atención sanitaria (primer nivel), en el Estado español.

La Ley General de Sanidad formula los principios de nuestro Sistema Nacional de Salud, entre los que se encuentran la accesibilidad y la equidad. En este sentido, el Servicio de Salud del Principado de Asturias debe procurar que los ciudadanos del mismo dispongan de la atención sanitaria pertinente, sin olvidar

la exigencia constante de asegurar la viabilidad económica y, por consiguiente, sostenibilidad del Sistema.

El Catálogo de principios descrito se completa con las previsiones del artículo 2 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que hace hincapié en los de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias; figurando la prestación de una atención integral a la salud entre los más destacados. Establece asimismo esta última norma una serie de garantías de las prestaciones, como son la accesibilidad, garantía de un tiempo máximo para recibir las prestaciones, información, seguridad y calidad.

El modelo de atención continuada se integra en el general propuesto tanto por la autoridad sanitaria como por el ente gestor, formando parte indisoluble del mismo.

Cualquier planteamiento organizativo o de gestión referido a la atención continuada no es susceptible de abordaje aislado sin tener en cuenta el conjunto y, específica y fundamentalmente, los beneficios en salud para la ciudadanía, manteniendo la sostenibilidad del Sistema en nuestra Comunidad Autónoma.

En el transcurso de los 23 últimos años, la Atención Primaria se ha visto afectada por determinados factores, entre los que destacan:

- Aumento del nivel de información de la ciudadanía
- Envejecimiento de la población
- Proliferación de pacientes crónicos
- Impacto de las nuevas tecnologías
- Gratuidad y su impacto en el uso del sistema por parte de la ciudadanía
- Gestión clínica como nuevo modelo de relación entre profesionales y entre niveles asistenciales. El ciudadano espera una atención de calidad, accesible, rápida y eficaz

Por otra parte la Atención Primaria es un servicio bien valorado por la ciudadanía desde la perspectiva de la atención al proceso asistencial, situándose las deficiencias en aspectos organizativos o de gestión general. Estas cuestiones (principios generales, materialización de éstos, accesibilidad, calidad científico-técnica y calidad percibida por la población), adquieren especial relevancia a la hora de revisar tanto el modelo como la organización y gestión de que le dotemos, dado que no podemos ni debemos olvidar que nuestro Sistema es público, y por consiguiente propiedad de los ciudadanos.

El ámbito en el que nos movemos favorece la gestión del conocimiento, el cambio constante de funciones, la descentralización de los procesos, la transferencia de la información, una nueva gestión clínica, en definitiva, lo que nos aboca a la adaptación permanente a un entorno cambiante, manteniendo los principios generales del Sistema.

La adecuación, por tanto, de la organización funcional en los Centros, el trabajo en equipo y la coordinación/integración con el nivel de Atención Especializada, son elementos clave para introducir la gestión clínica en la atención al proceso asistencial, mejorando en aquellos aspectos en que sea posible la accesibilidad y equidad en nuestro Sistema.

El modelo que a continuación se expresa atiende los aspectos siguientes:

- a) Organización de la gestión en Atención Primaria. Revisión de las funciones de los coordinadores de equipos
- b) Integración funcional; transversalidad en la gestión. Protocolización de la atención urgente durante las 24 horas
- c) Calidad efectiva y reconocida en todos los ámbitos (incluidos los administrativos, o de apoyo a la asistencia). Modelo Joint Commission
- d) Reordenación de los cupos teniendo en cuenta población efectiva (TIS, factores de corrección, frecuentación real), y criterios para

acreditación docente, manteniendo en todo caso la continuidad en la atención al proceso asistencial

- e) Realización de guardias por parte los miembros de los equipos de atención primaria
- f) Realización de una jornada de tarde a la semana por parte de los miembros de los equipos de Atención Primaria (cuatro mañanas y una tarde), según propuesta que se concreta a continuación
- g) PAC en el ámbito urbano: análisis y revisión en su caso del modelo
- h) Establecimiento de guardias de respuesta rápida en el ámbito rural
- i) Actualización del precio de la hora de guardia

Desde el punto de vista jurídico y además de lo ya informado en relación con la posibilidad de "imponer" la jornada de tarde (propuesta contenida en el apartado f), en relación con el apartado e), realización de guardias por parte de los miembros de los equipos de atención primaria (al margen de los SAC, se entiende), y, en este sentido, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 48 del Estatuto Marco (jornada complementaria), se estima legalmente posible establecer la obligatoriedad de la realización de las mencionadas guardias.

