



GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA **GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

PROPUESTAS ORGANIZATIVAS

El objetivo del grupo se ha centrado en aportar desde una óptica de mejora continua en la gestión de los recursos humanos (en concreto de los facultativos), elementos que ayuden a mantener en la Atención Primaria una asistencia resolutoria y de calidad sobre las bases que la definen: accesibilidad, integralidad y continuidad asistencial. Para ello se han consensuado conceptos, criterios y soluciones concretas que exponemos a continuación.

Antes de ello, el grupo asume que cualquier acuerdo o medida a tomar en los aspectos relacionados con los RRHH, debe ser tratada por el SERGAS con los representantes sociales de los trabajadores, cuya competencia para ello no es discutible y el grupo, en ningún caso, pretende suplantar.

Como idea previa a las propuestas que a continuación se plantean, el grupo entiende que los centros de A.P. deberían ser dimensionados y dotados por el SERGAS de forma suficiente como para asumir la demanda asistencial con autosuficiencia a lo largo del año, con criterios de calidad y garantía adecuados, no dependiendo la cobertura de ausencias de la nada deseable existencia de profesionales en paro y anticipando así una de las mayores amenazas futuras sobre los centros de atención primaria, el difícil relevo generacional de las plantillas en los próximos años.

PRINCIPIOS BÁSICOS:

- 1) **Continuidad asistencial.** El principal objetivo en la gestión de los RRHH en A.P. es que un mismo paciente sea atendido, en la medida de lo posible, siempre por el mismo facultativo. Por tanto, en la respuesta a las ausencias de los médicos, sea cual sea la modalidad decidida para ello, este concepto debe ser considerado como el más importante.
- 2) **Priorización.** La gran heterogeneidad y las grandes diferencias en las características particulares de los dispositivos asistenciales de A.P. en Galicia, producto en gran parte de nuestra gran dispersión geográfica, obligan a priorizar y optimizar la gestión de los RRHH para las situaciones de ausencia (vacaciones, permisos, bajas...). Se establecen como criterios de priorización para evaluar la respuesta a la ausencia, fundamentalmente: el número de médicos del centro, su localización geográfica (aislamiento), el número de TICs resultante en caso de acumulación, duración estimada de la ausencia, complejidad y características del cupo.



Por ello el grupo entiende que es imposible establecer criterios estandarizados para cubrir las ausencias, pero sí lo es establecer los principios generales que deben respetarse para decidir la solución más adecuada a cada caso.

- 3) Eficiencia. La baja disponibilidad de facultativos en A.P. para cubrir las ausencias, sobre todo en algunos periodos del año, obliga a buscar la máxima eficiencia en su gestión, de forma que su distribución esté destinada a las que realmente lo necesiten.

En todo caso, el grupo entiende que es necesario, basándose en este principio de eficiencia, buscar nuevas fórmulas contractuales (ver el apartado de Contrato de Sustitución) y desarrollar medidas complementarias para la optimización máxima de los recursos.

- 4) Bloqueo de las agendas en AP. Lo entendemos como incompatible con el concepto mismo de A.P (accesibilidad y continuidad asistencial). Únicamente consideraríamos justificados los bloqueos parciales por ausencias no previstas -mientras no se encuentra una solución a la misma- y por ausencias previstas de los facultativos por un motivo justificado (reuniones, consultas médicas personales...) y únicamente por un tramo horario corto.

- 5) Autonomía de los centros en la gestión de sus RRHH. El grupo entiende que debe avanzarse en este concepto, capaz por sí mismo de resolver, con eficiencia y respeto a la calidad asistencial a los pacientes, la mayor parte de las incidencias. En el necesario avance en la autonomía de los Centros, debe potenciarse la figura del Jefe de Servicio de A.P.

COBERTURA DE AUSENCIAS

Se realizará siguiendo los principios de continuidad asistencial, priorización, eficiencia y autonomía de los centros, evitando el bloqueo de agendas. La secuencia de coberturas de ausencias será 1º **sustitución**, 2º prolongación, 3º intersustitución.

La ausencia de un facultativo originará la programación de una sustitución que vendrá determinada por la disponibilidad de sustitutos y por la carga asistencial que deban asumir los profesionales presentes. La cobertura, teniendo en cuenta estos parámetros, se llevará a cabo a la mayor brevedad.

Como una excepción a este criterio, en el caso del personal médico si la carga asistencial resultante de la ausencia es menor de 1300 TIS para cada uno los profesionales presentes en la unidad, el Jefe de Servicio procederá a poner en marcha un mecanismo de intersustitución que respete los principios básicos contenidos en esta propuesta.

La **prolongación** de jornada será la alternativa a la sustitución en ausencias prolongadas, con idéntico criterio de continuidad asistencial. La prolongación



completa no superará la cobertura de 1.800 tarjetas. Podrá plantearse la prolongación por media jornada siempre que se respete el criterio anterior.

Si la sustitución y la prolongación no son posibles por no ser ésta última aceptada por los compañeros o carecer el Centro de posibilidades logísticas para apertura del centro en horario de tarde, se aceptará la **intersustitución**.

