

PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

La actual crisis por la que atraviesa la Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón, que ha ocasionado un gran malestar físico y emocional de los profesionales sanitarios de la Atención Primaria, no muy diferente de la experimentada en los demás servicios autonómicos de salud, no se solucionará sin el acuerdo entre los profesionales directamente implicados en la práctica asistencial y la Administración.

Este acuerdo, que viene a ampliar la batería de medidas ya acordadas en la reunión de la Mesa Sectorial de Sanidad de 20 de julio de 2022, reconocerá el esfuerzo y dedicación que han prestado los profesionales de la Atención Primaria y del 061 en los últimos años, de la misma manera que también lo ha hecho todo el personal de los hospitales, al tiempo que favorecerá el objetivo común de mantener la calidad asistencial que se presta en los Equipos de Atención Primaria.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS DE CARÁCTER GENERAL:

- **Recursos destinados a Atención Primaria:**

Se establece como objetivo destinar a la Atención Primaria el 25 % del presupuesto asignado al Servicio Aragonés de Salud por la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma, alcanzándose dicho objetivo en un plazo de cuatro años (**ejercicios presupuestarios 2023, 2024, 2025 y 2026**) contemplando el porcentaje correspondiente a cada uno de ellos). Durante dicho plazo y con periodicidad anual, el Departamento de Sanidad informará de la distribución anual del presupuesto. Dicho compromiso deberá ser ratificado por el Gobierno de Aragón y comenzar a aplicarse con el presupuesto para 2023.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de otras posibilidades de financiación que se puedan obtener de otras administraciones e instituciones y que permitan mejorar las infraestructuras y recursos de la Atención Primaria en Aragón, especialmente en el ámbito rural.

Del mismo modo, a lo largo del 2023 el Gobierno de Aragón **se compromete a crear una Dirección única para la Atención Primaria** separada de los Hospitales, que incluya un/a responsable de Enfermería, adecuando en tal sentido el Decreto de estructura del Departamento de Sanidad.

- **Revisión del Mapa Sanitario:**

El Gobierno de Aragón se compromete a presentar, a lo largo de 2023, las propuestas de **revisión del Mapa Sanitario y redistribución de puestos** necesarias atendiendo a las actuales circunstancias demográficas, geográficas y sociológicas, y llevar a cabo aquellas redistribuciones de efectivos derivadas de las mismas. Dicha propuesta deberá consensuarse con las organizaciones sanitarias profesionales y sindicales de Aragón.

- **Reducción de carga burocrática:**

El Servicio Aragonés de Salud deberá exigir el cumplimiento de las instrucciones del 2009, así como estas nuevas medidas para reducir al máximo la carga burocrática en las consultas de atención primaria, minorando el tiempo del médico de familia que se dedica a este tipo de tareas, delimitando aquellas que necesariamente deben ser asumidas por el profesional, las que podrían ser realizadas por personal no sanitario del centro de salud y aquellas que ni siquiera deberían ser asumidas por el equipo de atención primaria.

A tales efectos, se llevarán a cabo las adaptaciones necesarias en la Historia Clínica Electrónica que permitan la implantación efectiva de las citadas medidas y se elaborarán las oportunas instrucciones, debidamente actualizadas y dirigidas a ambos niveles asistenciales, con el siguiente contenido:

a) Informe de maternidad y riesgo durante el embarazo

- Debe facilitarse a la interesada a través de la Secretaría del Servicio de Obstetricia del Hospital en el que se haya producido el parto.
- Si la trabajadora se encuentra en situación de IT con carácter previo al parto, el mismo facultativo que realice el informe de maternidad deberá extender simultáneamente, un parte de alta médica por inicio de situación de maternidad.
- Si la trabajadora opta por iniciar el descanso maternal antes del parto, el facultativo que realiza el seguimiento del embarazo cumplimentará el correspondiente informe haciendo constar la fecha probable de parto.
- Si el parto tiene lugar en un centro sanitario privado, el médico de familia de Atención Primaria del SALUD expedirá el informe de maternidad, a la vista del correspondiente informe clínico emitido por el facultativo del centro sanitario privado.

