



Metges de
Catalunya

MILLORANT L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Juliol 2017

MILLORANT L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- **Assignació per a l'atenció primària que representi un mínim d'un 20% del pressupost de Salut.**
- **Màxim de 1.000 pacients per Medicina Familiar i Comunitària, 850 per Pediatria, 11.000 per Odontologia i 8.800 per Ginecologia.**
- **Màxim de 25 visites diàries (presencials i no presencials).**
- **Substitució de les jubilacions dels últims cinc anys, les absències programades i les superiors a 48 hores. En cas de no trobar suplents, compensació dels professionals que facin les cobertures.**
- **Eradicació dels contractes precaris.**
- **Elecció de la direcció dels centres pels mateixos treballadors de l'equip, garantint també la participació en els processos d'avaluació.**
- **Obligatorietat de presentar i negociar amb els professionals, durant el primer trimestre de cada any, la proposta de direcció per objectius (DPO), basada en criteris ètics, clínics i no econòmics. Objectius dels directors de centres, públics i coneguts per l'equip.**
- **Reconeixement de les malalties infeccioses i de la sobrecàrrega física o mental com a malalties o accidents laborals.**
- **Facilitar i promoure la conciliació de la vida personal i laboral, especialment en les reduccions de jornada per cura de familiars.**
- **Avaluació i implementació dels canvis necessaris en el programa e-CAP.**
- **Garantir un pla individualitzat de formació anual a proposta de cada professional.**
- **Adequació dels nivells III i IV de carrera professional a la realitat i les característiques de l'atenció primària.**

Entenent que la solució definitiva passa de forma clara per una dotació pressupostària coherent amb les exigències poblacionals, la cartera de serveis i les condicions laborals dignes dels professionals que realitzen la feina, inicialment intentarem incidir sobre aquelles mesures que poden fer millorar la tasca assistencial dels professionals i, de forma secundària, la qualitat assistencial per a un major rendiment i benestar dels treballadors, sense suposar un augment en la despesa pressupostària inassolible per a aquest any 2017.

Facilitar i promoure la conciliació de la vida personal i laboral, especialment en les reduccions de jornada per cura de familiars

En l'actualitat, el col·lectiu facultatiu és majoritàriament femení.

Entenent que el principi d'igualtat i no discriminació suposa una absència de tota discriminació per raó de sexe, tant en l'accés a l'ocupació com en les condicions per al desenvolupament del treball.

La realitat detectada després de valorar els riscos psicosocials mitjançant el PSQCAT (instrument internacional per a la recerca, l'avaluació i la prevenció dels riscos psicosocials) ens mostra resultats molt pitjors en el col·lectiu femení, doblant l'indicador de la doble presència (la majoria de dones treballadores fan la major part del treball domèstic i familiar, el que implica una doble càrrega de treball si ho comparem amb els homes). A més, el treball familiar i domèstic implica exigències que han d'assumir-se de forma simultània a les del treball remunerat, i l'organització d'aquest dificulta o facilita la comptabilització d'ambdós, presentant clares diferències en les exigències psicològiques quantitatives i sensorials (exigències laborals respecte els nostres sentits). De les anàlisis efectuades amb les dades poblacionals daneses i espanyoles, aquestes exigències s'han relacionat amb símptomes somàtics d'estrès.

Les mesures plantejades per facilitar la conciliació passen per una distribució de la jornada laboral més en consonància amb les necessitats reals dels usos del temps. Buscar un equilibri entre les necessitats assistencials de la població, tenint com a únic paràmetre la millora assistència i no el confort, i les necessitats dels treballadors. Entenem que una modificació en els horaris de realització de consultes programades dels centres d'AP i del seu tancament, podria millorar el desajust de la doble presència i l'esgotament psíquic que actualment pateix el col·lectiu facultatiu.

Proposem el tancament dels EAP, per a tots els conceptes, a les 20.00 hores i la finalització de les consultes programades a les 17.00 hores, facilitant torns assistencials que permetin donar resposta a les necessitats urgents poblacionals des de les 17.00 hores fins el tancament, a les 20.00 hores. Les jornades que vagin més enllà de les 20.00 hores, s'entén que han de ser considerades com a jornada d'atenció continuada. La jornada laboral dels EAP serà de dilluns a divendres. Dissabtes, diumenges i festius seran considerats jornades d'atenció continuada en aquells punts assistencials que el CatSalut decideixi que han d'estar oberts per mantenir les isòcrones assistencials i poder donar la resposta adequada a les possibles necessitats poblacionals.

Potenciarem la jornada no presencial. No és propi d'una empresa del segle XXI pensar que el presencialisme és l'únic control de productivitat i bona feina.