Con el objetivo de potenciar la capacidad de organización y autogestión de los profesionales a la vez que aunar retribuciones justas y prestaciones asistenciales eficientes, consideramos necesario buscar modelos retributivos que compensen la carga asistencial adicional que supone la ausencia de profesionales en un centro mediante fórmulas que tengan como objetivo la resolución de la necesidad asistencial, en vez de la prestación por determinadas horas. En este sentido, una retribución media (entre complemento de intersustitución y de prolongación de jornada) que fije como condición básica **la resolución de la demanda asistencial** sin lista de espera y con una dedicación horaria razonable al paciente individual, dejando a instancias del profesional -con los controles de calidad que se consideren oportunos- la organización del mismo (dentro del horario, con prolongación, etc.), podría ser una base que reconociera la capacidad de autogestión, retribuyera adecuadamente y solucionara lo que al fin y al cabo es el problema de base de la ausencia, la necesidad asistencial. El grupo considera que, con las necesarias garantías laborales, deberían explorarse este tipo de alternativas.

CONTRATO DE SUSTITUCIÓN

El grupo concluye que es necesaria la puesta en marcha de nuevas fórmulas contractuales que mejoren la estabilidad laboral de los médicos de las listas de contratación, los fidelice en el SERGAS y consiga, con ello, mayor disponibilidad de facultativos para sustitución de ausencias. Creemos que dicho contrato debe ser **de continuidad** (6 meses prorrogables a 1 año), específico para la cobertura de ausencias e incidencias puntuales en el Área Sanitaria -con una cierta adscripción a las agrupaciones territoriales de CS para facilitar la continuidad asistencial- y gestionado por las respectivas EOxIs. En este sentido, se insta al SERGAS que busque, a la mayor brevedad, una vía legal que permita vínculos contractuales de este tipo.

OBJETIVOS ASISTENCIALES (ADX)

El grupo considera necesario modificar el modelo de ADX de los últimos años, ya que debería contar con una representación de los profesionales asistenciales para la elaboración y evaluación del mismo, así como una mejor adaptación a las características de cada centro y, si es posible, de cada cupo. Se deberían valorar



otras formas de retribución a los profesionales, que no fuesen estrictamente económicas, como una mayor facilidad para la asistencia a cursos o periodos de formación o la priorización en la asignación del plan de necesidades de cada centro. El cumplimiento de los objetivos asistenciales debe formar parte de los elementos de valoración en la Carrera Profesional cuya reactivación y puesta en marcha es imprescindible para mantener la calidad y excelencia en el desempeño profesional de los médicos en Galicia y que, tal y como se está llevando a cabo en otras comunidades, debería ser retomada a la mayor brevedad por el SERGAS.

PROPUESTAS DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los pediatras son especialistas necesarios e indispensables en el nivel de atención primaria—para nuestra sociedad, en la que la prevención y el cuidado de los menores es un objetivo prioritario.

Actualmente existen dificultades en nuestra comunidad y en el resto del Estado para cubrir las plazas de pediatría de AP y, por supuesto, para cubrir las ausencias. Las jubilaciones previstas para los próximos años hacen que, lejos de mejorar, esta situación empeore. En consecuencia, para mejorar la actual atención infantil planteamos las siguientes propuestas:

Concentrar los recursos profesionales: Agrupando los pediatras en centros adecuados y con el mismo horario, esto facilitaría disponer de enfermería pediátrica, contar con las instalaciones y los medios adecuados y, sobre todo, una mejor gestión de la cobertura de ausencias -dada la escasez de sustitutos-, evitando las excesivas cargas de trabajo que se producen cuando los centros cuentan solo con uno o dos profesionales. La agrupación puede alejar mínimamente el recurso de algún centro, pero garantiza la presencia en igualdad de condiciones todos los días de la semana, situación que, con el sistema itinerante, no existe.

En las plazas itinerantes y en la pediatría rural: Se valorará la máxima eficiencia trasladándose los pediatras o los pacientes según las características de las poblaciones y la distancia entre ellas. Para el replanteamiento de estas plazas se tendrá en cuenta la accesibilidad, el tiempo de desplazamiento (isócronas), la mejor ubicación y las infraestructuras disponibles, procurando centralizar las consultas en aquellos centros que están en mejores condiciones por infraestructuras y ubicación, y que ofrecen la posibilidad de contar con dotación de personal de enfermería específico para la pediatría. Este criterio ha sido el utilizado para agrupar la urgencia extrahospitalaria en los Puntos de Atención Continuada. El criterio ha demostrado ser una buena medida de gestión, bien acogido por la población y que garantiza este tipo de atención con parámetros de calidad y



continuidad, por lo que resulta una opción que podría demostrarse igual de útil a la hora de gestionar los recursos de pediatría de atención primaria.

Pediatría en zonas de especial complejidad asistencial: La mayoría de las desigualdades en el acceso para recibir cuidados por pediatría ocurren en zonas con especiales condiciones de complejidad asistencial debido a problemas como pueden ser la accesibilidad o la despoblación. Sugerimos dotar esas plazas con alguna ventaja profesional (sea económica o curricular).

Santiago de Compostela, 8 de Marzo de 2017

Propuesta conjunta presentada por: SEMERGEN, AGAMFEC, SEMG, AGAPap y CONSELLO GALEGO DE COLEGIOS MÉDICOS

Grupo de trabajo:

- Carlos Díaz Santiago
- José Luis Jiménez Martínez
- Xosé Lois Muiño López- Álvarez
- Paloma Puime Montero
- José Antonio Méndez Fernández
- José Manuel Fernández García
- Teresa Valls Durán
- Amparo Rodríguez Lombardía

Grupo de colaboración del SERGAS:

- María Cobas Rey
- Carmen Balboa Salgado
- Javier Ventosa Rial
- Antonio García Quintáns