b) Riesgo de embarazo:

- El facultativo del Servicio Aragonés de Salud responsable de seguimiento de la embarazada deberá acreditar, mediante el oportuno informe, la situación de embarazo y la fecha probable de parto. En general, será el tocólogo responsable del seguimiento de la embarazada, quien extienda el correspondiente informe.
- La valoración y reconocimiento de la situación de riesgo para el embarazo en función de la actividad desarrollada y las condiciones del puesto de

trabajo, corresponde a la entidad gestora o colaboradora, no siendo por tanto competencia del profesional del SALUD.

c) Incapacidad temporal:

- La declaración de la baja médica derivada de contingencias comunes o accidentes no laborales, se formulará en el correspondiente parte médico, que será expedido por el facultativo del Servicio Aragonés de Salud que haya realizado el reconocimiento médico, conforme dispone la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración
- Cuando la baja médica se inicie con un ingreso hospitalario, o bien se continúe durante el tiempo que el paciente permanezca ingresado, la emisión de los partes de confirmación de baja laboral correspondientes será efectuada por el facultativo responsable del paciente en el Hospital del Servicio Aragonés de Salud, quien deberá realizar de forma telemática los partes de baja para que ésta pueda ser continuada desde Atención Primaria.
- Una vez el paciente sea dado de alta hospitalaria, si debe continuar en IT, el facultativo de Atención Primaria continuará extendiendo los partes de confirmación, pero en el informe de alta hospitalaria el facultativo de Atención Hospitalaria deberá especificar el plan de actuación previsto para el paciente y la duración estimada de la baja.
- En caso de que el paciente permanezca ingresado en un Hospital privado, será el facultativo de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud quien gestione la Incapacidad Temporal de aquel durante todo el proceso, a la vista del correspondiente informe clínico emitido por el facultativo del centro sanitario privado.
- La inspección médica colaborará con Atención Primaria en la gestión del proceso que ha ocasionado la incapacidad temporal.
- No se expedirán justificantes de falta de asistencia al trabajo relativos a procesos que no generen incapacidad temporal.

d) Prescripción farmacéutica:

A) Emisión primeras recetas

- La emisión y correcta cumplimentación de la receta médica corresponde al facultativo que realiza la indicación del tratamiento, por lo que en el mismo acto asistencial en el que se establezca la pauta terapéutica al paciente se le deberán facilitar las recetas necesarias para inicio del tratamiento.
- Esta instrucción es aplicable sin excepción a todos los facultativos del Servicio Aragonés de Salud con independencia del nivel asistencial al que pertenezcan: 061, Atención Primaria, Atención Hospitalaria (Urgencias, Consultas Externas Hospitalarias, Consultas en Centro de Especialidades, etc...) Para ello todos los facultativos deberán disponer de tarjeta electrónica.
- En el caso de que un tratamiento prescrito por un especialista hospitalario se prevea de larga duración deberá ampliarse el periodo de 90 días que actualmente existe.

B) Recetas de continuación de tratamiento

- Para garantizar la seguridad y continuidad de asistencia del paciente que haya sido atendido en Atención Hospitalaria y que deba continuar tratamiento bajo la supervisión de su médico de familia, se deberá emitir por el facultativo hospitalario el informe previsto en el artículo 20 de la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, en el que como mínimo figurará diagnóstico, tratamiento y pauta terapéutica (incluyendo posología y duración de prescripción, así como duración estimada de IT cuando proceda)
- En ausencia del informe al que se refiere el párrafo anterior, no resultara exigible al facultativo de Atención Primaria responsable del paciente la emisión de recetas de otros fármacos que los de que su propio criterio considere oportunos.
- Quedará igualmente a criterio del facultativo de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud la eventual corrección de errores en la cumplimentación de la receta efectuada por otros facultativos. En aquellos casos en que el error u omisión en la receta pueda suponer un riesgo para el paciente, la receta será devuelta al prescriptor original para su corrección.
- Ante la discrepancia sobre la idoneidad del tratamiento prescrito por otro médico y salvo decisión del paciente de sujetarse al criterio del médico de Atención Primaria, ambos facultativos deberán ponerse en contacto, a los efectos de unificar el mejor y más racional criterio terapéutico para el paciente, pudiendo contar con la colaboración y asesoramiento de los farmacéuticos del Sector que corresponda.
- Se habilitará la posibilidad de renovación por 365 días la prescripción de tratamientos crónicos en ER por los MAC, sustitutos, médicos de familia y pediatras del mismo centro de salud.