Històricament, el col·lectiu de facultatius ha demostrat una responsabilitat social i professional molt rellevant. És coneguda la dedicació dels professionals de la medicina per mantenir i millorar els seus coneixements, ja que de mitjana dediquen 4 hores setmanals de temps personal a la formació continuada, formació que els permet mantenir els nivells de qualitat, malgrat les mancances en personal, les llistes d'espera i els problemes d'obsolescència de les infraestructures i de l'utilitatge, el que els permet estar a l'avantguarda mèdica mundial, tot i la clara falta de formació reglada dels diferents proveïdors sanitaris. Demanem el reconeixement de l'esmentada formació i que estableixin mecanismes per donar valor a tot l'esforç que diàriament fan les professionals facultatives per ser punteres en coneixement i en la resolució dels problemes i necessitats canviants de la població.

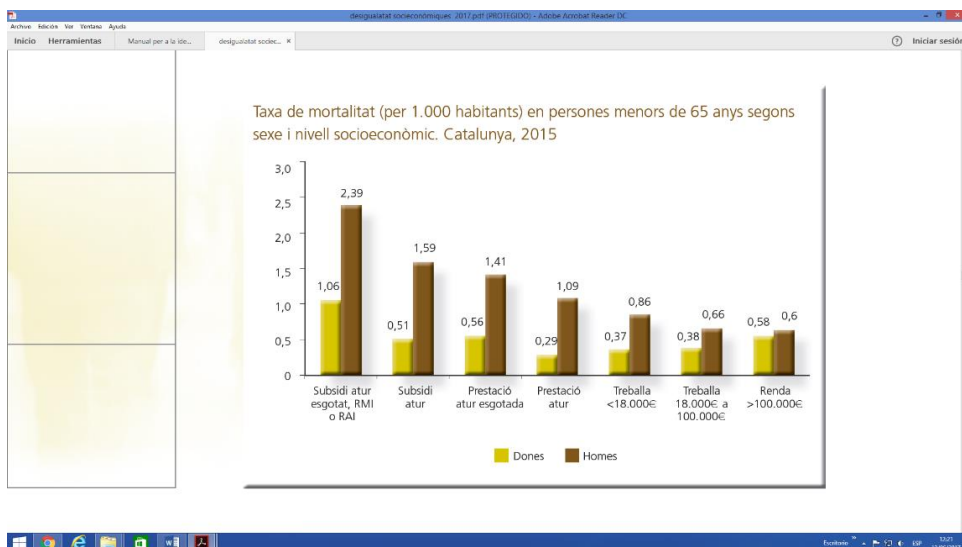
Entenem que una millora en les jornades dels equips d'atenció primària facilitarien una millor conciliació i, possiblement, acabarien revertint en un guany d'hores de feina, ja que considerem que gran part de les reduccions per cura de familiars podrien no demanar-se si la jornada ordinària permetés la conciliació real.

En un moment com l'actual, amb una mancança clara de professionals mèdics, menys reduccions són més hores disponibles, i s'han de visualitzar com un guany molt gran per al sistema.

ICS.- Resum prevalença d'exposició dels facultatius. Atenció primària per gerències i gènere

