

**ACORDO SOBRE O PLAN DE MELLORA
DA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA
2007-2011**

O presente acordo está baseado no **Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011**, presentado polo Servizo Galego de Saúde o 2 de marzo de 2007, e modificado por alegacións o 23 de marzo de 2007.

A elaboración do Plan xurde como resposta á inicial reclamación dos profesionais médicos cara a mellora das condicións laborais, a través das organizacións integrantes da Plataforma 10 minutos (**FADSP, AGAMFEC, SEMERGEN, SEMG, CCOO, CIG-Saúde, UGT**) e de outros colectivos profesionais e sindicais non integrados (**AGAPAP, APSAP, CEMS-Galicia, CSIF, O'MEGA, SEMERGEN**), e á posterior creación, tras unha reunión coa Conselleira de Sanidade no mes de novembro de 2006, de 3 grupos de traballo con representación de todas as asociacións profesionais e organizacións sindicais con representación en Atención Primaria.

O citado Plan provén das conclusións dos grupos de traballo que sobre a mellora da atención primaria se presentaron recentemente e foron aceptadas pola Sergas. Trátase de un plan de obxectivos, dunha proposta de medidas a tomar para, co modelo actualmente existente, paliar no posible os defectos estruturais actuais da Atención Primaria.

Dentro do Plan, a pesar de xurdir como consecuencia dunha reivindicación de facultativos, inclúense medidas sobre a creación de prazas de persoal de todas as categorías de profesionais en xornada ordinaria de atención primaria, o aumento da capacidade resolutiva da atención primaria, e sobre a xestión e desburocratización das consultas.

O Plan de Mellora é limitado, posto que non se inclúen os actores máis importantes cara a unha verdadeira reforma da A.P., os usuarios, nin o modelo de atención ás urxencias (PAC), nin o análise de posibles medidas organizativas e de xestión a tomar, etc.

É, en definitiva, un Plan de Mellora, consensado coa maioría das asociacións, sociedades e sindicatos, e que non exclúe o obxectivo que finalmente se debe de ter: a verdadeira reforma da atención primaria. As propostas expresadas nel, non limitan futuras propostas non incluídas.

Os orzamentos previstos no mesmo son orzamentos anuais extraordinarios, non incluídos nos aumentos previstos anualmente.

O Plan de Mellora é dinámico, e leva aparelado a creación dunha Comisión de Seguimento, con funcións de avaliación do plan, que se reunirá segundo o calendario prefixado no mesmo, e que estará formada por persoal do Sergas e por un representante por cada organización que o asina.

O compromiso de conformidade das organizacións asinantes do Plan, estará condicionada no futuro ao cumprimento dos obxectivos anuais, que serán avaliados pola Comisión de Seguimento no primeiro trimestre de cada ano, ata a data final do mesmo.

Tendo en conta estas puntualizacións, os abaixo asinantes expresan a súa conformidade cós contidos do **Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011**, presentado polo Servizo Galego de Saúde o 2 de marzo de 2007 , e modificado por alegacións o 23 de marzo de 2007.

Santiago de Compostela, 2 de abril de 2007

Asdo. :

A CONSELLEIRA DE SANIDADE

O SECRETARIO XERAL DO SERGAS

AGAMFEC

AGAPAP

CEMS-GALICIA

CCOO

CIG-SAÚDE

FADSP

SEMERGEN

SEMG

UGT

Plan de Mellora da Atención Primaria
de Galicia
2007-2011

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES

- Introducción
- Xustificación

2. PLAN DE MELLORA

- Obxectivos :
 - Por parte do SERGAS
 - Por parte dos S.A.P./U.A.P.
 - Por parte dos Profesionais
- Plan de traballo :
 - ✓ *Liña de desenvolvemento dos recursos humanos*
 - Criterios de reparto de recursos
 - Criterios de detección de puntos asistenciais deficitarios.
 - Medidas xerais
 - Medidas paralelas
 - ✓ *Liña de mellora da capacidade resolutiva*
 - Proposta de acceso á tecnoloxía (catálogo de probas accesibles)
 - Proposta de equipamento nos centros de A.P.
 - ✓ *Liña de xestión clínica*
 - Propostas de avaliación da actividade
 - Propostas de mellora da relación A.P.-A.E.
 - Propostas de docencia e investigación en A.P.
 - Historia clínica electrónica
 - Axenda de calidade
 - Desburocratización
- Cronograma e orzamentos
 - Antes de xuño 2007
 - Fin do 2007
 - Orzamentos 2008
 - Orzamentos 2009
 - Orzamentos 2010
 - Orzamentos 2011
- Desenvolvemento normativo

3. PLAN (resumo)

4. ANEXOS

1. ANTECEDENTES

1.1. Introducción

A atención primaria foi un elemento clave no desenvolvemento do Sistema Nacional de Saúde español, e a súa reforma influíu moi positivamente na calidade da atención sanitaria prestada á poboación. Transcorridos máis de 20 anos desde o inicio da reforma da atención primaria e dados os cambios ocorridos neste tempo tanto de carácter tecnolóxico e epidemiolóxico como demográfico, hai coñecemento e experiencia suficiente para avaliar cal foi a aportación da mesma.

O desenvolvemento do novo modelo de atención primaria en Galicia, baseado no modelo asistencial que recolle o Decreto 200/1993, supón dotar aos centros de mellor infraestrutura física, incorporar novas prestacións e asegurar a calidade asistencial, aumentando a capacidade de resolución de problemas e incrementando o persoal tanto no número como no tempo de dedicación. Ademais incorpóranse a este nivel asistencial unidades de apoio que permiten axilizar a resposta ás necesidades de saúde da poboación. O novo modelo organízase xeograficamente e funcionalmente nos seguintes dispositivos:

- a) Unidades de Atención Primaria (UAP). Son as estruturas básicas para a prestación da atención sanitaria integral á poboación e estarán ubicadas nos centros de Saúde. As súas funcións desenvólvense no propio Centro, nos consultorios periféricos dependentes, e na Comunidade.
- b) Servizos de Atención Primaria (SAP). É o nivel organizativo superior e abarcará unha ou varias unidades de atención primaria.
- c) Puntos de Atención Continuada (PACs) cos que se resolve a atención de urxencia á poboación, xerando estruturas organizativas que aseguren unha prestación de calidade, incluíndo o requisito indispensable da presenza física dos profesionais en ditos PACs.

A atención primaria ten un papel primordial dentro da atención sanitaria por ser a base do sistema sanitario, primeiro nivel de atención, nivel máis accesible e a porta de entrada que facilita o acceso ordenado e racional á atención especializada. Por isto, o seu adecuado funcionamento condiciona o funcionamento da atención especializada. Ao tratar de forma integral os problemas de saúde, contribúe a mellorar o nivel de saúde da poboación. A través da educación sanitaria promove a participación cidadá, o autocoidado e a autorresponsabilidade. Presta servizos a unha porcentaxe moi grande da poboación, ao longo de toda a vida da persoa. E ademais, resolve unha parte moi importante dos problemas de saúde demandados pola poboación, manexando recursos sinxelos e proporcionalmente de baixo custo.

Todo elo redonda en mellores resultados en saúde e nun alto grao de satisfacción dos cidadáns coa atención primaria, feito reiterado nas enquisas de satisfacción que foron sucedéndose ao longo destes anos. Así, o porcentaxe de cidadáns que consideran boa a atención sanitaria recibida en atención primaria era en 2004, do 84,75%, un 13,5% percíbena regular e só un 2% considéraa mala.

1.2. Xustificación

Sen embargo, aínda que a valoración global da reforma da atención primaria en Galicia pódese considerar positiva e téñense conseguido importantes avances, obsérvanse unha serie de problemas que deben verse como oportunidades de mellora.

A estruturación da Atención Primaria en Galicia atopouse con problemas adicionais que limitan a súa eficiencia: unha orografía e unhas comunicacións complicadas, e a grande dispersión da poboación.

Son moitos os retos que ten que afrontar a atención primaria como son, o envellecemento da poboación, a difusión das novas tecnoloxías sanitarias, o incremento de enfermidades crónicas, a incorporación de persoas inmigrantes, así como certa tendencia a medicalizar á sociedade.

Así pódese sinalar un notable aumento da frecuentación nas consultas de atención primaria, non sempre acompañada da necesaria e áxil resposta no que a recursos e adaptación organizativa se refire. Como exemplo compre sinalar que, na nosa Comunidade, produciuse no pasado ano un aumento no número de consultas nos centros de saúde do 12,2%, pasando de 19.294.424 no ano 2005, a 21.650.772 no pasado 2006.

Por outro lado, a forte carga asistencial condiciona que aspectos relevantes como a promoción da saúde e a prevención das enfermidades, siñas de identidade da atención primaria, foran perdendo protagonismo nos quefaceres cotiáns dos profesionais.

A pesar de que o novo Goberno Galego colocou a Sanidade entre as súas principais prioridades de actuación, e a Consellería de Sanidade fixou como un dos seus obxectivos prioritarios a potenciación da Atención Primaria como eixe do sistema, o cal se reflexa nos últimos exercicios orzamentarios e nos proxectos postos en marcha desde a Consellería e o Sergas, a presión asistencial sigue aumentando, e a escaseza de determinados profesionais tamén vai en aumento. O problema co que nos encontramos pode considerarse dobre; por unha parte un problema do conxunto do Servizo Nacional de Saúde, tal e como se manifesta no progresivo aumento da conflictividade laboral, e por outra parte, un problema galego debido a múltiples razóns de ineficacia na xestión da atención primaria nos últimos anos.

Tendo todo isto en conta e a progresiva demanda dos profesionais, a Consellería de Sanidade fixo, no mes de novembro de 2006, unha proposta que se estendeu a todas as asociacións médicas e sociedades científicas de Atención Primaria e a todas as forzas sindicais representativas da Comunidade. A proposta plasmouse na creación de tres grupos de traballo, formados por expertos de cada parte representada, co fin último de facer un profundo estudo da situación da Atención Primaria en Galicia e propoñer medidas de mellora, intentando acadar unha “reforma da reforma de A.P.”.

Os tres grupos de traballo foron sobre : Recursos humanos, Calidade e Desburocratización. Nestes grupos de traballo analizáronse: a situación actual da A.P. na Comunidade, as liñas estratéxicas e proxectos en marcha da Consellería e o Sergas, o documento de Estratexias de Mellora na Atención Primaria do Século XXI aprobado no Consello Interterritorial, o RD 1030/2006 sobre carteira de servizos comúns do SNS.

De cada grupo de traballo saíron unhas conclusións finais, presentadas a todos os participantes o pasado 1 de febreiro, e recollidas por parte da Consellería de Sanidade e

o Sergas, e que se plasman neste documento, e que servirán de base para iniciar a prevista reforma da Atención Primaria na nosa Comunidade. Adiantamos un índice das mesmas, que se expoñen na súa totalidade nos anexos.

A. RECURSOS HUMANOS (*anexo I*)

- Criterios de reparto de recursos
- Criterios de detección de puntos asistenciais deficitarios
- Medidas xerais
- Medidas paralelas

B. CALIDADE (*anexo II*)

- Proposta de acceso á tecnoloxía para a rede de Atención Primaria do SERGAS
- Proposta de equipamento dos centros de A.P.
- Propostas de mellora da relación A.P.-A.E no Sergas.
- Propostas de docencia e investigación en A.P.
- Propostas de avaliación da actividade de A.P.

C. DESBUROCRATIZACIÓN (*anexo III*)

- Certificados
- Axenda de calidade
- Historia clínica electrónica
- Tramitación de IT
- Receita electrónica
- Burocracia delegada
- Outras consideracións

2. PLAN DE MELLORA

A modernización da Atención Primaria en Galicia esixe novas formas de traballo e de relación, polo que se plántella a necesidade de establecer un plan de mellora que dea resposta á situación actual da atención primaria na nosa Comunidade. Debe de estar marcada por criterios de calidade óptima e de orientación ao cliente, e esixe que os profesionais integren os seus coñecementos e experiencias no conxunto da organización.