Este modelo organizativo necesita una revisión que introduzca elementos de mejora que permitan dar respuesta a nuevas demandas de ciudadanos y profesionales, con el fin de prestar la atención sanitaria con los mayores estándares de calidad, aceptabilidad social y aun coste que permita la sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo.

II.2 Marco normativo (a título enunciativo)

Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad

Ley 1/92 de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Decreto 12/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba con carácter definitivo el Mapa Sanitario de Asturias y se dictan normas para su puesta en

práctica, modificado por los Decretos 53/1986, 45/1987, 117/1989, 44/1995, 87/2001, 80/2006 y 9/2007.

Decreto 147/2007, de 1 de agosto, de estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Decreto 256/2007, de 17 de octubre de estructura orgánica básica del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Decreto 118/1989, de 27 de diciembre, de constitución de los Equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud y de las Zonas Especiales de Salud del Principado de Asturias

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud

II.3 Objetivos y su impacto en la organización de la asistencia

Objetivos generales:

- Abordar una reforma de la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria
- Introducir fórmulas organizativas que impulsen la agrupación funcional de profesionales y la integración de sus actividades, potenciando la participación de los profesionales en la organización sanitaria, introduciendo elementos de corresponsabilidad en la gestión y descentralización de la toma de decisiones.
- Garantizar una atención integrada por todos los profesionales que intervienen en la resolución de los problemas de salud a la población
- impulsar e implantar modelos de gestión de calidad que permitan optimizar los recursos en aras de alcanzar mejores resultados en salud y atención a la población

II. 4 Propuestas generales

□ **Creación de unidades de gestión clínica**

Tal como indica el Decreto 256/2007, "es preciso hacer hincapié en la orientación al proceso, promoviendo la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (...),y la innovación organizativa aplicando criterios de gestión clínica y mejora continua(...)". En el marco de la estructura citada destaca la Subdirección de Gestión Clínica y Calidad, a la que compete "promover, desarrollar y evaluar los planes, programas y objetivos en materia de mejora continua (...), todos los proyectos relacionados con la innovación en la gestión y organización de los procesos, indicadores de calidad, mejores prácticas y nuevos proyectos(...)".

Concretamente, en el ámbito de la atención primaria, las unidades de gestión clínica se encargarán entre otras funciones de : organizar los recursos humanos, materiales y económicos, proponer y planificar la consecución de objetivos asistenciales, docentes e investigadores, actualmente se está elaborando una norma que otorgue soporte jurídico a las mismas.

□ **Organización interna:**

Se está trabajando en la introducción de mejoras organizativas que permitan:

- Incrementar el tiempo asistencial
- Flexibilizar las agendas de citación
- Introducir mejoras en los SIS: (ISIS, OMI...)
- Incremento de la capacidad resolutive: apertura del catálogo de pruebas diagnósticas, plan de renovación tecnológica de los centros..
- Desburocratización como elemento para aumentar el tiempo asistencial
- Revisar la figura del coordinador de Centro (régimen competencial y funciones)

□ **Coordinación asistencial:**

Es necesario trabajar, de forma real y efectiva en la coordinación con la atención especializada, estableciendo criterios de actuación consensuados entre ambos niveles en relación con las interconsultas, actividades formativas, sesiones conjuntas, acceso a pruebas y gestión de citas y agendas.

En este sentido se considera prioritario establecer vías clínicas y protocolos que permitan implantar de forma progresiva la gestión por procesos.