	PRIMÀRIES - ICS																								
	T. Ebre		Camp Tarrag.	Camp Tarrag.	Girona		Alt Pirineu		Alt Pirineu	BNM	BNM	BCN	BCN	Cat. Central	Cat. Central	Vallès Or. Occ.	Vallès Or. Occ.	Costa Ponent	Costa Ponent	AP Lleida	AP Lleida	AP ICS			AP ICS
	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona	home	dona			home
Doble presència	67,50	83,67	48,28	89,25	49,46	85,71	41,18	75,00	44,44	79,91	45,45	82,42	46,34	80,87	49,98	86,57	44,15	84,24	46,75	83,52	46,82	82,87			
Exig. psic. Quantitatives	70,00	79,17	70,49	80,00	75,00	85,59	47,06	60,00	67,97	80,65	68,78	81,87	68,24	77,39	65,54	83,94	71,57	86,51	70,00	78,49	69,28	82,54			
Exig. psic. Sensorials	86,49	91,30	91,23	90,22	87,23	93,28	76,47	100,00	83,33	92,69	89,36	91,71	94,05	95,58	91,16	91,88	84,82	93,40	88,61	95,65	88,06	92,82			
Exig. psic. Cognitives	97,50	97,44	89,06	94,51	93,10	98,32	94,12	95,00	91,13	95,79	93,99	96,05	96,34	96,40	95,21	96,97	92,59	96,02	96,10	98,88	94,46	95,17			
Exig. psic. Emocionals	82,50	73,33	70,69	83,70	78,26	80,83	58,82	78,95	66,67	77,78	65,92	77,44	79,76	78,38	75,17	81,02	74,47	78,83	75,00	82,95	73,63	78,37			
Amagar emocions	83,78	86,36	69,49	82,61	84,78	80,33	86,67	89,89	83,33	81,48	74,73	81,47	87,65	78,57	83,45	82,63	76,44	83,74	77,63	89,13	81,89	82,07			
Influença	39,02	40,43	36,67	41,94	37,63	37,61	58,82	40,00	36,00	39,44	37,84	33,43	49,40	38,05	36,67	33,46	37,63	36,47	35,80	42,39	38,58	34,52			
Control temps de treball	50,00	54,35	36,21	89,57	36,36	49,15	46,67	42,11	50,41	64,04	35,03	47,93	37,66	43,12	40,54	47,15	39,15	55,33	40,28	52,22	39,62	49,76			
Possibilitats de desenvol.	60,98	66,67	59,02	58,70	70,65	71,19	75,00	70,00	55,81	66,51	63,24	69,25	67,07	62,07	70,75	67,77	61,73	64,11	62,50	63,83	64,56	67,46			
Sentit de la feina	60,98	61,22	55,93	54,26	54,26	61,16	62,50	68,42	51,16	57,87	60,11	63,20	60,71	59,48	66,67	66,42	54,36	63,02	52,50	58,06	58,27	62,99			
Integració a l'empresa	34,15	41,67	43,10	45,16	38,04	43,33	47,06	36,84	43,09	40,67	43,24	38,53	46,34	34,55	37,50	34,59	43,75	36,12	44,87	53,26	35,01	37,29			
Inseguretat	85,37	77,08	71,67	76,60	80,21	74,17	64,71	75,00	80,47	75,23	68,78	79,94	80,95	75,65	84,14	88,48	72,96	78,69	82,50	86,02	77,45	79,78			
Claredat de rol	35,90	39,13	37,29	35,87	34,78	33,90	35,29	40,00	41,32	39,15	38,46	41,31	38,46	33,95	41,55	37,59	37,50	34,32	44,74	46,15	35,20	34,13			
Conflicte de rol	64,21	77,08	77,19	75,00	78,95	86,55	75,00	77,78	76,42	77,46	78,65	80,35	82,93	72,97	81,82	76,34	78,49	81,16	84,62	90,11	79,83	79,43			
Previsibilitat	36,59	47,92	45,76	45,65	44,33	45,00	50,00	31,58	40,16	53,18	42,78	37,57	39,51	36,21	33,56	48,88	34,54	36,17	52,50	56,52	37,37	35,07			
Suport social	38,89	36,73	43,10	35,87	38,46	36,89	41,18	42,11	44,96	42,99	47,62	45,30	40,96	36,28	60,14	55,51	45,83	44,42	36,25	43,48	47,29	45,10			
Reforg.	58,54	36,96	35,59	53,19	52,63	47,97	47,06	40,00	44,09	34,72	33,86	37,91	50,00	47,37	41,61	40,44	38,02	37,02	41,25	36,17	35,09	36,64			
Posib. relació social	53,68	57,14	40,98	44,21	41,67	39,67	41,18	55,00	50,77	42,63	43,16	40,05	44,58	37,61	35,81	37,59	41,75	41,79	41,98	34,04	42,95	41,13			
Sentiment de grup	41,46	42,55	39,34	35,48	38,30	39,50	47,06	35,00	34,38	34,25	37,23	38,08	34,94	39,32	47,30	38,91	37,63	41,02	37,50	36,26	36,96	37,36			
Qualitat de lideratge	43,90	46,81	34,48	33,71	46,81	44,26	37,50	57,89	35,43	35,51	39,57	36,71	37,04	34,48	49,32	37,78	34,72	36,61	45,68	47,83	36,90	33,25			
Estima	75,00	71,43	63,33	66,67	65,59	58,33	56,25	65,00	61,79	55,66	57,75	59,89	62,65	55,17	46,85	50,56	59,28	57,32	61,25	75,27	58,84	56,34			

En l'*Informe de desigualtats socioeconòmiques en salut*, elaborat per AQuAS i l'Agència de Salut Pública de Catalunya, veiem que a la Catalunya de 2015, ser dona treballadora empitjora la taxa de mortalitat respecte a aquelles dones que reben la prestació d'atur, pel que es pot especular que la doble presència i les exigències sensorials i qualitatives poden influir de forma causal en aquesta taxa.