O plan de mellora céntrase en tres áreas estratéxicas “clave”: A calidade, a capacidade de resolución e a continuidade asistencial. E van acompañadas dun cronograma de posta en marcha e dun compromiso orzamentario para que a súa realidade sexa posible.

A **calidade dos servizos** que o sistema público oferta aos cidadás, é un obxectivo permanente e irrenunciable das administracións sanitarias, e unha condición indispensable para a aceptabilidade dos mesmos. A aposta pola calidade debe ser integral, incluíndo non só os seus compoñentes científicos e técnicos, senón aqueles outros relacionados coa accesibilidade, cos recursos, coa organización e coa participación, de tal maneira que o usuario perciba que, en efecto, é o centro do Sistema.

A **capacidade de resolución**, a efectividade é un elemento inherente á organización sanitaria pero moi especialmente no ámbito da atención primaria, desde a que se debe resolver non menos do 85% dos problemas de saúde da poboación. Para mellorar a efectividade son necesarias estratexias tendentes a incrementar a capacidade diagnóstica e terapéutica, tanto mellorando a formación dos profesionais, como incrementando a accesibilidade dos mesmos a probas e tecnoloxías que favorezan a capacidade de resolución e a calidade da atención primaria. A elaboración e posta en marcha das guías clínicas é outro elemento fundamental nestas estratexias. Sen embargo, esta capacidade de resolución non debe de impedir que se menoscaben aspectos tan significativos da A.P. como son **a promoción da saúde e a prevención das enfermidades**.

A **continuidade asistencial**, a coordinación entre os diversos dispositivos sanitarios e, moi especialmente, entre atención primaria e atención especializada, é un obxectivo esencial sempre enunciado, pero non sempre ben resolto. As estratexias de mellora da continuidade asistencial son uns dos grandes retos que ten o Sistema Sanitaria Público para os próximos anos. Por elo é necesario acometer decididamente políticas de coordinación e comunicación entre atención primaria e atención especializada que integren os procesos asistenciais de tal maneira que, o cidadá, non perciba solución de continuidade nos seus coidados e tratamento.

Outro importante bloque de estratexias céntranse na **mellora da organización** da atención primaria, obxectivo transversal e instrumental que busca optimizar os recursos dispoñibles e mellorar as ferramentas de xestión para facilitar a consecución dos seus fins, para facer máis eficiente a atención primaria.

Tendo todo isto en conta e coa intención de acomodar as liñas estratéxicas da Consellería coas do documento Estratexias AP21 (elaborado polo Ministerio de Sanidad y Consumo coa colaboración de todas as sociedades de Atención Primaria, e aceptado polo Consello Interterritorial), e coas perspectivas dos profesionais anteditas, propoñemos intentar acadar uns obxectivos a tres niveis.

2.1. OBXECTIVOS

2.1.1. Por parte do SERGAS :

- Coordinar e axustar as Directrices Estratéxicas da Consellería co Protocolo de Obxectivos Estratéxicos das Áreas e o Protocolo de Actividade dos SAP. Desenvolver as estruturas de xestión periféricas necesarias para xestionar o cambio.
- Estender a cobertura do novo modelo, e continuar a mellora de accesibilidade aos dispositivos de apoio da atención primaria. Planificar i executar a construción de novos centros de saúde así como a reparación e melloras nos actuais en infraestruturas e equipamento.
- Coordinar e ampliar a cobertura e mellora de calidade da carteira de servizos: Enfermidades e factores de risco mais prevalentes, Atención a Muller, Saúde bucodental, Obesidade infantil, TAO, Cirurxía menor, Actividades Preventivas en AP, Telemedicina, Optometría, etc. Mellorar a capacidade resolutiva e a accesibilidade aos medios diagnósticos.
- Impulsar a coordinación / integración de Atención Primaria e Especializada a través da aplicación do Plan de Saúde, priorizando as patoloxías nel recollidas: Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardíaca, Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica(EPOC), Trastornos afectivos e depresivos, Drogas, Accidentes de tráfico, Diabetes, Envellecemento, Cancro.
- Incrementar a competencia e a capacidade de resolución dos profesionais de Atención Primaria.

2.1.2. Por parte dos S.A.P./U.A.P. :

- Fomentar a autoxestión do centro, coa xestión clínica na unidade ou servizo de atención primaria, integrando o PAC no propio servizo, e desenvolvendo actividades de mellora da carteira de servizos de AP, a capacidade resolutiva e a xestión de recursos por parte dos profesionais clínicos.
- Reforzar a figura dos xefes de servizo/unidade e coordinadores de enfermería.
- Mellorar a calidade da atención utilizando como ferramentas a xestión do coñecemento, o Protocolo de Actividade, as novas tecnoloxías.
- Mellorar a accesibilidade dos usuarios, coa atención ás reclamacións, información nos centros e na web, e desenvolvemento da cita telefónica centralizada.

2.1.3. Por parte dos Profesionais:

- Utilizar adecuadamente a Historia Clínica modelo de Atención Primaria, segundo a normativa vixente e colaborar activamente no uso do IANUS e prescrición en receita electrónica.
- Realizar unha adecuada solicitude de probas complementarias, segundo criterios de Medicina Baseada na Evidencia (MBE).
- Implicarse activamente na xestión dos centros:
- Participar na cobertura de Xefaturas de Servizos e Unidades de A.P.
- Fomentar o traballo en equipo no centro e a mellora da relación entre niveis asistenciais.
- Participar no deseño, propostas e avaliación do Protocolo de Actividade
 - Colaborar activamente na diminución do gasto farmacéutico.
 - Colaborar na xeneralización da carteira de servizos de Atención Primaria.
- Realizar actividades encamiñadas a conseguir unha continua actualización do coñecemento: docencia clínica de pregrao e posgrao, sesións clínicas, realización de cursos online e presenciais...etc.

2.2. PLAN DE TRABAJO

As actividades a desenrolar diferéncianse en varias etapas :

- antes de xuño de 2007
- durante o resto de 2007
- durante 2008.Orzamentos do 2008
- durante 2009.Orzamentos do 2009.
- durante 2010.Orzamentos do 2010.
- durante 2011.Orzamentos do 2011.

Para cada unha das datas propostas, especificanse as medidas concretas de cada mesa.

2.2.1. ANTES DE XUÑO DE 2007 (para aplicar neste verán)

A. Liña de desenrolo dos recursos humanos

1. Cobertura da totalidade das solicitudes en RRHH feitas polas XAP para o ano 2007.
 - Medida: nomeamento de un total de 144 novos profesionais de todas as categorías en A.P. (Anexo IV)
2. Redistribución de cotas de facultativos nos centros en que existan cotas “sobrecargados” e outros pequenos.
 - Medida : as XAP comprométese a ir paulatinamente pechando os cupos excesivos e ir transvasando TSI aos cupos mais pequenos e de nova creación.
3. Negociar en Mesa Sectorial a creación da figura de “profesional facultativo con estabilidade no sistema, en categoría de vinculación continuada” (para a cobertura das ausencias /substitucións e co fin de evitar a marcha dos MIR)
 - Medida : negociarase na Mesa Sectorial (que será convocada de forma inmediata) a creación de esta figura.
4. Mellora para o incremento de pago por intersubstitución e substitucións co aumento do 30% no gasto realizado por este concepto no ano 2006 :
 - Medida : negociarase en Mesa Sectorial (que será convocada de forma inmediata) a mellora do complemento de intersubstitución.
 - Substitucións :
 - O manexo da porcentaxe das substitucións de cada centro será pactado entre o xefe de servizo cos profesionais dependentes e a Xerencia de Atención Primaria respectiva.
 - Nos centros nos que sexa posible, a substitución será feita polos profesionais da lista de contratacións, e no caso de non ser posible, por prolongación de xornada dos profesionais dos centros.
 - Para poder dar adecuada asistencia á demanda, a consulta do profesional substituído debe de ser cuberta na súa totalidade (e dicir, partes, receitas, domicilios...etc).
5. Crearanse uns **grupos de traballo** para tratar os seguintes temas :
 - ✓ Problemática de Pediatría.
 - ✓ Grupo de Xestión e de Recursos humanos

B. Líña de mellora da capacidade resolutiva

1. Acceso libre á probas complementarias :

- Medida : antes de rematar xuño o Sergas comprométese a enviar aos centros unha circular vinculante para que desde A.P. se poidan pedir as probas de acceso libre marcadas polo grupo de traballo (laboratorio, anatomía patolóxica, radioloxía simple i ecografía, agás as excepcións reseñadas).

2. Crearanse uns grupos de traballo para tratar especificamente :

- Capacidade resolutiva en A.P. (protocolos peticións probas)
- Plan de Tecnoloxías en AP para equipamento e/ou Plans Funcionais dos centros.
- Enfermería nos equipos.
- Farmacéuticos en A.P.

C. Líña de xestión clínica

1. Xestión por procesos

- Medida : o Sergas comprométese a poñer en marcha a xestión por procesos incluíndo no Plan de Obxectivos Estratéxicos (POE) de este ano ao menos os procesos de coidados paliativos, embarazo de baixo risco, Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC).

2. Protocolo Actividade 2006 e 2007

- Medida : o Sergas comprométese a ter rematado o proceso de avaliación do protocolo de Actividade 2006 antes de rematar o primeiro trimestre do ano.
- Presentación do Protocolo Actividade 2007 no mes de marzo.

3. Docencia

- Dotación de recursos informáticos para a docencia e investigación nos centros de saúde (dotación dun equipo en 300 SAP e UAP).
- Espazo específico na intranet corporativa e na web.
- Plan de formación continuada. Integración das accións formativas nun único plan.
- Desenvolvemento da plataforma MESTRE:
 - ✓ *MBE (oferta a 800 facultativos).
 - ✓ *Formación en coidados paliativos (facultativos e DUE).
 - ✓ *Actualización en terapéutica (oferta a 450 facultativos).
- Ferramentas para a autoformación :
 - ✓ Acceso a publicacións electrónicas para todos os profesionais de AP a través da intranet (xa dispoñible)
 - ✓ Acceso á Fisterra para todos os profesionais de AP a través da intranet.
 - ✓ Distribución a todos os facultativos de AP de 1 exemplar en papel da Guía Terapéutica en Atención Primaria (ademais do acceso á versión electrónica).
 - ✓ Acceso ás bases documentais sobre prescrición e terapéutica de i-Medicinas a través da intranet (xa dispoñible)
- Ferramentas de apoio na toma de decisións :
 - ✓ Guías farmacoterapéuticas en AP desenvoltas por profesionais de AP en 7 problemas de saúde: diabetes M tipo II; asma no adulto; tratamento da dor no paciente oncolóxico; dislipemias; HTA; ulcus péptico e protección gástrica; otite media no neno.

- Docencia pregrao :
 - ✓ Establecemento da oferta docente de A.P. cara a docencia clínica dos estudantes de medicina, enfermería, fisioterapia, etc.
 - ✓ Definición do procedemento para participar nesta docencia clínica.
 - ✓ Fomento da participación de todos os profesionais e centros na docencia clínica de pregrao, sempre que se reúnan os criterios de calidade esixidos.

4. Investigación

- Definición das liñas prioritarias de I+D+i en ciencias da saúde:
 - Incorporación no Plan Galego de Investigación, Desenvolvemento e Innovación Tecnolóxica 2006-2010 dunha área sectorial específica en ciencias da saúde.
 - Establecemento da prioridade do apoio á investigación en atención primaria nas convocatorias de axudas a proxectos e recursos humanos.
- Apoio a investigación en atención primaria :
 - Oficina de Apoio á Investigación.
 - Constitución do grupo técnico de investigación.
 - Acceso á programas de análise estatístico
 - Ampliación á área de referencia das respectivas fundacións de apoio a investigación existentes en cada un dos 7 complexos hospitalarios. Apoio á xestión económica de recursos para investigación en A.P.
 - Elaboración e distribución da Guía do investigador
 - Elaboración da Guía de Boa Practica en Investigación.
- Plan de apoio á investigación en coidados de enfermería :
 - Comisión técnica de investigación en enfermería.
 - Establecemento das liñas prioritarias de investigación en coidados en A.P.
 - Participación no Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs sobre coidados baseados na evidencia.
 - Formación na metodoloxía de investigación e de revisións sistemáticas.