C) Revisar el circuito de visado:

Se eliminarán obstáculos para la prescripción de fármacos y productos utilizados en la Atención Primaria y se establecerá un mecanismo para que el médico hospitalario pueda acceder a las caducidades de visado, evitando así las interconsultas virtuales.

e) Interconsulta con Atención Hospitalaria

- El paciente será derivado en hoja de interconsulta únicamente en la primera visita, que deberá precisar el motivo de consulta junto con los antecedentes relevantes y las pruebas realizadas
- Las posteriores visitas de seguimiento, con independencia de su periodicidad, deberán ser programadas a criterio del facultativo especialista y organizadas en su propio nivel asistencial. Por tanto, no debe tramitarse ninguna interconsulta para revisión ni para resultados de pruebas solicitadas, que deberán ser entregadas al finalizar la consulta del especialista hospitalario.
- En cada consulta de Atención Hospitalaria serán emitidos los documentos necesarios para la realización de cualquier prueba complementaria, las primeras recetas y la programación de próxima consulta, salvo que se dé el alta al paciente. En este caso, se procederá a emitir informe para el médico de familia, adecuadamente cumplimentado con diagnóstico, tratamiento y pauta terapéutica. Bastará con el propio informe del médico hospitalario para que el servicio de admisión pueda cursar las citaciones.

- En caso que el facultativo especialista considere que el paciente necesita ser valorado por otra especialidad para complementar estudio del proceso específico por el que fue derivado, deberá solicitar la oportuna interconsulta, haciéndose responsable de recibir los informes correspondientes, cerrar el episodio e informar del resultado al médico de Atención Primaria.
- Atención Primaria no entregará el consentimiento informado para pruebas solicitadas por otros profesionales.
- En caso que el paciente solicite una segunda opinión médica deberá dirigirse exclusivamente a los servicios de atención al usuario.
- Las medidas contenidas en este apartado se revisarán al cabo de 6 meses previa valoración por parte de los 2 niveles asistenciales.

f) Transporte sanitario:

- Los documentos acreditativos de la necesidad de transporte sanitario serán emitidos en el nivel asistencial que originalmente formule la indicación (Urgencias, CCEE Hospitalarias, Centro de Salud) y firmados por el facultativo solicitante.
- Cuando el paciente deba regresar a un centro sanitario para revisión y se prevea que necesitará utilizar transporte sanitario, el facultativo hospitalario responsable deberá facilitarle el impreso correspondiente para la fecha prevista, evitando así un nuevo contacto con el sistema asistencial por este motivo.

g) Emisión de justificantes e informes:

- Los justificantes de atención sanitaria, de presencia en el Centro de Salud o de asistencia para acompañantes que se soliciten en el ámbito de la Atención Primaria serán emitidos por la Unidad de Atención al Usuario
- Sólo se emitirán justificantes o informes de ausencia escolar en caso de que la patología existente limite al menor para la realización de una determinada actividad, o cuando la práctica de ésta fuese perjudicial para el menor.
- No se emitirán justificantes *a posteriori*, salvo que el paciente acredite una valoración sanitaria previa.
- No se emitirán certificados de aptitud (armas, conducción, práctica deportiva y acceso a pruebas selectivas) cuya expedición corresponde a centros de reconocimiento psicotécnicos específicos, ni destinados a la realización de actividades de ocio, descanso, confort, deporte o mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales o similares.
- No se realizarán reconocimientos, exámenes o pruebas biológicas solicitadas voluntariamente o realizadas por interés de terceros, ni Informes de fe de vida.

