

REUNIÓN 3 JUNIO, 13H

Directora General de Planificación: Lidia Clara Rodríguez García

Coordinador de la Estrategia AP: Pablo Pérez Solís

Samfyc: Chema Lacín y Erika Izquierdo

Se trataron varios puntos:

1. **RETOMAR LA ESTRATEGIA PARA AP:** ES PRIORIDAD. Les hablamos de la oportunidad que no hay que perder, que es el momento del cambio y de sacar adelante la estrategia y en lo que se ha venido trabajando hasta ahora. Su idea también es lanzarlo, arrancar ya con el real decreto y programar una reunión del Grupo de seguimiento de La Estrategia en donde estamos todas las Sociedades Científicas.
2. **Cupos de 1500:** volvimos a reclamar lo que se habló en la estrategia referente a cupos de 1500 pacientes máximo en los Centros docentes de Medicina de Familia. Acuerdo firmado Consejería - Comisión Nacional Especialidad Medicina de Familia hace años y comprometido por anterior consejero y gerente SESPA en marzo de 2019.
3. **Residentes:** dejamos constancia verbal de nuestra más rotunda oposición a la idea de contratar R0. En cuanto a los R4, no estamos de acuerdo con la idea (que no sé de dónde surgió) de que cubran las vacaciones de todo el centro docente. Sugerimos y manifestamos nuestra postura de cubrir a su tutor como se viene haciendo desde hace años y estudiar ayudas complementarias de los R4 asumiendo tareas asistenciales de su tutor todo el periodo vacacional, para que los tutores estén liberados y asuman otras tareas de refuerzo de los Centros Docentes.
4. **Sustituciones.** No hay suficiente cobertura para AP. Se deben ofrecer contratos con más estabilidad y con mejor programación. Se habló de la figura del médico de apoyo adscrito a un centro de salud, de ofertar contratos mixtos a los residentes que acabaron para que cubran un %

en atención primaria. (no sólo en hospital). Podían valorar la posibilidad de preguntar qué gente de los equipos están dispuestos a pasar una consulta de tarde, a hacer acúmulos, o guardias....eso sí, pagándolas de forma adecuada.

Tienen un problema muy gordo con la sustitución en primaria sobre todo en las alas. Problema que no han sabido resolver ni anticiparse. Y ya llevamos unos años así, esto no es consecuencia de la pandemia.

5. **Unificar puntos de AC:** mantener el modelo de atención continuada que está establecida para los fines de semana , también de lunes a jueves. Establecer carteleras con una continuidad adecuada y prevista, para los SAC y los médicos de apoyo. Aquí tienen un problema de índole política, porque nadie quiere que se “cierre su centro de salud”, problema también con las asociaciones de vecinos que se manifiestan en contra de unificar los PACs. Necesidad de adecuar los locales de los PACs urbanos y adaptarlos a las nuevas demandas que soportan y el aumento de personal asistencial.
6. Se les recordó el **acuerdo parlamentario** firmado hace años, en el que se equipara sueldo SAC/SUAP, y que sigue sin materializarse. Deben reformar la Atención Continuada urbana y aumentar la retribución de los profesionales que trabajen en esos Centros de Urgencias que tienen una alta demanda y una especial complejidad de atención respecto a otros de zonas rurales que no deberían modificarse. Proponemos un aumento del pago de hora de guardia en esos centros (por alta demanda y especial complejidad) , al igual que en zonas rurales con “ Intervención rápida” se paga una cantidad inferior por hora de guardia.
7. **OPE:** idea de sacar listado de aprobados. Se paralizó todo por el estado de alarma. Pero ya está bien!! En mayo hemos cumplido dos añitos de espera....
8. Se nos preguntó sobre nuestra percepción de la gestión durante el estado de alarma. Destaco varios puntos que se hablaron:

8.1. Residencias: se nos preguntó en varias ocasiones por este tema, estaban bastante interesados.

Allí mismo se compartieron ideas y sugerencias y como es un tema muy amplio y muy importante en donde hay mucho por hacer, nos comprometimos a emitir un documento (mini documento) con las necesidades percibidas y propuestas de mejora que salen de la sociedad en relación con las residencias sociosanitarias.

Para ello se ha creado un pequeño grupo con miembros de la junta para elaborar dicho documento. Ya estamos trabajando en ello y esperamos tenerlo redactado en unos días y remitíroslo.