5. Desburocratización

- Enviar as propostas ao Consello Interterritorial sobre incapacidade transitoria (IT) e receita.
- Remitir unha Circular aos centros sobre a burocracia delegada.
- Poñer en marcha o Proxecto de Axendas de Calidade en A.P.
- Difundir a Optimización dos procesos de prescrición de receitas, partes de IT e Transporte sanitario.
- Implantación en IANUS do modelo único de certificado.
- Conseguir a accesibilidade os informes de alta e probas (LAB, RX ...) dos Complexos Hospitalarios.
- Crearanse uns **grupos de traballo** para tratar especificamente temas de :
 - ✓ Área administrativa. Desburocratización.

2.2.2. ANTES DO FIN DE 2007

A. Liña de desenrolo dos recursos humanos

- Levar a cabo a integración funcional de enfermeiras e matronas.
- Continuar a extensión da carreira profesional de enfermería.
- Solicitar a inclusión na ordenación sanitaria de Galicia a posibilidade de zonificación en cidades de mais de 250.000h (Vigo e A Coruña).
- Valorar en cada XAP o troco de cotas mínimos de tarde cara a apertura na mañá.

- Valorar en cada XAP os criterios de pediatra de área.
- Tamén valorar en cada XAP os criterios de existencia de consultorios periféricos.
- A negociar en Mesa Sectorial, antes do mes de outubro do 2007:
 - A mellora das condicións da oferta de voluntariedade para o persoal de xornada ordinaria e o de xornada complementaria (PAC's).
 - Analizar a repercusión asistencial e orzamentaria da cobertura dos sábados pola mañás como xornada complementaria.
 - A modificación do modelo retributivo de cartilla a TSI.
 - O coeficiente corrector de Pediatría.

B. Liña de mellora da capacidade resolutiva

- Acceso á probas diagnósticas con protocolo. Elaboración de protocolos e posta en marcha nas áreas.
- Presentar as conclusións do grupo técnico de traballo para o equipamento en AP e/ou Plans funcionais dos centros.

C. Liña de xestión clínica

- Fomentar a figura do **Especialista consultor** nos SAP.
- Comezar a **Xestión por procesos** en patoloxías do Plan de Saúde.
- **Docencia**
 - Dotación de recursos informáticos para docencia e investigación nos centros de saúde (continuación da dotación nos PACs e centros de AP).
 - Definición da figura do responsable de formación e o responsable de investigación en cada XAP.
 - Oferta de formación a distancia específica para atención primaria :
 - ✓ Xestión e administración sanitaria
 - ✓ Calidade
 - Disponibilidade durante o ano 2007 de acceso á biblioteca virtual desde todos os S.A.P. (Acceso ás publicacións, servizos de búsqueda de información).
 - Plan de formación para capacitar aos profesionais de A.P. na súa utilización.
 - Adecuación de Fisterra ás necesidades dos profesionais do sistema sanitario público de Galicia a través da personalización e evolución da mesma.
 - Recoñecemento da labor docente, tanto por parte das institucións académicas como do sistema sanitario.
- **Investigación**
 - Consolidación das unidades de apoio a investigación (7).
 - Apoio estruturado en bioestadística para consulta.
 - Establecemento dunha rede de unidades de apoio á investigación (videoconferencia).
 - Enfermería : Fomento da participación e progresivo liderazgo na realización de revisións sistemáticas sobre coidados.
- **Historia clínica electrónica**
 - Pilotaxe do módulo de xeración da historia clínica en A.P.
 - Pilotaxe do proxecto de receita electrónica (multiprescripción).
 - Pilotaxe dos formularios de petición de probas, derivación e interconsulta de IANUS.
 - Pilotaxe do acceso á imaxe dixital desde primaria.
 - Accesibilidade aos informes de alta e probas de tódolos hospitais do SERGAS.

- 600 novas consultas informatizadas na Atención Primaria. Mais do 90% das consultas médicas dos centros de saúde con acceso a IANUS.
- Implantación no resto de centros hospitalarios. Estendéndose o proxecto á totalidade dos hospitais do Sistema Sanitario Galego.
- **Central de chamadas** : pilotar en 3 centros de cada xerencia de A.P. o sistema de central de chamadas por rebosamento de 8 a 20h.
- **Desburocratización**. Actuacións de mellora nas áreas administrativas dos centros de saúde.
- **Proxectos de mellora nas áreas**. Incorporación como obxectivo ó protocolo de actividade 2007, creación de unidades funcionais de apoio a calidade, posta en marcha das comisións de calidade das áreas, formación metodolóxica e convocatoria de proxectos en mellora da calidade.

D. Orzamentos 2007 (Extraordinario) :

- Cobertura prazas solicitadas polas XAP (144 prazas) :
Custo : 3.636.579 €
- Garantir a substitución de facultativos nun 70% (antes de xuño).
Custo : 4.401.365 €.
- Creación da figura de “profesional facultativo con estabilidade no sistema, en categoría de vinculación continuada” (antes de xuño)
Custo : a negociar en mesa sectorial
- Equipamento : a valorar por grupo de traballo
- Central de chamadas : 3 centros por X.A.P.
Custo : 1.069.633 €

2.2.3. MEDIDAS DURANTE 2008

A. Liña de desenrolo dos recursos humanos

- Valoración de prazas novas segundo os criterios de reparto de recursos. Aumento dun **35%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo.
- Solicitar á Consellería de Educación o aumento dun 15% no número de prazas de acceso ás Facultades de Medicina.
- Solicitar o aumento do número de prazas MIR de Medicina Familiar e Comunitaria e de Pediatría.

B. Liña de mellora da capacidade resolutiva

- Mellora no Equipamento dos centros: nos centros que aumenten a súa carteira de servizos, dotarase do equipamento necesario e que non dispoñan para poder facelo.
 - Unidades de A.P.:
 - Pulsioxímetro.
 - Coaguchek (TAO en fase C).
 - Bisturí eléctrico i equipo cirurxía menor : lámpada, suturas, drenaxe , punches (cirurxía menor)
 - Crioterapia (“histofreezer”).
 - Eco-doppler (protocolo de atención a enfermidades vasculares periféricas)
 - Fotografía dixital (tele dermatoloxía)
 - Centrífuga

- Servizo AP:
 - Tonómetro ocular (valorar en centros grandes).
 - MAPA (Protocolo sobre indicacións e organización interna dos servizos para realizar monitorización ambulatoria da presión arterial).
 - Ecógrafo(protocolo sobre indicacións e organización interna dos servizos para realizar ecografía).
 - Retinógrafo dixital(Centros moi grandes con protocolo sobre indicacións e organización interna do servizo para realizar teleoftalmoloxía).
 - Cooxímetro (protocolo sobre indicacións e organización interna do servizo para realizar deshabitación tabáquica)

C. Liña de xestión clínica

- **Extensión da xestión por procesos na área**
- **Participación dos centros na súa xestión integral.**
- **Docencia e Investigación**
 - Convocatorias de axudas á investigación en A.P. e enfermería, tendo en conta as liñas priorizadas na sectorial do PGIDIT 2006-2010.
 - Desenvolvemento de portafolio como ferramenta de formación e autoavaliación dos profesionais.
- **Historia clínica electrónica :**
 - Extensión do módulo de xeración da historia clínica en primaria.
 - Extensión do proxecto de receita electrónica.
 - Extensión dos formularios de petición de probas, derivación e interconsulta.
 - Extensión do acceso á imaxe dixital desde primaria
 - Acceso a IANUS do 50% do resto do persoal sanitario do SERGAS.
 - Acceso ao resto de información clínica de tódolos hospitais do SERGAS.
- **Central chamadas** . Extensión do modelo de central de chamadas por reboamento ao 50% dos centros
- **Proxectos de mellora nas áreas.** Consolidación das estruturas de xestión da calidade, formación metodolóxica e convocatoria de proxectos en mellora da calidade.

D. Orzamentos 2008 :

- Custo prazas novas (**35%**) segundo os criterios de reparto de recursos.
- Mellora no pago da voluntariedade para persoal de ordinaria e persoal de PAC
 - Custo : a negociar en mesa sectorial no 2007
- Custo cobertura sábados póla mañás
 - Custo : a negociar en mesa sectorial durante o 2007
- Coeficiente corrector de pediatría
 - Custo : a negociar en mesa sectorial durante o 2007
- Modificación do modelo retributivo de cartilla a TSI (2007)
- Custo substitucións (**80%**).
- Equipamento : 30%
- Extensión IANUS

2.2.4. MEDIDAS 2009

A. Liña de desenrolo dos recursos humanos

- Valoración de prazas novas segundo os criterios de reparto de recursos. Aumento dun **30%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo.
- Redistribución de cupos

B. Liña de mellora da capacidade resolutiva

- Mellora no Equipamento: nos centros que aumenten a súa carteira de servizos e non dispoñan de equipamento para poder facelo, dotarase do equipamento necesario.
 - Unidade de A.P.:
 - Pulsioxímetro.
 - Coaguchek (TAO en fase C).
 - Bisturí eléctrico i equipo cirurxía menor : lámpada, suturas, drenaxe , punches (cirurxía menor)
 - Crioterapia (“histofreezer”).
 - Eco-doppler (protocolo de atención a enfermidades vasculares periféricas)
 - Fotografía dixital (tele dermatoloxía)
 - Servizo A.P.:
 - Tonómetro ocular (valorar en centros grandes).
 - MAPA (Protocolo sobre indicacións e organización interna dos servizos para realizar monitorización ambulatoria da presión arterial).
 - Ecógrafo(protocolo sobre indicacións e organización interna dos servizos para realizar ecografía).
 - Retinógrafo dixital(Centros moi grandes con protocolo sobre indicacións e organización interna do servizo para realizar teleoftalmoloxía).
 - Cooxímetro (protocolo sobre indicacións e organización interna do servizo para realizar deshabitación tabáquica)

C. Liña de xestión clínica

- **Extensión da xestión por procesos**
- **Docencia e Investigación**
 - Convocatorias de axudas á investigación en A.P. i enfermería, tendo en conta as liñas priorizadas na sectorial do PGIDIT 2006-2010.
 - Desenvolvemento do portafolio como ferramenta de formación e autoavaliación dos profesionais.
- **Historia clínica electrónica :**
 - Extensión do módulo de xeración da historia clínica en toda a rede de atención primaria. Extensión do proxecto de receita electrónica en toda a rede de atención primaria.
 - Extensión dos formularios de petición de probas, derivación e interconsulta en toda a rede de atención primaria.
 - Extensión do acceso á imaxe dixital desde atención primaria.
 - Acceso a IANUS do resto do persoal sanitario do SERGAS.
 - Acceso ao resto de información clínica de tódolos hospitais do SERGAS.

- **Central de chamadas** . Extensión do modelo de central de chamadas por reboamento ao 75% dos centros
- **Proxectos de mellora nas áreas**
- **Participación dos centros na súa xestión integral.**

D. Orzamentos 2009 :

- Custo prazas novas (aumento dun **30%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo).
- Custo substitucións (**90%**).
- Equipamento : 30%
- Extensión IANUS
- Ampliación Central de chamadas

2.2.5. MEDIDAS 2010 :

RRHH :

- Redistribución de cupos
- Valoración de prazas novas segundo os criterios de reparto de recursos: Aumento dun **20%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo.

Calidade :

- Revisión dos Plans Funcionais
- Xestión por Procesos
- Especialista consultor(extensión)
- Ampliación equipamento 20%
- Adaptación Plans Funcionais

Desburocratización :

- Ampliación central de chamadas
- Extensión e-receita
- Extensión formularios de petición de probas en IANUS
- Acceso á imaxe dixital

ORZAMENTOS 2010 :

- Custo prazas novas : aumento dun **20%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo.
- Custo substitucións (**100%**).
- Equipamento : 20%
- Extensión IANUS
- Ampliación Central de chamadas

2.2.6. MEDIDAS 2011 :

RRHH :

- Redistribución de cupos
- Valoración de prazas novas segundo os criterios de reparto de recursos: aumento dun **15%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo.