Avaluació i implementació dels canvis necessaris en el programa e-CAP

Actualment, l'e-CAP és el programa informàtic que actua com a història clínica en la gran majoria d'EAP, amb la perspectiva que s'acabi emprant com a Història Clínica Compartida de Catalunya. Les reclamacions d'avaluació giren al voltant de millorar les exigències psicològiques sensorials, cognitives i quantitatives. La Llei 31/1995 de Prevenció de Riscos Laborals es formula amb l'objectiu de determinar garanties i responsabilitats davant la protecció dels treballadors en relació amb els riscos derivats de les condicions de treball.

Interpretem que el programa e-CAP presenta riscos psicosocials i ergonòmics, que una vegada valorats i corregits podrien millorar de forma clara el treball en els EAP i fomentar la salut dels professionals sanitaris, així com millorar l'efectivitat assistencial. Així ho entén també Inspecció de Treball que, en un requeriment arrel de la demanda del nostre sindicat, confirma que el programa presenta riscos tant de càrrega de treball com de tipus ergonòmic, i dicta un requeriment a l'ICS per fer una avaluació dels mateixos en un període no superior als sis mesos.

Reconeixement de les malalties infeccioses i de la sobrecàrrega física o mental com a malalties o accidents laborals

La Llei general de la Seguretat Social, en l'article 157, defineix la malaltia professional com la que contreu el treballador o la treballadora com a conseqüència del treball que executa per compte d'altri, en les activitats que s'especifiquen en el quadre aprovat i que estigui provocada per l'acció dels elements o substàncies que s'indiquen al quadre per a cada malaltia (article 157 del Reial decret legislatiu 8/2015).

El novembre del 2006, es va publicar el quadre vigent de malalties professionals en el sistema de la Seguretat Social que recull i codifica totes les malalties professionals i els corresponents agents causals. Així mateix, reconeix un llistat de malalties de les quals se sospita el seu origen professional i que en un futur es podrien incloure al llistat definitiu (annex 1 del Reial decret 1299/2006, de 10 de novembre).

La qualificació de les malalties com a professionals correspon a l'entitat gestora respectiva (INSS, ISM) sense perjudici de que puguin ser tramitades com a tals per part de la mútua que hagi assumit la cobertura de les contingències professionals.

S'estableix l'obligació de comunicar les malalties professionals a la Secretaria d'Estat de la Seguretat Social. Aquesta obligació recau en l'entitat gestora o en la mútua col·laboradora amb la Seguretat Social que assumeixi la protecció de les contingències professionals, que haurà d'elaborar i tramitar el comunicat de malaltia professional.

A Catalunya s'ha establert que l'organisme competent per a la valoració de les contingències professionals sigui l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM), que depèn del Departament de Salut. Aquest organisme, un cop estudiat el cas, emetrà un informe de la seva valoració a l'entitat gestora (INSS) que qualificarà la malaltia de forma definitiva.

És coneguda l'elevada exposició dels facultatius a malalties professionals per causa biològica, sent tots els agents susceptibles de causar malaltia humana possibles agents generadors de malaltia professional. Ens genera dubtes la baixa taxa de malalties professionals concedides per aquesta causa, amb el doble risc que la falta de detecció o l'infradiagnòstic podrien estar produint tant als usuaris interns com externs.

L'elevat compromís de les facultatives d'AP ha fet que, en moltes ocasions, acudeixin als llocs de treball en situacions de limitacions funcionals reals a causa de malalties professionals, sent els agents biològics una causa d'elevada probabilitat vinculada a l'esmentada malaltia professional. Cal recordar que el no reconeixement de la malaltia professional i l'haver-se d'acollir a un procés d'incapacitat temporal no laboral, suposa un esforç econòmic important que, sumat a l'elevada responsabilitat en el lloc de treball i a conèixer que aquesta absència genera una distorsió important en el resta del grup professional a l'hora de fer les tasques ordinàries, provoca que, en masses ocasions, els facultatius vagin malalts a la feina. La valoració i correcció de la mancança ressenyada generaria confiança i empatia professional vers l'organització, en un col·lectiu que fonamenta la seva feina en cuidar els altres, pel que sentir que també son cuidats per la institució milloraria de forma important el vincle amb l'organització.

En relació amb les malalties professionals per causa biològica, potenciar-ne la identificació i aïllar el professional afectat protegiria la població a tractar de la possible infecció transmesa pel mateix facultatiu.

Eradicació dels contractes precaris

La millora de les condicions de treball dels professionals del sistema públic de salut és una de les principals preocupacions del Departament de Salut. Som conscients del compromís del Govern amb la millora de la qualitat de l'ocupació en el nostre sector i de la voluntat d'aprofitar al màxim, i amb el màxim rigor, el marge que té el Departament de Salut per impulsar totes les polítiques possibles que repercuteixin en una millora de les condicions de treball dels nostres professionals.