h) Consideraciones finales

- Los Gerentes de Sector serán responsables de la adopción de medidas para facilitar el adecuado cumplimiento de estas instrucciones por los profesionales de su ámbito territorial.
- Las Direcciones de Atención Primaria y Atención Especializada difundirán las presentes instrucciones a los facultativos de los distintos niveles

asistenciales, Unidades de Atención al Paciente y Servicio de Citación. Además, el Servicio Aragonés de Salud impartirá la formación profesional necesaria en relación con la correcta cumplimentación de documentos (recetas, informes...) y el uso racional de medicamentos en todos los niveles asistenciales. Igualmente, se difundirá la información oportuna a la población, a través de la edición de material impreso que ayude al mejor conociendo y desarrollo de la norma presente.

La aplicación de estas medidas deberá estar en vigor inmediatamente después de la firma del presente acuerdo y su funcionamiento se revisará cada 6 meses.

Para conocimiento general, el contenido de este punto referido a la reducción de la carga burocrática deberá ser publicado mediante una **Resolución del Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud que actualice la instrucción de 2009 y que será publicada en el BOA.**

- **Historia Clínica Electrónica:**

Todos los niveles asistenciales (incluido el 061 Aragón) deben tener los medios de acceso adecuados en la HCE.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS EN EL PLANO DOCENTE/FORMATIVO:

A. Figura del Tutor:

Se valorará la figura del Tutor de residentes en el ámbito de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud, al objeto de facilitar tanto su formación específica como el desempeño efectivo de su labor docente, tanto en méritos de la carrera profesional, como en procesos selectivos y mediante la oportuna compensación de dicha actividad, que será retribuida por importe de 200 €/mes en el caso del personal facultativo y de 120 €/mes en el caso de enfermería. Esta medida se aplicará a partir de la próxima incorporación de personal interno residente en 2023.

En el caso de los pediatras de AP, durante el tiempo que tenga a su cargo residentes de Pediatría y desempeñe funciones similares a las del Tutor, su labor se equiparará a éste a los efectos de la citada compensación. Así mismo, se facilitarán los trámites necesarios para agilizar la acreditación de tutores de pediatría AP.

B. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria:

Se solicitará ante el Ministerio de Sanidad la modificación del programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria al objeto de incrementar los periodos formativos en el ámbito de la Atención Primaria, así como, dentro de este ámbito, en los Centros ubicados en zonas rurales.

C. Acreditación de Centros:

Se solicitará del Ministerio de Sanidad la flexibilización de los criterios para la acreditación de centros para la docencia MIR y EIR, y se propondrá la acreditación para la docencia del mayor número posible de Centros de Salud/Equipos de Atención Primaria del ámbito rural de Aragón.

D. Movilidad voluntaria:

En las convocatorias de concurso de traslados se identificarán expresamente las plazas pertenecientes a Centros/Equipos acreditados para la docencia de residentes, tanto MIR como EIR.

En las bases de las convocatorias se propiciará el compromiso de los adjudicatarios de dichas plazas de ejercer las funciones de tutoría de residentes. En el caso de que el adjudicatario no esté acreditado como tutor, el compromiso incluirá la solicitud de la oportuna acreditación en el plazo de un año desde la incorporación a la plaza, sin que su negativa suponga renunciar al destino obtenido en el concurso de traslados.

E. Movilidad por necesidades asistenciales:

En caso de tener que recurrir a personal sanitario en formación (residentes) para cubrir puestos fuera de la zona de salud de adscripción que no se puedan cubrir por falta de profesionales, se realizara de forma voluntaria y siempre por necesidades de servicio. En todo momento deberán ser centros docentes y/o dispuestos a la tutorización y con la presencia de otros médicos de familia. La retribución por dicho concepto será (como hora de guardia) igual que la de los Médicos/Enfermeras de los EAP.

Así mismo, en caso de realizar desplazamientos del personal en formación fuera de la zona de salud, el tiempo de desplazamiento se considerará como jornada realizada.