Las funciones de los coordinadores médicos de los equipos de atención primaria se regulan en el artículo 4 del R.D. 137/1984, entre las que destaca "la armonización de los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios(...)".

- **Actividades de mejora de calidad:** desde un punto de vista teórico podemos actualmente distinguir entre los modelos mas frecuentes de aproximación a la gestión de la calidad: ISO, JACO Y EFQM, que tienen en común que nos permiten detectar problemas organizativos en nuestra organización que posteriormente sirvan de base para la corrección y la mejora. Actualmente los tres modelos forman parte del proyecto de calidad de la Consejería de salud y Servicios Sanitarios en el ámbito de la atención primaria
- **Mejora de la accesibilidad:** actividad en jornada de tarde

CONCLUSIÓN: SE PROPONE LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TÉCNICO ORIENTADO A LA MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS. SE ESPECIFICARÁ LA COMPOSICIÓN DEL MISMO, OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN, METODOLOGÍA DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

II.5 Modelo

Se sustenta en los pilares siguientes:

- Accesibilidad
- Mejora de la oferta asistencial por parte de los miembros de los equipos
- Continuidad en la asistencia
- Mejorar percepción de la ciudadanía (obteniendo una valoración mayor), en materia de organización y gestión general

Es necesario, por tanto, revisar el régimen de funcionamiento interno, así como el horario en el que la atención médica debe llevarse a cabo, concretándose la propuesta en los términos siguientes:

1. Entorno rural: sin modificaciones
2. Entorno urbano: en aquellos casos en que la demanda asistencial lo justifique, la actividad asistencial se realizará durante cuatro mañanas y una tarde, de lunes a jueves (de 8 a 15 horas en turno de mañana y de 14 a 20 horas en turno de tarde), tanto por parte de los médicos de familia como de los pediatras. La realización de esta jornada de tarde, cuando así proceda, se integrará en el régimen ordinario de prestación de servicios médicos
3. Guardias: se realizarán por todos los miembros de los equipos, excepto pediatría, fijándose un número mínimo de dos guardias al mes, de 15 a 20 horas (como más adelante se expresa). Las guardias en fin de semana se mantendrán sin modificaciones.
4. Cupos: posibilidad de desdoblar cupos en función de las necesidades asistenciales y recursos disponibles.
5. Clasificación de pacientes. Orientación al modelo de acreditación J.Comission.
6. Formación: talleres de formación y reciclaje orientados a la implantación de gestión clínica, modelo de calidad y revisión de competencias y habilidades en actividad durante la guardia

INCENTIVACIÓN

- a) Jornada de 14 a 20 horas:disminución de una hora de trabajo a la semana, lo que supone 52 horas menos al año en relación con la jornada anual actualmente pactada.
- b) Precio de la hora de guardia: 21 euros para el personal médico en día laborable, 23 euros sábados, domingos y festivos, y 36 euros los días especiales (24, 25 y 31 de diciembre, y 1 de enero). El precio para enfermería se establece en 12.98 euros de lunes a viernes, 14,23 sábados, domingos y festivos, y 20.72 para días especiales.

II.6 Guardias

II.6.1 Consideraciones generales

La prestación de atención continuada ha de realizarse teniendo en cuenta las características sociodemográficas del ámbito territorial de que se trate. Asimismo las necesidades de cobertura y el numero de dispositivos necesarios varía en función del ámbito de que se trate: urbano y rural.

Por otra parte, las necesidades de cobertura asistencial son diferentes en función del periodo temporal: Días laborables, fines de semana, festivos y jornadas con tratamiento específico (24, 25 y 31 de diciembre,y 1 de enero).

Las necesidades de prestación de servicios exigen que el modelo tenga la suficiente flexibilidad como para que el número de profesionales necesario para darles cobertura varíe en función de éstas.

En este sentido, en los últimos años se ha producido en Asturias una situación de inequidad respecto a la realización obligatoria de atención continuada entre áreas urbanas y rurales, que se mantiene en la actualidad ocasionada fundamentalmente por:

Gran concentración de demandantes de empleo en áreas centrales, que permitió a los equipos directivos de las mismas conceder la voluntariedad de las guardias a los médicos y ATS/DUE de plantilla, tendencia ésta que ha ido en crescendo en los últimos años.