Les condicions laborals són un dels determinants principals de la qualitat de vida dels treballadors, així com també del seu benestar. Per tant, l'ocupació esdevé un dels principals determinants de la salut, pel que la millora de les condicions laborals s'associa a més participació dels treballadors, més identificació amb els objectius de l'entitat, més productivitat i, al cap i a la fi, la millora dels resultats econòmics d'una entitat. D'altra banda, avui dia tenim suficient evidència per assegurar que la millora de les condicions de treball és un agent impulsor de la generació de llocs de treball.

Per aquest motiu, organismes com l'OCDE o el G20 han fet de la millora de la qualitat de l'ocupació una de les principals línies estratègiques en polítiques de mercat laboral.

A Catalunya, el Projecte OPINA, del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), ha demostrat que l'estabilitat laboral i la percepció que en tenen els treballadors és un factor determinant del compromís amb els objectius de qualitat de l'entitat.

Recentment, algunes sentències en diferents instàncies judicials han obligat les entitats i les administracions públiques a revisar la temporalitat dels contractes. Destaca la sentència publicada el 14 de setembre de 2016 pel Tribunal de Justícia de la Unió Europea, per la qual es declarava la il·legalitat dels contractes eventuais celebrats per cobrir necessitats permanents, així com dels contractes d'interinitat celebrats per cobrir un lloc de treball estructural que no es troba en tràmit de convocatòria pública. A judici d'aquest Tribunal, aquests contractes no poden ser considerats temporals perquè atenen necessitats permanents i estables de l'activitat del centre. D'aquesta manera, el Tribunal insta les entitats a dimensionar les plantilles estructurals d'acord amb les necessitats reals dels ciutadans.

En un àmbit com el sanitari, en què el coneixement professional és el principal actiu, la millora de la qualitat de l'ocupació enllaça amb la missió essencial del nostre servei nacional de salut de procurar una atenció de més qualitat als nostres ciutadans. Això és així, en bona part, per la millora del benestar del professional i del seu sentiment de pertinença a l'entitat des de l'inici de la seva carrera professional.

Per això, millorar la qualitat de l'ocupació entre els professionals sanitaris entenem que és, des de bon principi, una de les prioritats de l'actual Departament de Salut.

El creixement de la temporalitat experimentat aquests darrers anys i el risc que això pugui impactar en la qualitat assistencial que ofereix el Sistema Nacional de Salut, obliga a adoptar actuacions emergents.

Aprofitar la *Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017*, per donar estabilitat als treballadors. Prioritzant la consolidació dels professionals amb més dificultat per fidelitzar, generar estratègies que impedeixin la fugida de talents i incidir en la captació de professional d'alt prestigi professional.

- Fixa la taxa de reposició al 100%.
- Taxa addicional d'estabilització del treball temporal que inclourà fins el 90% de les places que estant dotades pressupostàriament, hagin estat ocupades de formes temporal i ininterrompudament al menys tres anys anteriors a 31 de desembre de 2016.
- La taxa de cobertura temporal en cada àmbit tindrà que situar-se per sota del 8%.
- Articular els processos selectius que, en tot cas, garanteixi el principi de lliure concurrència, igualtat, mèrit, capacitat i publicitat, podrà ser objecte de negociació en cada un dels àmbits territorials o comunitats autònomes.
- Les comunitats autònomes tindran que certificar el nombre de places ocupades de forma temporal existents en cada un dels àmbits.
- Les administracions públiques podran disposar en els exercicis 2017 a 2019 d'una taxa addicional per estabilització dels treballadors temporals d'aquelles places que, en els termes previstos en la disposició transitòria quarta del text refós de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic, estiguin dotades ininterrompudament de forma temporal. A aquesta convocatòria serà d'aplicació el previst en l'apartat tercer de la citada disposició transitòria.

Obligatorietat de presentar i negociar amb els professionals, en el primer trimestre de cada any, la proposta de direcció per objectius (DPO), basada en criteris ètics, clínics i no econòmics. Objectius dels directors de centres, públics i coneguts per l'equip

Cal recordar que, tal com consta en el II Acord de la Mesa de Negociació de Sanitat de l'Institut Català de la Salut, la proposta d'objectius ha de complir el següents requisits:

- Els objectius han de ser assolibles i fixats amb la participació de l'interessat, que ha de estar-hi d'acord.
- Els elements que influeixen en la retribució variable han de ser explícits, ben definits, específics i coneguts, i el professional, mitjançant el seu treball, ha de poder incidir-hi, sense dependre d'altres persones o d'altres elements que puguin influir-hi dificultant l'assoliment.
- Els objectius es mesuraran mitjançant un indicador objectivable i, així mateix, es fixarà una meta (percentatge que s'ha d'assolir) de consecució clara i verificable, i el professional tindrà periòdicament informació de l'evolució de cada objectiu pactat per poder-lo aconseguir.
- El complement retributiu associat als diferents percentatges de consecució del complement de direcció per objectius ha d'estar reflectit en el document a signar pel professional i ha de correspondre a la quantitat econòmica que es determina en el II Acord.