Calidade :

- Revisión dos Plans Funcionais
- Extensión da Xestión por Procesos
- Especialista consultor (extensión)
- Completar a ampliación equipamento 20%
- Adaptación Plans Funcionais

Desburocratización :

- Ampliación central de chamadas (cobertura total)
- Extensión e-receita
- Extensión formularios de petición de probas en IANUS (100%)
- Acceso á imaxe dixital (100%)

ORZAMENTOS 2011 :

- Custo prazas novas: aumento dun **15%** das prazas resultantes da aplicación dos criterios propostos polos grupos de traballo.
- Custo substitucións **(100%)**.
- Equipamento : 20%
- Extensión IANUS

2.2.7. Desenrolo normativo

- **Proxecto de Lei de Saúde de Galicia e o seu desenvolvemento:**
 - *Decreto Regulador da Ordenación Territorial do Sistema Sanitario Galego.*
 - *Decreto Regulador do Plan de Ordenación de RR HH.*
 - *Decreto Regulador do Sistema de Información de Saúde de Galicia.*
 - *Decreto Regulador da Comisión Interdepartamental de Coordinación da atención Sociosanitaria de Galicia.*
- **Proxecto de Lei de Saúde Pública de Galicia.**
- **Proxecto de Lei do Servizo Galego de Saúde**
- **Proxecto de Lei da Escola Galega de Saúde Pública e da Administración Sanitaria**
- **Proxecto de Lei do Centro de Información e de Servizos Tecnolóxicos do Sistema Sanitario Galego**
- **Proxecto de Lei do Instituto Galego de Investigación Sanitaria**
- **Desenvolvemento dun sistema de xestión de reclamacións e suxerencias.**

Agradecementos

Finalmente, é preciso recoñecer o esforzo realizado por todas as persoas que participaron neste proxecto, actualmente a traveso das sociedades científicas, asociacións e representantes sindicais, así como todos os profesionais de xerencias de atención primaria (XAP) e servizos centrais da Consellería e o Sergas, e durante o pasado ano por parte dos grupos de traballo que xa estaban involucrados en diversas actuacións relacionadas coa mellora da A.P.

3. PLAN POLA MELLORA DA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA 2007-2011

O Plan pola Mellora da A.P. de Galicia 2007-20011 ten que levar aparellados uns **obxectivos estratéxicos** dirixidos a :

- Responder ás novas demandas sanitarias da poboación galega e mellorar os resultados en saúde.
- Responder as necesidades demandadas polos profesionais e encamiñadas á mellora das condicións de traballo, facilitando o seu desenvolvemento profesional.
- Establecer un novo modelo organizativo con unha maior descentralización da xestión co fin de mellorar a eficacia, eficiencia, calidade e a racionalidade do sistema sanitario no seu conxunto

Tendo en conta estes obxectivos estratéxicos, por medio do presente documento **a Consellería de Sanidade e o Sergas adquiren o compromiso** de levar a cabo as medidas necesarias co orzamento necesario para executar o Plan de Mellora da A.P. de Galicia 2007-2011 antes descrito. Entre as medidas a levar a cabo estarían :

- ✓ Alcanzar os criterios de reparto de recursos propostos nas mesas de traballo pola mellora da A.P., e as resultantes dos futuros acordos derivados das mesmas que se traten en Mesa Sectorial.
- ✓ Crear grupos de traballo formados por persoal de servizos centrais, xerencias de A.P., e profesionais dos servizos e/ou unidades para poñer en marcha as medidas acordadas.
- ✓ Coordinar e axustar as Directrices Estratéxicas da Consellería co Protocolo de Obxectivos Estratéxicos das Áreas e o Protocolo de Actividade dos S.A.P., desenrolando as estruturas de xestión periféricas necesarias para xestionar o cambio.
- ✓ Estender a cobertura do novo modelo, e continuar a mellora de accesibilidade aos dispositivos de apoio da atención primaria. Planificar e executar a construción de novos centros de saúde así como a reparación e melloras nos actuais en infraestruturas e equipamento.
- ✓ Coordinar e ampliar a cobertura e mellora de calidade da carteira de servizos.
- ✓ Mellorar a capacidade resolutiva e a accesibilidade aos medios diagnósticos.
- ✓ Impulsar a coordinación / integración de Atención Primaria e Especializada a través da aplicación do Plan de Saúde e da xestión por procesos.
- ✓ Fomentar a autoxestión dos centros, coa xestión clínica na unidade ou servizo de atención primaria, integrando o PAC no propio servizo, e desenvolvendo actividades de mellora da carteira de servizos de AP, a capacidade resolutiva e a xestión de recursos por parte dos profesionais clínicos.
- ✓ Mellorar a accesibilidade dos usuarios, coa atención ás reclamacións, información nos centros e na web, e desenvolvemento da cita telefónica centralizada.

Á medida de que se mellora a dotación humana e material dos servizos e unidades de atención primaria, o que vai a permitir mellorar a calidade dos servizos ofertados en atención primaria, as organizacións que subscriben o documento fomentarán a consecución de compromiso por parte dos profesionais en relación a :

- Utilizar adecuadamente a Historia Clínica modelo de Atención Primaria, segundo a normativa vixente e colaborar activamente no uso do IANUS e prescrición en receita electrónica.
- Realizar unha adecuada solicitude de probas complementarias, segundo criterios de Medicina Baseada na Evidencia (MBE).
- Implicarse activamente na xestión dos centros:
 - Participar na cobertura de Xefaturas de Servizos e Unidades de A.P.
 - Fomentar o traballo en equipo no centro e a mellora da relación entre niveis asistenciais.
 - Participar no deseño, propostas e avaliación do Protocolo de Actividade
- Actualizar i estender a carteira de servizos do SERGAS a totalidade dos cidadás.
- Colaborar activamente na diminución do gasto farmacéutico.
- Realizar actividades encamiñadas a conseguir unha continua actualización do coñecemento: docencia clínica de pregrao e posgrao, sesións clínicas, realización de cursos online e presenciais...etc.
- Mellorar a calidade da atención utilizando como ferramentas a xestión do coñecemento, o Protocolo de Actividade, as novas tecnoloxías...

Por parte do Sergas crearanse uns **Grupos de traballo** :

- ◆ **Obxectivo** : Formados por persoal de servizos centrais, xerencias de A.P., e profesionais dos servizos e/ou unidades para poñer en marcha as medidas acordadas. Grupos :
 - Capacidade resolutive en A.P. (protocolos peticións probas)
 - Plan de Tecnoloxías en AP para equipamento e/ou Plans Funcionais dos centros.
 - Enfermería nos equipos.
 - Farmacéuticos en A.P.
 - Área administrativa. Desburocratización.
 - Recursos Humanos
 - Continuación dos grupos técnicos xa funcionando na actualidade: IANUS, fisioterapia, docencia, investigación, guías farmacoterapéuticas...etc)
- ◆ As organizacións que asignan o presente acordo serán consultadas cara o nomeamento de profesionais dos servizos e unidades nos grupos de traballo.
- ◆ Así mesmo, as conclusións e propostas dos grupos de traballo serán consensuadas coas organizacións asinantes, a través da Comisión de seguimento do Plan.

Constituirase unha **Comisión de Seguimento do Plan**, formada por un representante de cada asociación, sindicato e grupo profesional participantes nos grupos de traballo e por persoal de servizos centrais do Sergas e das Xerencias de Atención Primaria (XAP).

A comisión terá como **funcións** :

- analizar o impacto das medidas acadadas
- revisar criterios e adecuar o plan a realidade de cada momento

Ademais, a comisión terá un **calendario de reunións** acorde coa posta en marcha das medidas do Plan :

- finais de xuño de 2007
- outubro de 2007
- primeiro trimestre do 2008
- outubro de 2008
- primeiro trimestre do 2009. Revisión e valoración global do Plan
- outubro de 2010
- outubro de 2011

Este calendario é orientativo, e poderá ser convocada en datas extraordinarias si se considerase necesario.

Estimación de prazas :

O cálculo estimado de creación de novas prazas ao final do período de vixencia do Plan é de 309 de Médicos de Familia e 65 de Pediatría.

O número de prazas do resto de categorías profesionais definidas no Plan serán definitivamente determinadas en función da definición de contidos profesionais que resultarán dos respectivos grupos de traballo.

PLAN DE MELLORA DA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA 2007-2011

OBXECTIVOS ESTRATÉXICOS

PROCESO DE CAMBIO NA ORGANIZACIÓN DA ATENCIÓN PRIMARIA

USUARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Responder ás novas demandas e necesidades asistenciais da poboación galega e mellorar os resultados en saúde
PROFESIONAIS	<ul style="list-style-type: none">• Responder as necesidades dos profesionais coa mellora das condicións de traballo, facilitando o seu desenvolvemento profesional
ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Mellorar a eficacia, eficiencia, calidade e a lexitimidade social da AP e, por extensión, do sistema sanitario no seu conxunto

		2007	2008	2009	2010	2011	Objetivos finais(horizonte)	
O B J E C T I V O S	RRHH	Prazas	144 : 3.636.579€ Integración funcional enfermería e matronas Redistribución de cupos (facultativos)	Redistribución de cupos (facultativos) Solicitud ↑ 15% prazas facultade Zonificación Vigo e A Coruña ↑ Prazas (35%)	Redistribución de cupos (facultativos) ↑ Prazas (30%)	Redistribución de cupos (facultativos) ↑ Prazas (20%)	Redistribución de cupos (facultativos) ↑ Prazas (15%)	Médicos : 1.250TSI (750-1500) Pediatras 800TSI (400-1200) Enfermeiras : 1.250 TSI PSX : Mínimo : 1/centro 1/3.000-4.500 Matronas : 1/SAP Traballadora social : 1/SAP Fisioterapia:1/10-15.000 S.Bucodental: 1/20-25.000
		Substitucións	70% 4.401.365 Condicións a negociar na Mesa Sectorial	80%	90%	100%		Substituír ou abonar a substitución ao 100% dos facultativos. Consulta completa
		Mellora condicións laborais		Sábados mañá Modelo retributivo por TSI Melloras na voluntariedade Coefic. corrector pediatría				Xornada extraordinaria Cobro real por TSI Retribución por escaseza de profesionais (pediatría)
I N S T R U M E N T A I S	Capacidade resolutiva	Equipamento	Grupo de traballo	30%	30%	20%	20%	Completar ao 100% o equipamento dos centros segundo criterios do grupo de traballo e adaptado á carteira de servizos ofertada no centro
		Plans funcionais	Grupo de traballo	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Adaptar todos os plans funcionais ás necesidades de profesionais asumidas
		Acceso á probas	Laboratorio Anatomía patolóxica Rx simple Ecografía	Acceso á probas con protocolo	Acceso á probas con protocolo	Acceso á probas con protocolo	Acceso á probas con protocolo	Acceso libre á probas complementarias
Xestión clínica	Relación AP-AE	Xestión por procesos Especialista consultor	Xestión por procesos Especialista consultor	Xestión por procesos Especialista consultor	Xestión por procesos Especialista consultor	Xestión por procesos Especialista consultor	Continuidade e axilidade na asistencia sanitaria	
	Historia electrónica Desburocratización	Medidas legislativas e administrativas. Potenciar informatización e acceso á IANUS Pilotaxe central de chamadas	Ampliación central de chamadas Extensión e-receita e formularios de petición probas en IANUS Acceso á imaxe dixital	Ampliación central de chamadas Extensión e-receita e formularios de petición probas en IANUS Acceso á imaxe dixital	Ampliación central de chamadas Extensión e-receita(100%) e formularios de petición probas en IANUS Acceso á imaxe dixital(100%)	Ampliación central de chamadas	Diminuír a burocracia das consultas dos facultativos Conseguir a xestión desde os SAP/UAP Informatización, Historia clínica electrónica i e-receita finalizadas Cobertura total central de chamadas	
Custo global estimado							62.500.000 €	

4. ANEXOS

ANEXO I

MESA DE RECURSOS HUMANOS

A. CRITERIOS DE REPARTO DE RECURSOS.

1.1. Nº de TIS por médico :

- Cupo base para o cálculo de necesidade de profesionais: 1.250 TSI.
- Os cupos deben de pecharse ao chegar a 1.500 TSI.
- O cupo mínimo debe de ser maior de 750TSI.
- % \geq 65 anos do cupo: non debe de haber mais dun 20% de diferenza respecto a media do centro.
- Ratio con enfermaría, PSX, enfermaría modelo tradicional.... Valoración extra polas XAP.
- Carteira de servizos (cirurxía menor, programa da muller, sintrom...etc) ofertada polo servizo, debe ser un criterio extra a valorar polas Xerencias de Atención Primaria (XAP) á hora de determinar os recursos necesarios nese servizo.
- Docencia ou no. Debe ser un criterio a valorar polas XAP.
- Investigación ou non. Debe ser un criterio a valorar polas XAP.
- Ademais as XAP deben de ter en conta o espazo físico pola imposibilidade nalgúns centros,e a planificación futura de centros.