F. Nuevos contratos al finalizar el MIR y personal temporal

Se facilitará la contratación de especialistas al finalizar el MIR, ya sea mediante nombramientos de interinidad en plaza vacante, sustituciones de larga duración o nombramientos de interinidad para el desarrollo de programas temporales específicos de hasta tres años de duración.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS PARA FAVORECER LA ASISTENCIA:

● **Campañas informativas:**

El Departamento de Sanidad se compromete a realizar **campañas de información, de forma trimestral**, con medidas de educación sanitaria a la población pidiendo a los usuarios un buen uso de los servicios sanitarios y el respeto y consideración a los profesionales, resaltando el buen hacer de la Atención Primaria y del 061.

Asimismo, a instancia del profesional y mediante solicitud motivada, se enviarán cartas informativas a los usuarios que hagan un mal uso del sistema sanitario, señalando el cumplimiento de los deberes de los ciudadanos de la *Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón en su artículo 5*.

- **Acumulación de cupos:**

En caso de dificultad para la realización de sustituciones de profesionales de los Equipos de Atención Primaria, con ocasión de vacaciones, permisos u otras ausencias reglamentarias, podrá designarse, a propuesta del Coordinador del Centro, a otro profesional del Equipo para que asuma la actividad asistencial del titular del puesto. Dicha designación se realizará de forma voluntaria y rotatoria entre los miembros del Equipo y será supervisada por la respectiva Dirección de Atención Primaria, actualizando los acuerdos sindicales de 2005 y 2007 relacionados con esta materia.

La compensación económica al profesional designado para la realización de sustituciones en esta modalidad será equivalente, por cada día de acumulación:

- - al 100 % del importe de las retribuciones de la plaza del profesional sustituido, cuando la sustitución se realice durante la misma jornada de trabajo. En este supuesto, se reducirá la propia agenda hasta el 65 % (23 pacientes, 19 presenciales y 4 no presenciales), asumiendo el 50 % de la agenda del profesional sustituido (15 presenciales y 3 no presenciales)
- - al 125 % del importe de las retribuciones de la plaza del profesional sustituido cuando la sustitución implique al menos dos horas de exceso sobre la jornada ordinaria de trabajo. En este supuesto, se deberá mantener el 100 % de la propia agenda, y asumir el 50 % de la agenda del profesional sustituido (15 presenciales y 3 no presenciales).

Los anteriores cálculos se realizan, para el personal médico, teniendo en cuenta los límites establecidos de 35 (MF) y 28 (Pediatria) pacientes por agenda.

En caso de que la sustitución de que se trate sea realizada por más de un profesional, la compensación económica correspondiente se distribuirá de forma proporcional entre los participantes.

En caso de que existan profesionales para cubrir las sustituciones, siempre se priorizará su contratación sobre esta forma de cobertura.

Para el cálculo de la compensación se tendrán en cuenta los mismos criterios vigentes en la actualidad.

Dicho sistema podrá ser aplicado igualmente al personal de Área y a las enfermeras especialistas de salud mental cuando las circunstancias lo justifiquen.

- **Actividad adicional por exención de guardias:**

Los facultativos y enfermeras de atención primaria podrán solicitar de forma voluntaria la exención de realizar jornada complementaria tras cumplir los cincuenta y cinco años de edad, en los términos establecidos en el vigente Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria.

Dicha exención podrá aplicarse sin necesidad de realizar una actividad adicional y sin percepción económica alguna.

Se establece la opción de participar voluntariamente en módulos de actividad adicional en régimen de presencia física, a quienes así lo deseen dentro de este grupo de edad, siempre que en el momento de solicitar la exención se encuentren realizando, de manera efectiva, jornada complementaria y cuenten con un periodo mínimo de actividad previa de al menos 2 años realizando guardias en jornada complementaria de manera habitual.

Dicho modelo será similar al que se presta por las tardes a nivel hospitalario, valorando las necesidades asistenciales que pueda haber y limitando el número de pacientes a un máximo de 20/día.