Cal recalcar que si el document d'acord entre la direcció del centre i el professional se signa després del primer trimestre de l'any, els percentatges de consecució de cada objectiu pactat han de ser proporcionals al període que tindrà el professional durant l'any en curs per assolir cada objectiu concret i, per tant, el que es computarà com el 100% d'obtenció. De la mateixa manera, la instrucció 1/ 2008 fixa en el punt 5.2 que en aquells supòsits en que l'Institut català de la Salut *no* hagi pogut fixar objectius dins el període ordinari de fixació, ja sigui amb caràcter general o bé en un determinat hospital o gerència d'àmbit d'atenció primària, s'entendrà que queden automàticament prorrogats els de l'exercici anterior, sens perjudici del que pugui disposar-se al respecte per part de la Direcció Gerència d'aquest Institut.

De la mateixa manera, tots els objectius fixats han de respondre a l'evidència científica i que, en cap cas, han de plantejar dilemes ètics i/o conflictes deontològics al professional. Tampoc s'han de considerar objectius els que estiguin associats a qüestions laborals i/o organitzatives que es resolen amb altres instruments.

La visibilitat dels objectius dels directors d'equip afavoriria la relacions de confiança i potenciarien el poder generar objectius comuns d'equip consensuats, a més de evitar la possibilitat de conflictes d'interès del director i el seu equip, donant una major credibilitat a la seva figura de lideratge.

Substitució de les absències programades i les superiors a 48 hores. En cas de no trobar suplents, compensació dels professionals que realitzin les cobertures

Màxim de 25 visites diàries (presencials i no presencials)

Un dels principals reptes del món laboral és intentar evitar que el cansament, la fatiga, l'estrès i altres factors similars afectin el nostre treball. El desànim i la insatisfacció afecten els facultatius en una proporció molt elevada i és fonamental saber lluitar contra aquests factors.

Els factors influents en la càrrega mental són:

- Tipus de tasca que es realitza: depèn de la quantitat i la dificultat, i de la informació que es rep.
- Temps: la quantitat de temps que es té per elaborar la resposta, és a dir, el ritme de treball. Si aquest ve imposat per un agent extern a nosaltres, l'esforç que cal elaborar per aconseguir la resposta adequada és més gran que en el cas que ens marquem nosaltres el ritme.
- Altres factors determinants en la càrrega mental són els relatius a l'organització en què desenvolupem la nostra feina: soroll, il·luminació, temperatura, horari, etc.

La conseqüència principal de la càrrega mental sobre la persona és l'aparició de la fatiga mental quan la quantitat d'esforç que es requereix, excedeix la possibilitat de resposta de l'individu. Aquesta es tradueix en una sèrie de disfuncions físiques i psíquiques, acompanyades d'una sensació subjectiva de fatiga i una disminució del rendiment.

Pel que fa a la prevenció de la fatiga mental, les accions que s'han de desenvolupar facilitaran el tractament de la informació i organitzar el treball de manera que permeti la recuperació de la fatiga, i se centraran a facilitar el procés de percepció i interpretació, tenint cura de la presentació de la informació, sobretot la que es refereix als senyals. S'hauran de simplificar en la seva complexitat i reduir la quantitat. També és important facilitar la resposta, el disseny de les interaccions màquina-persona i la distribució dels mateixos, i organitzar el treball per reduir l'aparició de fatiga i que es faciliti la recuperació.

Entenem que hem de poder acordar un nombre de visites que no produeixin un esgotament de les facultatives, recordant que nombre de visites no és el mateix que motius de consulta i que de mitjana poden fer-se entre 3 i 4 motius de consulta per visita realitzada. No oblidant, tampoc, la major complexitat produïda per l'envelliment de la població, l'exigència creixent de major resolució de l'AP i la dificultat per accedir a altres nivells assistencials, tant per demanar una interconsulta / derivació com per sol·licitar proves complementàries.