1.2. Nº de TIS por Enfermeira :

- Igual que o cupo base de médico (1.250TSI) definindo as súas funcións : PAPPS (actividades preventivas),consulta de crónicos e domicilios...etc.
- Pediatría : igual que o cupo base do pediatra (programa do neno san).
- Inmediatamente debería existir un mínimo de 1 enfermeira /2médicos e 1 enfermeira/2 pediatras.Debe de terse en conta a integración funcional que se vai a producir .

1.3. Nº de TIS por Pediatra :

- Cupo base para o cálculo de necesidades de profesionais : 800 TSI.
- Cupo máximo : 1.200TSI.

- Cupo mínimo : 400TSI.
- En xeral : non > 1.000 e non < 500 nenos.
- % nenos < 3 anos : non debe de haber mais dun 20% de diferenza respecto a media da área.
- Docencia ou non: Debe ser un criterio a valorar polas XAP.
- Investigación ou non: Debe ser un criterio a valorar polas XAP.

1.4. Nº de TIS por PSX :

- Sempre haberá un mínimo de 1PSX por centro, e ademais outro por cada 3 facultativos.
- 3.000 - 4.500TIS/PSX,1PSX/3 cupos médicos.
- E función das XAP asegurar o apoio de PSX para outros traballos que no sexan citas e sacar e meter historias (entrega receitas...etc)
- Tamén as XAP deben de valorar a existencia de outros profesionais con parte das funcións nos centros (celadores,administrativos...),a forma da cita previa e si existe historia clínica informatizada.

1.5. Traballadora social :

- Mínimo 1 en cada Servizo de Atención Primaria (SAP)

1.6. Matrona :

- Aumentar paulatinamente a incorporación de matronas aos centros. Intentando acadar o reflectido no decreto 200 de 1 por cada SAP.

1.7. Auxiliar de enfermería :

- Mínimo 1 por SAP/UAP (Unidade de Atención Primaria) coas funcións ben definidas.

1.8. Unidades de Apoio :

- Ter en conta mais a localización das mesmas que o número (descentralización das cidades e acercar estas unidades aos usuarios...)
- A xestión é función das X.A.P. segundo frecuentación e espazo.

1.8.1. Unidades de Saúde Bucodental :

- 1 odontólogo cada 20.000-25.000h.
- 1 hixienista por odontólogo.

1.8.2. Unidades de Fisioterapia :

- Tendencia á derivación desde A.P.
- 1 fisioterapeuta cada 10.000-15.000TSI.
- As XAP deben valorar a existencia de listas de espera .

1.8.3. Farmacéuticos

- Crearase un grupo de traballo específico para redefinir as funcións da figura do farmacéutico en A.P.

B. CRITERIOS DE DETECCIÓN DE PUNTOS ASISTENCIAIS DEFICITARIOS :

2. Por parte dos Profesionais: os resultantes da falta de profesionais segundo os criterios de reparto de recursos nomeados no punto 1.

3. Por parte do centro : (a súa valoración corresponde ás XAP)

- Valoración segundo as características particulares de cada centro:
 - Situación: urbana, semiurbana (periferia) ou rural.
 - Existencia de horarios de mañá e tarde ou non e quendas deslizantes.
 - Tamaño do centro (macrocentros, microcentros):
 - Plan funcional previsto ou non.
 - Condicións de funcionalidade e estrutura do medio laboral do centro.
 - Número e tipo de profesionais existentes (médicos, enfermeiras, pediatras, PSX, administrativos, celadores, aux.clínica...)
 - Unidades de Apoio existentes:
 - ✓ Laboratorio
 - ✓ Radioloxía
 - ✓ Saúde Bucodental
 - ✓ Fisioterapia
 - ✓ S. Materno infantil (matronas...)
 - ✓ U.S.Mental
 - ✓ Outras especialidades de apoio

▪ Pirámide da Poboación :

- i. Distribución etaria (%> 65 anos, % < 3 anos). En relación coa media do SAP e da Área.

- ii. Evolución da poboación nos derradeiros 5 anos e previsións futuras.
- iii. Incremento de TIS nos últimos 5 anos.

- **Dispersión xeográfica :**
 - Tamaño do concello.Isócronas
 - Densidade de poboación.Media da área
 - Isócronas co PAC de referencia
- Existencia de Xefe de Servizo, Unidade e/ou Coordinador/a de enfermería (implicación e responsabilidade desta figura)
- Existencia de apoio administrativo (PSX : mínimo 1)
- Carteira de Servizos ofertada (segundo as directrices da Consellería de Sanidade e o Sergas, asumir novas competencias diagnósticas e terapéuticas : cita previa, cirurxía menor, embarazo de baixo risco, sintrom, telemedicina...)
- Existencia de consultorios periféricos e calidade asistencial dos mesmos : garantir que todas as unidades periféricas contén cos recursos mínimos de persoal sanitario e non sanitario definidos por esta mesa.No caso contrario valorar a súa dotación ou peche.
- Recoñecemento para a docencia
- Actividades de investigación
- Media de consecución de obxectivos nos últimos anos.
- Idade dos profesionais.Baixas laborais dos profesionais
- Ratio Médicos Familia/enfermeiras (actividades.preventivas, consulta de crónicos, domicilios)
- Existencia de pediatras de área
- Ratio enfermería / pediatría, lograr o ratio 1/1 (programa do neno san con todos os seus subprogramas, futuros programas de asma, obesidade).
- Distribución de axendas :
 - Presión asistencial : media de frecuentación dos profesionais
 - Tempo medio de dedicación por usuario (excluída a burocracia).
- Asistencia á desprazados e poboación inmigrante e/ou en risco social.

- Valorar a posible sobrecarga da atención urxente a usuarios de unidades de distinto horario de traballo (mañá ↔ tarde)

C. MEDIDAS XERAIS :

- Propoñer o desdoblamento de cotas e a creación de prazas, e traballar nese sentido desde a Consellería, axustando os orzamentos ao obxectivo final de que nos próximos 2 anos se acade a media de 1.250 TSI por médico e 800 TSI por pediatra. Ademais se acadarán as medidas necesarias para implantar as medidas solicitadas pola mesa de mellora da A.P. no referente ao resto de persoal.
- Como primeira medida aceptaríase que se cubriran a totalidade das peticións de prazas feitas polas XAP para o ano 2007.
- Unha medida a tomar a curto prazo debe de ser a redistribución de cotas médicas e de pediatría nos centros en que hai cotas “sobrecargados” e outros pequenos.
- Solicitar a inclusión na modificación do mapa sanitario a posibilidade de zonificación en cidades de mais de 250.000h (Vigo e A Coruña).
- Redefinir a distribución de recursos valorando o troco de cotas mínimos de tarde cara a apertura na mañá.
- Todas as medidas de ámbito sindical terán que ser aprobadas en Mesa Sectorial.
- Aparellado o desdoblamento de cotas debe negociarse nun prazo curto en Mesa Sectorial a modificación do modelo retributivo de cartilla a TSI.
- Facer unha memoria económica.

D. MEDIDAS PARALELAS :

- Realizar o desdoblamento de cotas segundo os criterios de detección fixados pola mesa de mellora da A.P., e ofertar as novas prazas para a súa cobertura segundo os criterios do pacto de contratación.
- Adecuar as cotas cos criterios fixados pola mesa e ofertar as prazas que xurdan aos profesionais segundo a lista de contratación .
- Mellorar as condicións da oferta de voluntariedade para o persoal de xornada ordinaria e o de xornada complementaria (PAC's)
- Para a cobertura das ausencias (substitucións) e co fin de evitar a marcha dos MIR, crear a figura de “profesional facultativo con estabilidade no sistema en categoría de vinculación continuada”.
- Intersubstitución:
 - ✓ Definición e incentivación da intersubstitución: valoración axeitada das intersubstitucións. Na actualidade supón a asunción de carga de traballo allea sen compensación xusta. A intersubstitución débese retribuír co seu valor real.
 - ✓ Os emolumentos das substitucións (intersubstitución e/ou prolongación de xornada) serán os mesmos do profesional substituído agás os complementos (trienios e

complementos persoais). O manexo da porcentaxe das substitucións de cada centro será pactado entre o xefe de servizo cos profesionais dependentes e a XAP respectiva,garantindo a calidade asistencial.

✓ Nos centros nos que sexa posible, para non diminuír a calidade da consulta e polo obxectivo das mesas de acadar ao menos 10´ por consulta, a intersubstitución poderá facerse por prolongación de xornada. A consulta do profesional substituído debe de ser solucionada na súa totalidade (e dicir, partes, receitas, domicilios...etc).

- Sábados pola mañá :

- ✓ A atención dos sábados pola mañá non debería ser considerada xornada ordinaria, senón complementaria, pola cal se trasladará á Mesa Sectorial a súa negociación neste sentido.

- Pediatría :

- ✓ Cando se supere a cota máxima, definida de 1.200 TSI,crearase unha praza nova coa redistribución correspondente de TSI. Mentres non se consiga a cobertura da praza,crearase un coeficiente corrector a negociar na Mesa Sectorial e que percibirá o pediatra con exceso de cota.

- ✓ Debe de facerse unha análise profunda e pormenorizada das prazas de pediatría de área para definir os criterios de ubicación e prestación de atención pediátrica adecuados a realidade sociodemográficas correspondentes, intentando acadar a súa reunificación.

- Medidas a longo prazo :

- Aumentar o número de prazas de acceso as Facultades de Medicina
- Aumentar o número de prazas MIR de Medicina Familiar e Comunitaria.

ANEXO II

MESA DE CALIDADE

1. PROPOSTA DE ACCESO Á TECNOLOXÍA PARA A REDE DE ATENCIÓN PRIMARIA DO SERGAS

1.1. ASPECTOS XERAIS:

1. Os especialistas de Atención Primaria deben de poder pedir todo tipo de probas nas mesmas condicións que os especialistas hospitalarios.
2. Este acceso debe ser progresivo. Máis inmediato no caso das probas que se citan como de acceso libre e no momento en que se dispoña de protocolo nas restantes.
3. Os protocolos de petición de probas deben:
 - . ser únicos para os dous niveis asistenciais
 - . elaborados coa participación de facultativos de primaria e hospitais (servizos finais e centrais)
 - . a elaboración debe ser descentralizada co fin de acurtar ao máximo os prazos
 - . deben ser validados e asumidos polo Sergas
4. Establecerase un sistema de avaliación da utilización e aplicación dos protocolos.
5. A implantación da historia clínica informatizada evitara duplicidades de probas ao poder visualizalas desde ambos niveis asistenciais.
6. Na implantación de IANUS debe de figurar unha folla de petición de probas común para os dous niveis asistenciais.
7. De existir avaliación da pertinencia da solicitude polo servizo receptor, debe ser en igualdade de condicións para todos os peticionarios.
8. As peticións deben ser informadas, tanto as solicitadas desde hospitais coma desde atención primaria.
9. Debe partirse da situación actual, de xeito que cada centro e unidade non vexa reducida a súa capacidade actual de acceso a tecnoloxía.