Incorporación a los EAPs de personal SAC específico para la realización de la Atención continuada.

II.6.2 Propuesta

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud recoge en su capítulo IV, sobre derechos y deberes, en su art. 19.g señala que constituye un deber del personal estatutario de los servicios de salud el “Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios”. Por tanto la responsabilidad de la cobertura asistencial en periodo de atención continuada corresponde a los Médicos y ATS/DUE de EAP del SESPA, quienes realizarán atención continuada en los dispositivos asistenciales (Puntos de Atención Continuada) que se determinen en los siguientes términos:

Lunes a viernes:

En los PAC correspondiente a su Zona Básica de Salud/Zona Especial de Salud, con carácter general desde las 15:00 hasta las 20:00 horas, sin perjuicio de que en caso necesario y por razones justificadas, este horario podrá extenderse más allá de las 20:00h, en cuyo caso se aplicará lo contemplado en el artículo 54 de la Ley Estatuto Marco que regula el régimen de descansos alternativos.

El resto de los periodos asistenciales de Atención Continuada serán cubiertos por el personal del Servicio de Atención Continuada (SAC) y en su caso por el

personal del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) allí donde existan estos dispositivos en los PACs que se determinen.

Sábados, Domingos, Festivos y jornadas con tratamiento específico:

Con carácter general estos periodos serán cubiertos durante las 24h por el personal del Servicio de Atención Continuada (SAC) y en su caso por el personal del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) allí donde existan estos dispositivos. Todo ello sin perjuicio de que en caso necesario y por razones justificadas de carácter asistencial hayan de ser realizados por el personal de EAP (médicos de familia y ATS/DUE de EAP).

PRECIO DE LA HORA DE GUARDIA

Como más arriba se indica

II. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 10 de junio de 1992 (BOE del 3 de julio), ordena la publicación del acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración y las Organización Sindicales más representativas; dicho acuerdo se mantiene en vigor.

El documento anexo al Acuerdo, que forma cuerpo con el mismo, expresa en el Apartado correspondiente a *Aspectos retributivos y de jornada laboral* cuanto a continuación se indica:

“Para obtener la mejora y modernización del servicio sanitario público, la Administración y los Sindicatos convienen la necesidad de proceder a una modificación de la organización actual del trabajo de manera que la oferta de servicios a los usuarios se prolongue, de manera habitual y ordinaria, hasta las veinte horas de cada día, con una mayor concentración de recursos entre las nueve y las dieciocho horas. Este periodo de oferta de servicios se implantará de manera progresiva y por servicios en la medida en que la demanda así lo

requiera y la capacidad de oferta de las instituciones se adecúe a la nueva organización de la actividad.”

“Respecto del personal facultativo de asistencia especializada, se realizará en cada centro de gestión el análisis de las cargas de trabajo y la negociación con las organizaciones sindicales en ese ámbito descentralizado, de manera que pueda ir articulándose progresivamente la oferta de servicios con carácter ordinario desde las ocho hasta las veinte horas, en especial en las áreas quirúrgicas, de consultas externas, servicios centrales, etc.”

Por consiguiente, no parece que sea preciso establecer un nuevo marco o entrar en negociaciones con las fuerzas sociales, sino aplicar el contenido de estos acuerdos en función de los objetivos generales, específicos de área y de centro, teniendo siempre en cuenta las necesidades asistenciales y el impacto de acometer la oferta generalizada (“todos igual”), dadas las características de la atención especializada.

Parece que por lo que se refiere a la atención especializada el nivel debe de estar en los objetivos de contrato programa, seguimiento y nivel de consecución.

IV. URGENCIAS

Se sugiere abordar la gestión de las urgencias una vez resuelto el proceso de negociación de salida de huelga, teniendo en cuenta que no está vinculado al acuerdo relacionado con la misma.

24.03.08