Una de les demandes més esteses entre els professionals de l'atenció Primària es el poder, de forma real, gestionar ells mateixos la seva agenda diària. Fins ara, s'ha tractat d'un model rígid, dissenyat en moltes ocasions per un/a administratiu/ua, que no fa tasca assistencial, i encaminada a que tot hi tingui cabuda, encara que això suposi situacions absurdes i impròpies d'un sistema sanitari europeu, com trobar citacions de 2, 3, 4 i fins a 10 persones **en un mateix minut**, o exigir fer tasques (per exemple, la revisió de la imatge de fons d'ull) **sense temps** assignat per a les mateixes.

El principal error ha estat la creació de massa tipus de visites: 9C, 9R, 9T, 9D, VT, Etc. Les visites a primària haurien de distingir dos grans grups: presencials (VP) i no presencials (VNP). A partir d'això, treballarem els **diferents temps necessaris** per a cadascuna de les situacions que considerem. Vegem alguns exemples:

1 VP 10 minuts

- Inclou indeturables, infiltracions, crioteràpia i teledermatologia. Totes en el mateix temps.

2 VP PCC/MACA 15 minuts

3 Domicilis:

- Urbà 30 minuts
- Semi urbà 45 minuts
- Rural 60 minuts

4 VNP 5 minuts

- Inclou telefòniques, virtuals, lectura MAPA, validació Sintrom, validació prescripció anual, revisió EKG, revisió espirometria i revisió resultats.

Ara tenim el temps (306 minuts/dia) i la tipologia de visites. Aquí entra en joc una part de l'agenda "comú" per a tots els professionals, que creiem que podria ser de 20 visites presencials/dia, equivalents a 200 minuts. La segona part (106 minuts) és la que podem negociar individualment amb el coordinador del centre. La idea és una agenda que pugui variar al llarg del dia si és necessari per adaptar-nos a la demanda. Això garanteix l'accessibilitat

Garantir un pla individualitzat de formació anual per a cada professional

L'exercici de tota professió sanitària, no només està lligat a l'obtenció de l'acreditació oficial per exercir-la, sinó que va més enllà, ja que tot professional sanitari està obligat a actualitzar i millorar els seus coneixements al llarg de tota la seva vida professional, tal i com marca la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

En aquest sentit, hi ha diversos articles d'aquesta llei que fan menció a la formació continuada i remarquen la seva obligació, més enllà de ser un dret i un deure de tot professional sanitari. Així doncs, l'article 4 punt 6 assenyala que "els professionals sanitaris, al llarg de la seva vida professional, han de dur a terme una formació continuada i acreditar regularment la seva competència professional".

Però no només hi ha un article que parla de la formació continuada, sinó que n'hi ha més, una mostra de la importància que té la formació continuada en el desenvolupament professional. Així doncs, en el

títol II "De la formació dels professionals sanitaris", en l'article 12 punt E, s'estipula que "són principis rectors de l'actuació formativa i docent" dels professionals sanitaris "la revisió permanent de les metodologies docents i els ensenyaments en el camp sanitari per a la més bona adequació dels coneixements professionals, a l'evolució científica i tècnica, i a les necessitats sanitàries de la població".

En el punt posterior, F, s'indica que "l'actualització permanent de coneixements, mitjançant la formació continuada, dels professionals sanitaris, com un dret i un deure d'aquests". Amb tot, dins el mateix punt F de l'article 12 s'assenyala que "les institucions i els centres sanitaris han de facilitar la realització d'activitats de formació continuada".

"La formació continuada és el procés d'ensenyament i aprenentatge actiu i permanent al qual tenen dret i obligació els professionals sanitaris, que s'inicia en finalitzar els estudis de pregrau o d'especialització i que està destinada a actualitzar i millorar els coneixements, les habilitats i les actituds dels professionals sanitaris davant de l'evolució científica i tecnològica i les demandes i necessitats, tant socials com del mateix sistema sanitari" (article 33, punt 1, de la Llei 44/2003).

Partint de la llei, demanem la participació activa dels professional per expressar les seves carències i els seus interessos formatius per tal de poder exercir la seva professió amb eficàcia i gaudiment ple. Creiem que això hauria de traduir-se en la planificació, de forma individualitzada per a cada professional, i en el primer trimestre de l'any, de la formació oferta tant per la empresa com la aliena que sigui considerada com estratègica, per tal de poder programar-la amb antelació, aplicant criteris equitatius, evitant la denegació per raons organitzatives, com succeeix ara.