1.2. CATÁLOGO DE PROBAS ACCESIBLES PARA AP:

1. LABORATORIO (Hematoloxía, Análise Clínicos e Bioquímica, Inmunoloxía e Microbioloxía):

- . Acceso libre. Excepto para:

- Grupo e Rh: con protocolo
 - Cariotipo: accesible só para pediatras
 - Test do suor: accesible só para pediatras
 - Test do alento: con protocolo
- . Se o laboratorio ten protocolos específicos serán comúns tanto para primaria coma para hospitais

2. ANATOMÍA PATOLÓXICA:

- . Acceso libre.
- . Se o laboratorio ten protocolos específicos serán comúns tanto para primaria coma para hospitais

3. RADIOLOXÍA SIMPLE (tórax, ósea, abdome)

- . Acceso libre. Excepto para:
 - Ortopantografía: accesible só para odontólogo
 - Mamografía: con protocolo
- . Se o servizo de radioloxía ten protocolos específicos serán comúns tanto para primaria coma para hospitais

4. RADIOLOXÍA CON CONTRASTE:

- . Acceso con protocolo.
- . Enema opaco: con protocolo
- . Gastroduodenal: con protocolo (indicación cuestionable)
- . Tránsito intestinal: con protocolo (indicación cuestionable)
- . Urografía: con protocolo
- . CUMS (cistouretrografía miccional seriada): accesible so para pediatras e con protocolo

5. ECOGRAFÍA:

- . Acceso libre. Excepto para:
 - Cardíaca: con protocolo
 - Mama: con protocolo
 - Cadeiras: accesible so para pediatras e con protocolo
- . Valorar a futura implantación nos centros de saúde en cabeceiras de comarca xunto cun plan de formación

6. TOMOGRAFÍA:

- . Acceso con protocolo.
- . TAC cranial: con protocolo
- . TAC abdominal: con protocolo
- . TAC lumbar: con protocolo
- . TAC torácico: con protocolo

7. RESONANCIA MAGNÉTICA:

- . Acceso con protocolo.
- . RMN columna: con protocolo
- . RMN xenllo: con protocolo

8. OUTRAS PROBAS:

- . Endoscopia dixestiva alta: con protocolo
- . Colonoscopia e Rectosigmoidoscopia: con protocolo
- . EEG: con protocolo
- . EMG: con protocolo
- . Densitometría: por protocolo
- . MAPA: nos centros de saúde
- . Espirometrías: nos centros de saúde
- . Ergometría: con protocolo
- . Audiometría: nos centros de saúde
- . Eco-doppler: con protocolo

2.1. PROPOSTA DE EQUIPAMENTO DOS CENTROS DE AP

2.1.1. CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA E PEDIATRÍA

- Fonendoscopio
- Tensiómetro
- Medidor prego cutáneo
- Martelo reflexos
- Diapasón vibratorio exploración sensibilidade
- Diapasón acústico
- Audiómetro manual tonal (*) ou acceso a audiometrías
- Monofilamento
- Oftalmoscopio
- Optotipos e estenopeico
- Otoscopio e otoscopio neumático para pediatría
- Rinoscopio
- Peak flow
- Luz frontal
- Peso e tallímetro
- Termómetro
- Esfingomanómetro
- Reflectómetro
- Podoscopio (consulta de pediatría e de familia)
- Test e escalas de valoración cognitiva, funcional e psíquica (deben incluírse en lanus)
- AMPA (*)
- Luz azul (detectar úlceras)
- Orquidómetro de prades (consulta de pediatría)
- Escoliómetro (consulta de pediatría)
- Cooximetría (*en caso de consulta de tabaco*)

2.1.2. CONSULTAS DE ENFERMERÍA:

- Fonendoscopio
- Tensiómetro
- Reflectómetro para determinación de glucemia capilar
- Tiras de orina e test de embarazo
- Material para curas básico
- Pesabebés (en enfermería pediátrica)
- Peso e tallímetro
- Test e escalas de valoración cognitiva, nutricional, cutánea, funcional e psíquica
- Optotipos
- Test de estreptococo
- Termómetro dixital
- Cinta métrica
- Medidor de prego cutáneo
- Rinoscopio
- Otoscopio
- Diapasón
- Monofilamento
- Peak Flow
- Sistema de lavado de oídos
- AMPA

2.1.3. EQUIPAMENTO XERAL CENTRALIZADO DO CENTRO DE SAÚDE:

- Electrocardiógrafo con posibilidade de dixitalización
- Espirómetro
- Desfibrilador
- Pulsioxímetro(*)
- Coaguchek(*)
- Aspirador
- Bisturí eléctrico (*) (cirurxía menor), e equipo: lámpada, suturas, drenaxes , punches
- Laringoscopio e equipo intubación
- Ambú
- Lupas con luz
- Equipo oxigenoterapia
- Timpanómetro
- Lámpada de Wood
- Equipo aerosolterapia(*)
- Autoclave
- Centrífuga
- Nitróxeno líquido (valorar as mezclas criogénicas de baixa conxelación (“Histofreezer”))
- Eco-doppler(*)
- Cooxímetro(*)
- Fotografía dixital(*)
- Tonómetro ocular (**)
- MAPA(**)
- Ecógrafo(**)
- Retinógrafo dixital(**)

(*): Equipamentos non dispoñibles de forma xeneralizada que deberían estenderse a curto prazo.

(**): Equipamentos non dispoñibles actualmente que deberían estenderse a medio-longo prazo.

3. PROPOSTAS DE MELLORA DA RELACIÓN AP – AE NO SERGAS

3.1. ASPECTOS XERAIS

- A relación entre ambos niveis debe basearse no respecto mutuo e na consideración profesional.
- A discusión e posta en marcha das medidas propostas debe realizarse a través de grupos de traballo nos que participen representantes de atención primaria, atención hospitalaria e responsables de xestión tanto de servizos centrais coma de xerencias.
- As medidas propostas deben levarse a cabo tanto a nivel urbano coma rural.

3.2. COMUNICACIÓN

Diferéncianse tres niveis de actuación nos que se debe actuar de xeito simultáneo:

- a) Melloras a nivel de información
- b) Melloras na relación médico AP – paciente – médico AE
- c) Melloras a través do IANUS

a) MELLORAS A NIVEL DE INFORMACIÓN:

- Establecer un cambio organizativo encamiñado ao establecemento da figura de facultativo de referencia en atención hospitalaria co fin de que cada paciente dispoña dun facultativo responsable da súa atención a nivel do hospital. Máxima prioridade
- Este facultativo actuará como consultor dos médicos de atención primaria dos que dependan os pacientes dos que sexa referencia.

Neste sentido organizarán conxuntamente o médico consultor e os médicos de atención primaria sesións clínicas ou de discusión de casos e organizarase o acceso directo e inmediato (teléfono, correo electrónico). Contar en AP co listado telefónico de AE

- Deste xeito asignarase un facultativo de hospital a un equipo/grupo de facultativos de primaria co fin de asegurar a continuidade de atención e a responsabilidade sobre os pacientes a nivel hospitalario.

b) MELLORAS RELACIÓN MÉDICO A.P.–PACIENTE–MÉDICO A.E.

- Potenciar a folla de interconsulta baseada en episodios. Tanto en atención primaria como na hospitalaria cumprimentarase a folla de xeito correcto (lexible e completo). En atención primaria explicaranse os antecedentes, motivo de consulta e xuízo clínico e desde o hospital responderase á consulta no primeiro contacto do episodio e, finalmente, cando se peche o episodio remitirase a primaria informe completo. Máxima prioridade
- Potenciar a elaboración de procesos, guías e protocolos de xeito descentralizado, coa participación de primaria e especializada e co visado do Sergas para procesos con frecuente interconsulta a especializada. Deben elaborarse con criterios racionais e de aplicabilidade, con metodoloxía homoxénea, accesibles on line, baseados na evidencia científica e actualizadas de modo continuo. Máxima prioridade

c) MELLORAS A TRAVÉS DO IANUS:

- A mesa considera que o IANUS pode ser unha ferramenta moi útil para aumentar e mellorar a relación primaria e hospitalaria ao permitir o acceso á información de toda a historia clínica do paciente (historia única). Máxima prioridade

Propónse como medida de mellora da relación entre primaria e hospitalaria a rotación dos especialistas dun nivel en unidades do outro nivel asistencial.

3.3. AXENTE DE SAÛDE

O papel dos facultativos de atención primaria debe ser o de axente de saúde do paciente e, por tanto, o xestor de casos. Neste sentido os especialistas de hospital actúan como consultores dos facultativos de primaria.

3.4. POTENCIAR AS CONSULTAS DE ACTO ÚNICO

Aínda que é un tema de organización exclusivo da atención hospitalaria, considérase un tema importante.

3.5. CITA PARA O ESPECIALISTA DESDE AP

A mesa considera positiva que a cita para os especialistas se faciliten aos pacientes desde atención primaria. Considérase de interese informarse da experiencia doutras CCAA nas que a primeira cita dáse e decídese en atención primaria, tendo un espazo de cita exclusivo para atención primaria. Neste sentido o problema que se pon de manifesto é a situación de demora que existe actualmente.

3.6. UBICACIÓN DE CONSULTAS ESPECÍFICAS

Para temas de alta prevalencia deben ubicarse en AP e non no hospital (P.e.: as consultas de tabaquismo)

3.7. INCENTIVACIÓN

Os incentivos a directivos e resto do persoal tanto de primaria como de hospital deben orientarse a facer efectiva unha mellor relación entre os dous niveis asistenciais.

3.8. OBXECTIVOS DE SAÚDE

O sistema debe evolucionar duns obxectivos de actividade a uns obxectivos de saúde comúns para os dous niveis.

3.9. XERENCIA DE ÁREA

Non hai consenso na mesa sobre este modelo organizativo. Non se debate en profundidade.

4. PROPOSTAS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN AP

As liñas de actuación que estanse a desenvolver no eido da formación e a investigación dende a Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde oriéntanse á facilitación da maior competencia dos profesionais cara ao apoio do seu desenvolvemento profesional e á atención de calidade aos cidadáns no relativo a súa saúde.

4.1. CRITERIOS XERAIS

- Identificación das necesidades sentidas polos profesionais do sistema sanitario que oriente as accións a desenvolver.
- Achegar a formación aos profesionais destinatarios da mesma, tendo en consideración as barreiras :dispersión xeográfica; dispoñibilidade horaria
- Promover a difusión do coñecemento de maior calidade e a súa incorporación á atención sanitaria.
- Promover a xeración de coñecemento no ámbito de AP a través de investigación de calidade.

LIÑAS DE ACTUACION

Criterio temporal: Utilízase en todas elas un mesmo criterio temporal, considerando para o desenvolvemento das accións:curto prazo o no primeiro semestre do 2007; medio prazo o ano 2007; longo prazo os anos seguintes.

INFORMACION

1. Dotación de recursos informáticos para docencia e investigación nos centros de saúde.

- a. A curto prazo, dotación dun equipo en 390 servizos e unidades de AP distribuídos de xeito estratificado nas sete XAP.
- b. A medio prazo, continuación da dotación nos PACs e centros de AP.
- c.

2. Potenciar o acceso á información a través das novas tecnoloxías.

- a. Espazo específico na intranet corporativa e na web que reúne de xeito estruturado toda a información e documentación relativa a docencia e investigación que se considera de interese. Xa dispoñible, aínda que estase a reestruturar para facela mais eficiente.
- b. Definición de foros e espazos para o traballo de grupos de investigación a través da intranet. A medio prazo.

3. Establecemento de canles de información áxiles na organización.

- a. Definición da figura do responsable de formación e o responsable de investigación en cada XAP. A curto prazo.

