

5 PUNTOS PRIORITARIOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Financiación y Recursos.**

- a. Aumento del presupuesto para AP, vinculado con el punto 2 y políticas de NO HACER, desmedicalización de la sociedad, política farmacéutica, etc.
- b. Adecuación de las plantillas a las necesidades de la población a cubrir por cada Equipo de Atención Primaria (EAP). Al menos en tres iniciativas: La equiparación del número de personal de enfermería al número de profesionales de medicina; la incorporación de trabajadoras sociales en todos los EAP y en Unidades de Apoyo; la creación de equipos domiciliarios. Y todo ello **acabando con la precariedad laboral en los contratos basura, que aún inundan la administración sanitaria.**

2. **Cambio en la estructura y organización del los EAP**

- a. Reforma de la figura del jefe de zona básica, dotándola de jerarquía, responsabilidad e incentivo económico adecuado (consideración de jefe de servicio hospitalario). Fortalecer la gestión clínica de los jefes de zona básica. Deben ser elegidos por capacidad y mérito, formación en gestión clínica y asistencial, mediante procedimientos objetivos y transparentes y con la participación de los profesionales del centro y con la participación del consejo de salud de zona básica.
- b. Profesionalización de los mostradores; proporcionar recursos adicionales para la carga burocrática que lleva incorporada la gestión de un centro de salud.
- c. Reorganización de los papeles de enfermería y demás profesionales del equipo. Integración del Trabajo Social en las unidades de apoyo a AP: UCA, USSyR, salud mental...
- d. Creación de una dirección/subdirección general de APyC en la estructura orgánica de la Conselleria de Sanitat

3. **Aumentar la Cartera de Servicios, Autonomía de Gestión, Innovación.**

- a. Autonomía de cada centro para que organice la asistencia sanitaria en función de su población, sus recursos (incrementando los que sean necesarios), sea urbano o rural, etc.
- b. Una cartera básica y fundamental de servicios comunes, completada en cada centro en función de las características de los profesionales, la población, la condición urbana o rural, etc.
- c. Inclusión de atención en residencias, centros de día, centros educativos.
- d. Plantearse experiencias piloto que supongan para los centros el manejo de pequeños presupuestos de funcionamiento e incluso una parte de capítulo 1, con el que los equipos puedan decidir sobre la incorporación de profesionales en función de las necesidades asistenciales.
- e. Desplegar en todas las zonas básicas, iniciativas organizativas que mejoren la autonomía clínica de los EAP.
- f. Aumento de inversión e infraestructuras TICs (wifi, 5G, trabajo en remoto...) en diagnóstico y tratamiento rápido (cirugía menor, teledermatología, biopsias, seguimiento enfermo crónico complejo avanzado, equipo soporte domiciliario, pcr-estudios diagnóstico precoz).

4. **Aumentar la capacidad de resolución y el poder de decisión:** Acceso a exploraciones complementarias sin limitación (definiendo los circuitos y protocolos que se consideren necesarios) o como mínimo con los mismos criterios que se deben exigir a cualquier otro especialista del sistema. Deberían existir canales debidamente consensuados para situaciones concretas y definidas en las que el MFyC pudiera solicitar el ingreso hospitalario de un paciente sin tener que pasar previamente por Servicio de Urgencias. A la AP hay que darle el poder de derivar a los pacientes a los servicios especializados según lista de espera y resolución de problemas, sin necesidad de estar adscritos al departamento de salud.

5. **Despliegue en los EAP de programas de Salud Comunitaria** en función de las características de la población y con la participación de la Comunidad, incluyendo el avance hacia Consejos de Salud. Realización de diagnósticos sociosanitarios de la zona básica de salud con una integración de servicios sanitarios y sociales. Apoyo técnico y colaboración con Salud Pública.

Todos estos puntos han de ser desarrollados teniendo en cuenta los cuatro atributos de la APyC: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación de los cuidados de los pacientes