PROPUESTA DEL SMN: GESTIÓN SOBRECARGA EN A.P.

- Líneas rojas para el SMN y que no se respetan en la propuesta-borrador de la administración:

  1.- El tiempo asistencial en la jornada del médico a jornada completa NO es "mínimo 300 minutos", sino que ES de 300 minutos, no más. Además, con el tope de 32 pacientes en M de Familia y 24 en Pediatría.

  2.- Cada día, los pacientes serán atendidos por la UBA propia y no se citarán en otras que puedan tener más huecos, en todo caso se les citará los días siguientes, pero siempre en su UBA. Como alternativa, los casos no demorables podrán ser atendidos por el que ese día esté destinado, de forma rotatoria, a cubrir el rebosamiento.

  3.- Durante el horario que esté el centro de salud abierto, la demanda asistencial se gestionará en ese centro (ese día u otro) pero No se derivará a centros colindantes. Sólo puede plantearse una excepción y es en pediatría, por el número tan bajo de profesionales en cada centro, para poder organizar las vacaciones y ausencias.

- Otros aspectos que deben quedar claramente establecidos:

  1.- El horario del médico es de 8h a 15:25h y la citación debe ajustarse a lo establecido para que el salir tarde permanentemente no sea la norma. No es posible tener una cita a las 15:20.

  2.- Es imprescindible, si de verdad queremos aprovechar esta ocasión para poner a flote la A. Primaria, el liberarla de TODA BUROCRACIA y acto que no es específico de Atención Primaria: recetas-bajas hospitalarias, informes, programas de detección precoz, ingresos y pruebas hospitalarias.

- Desarrollo:

  1.- Definición de los actos y del contenido de la agenda.

  Es imprescindible que el 100 % de las CDI estén libres al inicio del día, y deben estar repartidas a lo largo de la jornada.

  El médico será el único que tendrá posibilidad de reconvertir tipos de actos (incluidos los CDI)

  Los colchones, en principio, están destinados a absorber el retraso de la consulta. Cada día debe haber al menos 2-3 colchones. Solo el médico puede reconvertir este acto, o la enfermera de la UBA, tras comentar el caso con el médico.

  En general, debe haber más consultas presenciales y menos no-presenciales. En última instancia será el facultativo el que decida esta distribución número de presenciales/número de no-presenciales.

  Insistir en el máximo de citas en agenda: Salvo **Urgencia Vital,** nadie podrá citar más pacientes una vez citados 32 en Medicina de Familia y 24 en Pediatría.

2.- Las agendas actuales:

Ocupan aproximadamente 300 minutos de la jornada completa, tanto de M de Familia como de Pediatría, y podrían ser válidas como referencia, siempre que se respeten y no se fuercen pacientes sin control.

El facultativo podrá realizar cambios de contenido y distribución de los tipos de actos… según necesidades asistenciales, de la demanda y otras variables.

Los 300 minutos asistenciales incluirán consultas presenciales y no presenciales: las CNM, CDI, CNP/CTEL, E-SALUD (pediatría) y Domicilios.

Entre las citas asistenciales y las no asistenciales (CSP) no se podrá exceder de 32 pacientes en MF o 24 en pediatría.

3.- Instrucciones para citación en la agenda del médico, hasta que se complete la agenda.

Una vez puestas en marcha las medidas para desburocratizar la consulta, la idea es que al médico debiera llegar, serle citado, sólo lo que requiera la actuación específica profesional (diagnóstico, prescripción, interpretación de pruebas…).

En Admisión se deberá seleccionar claramente a quién dirigir la petición de consulta. Existe gran variabilidad según grado de experiencia que habrá que unificar. No todo es para el médico.

Cita CDI: solicitud por el paciente de cita en el día. El número de huecos es limitado y debe haber un triaje por personal sanitario, en este caso un triaje (tanto en peticiones de cita en el mostrador como por teléfono) por parte de enfermería, y derivadas al profesional más adecuado con un carácter resolutivo. Dicho triaje podrá ser realizado por la enfermera de la UBA o por la enfermera de agudos o crónicos según la organización del centro. **Las CDI son básicas para el control de sobrecarga médica y para el desarrollo del trabajo en admisión y por parte de enfermería. Por ello creemos que su ocupación debe ser triada/supervisada por parte de un sanitario.**

Citación a través de carpeta de salud: un número limitado de CNM y CNP

Para el control de procesos que voluntariamente quiera hacer o revisar el médico en días posteriores, no utilizará CDI. Utilizará CNM o CSP. Se debe intentar preservar los CDI libres al inicio de la jornada para la gestión de la demanda del día.