FORMACION

1. Plan de formación continuada

- a. Estudio de necesidades formativas do sistema sanitario desenvolto no segundo semestre do ano 2006. Inclúe estudio de necesidades sentidas dos profesionais e estudo de necesidades ligadas ao posto de traballo.
- b. Integración das accións formativas nun único plan (a curto prazo)
 - i. orientado ás necesidades identificadas
 - ii. recollendo as necesidades dos diferentes grupos profesionais
 - iii. cun procedemento explícito de presentación e análise de propostas aberto a todos os centros (xa dispoñible)
 - iv. con oferta formativa en horario de mañá e tarde sempre que sexa posible.
 - v. inclúe accións formativas no lugar de traballo.
 - vi. cunha avaliación orientada á mellora das accións formativas
- c. Mellora da información e xestión das accións formativas (a curto prazo)
 - i. Reestruturación da páxina web da FEGAS orientada ás necesidades dos profesionais destinatarios das accións formativas
- d. Desenvolvemento da plataforma MESTRE de formación a distancia (xa dispoñible)
 - i. Accesibilidade dende o posto de traballo (intranet) e dende o domicilio (internet) para todos os traballadores
 - ii. Secretaria virtual. Permite a xestión a distancia e de xeito mais áxil de solicitude de inscrición, comunicación de admisión, etc.
 - iii. Liña de formación específica. Ofertada sistematicamente a todos os docentes destas actividades, cara a súa capacitación no uso desta ferramenta.
- e. Oferta de formación a distancia específica para atención primaria (a curto prazo)

- i. Medicina baseada na evidencia (oferta a 800 facultativos)
 - ii. Formación en coidados paliativos (niveis intermedio e avanzado, oferta á facultativos e profesionais de enfermería)
 - iii. Actualización en terapéutica (oferta a 450 facultativos)
- f. Oferta de formación a distancia específica para atención primaria (a medio prazo)
 - i. Xestión e administración sanitaria
 - ii. Calidade

2. Ferramentas para a autoformación: Biblioteca virtual en ciencias da saúde

- a. A curto prazo
 - i. Acceso a publicacións electrónicas para todos os profesionais de AP a través da intranet (xa dispoñible). De xeito transitorio ata a implantación definitiva da biblioteca virtual.
 - ii. Acceso á Fisterra para todos os profesionais de AP a través da intranet.
 - iii. Distribución a todos os facultativos de AP (médicos de familia, pediatras e farmacéuticos) da Guía Terapéutica en Atención Primaria (1 exemplar en papel), ademais do acceso á versión electrónica na intranet.
 - iv. Acceso as bases documentais sobre prescrición e terapéutica de i-Medicinas a través da intranet (xa dispoñible)
- b. A medio prazo
 - i. Dispoñibilidade durante o ano 2007 de acceso a biblioteca virtual dende todos os servizos de atención primaria. Acceso ás publicacións, servizos de búsqueda de información.
 - ii. Plan de formación para capacitar aos profesionais de atención primaria na utilización destes recursos.
- c. A longo prazo
 - i. Desenvolvemento de servizos específicos adaptados ás necesidades dos profesionais.
 - ii. Asesoramento cualificado na utilización de recursos documentais.

3. Ferramentas de apoio na toma de decisións

- a. A curto prazo
 - i. Guías farmacoterapéuticas en AP desenvoltas por profesionais de atención primaria en sete problemas de

saúde: diabetes M tipo II; asma no adulto; tratamento da dor no paciente oncolóxico; dislipemias; HTA; ulcus péptico e protección gástrica; otite media no neno.

- ii. Distribución e avaliación da utilidade das guías farmacoterapéuticas seis meses despois da súa entrega os profesionais.

b. A medio prazo

- i. Adecuación de Fisterra ás necesidades dos profesionais do sistema sanitario público de Galicia a través da personalización e evolución da mesma. Traballo conxunto de Fisterra e a Consellería e o Sergas.

4. Participación na docencia clínica de pregrao

a. A curto prazo

- i. Establecemento da oferta docente que atención primaria pode facer cara a docencia clínica dos estudantes de medicina, enfermería, fisioterapia, etc.
- ii. Definición do procedemento para participar nesta docencia clínica de xeito explícito.
- iii. Fomento da participación de todos os profesionais e centros na docencia clínica de pregrao, sempre que se reúnan os criterios de calidade esixidos.

b. A medio prazo

- i. Recoñecemento da labor docente, tanto por parte das institucións académicas como do sistema sanitario.

INVESTIGACION

1. Definición das liñas prioritarias de I+D+i en ciencias da saúde

a. A curto prazo

- i. Incorporación no Plan Galego de Investigación, Desenvolvemento e Innovación Tecnolóxica 2006-2010 dun área sectorial específica en ciencias da saúde.
- ii. Establecemento da prioridade do apoio á investigación en atención primaria nas convocatorias de axudas a proxectos e recursos humanos.

b. A medio prazo

- i. Convocatorias de axudas a investigación en atención primaria e enfermería, tendo en conta as liñas priorizadas na sectorial do PGIDIT 2006-2010

2. Apoio a investigación en atención primaria

a. A curto prazo

- i. Oficina de Apoio á Investigación. Dependente da SX de Docencia e Investigación, presta apoio a todo profesional que requira algunha consulta en relación con investigación. Acceso a través da intranet.
- ii. Constitución do grupo técnico de investigación que integra aos responsables de investigación de cada XAP e centro hospitalario. Órgano de participación na toma de decisións neste ámbito.
- iii. Acceso á programas de análise estatístico. A través de licenza institucional que permite o uso a todo profesional que estea a desenvolver un traballo de investigación.
- iv. Ampliación a área de referencia das respectivas fundacións de apoio a investigación existentes en cada un dos sete complexos hospitalarios. Apoio á xestión económica de recursos para investigación en atención primaria.
- v. Elaboración e distribución da Guía do investigador que informa sobre os recursos de apoio existentes, fontes para consulta, etc.
- vi. Elaboración da Guía de Boa Practica en Investigación. Orientada a responder as necesidades de información sobre os aspectos éticos e legais que debe ter en conta todo investigador.

b. A medio prazo

- i. Consolidación das unidades de apoio a investigación. Sete unidades coordinadas a nivel de C.A. que dan apoio aos profesionais do seu ámbito de referencia.
- ii. Apoio estruturado en bioestadística para consulta dos profesionais que levan adiante proxectos de investigación.
- iii. Establecemento dunha rede de unidades de apoio á investigación: dotación en cada XAP de equipamento para traballo a través de videoconferencia entre profesionais de diferentes centros ou áreas.

3. Plan de apoio á investigación en coidados de enfermería

a. A curto prazo

- i. Comisión técnica de investigación en enfermería. Formada por un profesional de cada XAP e centro hospitalario; órgano asesor da SX de Docencia e Investigación nas accións de desenvolvemento da investigación en coidados.

- ii. Establecemento das liñas prioritarias de investigación en coidados en AP.
- iii. Participación no Centro Colaborador do I Joanna Briggs sobre coidados baseados na evidencia. Convenio asinado por catro anos.
- iv. Formación na metodoloxía de investigación e de revisións sistemáticas.

b. A medio prazo

- i. Fomento da participación e progresivo liderazgo na realización de revisións sistemáticas sobre coidados.

COMENTARIOS DA MESA

- Existe acordo con estas liñas de actuación.
- Solicítase un calendario claro das accións a desenvolver.
- Importancia da información aos profesionais.
- Necesidade dun recoñecemento das actividades docentes e de investigación na carreira profesional.

Discrepancias:

- Necesidade de formación no tempo de traballo. Plantéxase a proposta de substituír a actividade asistencial da mañá de sábado por actividades formativas, no caso de pediatría sobre todo.
- Falta de tempo e dificultades na accesibilidade a formación continuada
- Importancia do portafolio como instrumento para a definición de necesidades individuais de formación e método para avaliación de resultados.

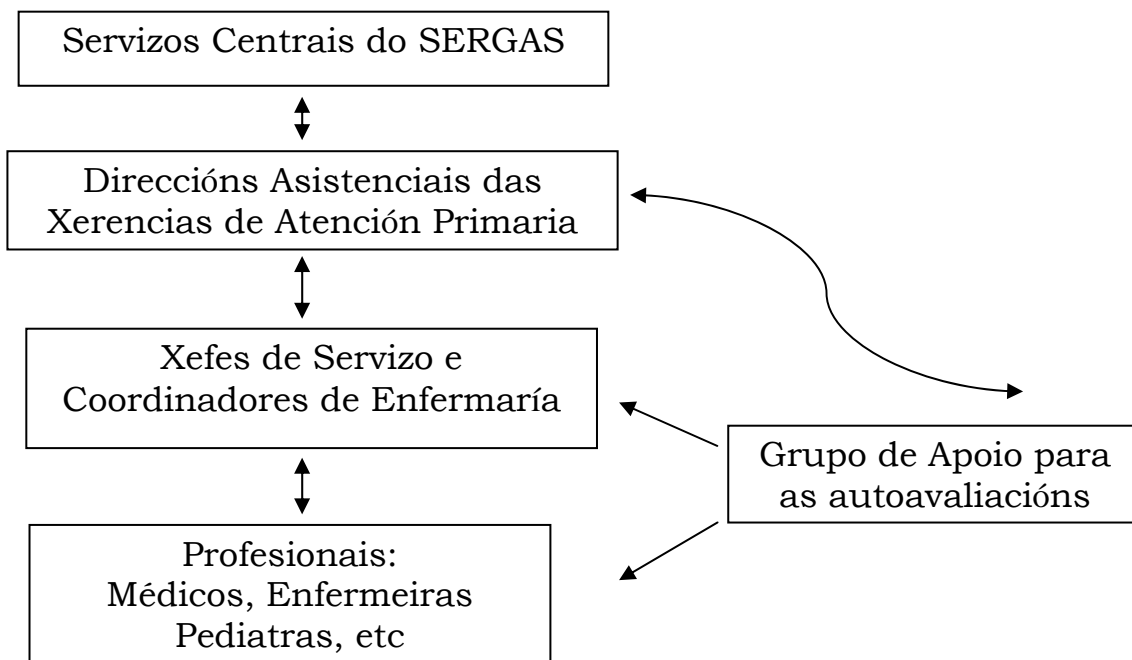
5. PROPOSTAS DE AVALIACIÓN DA ACTIVIDADE DE AP

O deseño do Protocolo de Actividade (PA) para 2006 baseouse nas Directrices estratéxicas da Consellería, no Plan de Saúde, na análise PA e avaliacións previas, na definición dos criterios xerais e na participación directivos todas as áreas.

CRITERIOS XERAIS

- Pasar do control de calidade á mellora
- Deseño obxectivos comúns e obxectivos individuais
- Deseño obxectivos por grupo profesional
- Incentivar claramente a organización do servizo
- Promover a figura do xefe de servizo
- Implicar aos profesionais na avaliación da súa actividade
- Potenciar o traballo en equipo
- Dar máis importancia ás actividades de formación e investigación

ORGANIZACIÓN DO PROCESO DE AVALIACIÓN :



O Protocolo de Actividades consta dos seguintes apartados que deben avaliarse:

- Obxectivos básicos de obrigado cumprimento para todos os profesionais
- Obxectivos comúns a todo o servizo (de calidade, atención ao usuario...)
- Obxectivos asistenciais pactados individualmente en cada Servizo e para cada categoría profesional
- Obxectivos de xestión (para xefes de servizo e Coordinadores de enfermaría)

◆ TAREFAS DA XERENCIA:

- Envío manual de instrucións
- Creación grupo de apoio na área
- Taller de formación para autoavaliación
- Material para presentación na sesión clínica no centro
- Avaliación dos informes presentados polo xefe de servizo
- Avaliación de aqueles centros sen xefe de unidade

◆ TAREFAS DO XEFE DE SERVIZO:

1. Avaliación Obxectivos Básicos e de obrigado cumprimento:

- Facer un informe co grao de cumprimento do horario dos profesionais do seu Servizo.
- Cobertura de historias clínicas de cada cupo: enviar á Xerencia o número de historias clínicas abertas por cupo.
- Enviar informe dos rexistros de crónicos do Servizo a ser posible en formato electrónico (anexo 1)
- Organizar a autoavaliación das historias clínicas do PAC (anexo 2)

2. Avaliación Obxectivos Comúns:

Obxectivos asistenciais

- Para Xefes de Servizo: Informe cos datos de avaliación do estado do Programa Asistencial posto en marcha no Servizo
- Para Coordinadores de Enfermaría: Informe cos datos de avaliación do estado do servizo escollido

Obxectivos de Atención aos usuarios (cumprimentar o elixido):

- Accesibilidade: presentar o informe co proxecto de mellora organizativa da area administrativa
- Atención ao usuario: Informe e avaliación do procedemento para a xestión das reclamacións do Servizo + ter actualizados os paneis informativos do centro de saúde + presentar o tríptico