Adequació dels nivells III i IV de carrera professional a la realitat i les característiques de l'atenció primària

D'inici, remarcuem que la carrera professional (CP) ha de ser un dret reconegut de tots els facultatius interins, independentment del tipus de contracte que tinguin. Aquesta afirmació està sota l'empara de la Directiva 1999/70/CE del Consell de la Unió Europea, i té per objectiu l'equiparació dels drets dels treballadors temporals amb els fixos per evitar l'abús en la utilització de contractes de durada determinada. La norma comunitària prohibeix el tracte diferenciats en les condicions de treball dels empleats amb contracte temporal i dels fixos que ocupin un lloc idèntic o similar en un mateix centre de treball. En aquest sentit, equiparem els facultatius especialistes interins amb els especialistes fixos. A més, pel que fa a la carrera professional, cal destacar que es tracta d'un sistema d'incentius en què el sol·licitant participa de manera voluntària per aconseguir un complement retributiu que dependrà de la valoració positiva d'una sèrie de mèrits vinculats a l'activitat professional, la formació, la docència o la investigació.

Els nivells III i IV de la CP, són de molt difícil assoliment pels metges d'atenció primària degut a la dificultat en poder obtenir la puntuació necessària en els apartats de recerca i docència, tot i tenir bons resultats en assistencial, publicacions i cursos de formació. Els apartats són tancats i amb topall de punts. La puntuació exigida pels nivells III i IV és massa alta per a la categoria de medicina si no es permet el traspàs de punts entre categories.

Pla d'ordenació de recursos humans de l'Institut Català de la Salut (ICS) per al període 2016-2020.

Línia 4. Establir mecanismes de detecció del talent i promoure el desenvolupament professional.

4.4 Millorar el sistema d'avaluació de la carrera professional.

Elecció de la direcció dels centres pels mateixos treballadors de l'equip, garantint també la participació en els processos d'avaluació

La funció de la direcció és coordinar un equip de persones amb una formació i un objectiu clars, com és donar a la població una atenció bona i de qualitat. L'hem de considerar un membre més de l'equip, en igualtat i no en superioritat, amb tasques de direcció i no únicament assistencials. Per poder dirigir i afavorir el funcionament de l'equip, la direcció ha de tenir el respecte i la credibilitat de la resta de membres, tant organitzativament com pel que fa als coneixements. Conseqüentment, quan no es pot participar en aquesta elecció, desapareixen aquests dos factors i sovint es viu la situació com una imposició que genera un fraccionament de l'equip en dues parts, com a mínim: la direcció i la resta de l'equip. Si afegim a aquest fet les direccions que són imposades sense haver-hi participat prèviament de l'equip i sense el coneixement de la idiosincràsia de cada centre, la situació encara distancia més.

Cal considerar també que, en molts casos, les directrius de l'empresa no tenen les mateixes prioritats que l'assistència en consulta, pel que la fragmentació de l'equip augmenta. Cal valorar l'eficiència més enllà de paràmetres econòmics i considerar que les bones relacions dins l'equip i un bon ambient laboral són també paràmetres d'eficiència des del punt de vista directiu. Cal tenir cura de l'usuari/ària intern/a.

Un altre punt important és l'avaluació periòdica de la direcció, tal com es fa a la resta del personal. Cal garantir-la, sense represàlies, i respectar-la, doncs és una altra mostra de la situació de cada equip, del correcte desenvolupament de coordinació i no imposició, de revaluació periòdica del lideratge i de mostra d'igualtat entre tots els membres.

Màxim de 1.000 pacients per Medicina Familiar i Comunitària, 850 per Pediatria, 11.000 per Odontologia i 8.800 per Ginecologia

Malgrat que aquest punt pensem que és el clau en tot el plantejament d'aconseguir que l'AP pugui complir amb el seu paper de porta d'entrada al sistema i de coordinador de l'atenció a totes les necessitats sanitàries que una persona pugui presentar al llarg de la seva vida, l'hem deixat per al final per estar íntimament relacionat amb la disponibilitat de més pressupost així com a la necessària capacitat del sistema per proveir de professionals suficients (places de MIR, places universitàries, ajornament voluntari de l'edat de jubilació, etc.).

Coincidim amb la CAMFiC en que "els EAPs (i no les urgències) han de ser la porta d'entrada i el sedàs que dona pas al sistema. Altres consideracions contribueixen a fragmentar l'Atenció Primària, i de retruc, fragmentar l'atenció a la persona."

Des d'aquest punt de vista és imprescindible que els metges disposin del suficient temps per poder atendre adequadament als seus pacients amb unes càrregues de treball assumibles.

Al document ENAPISC es preveu una ràtio de 1300 persones assignades per metge COM A MÀXIM. Contingent que s'hauria de ponderar segons els criteris de dispersió, factor socioeconòmic i morbiditat.

Per aconseguir això, com ja s'ha comentat, cal una política decidida que aposti pels EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA, amb pressupost suficient i canvis organitzatius profunds en el sistema.