8.2. Problemas que hemos ido teniendo con el **material de protección**, sobre todo al inicio. De la ausencia de pantallas, gafas y FFP2. En el reparto NO-equitativo en cuanto a áreas sanitarias se refiere (unas tenían coche disponible en el centro de salud y otras no). Diferencias manifiestas y percibidas en cuanto a reparto de material en hospital y AP.

8.3. Mantener el actual modelo de transición para AP:

- Accesibilidad al centro de salud; triaje, fomentar la consulta telefónica, carteles informativos.
- Eliminar cita previa on.line
- Mantener circuitos respiratorio - no respiratorio en el CS.
- Destacar la **figura del coordinador** como gestor del CS.
- Reforzar la atención telefónica con la creación de más líneas.
- Creación de la figura del administrativo: formado y capacitado para establecer el triaje telefónico con preguntas claras y concisas. Necesitamos administrativos que conozcan el funcionamiento en AP. Se insistió en que de cara al verano no se sustituya con administrativos que nunca han trabajado en AP. Se necesitan administrativos con competencias mínimas pero efectivas en AP. Misma necesidad en urgencias.

- **Desburocratizar**: es una oportunidad magnífica para ir avanzando en este camino. Durante el estado de alarma, desde servicios informáticos se ha implementando o se ha facilitado nuestra labor con la receta electrónica, con los partes de confirmación...y se recordó la “no necesidad” de seguir haciendo informes en papel a inspección médica. Se habló de la necesidad de creación de receta electrónica para diferentes entidades como ya se hace con MUFACE.(eliminar los talonarios ya!)
- Hicimos hincapié en la oportunidad que se nos presenta ahora de poder **gestionar nuestro trabajo, nuestra consulta** como médicos de AP. Hemos visto ampliada nuestra cartera de servicios con la detección, solicitud de pruebas y seguimiento de pacientes COVID, con el seguimiento al alta hospitalaria y en domicilio de los mismos, con las bajas de los pacientes especialmente sensibles.
- Hemos **ampliado nuestras competencias**. Se ha priorizado en las necesidades que hemos ido viviendo durante el estado de alarma y ahora es el momento de retomar y de seguir prestando nuestra labor asistencial como siempre hemos hecho con la demanda, la consulta programada, los domicilios, las urgencias... Es el momento de gestionar todas las competencias que dependen de nosotros como equipos de Atención Primaria.
- Así como tuvimos **protocolos** de atención en el CS, echamos en falta la ausencia de protocolos en los periféricos. Muchos de ellos, no tienen administrativo, cada cual se ha tenido que crear su propio “protocolo” de atención.
- Es una oportunidad mejorar la **comunicación con Hospital**, con los centros intermedios que atienden a pacientes COVID al alta hospitalaria. Potenciar la consulta virtual, telemedicina...
- Mejorar la comunicación con servicios sociales.
- Establecer un catálogo de pruebas complementarias en AP sin restricciones.

Y por último, se les explicó los diferentes proyectos que tiene en marcha SAMFYC:

- El estudio **PROMETEA** (**PROYECTO DE MEJORA DE ATENCIÓN A PACIENTES CRONICOS EN CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DE ASTURIAS** (estudio a partir de una base de datos en AP, en diferentes patologías como próstata,EPOC, DM y cardiopatía, para saber cómo tenemos a nuestros pacientes. Es un estudio a nivel de Asturias)
- Proyecto “**Quita el calcetín**” junto con la SEAPA y otras 7 sociedades científicas asturianas liderado por RedGDPS en Asturias , en relación con el pie diabético.
- Formación on-line: **experiencias 3x21**, que se publicará próximamente en nuestra web que hemos reformado.

Y como SEMFYC:

- **APDAY**: formación continuada on-line. Proyecto que del que ya ha habido una edición presencial en Asturias, el año pasado.
- Se les informó del **documento de transición** que desde SEMFYC se envió al ministerio de sanidad, durante el estado de alarma.

Creo que no me dejo nada en el tintero.

Quiero compartir una última reflexión, o sentimiento. El otro día tuvimos la oportunidad de hablar en el momento de ser escuchados.

Espero que sea el comienzo por mejorar nuestro trabajo como médicos de atención primaria.

Toda crisis es una oportunidad de mejora.

Resumen elaborado por Erika Izquierdo