Obxectivos de calidade (segundo elección):

- Entrega de calendarios e permisos en tempo e forma
- Entrega da proposta organizativa (normativa de orde interno do Servizo para atención das urxencias, sábados, turnos de vacacións, etc)
- Entrega da Guía Organizativa
- Envío de actas (segundo anexo 11) das reunións de equipo e listado das areas de responsabilidade asignadas

Obxectivos de Docencia, Formación e Investigación (segundo anexo 10):

- Realizar o Informe co calendario de sesións semestral
- Confirmar as sesións que impartiu cada profesional do equipo
- Realizar o Informe dos proxectos de investigación do seu Servizo
- Realizar o Informe da actividade docente desenvolvida no Servizo (cursos recibos ou impartidos por cada profesional)

3. Validar a avaliación individual de cada profesional

- Validar o informe de cada profesional

◆ TAREFAS DOS PROFESIONAIS:

1. Avaliación obxectivos básicos

- Suministrar ao Xefe de Servizo os datos dos ficheiros de pacientes crónicos actualizados en caso de non telo informatizado segundo planilla do anexo1
- Contar o número de historias abertas no cupo

2. Avaliación obxectivos individuais

3. Colaborar na avaliación dos obxectivos comúns (manual con instrucións para cada categoría)

CRITERIOS DE FUTURO:

- Basearse na historia clínica electrónica de AP
- Revisar os criterios de calidade asistenciais para as patoloxías máis prevalentes
- Actualizar as guías clínicas e farmacoterapéuticas
- Facilitar a accesibilidade no posto de traballo ás bases de datos, bibliografía, etc.
- Posibilitar a autoavaliación de maneira continua

COMENTARIOS DA MESA:

- Hai acordo en relación aos criterios xerais do PA 2006
- Discrepancia en:
 - Data final precipitada para a complexidade da avaliación
 - Considera que atrasar a avaliación sería aceptada por profesionais e que isto melloraría a aprendizaxe organizativa que se busca co PA
 - Necesaria a visita aos centros para comunicalo aos profesionais.
 - A recuperación da garantía de calidade como método de traballo nos centros debería ser unha liña estratéxica PERO non ligada a retribución.
 - Débense avaliar : indicadores de resultados ou de proceso, participación en actividades de garantía de calidade nos centros...
- Aspectos que se deberían mellorar no PA 2007:
 - Maior participación no deseño
 - Incluír obxectivos por área de saúde con maior horizonte temporal
 - Mellorar os indicadores
 - Insistir en avaliar resultados
 - Indicadores por proceso e morbimortalidade
 - Axustar por variabilidade de profesionais (cupos, pirámide, distancia ao hospital, recursos do centro/profesional, substitucións)
- Condicións da organización necesarias para unha mellor continua :
 - Mellor distribución de cotas
 - Revisión de funcións de enfermería, PSX, e outros profesionais
 - Mellorar a ferramenta informática de IANUS (lenta e dificultosa)

ANEXO III

MESA DE DESBUROCRATIZACIÓN

Despois de diversas intervencións, fanse as seguintes puntualizacións:

- A prescrición electrónica actual é claramente insuficiente, pero coa dispensación electrónica, pódese asimilar á receita multiprescrición defendida pola Plataforma 10 minutos, para que a receita deixe de ser un albará.
- En canto á salvagarda da confidencialidade cunha base de datos centralizada/descentralizada, a mesa opina que este debate correspóndelle á sociedade civil..
- A mesa expresa a súa preocupación polo funcionamento cotián desde o punto de vista tecnolóxico.
- Por parte do SERGAS, sinálase a necesidade de interoperabilidade dos sistemas de información sanitarios das CCAA, promovidos polo MSC e Red.es, co programa “Avanza” (incluíndo tarxeta sanitaria, receita electrónica e historia clínica). Tamén se expón o modelo de receita da Consellería, cunha presentación que algúns compoñentes da mesa non viran (por estar no subgrupo de IT). Tamén se expón que desta forma salvagárdase polo SERGAS a seguridade da base de datos, que asume así a custodia e protección da información clínica que lle corresponda normativamente.
- Insístese na adecuación normativa e nas funcionalidades da prescrición electrónica actual. Inclúe a revisión do procedemento para absorbentes, visados, duración do tratamento (ao menos 6 meses), simplificar o procedemento actual da prescrición electrónica.
- Para unha boa xestión de receita e IT é necesaria a adecuación de recursos humanos (nº TSI por cota, PSX, etc.).

Fanse comentarios á documentación coas modificación xa pilotadas de IT, transporte e receita. Avalíase positivamente a simplificación do funcionamento. Están en estudo outros aspectos como a utilización do tabulador, a herdanza do informe, o feed back permanente, etc.

Revísanse as conclusións propostas pola Moderadora, que quedan como sigue:

1. CERTIFICADOS

- A **elaboración de certificados** débese limitar aos obrigados por normativa.
- Enviar unha circular aos xefes de servizo / unidades indicando o procedemento de actuación ante a petición destes documentos, definindo cando ten sentido emitilos e cando non.
- Proponse tamén elaborar un modelo único de certificado que de cobertura a toda a casuística e implementalo en IANUS de forma que se automatice a emisión do mesmo

2. AXENDA DE CALIDADE

Destácanse como problemas a crispación por sobrecarga da axenda, o incremento de expectativas na poboación, o incremento da carteira de servizos sen aumento paralelo de recursos, o “forzar” citas en medicina de familia que poderían / deberían ser atendidas por outros profesionais (exemplos, procesos agudos de odontoloxía).

- Apúntanse como liñas de actuación para a súa mellora:
 - Mellor configuración das axendas dos profesionais.
 - Homoxeneizar o traballo e a xestión dos equipos.
 - A normalización de actos e procedementos de citación.
 - Revisar a carteira de servizos de enfermería.
 - Coordinación entre profesionais.
 - Formación en xestión de consulta e dinamización de equipos.

3. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

A **Historia Clínica Electrónica** débese mellorar nos seguintes aspectos:

- A ferramenta informática debe ser máis áxil.
- Os fluxos de traballo que estaban delegados a outros colectivos agora volven a recaer nos facultativos e isto está supoñendo unha sobrecarga de traballo.
- Estanse xerando excesivas expectativas que non se ven cubertas.
- É necesario realizar un maior esforzo na formación e na xestión do cambio.
- Contidos por profesional (pediatría, enfermaría, etc.)
- Facilitar a telemedicina.
- Informatización de todos os profesionais.
- Garantir un ancho de banda que evite lentitude e/ou colapsos.

4. TRAMITACIÓN IT

- Propoñer modificación normativa para que a periodicidade dos partes de confirmación se elixa con criterios clínicos.
- Propoñer modificación do procedemento de xestión de IT para que sexa obrigatoria a elaboración da baixa polo facultativo que diagnóstica a necesidade desa prestación, sexa en consulta ou paciente ingresado.
- Solicítase de Atención Especializada a elaboración dos partes de confirmación no caso de pacientes ingresados, mentres non se realice a periodicidade por criterios clínicos.
- Solicítase que esta proposta sexa remitida ao Consello Interterritorial.
- Apróbase o documento presentado como alternativa organizativa para xestión de IT e receitas na área administrativa con carácter transitorio.
- Deberase considerar o impacto organizativo e económico que a desburocratización das consultas poida ter na área administrativa.
- Proponse considerar alternativas como a central de chamadas e a citación por Internet.

- Recórdase que non é obrigatoria a baixa nas ausencias inferiores a tres días, sendo suficiente un informe para a súa xustificación; isto inclúe os propios traballadores do SERGAS.
- Instase ao SERGAS a informar da correcta utilización deste servizo a Mutuas, Centros educativos, pacientes de MUFACE.
- Faise notar a tramitación actual do Anteproxecto de Lei de Medidas en Materia de Seguridade Social.

5. RECEITA ELECTRÓNICA

- O plantexamento que o SERGAS realiza respecto ao proxecto de receita electrónica (prescrición e dispensación electrónica) correspóndese coa receita multiprescrición defendida pola mesa.
- O tempo de implantación de todo o proxecto, incluíndo a conexión coas farmacias, está estimado en máis dun ano. Este feito é un importante contratempo para cumprir cos obxectivos de desburocratización das consultas. Deberían focalizarse todos os esforzos en acurtar os tempos de implantación.
- Existen poucas solucións a curto prazo que poidan mitigar os problemas xerados polo procedemento actual de emisión de recitas. A normativa é moi ríxida ao respecto e non facilita a definición de escenarios intermedios, previos á implantación da receita electrónica.
- Debe esta garantida a confidencialidade e seguridade da información clínica. A sociedade civil debería participar neste debate.
- A ferramenta de prescrición electrónica actual debe mellorar en funcionalidade e tempo de transmisión de datos.

Como vías alternativas a curto prazo propóñense:

- Activar en IANUS a posibilidade de xerar e imprimir as recitas con firma dixital. Isto evitaría o acto da firma manuscrita por parte do profesional, co conseguinte aforro de tempo, e facilitaría a posibilidade de imprimir estas receitas nunha área administrativa.
- Valorar en que centros se poderían utilizar as áreas administrativas para descargar aos médicos do traballo de impresión da receitas. Isto só se podería facer nos centros onde estas áreas administrativas estivesen ben dimensionadas.
- Proponse a multiprescrición para axilizar a xeración de receitas. Neste punto a Subdirección de farmacia indica que a normativa estatal non permite manexar este concepto. Non obstante no proxecto de receita electrónica esta filosofía queda plenamente recollida.
- Maior duración da prescrición (6 meses).
- Revisar os visados de repetición.
- Sinálase a dificultade derivada da diferente duración dos medicamentos.
- Suxírese diferenciar quén prepara as receitas (facultativo, enfermaría) e quén as entrega (facultativo, enfermaría, unidade administrativa).

6. BUROCRACIA DELEGADA

- Existe un importante grao de “**burocracia delegada**” desde especializada, que deberían haberse xestionado á alta do paciente nos

procesos de hospitalización, na consulta externa ou en urxencias, tramitando derivacións inducidas polo especialista cando debería ser o propio especialista o que xestionase a cita sucesiva...

- Afecta a receitas, parte de baixa/confirmación, e a prescrición do transporte.
- **Trasladarase oficialmente á Atención Especializada o malestar existente** polas disfuncións que se están producindo e que supón cargar máis a actividade dos médicos de primaria.

7. OUTRAS CONSIDERACIÓNS

- Transmitir aos profesionais as vantaxes da informatización pero tamén a duración do proceso de cambio (no caso de OMI, estímase que a súa implantación hasta a confortabilidade no uso do sistema, levou dous anos).
- Transmitir ao SERGAS a necesidade de poder explotar os datos clínicos do paciente e de autoavaliación, como medio para promover a utilización da ferramenta.
- Transmitir ao SERGAS a necesidade de difundir a todos os profesionais as modificacións, alertas, etc.
- Propoñer a incentivación da utilización da historia clínica informatizada, como inversión do futuro.
- Ter en conta os aspectos ergonómicos do traballo con ordenadores na informatización das consultas.
- É necesario facilitar o **traballo de investigación e docencia** e dar accesibilidade a Internet, as revistas, bases de datos e publicacións científicas. (outra mesa)
- Débese aumentar a capacidade **de resolución en atención primaria**, tendo acceso á petición de probas. (outra mesa)
- Desenrolo normativo. É imprescindible para a receita electrónica o cambio na periodicidade dos partes de confirmación. Cabe a posibilidade de impulsalo a través do Consello Interterritorial.

ANEXO IV

ORZAMENTOS SERGAS 2007: INCREMENTO DE PERSOAL ATENCIÓN PRIMARIA

	Prazas	Custo (€)
Médicos	25	1.097.003
Pediatras	3	127.532
ATS/DUE	41	1.074.444
Persoal de Servizos Xerais	64	1.032.854
Odontólogos	4	149.917
Técnicos especialistas	3	55.084
Matronas	1	27.766
Fisioterapeutas	2	48.154
Traballadoras sociais	1	23.825
Total	144	3.636.579