Otro aspecto deseable es que las CSP sean gestionadas por el propio médico (están fuera de los 300 min asistenciales). Desde Admisión solo podrán citar en ellas para realizar informes o prestaciones ortoprotésicas.

Si el paciente solicita varios motivos de consulta, se le debe citar obligatoriamente en una CCR o dar 2 CNM y, si no, avisarles de que probablemente solo se les podrá atender por un motivo y que tendrán que pedir más citas para los distintos motivos.

Pacientes nuevos de fuera de Navarra: consulta de acogida con enfermería: realizar historia y rellenar antecedentes y alergias, hacer revisión de vacunas y de tratamiento habitual (si lleva) y si es paciente crónico, toma de constantes.

NO pasar llamadas a consulta excepto urgencia vital o domicilio. Las interrupciones estresan y dificultan la atención.

CNP que no cogen la llamada tras dos intentos a distinta hora: no deben pasarnos la llamada del paciente cuando ve nuestra llamada. Si no consta como "no acudió" quiere decir que volveremos a llamarle, si ya consta como "no acudió" deben darle cita para otro día.

4.- Instrucciones para la citación y gestión de la demanda, cuando se ha llenado la agenda de la UBA.

Circuitos asistenciales una vez que la agenda del médico y la enfermera de la UBA están llenas. Los centros deberán contar con la autonomía suficiente para organizarlos. Algunos liberan, de forma rotatoria, parte de la actividad de las UBAs para atender el rebosamiento indemorable de todos los cupos. En las zonas rurales este sistema también sería posible.

Cuando la agenda del médico se encuentre llena, ningún paciente podrá ser citado desde admisión para ese día. Se le ofertará una CNM/CNP para otro día y, si no puede esperar, se le citará en el triaje de enfermería /enfermera de agudos / enfermera de crónicos o enfermera de la UBA designada en el centro para urgencias-rebosamiento.

Si la enfermera considera que debe ser valorada por médico:

- Urgencia (atención no demorable): avisará al médico de su UBA o al de urgencias del centro (según organización del centro).
- Si no es urgente: le ofertará ser valorado por su médico el primer día posible (CNM).

La gestión de la demanda urgente y el triaje podrá ser llevada a cabo por las enfermeras de agudos, crónicos o de las UBAs, según organización de los centros.

5.- Otras medidas necesarias para poder controlar la sobrecarga y atender a la demanda que se genera.

1. Dimensionar los cupos adecuadamente, siguiendo las propuestas de diferentes sociedades científicas, limitando el número de TIS a 1350 en Medicina de Familia y a no más de 900 TIS pediátricas.

2. Creación de las nuevas plazas necesarias tras el ajuste de TIS realizado (modelo acuerdo Murcia). En cada centro se crearán las plazas estructurales teóricas para el reparto de los excesos de TIS. Si no se crean estas plazas no se podrán ofrecer posteriormente a OPE y, una vez cubiertas, poder posteriormente hacer dicho reparto.

3. Desburocratización de la consulta, al igual que otras comunidades, (modelo Aragón). Desde el 3 de abril dejarán de hacerse las bajas hospitalarias o de pruebas de otros facultativos que serán tramitadas por el facultativo correspondiente

4. Hacer campañas de educación a la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios, de forma continua. Insistiendo en que los recursos son limitados y hay que hacer un uso racional.

6.- Otras medidas que se están tomando en otras comunidades:

1. En épocas de mayor demanda se pueden crear "consultas de rebosamiento" fuera de jornada (atendidas por el propio médico de la UBA u otro), para atender la demanda que no se puede citar. En concreto, en las épocas de gripe u otras situaciones similares, o cuando los huecos de citación (CNM) tengan retrasos de determinados días (a concretar), se habilitan esas consultas de "rebosamiento", que se podrían remunerar como productividad variable. En alguna CCAA se habilita una tarde a la semana (cuatro horas), y al mes se abonará… ó, módulos de 2 horas para atender a la demanda q no puede ser atendida en tres días (72 horas).

2. Crear una o dos plazas estructurales de medicina en todas las ZBS, según el número de cupos. Esto facilitaría la gestión de citas ante ausencias imprevistas, IT, vacaciones, sobrecarga ocasional, y facilitaría la realización de cirugía menor, ecografías en AP. Serían plazas que se podrían tener de colchón para ofertar a los MIR cuando terminen, y que todos puedan quedarse en Navarra.

3. Otra posibilidad, según se acuerde en los centros, sería sacar de las agendas habituales actividades como ECOs, Cirugía menor, infiltraciones, etc, y realizarlos según lo que se refleja en el acuerdo de productividad variable, con módulos de tarde.