Para el cálculo de los módulos de actividad adicional que corresponde a cada profesional se tendrán en cuenta las horas de jornada complementaria realizadas en los tres años anteriores a la solicitud, computándose del siguiente modo:

- Cada 15 o más horas de jornada complementaria se computará como una jornada entera
- Las jornadas de duración inferior a 15 horas se computarán por horas, para alcanzar jornadas enteras de 15 horas
- La suma de las jornadas realizadas se dividirá por 36 meses, para obtener el número de módulos de actividad adicional que corresponde a cada profesional, con un máximo de 4 módulos al mes

Cada módulo tendrá una duración efectiva de una tarde a la semana similar al modelo establecido en el hospital y no eximirá a los profesionales de realizar su actividad ordinaria al día siguiente.

La actividad adicional a desarrollar se establecerá de común acuerdo entre el profesional y la Dirección de Atención Primaria y consistirá preferentemente en la realización de actividad asistencial ordinaria o de atención continuada destinada a favorecer la accesibilidad y la reducción de las demoras en el respectivo Equipo de Atención Primaria.

Las cuantías a abonar por la realización de módulos de actividad adicional se retribuirán a través del complemento de atención continuada, de acuerdo con los módulos autorizados y previa comprobación de la actividad realizada por cada profesional.

Los profesionales que se hallen exentos de guardias a la fecha de entrada en vigor de este acuerdo podrán acogerse al mismo si en la fecha en la que fue autorizada la exención cumplían los requisitos exigidos.

Se arbitrarán las medidas necesarias para llevar a efecto esta modalidad y se revisará su funcionamiento de forma periódica cada 6 meses. Las medidas a adoptar serán negociadas con las OOSS.

- **Tarjetas sanitarias:**

En la actualidad se establece un número máximo de TIS en 1600 para médicos de familia y 1000 en pediatría, con el objetivo final de alcanzar las 1500 TIS en medicina de familia.

El departamento de Sanidad se compromete a la creación de plazas de Médico de Familia y Pediatra de AP en aquellos centros en los que se superen las tarjetas sanitarias indicadas (1.600/1.000), en un tiempo máximo de 6 meses.

Se crearán nuevos tramos de edad correspondientes a los intervalos de edad de 7 a 13 años y > 80 años, valorando la complejidad y cronicidad de estos grupos y corrigiendo así la diferencia actualmente existente entre la retribución por este concepto entre médicos de familia y pediatras, quedando definidos los diferentes grupos de la forma siguiente, según retribuciones de 2022:

Intervalos edad	G1	G2	G3	G4
0-2 años	0,854227	1,021520	1,125619	1,168242
3-6 años	0,798881	0,962732	1,062915	1,101470
7-13 años	0,468922	0,682681	0,836652	0,888654
14-64 años	0,325640	0,474084	0,581008	0,617121
65-79 años	0,725082	0,868210	0,978472	1,014664
>80 años	0,811516	0,970444	1,069338	1,109830

Para los profesionales de Enfermería de EAP, se aplicará el mismo incremento porcentual del valor de la TSI que el resultante de aplicar el presente acuerdo a médicos de familia y pediatras de EAP.

- **Número de citas en Agendas:**

Se establece, como consultas de demanda, un número máximo de pacientes atendidos por día, distribuidos del siguiente modo:

MÉDICO DE FAMILIA:

Agenda limitada a 35 pacientes incluidos todas las variantes de consulta (demanda presencial, no presencial, programadas, domicilios y administrativos):

-28 consultas presenciales, de estas 5 indemorables y/o urgentes (la citación de las consultas indemorables o urgentes deberá realizarse el mismo día y a través de los servicios de admisión).

-Resto, hasta 35, gestionadas por el médico (programada, telefónica y administrativa).

PEDIATRIA:

Agenda limitada a 28 pacientes:

- 24 presenciales, no presenciales e indemorables y/o urgentes

- 4 concertadas

Con carácter general, las agendas pactadas entre los profesionales y la Dirección estarán disponibles a través de los sistemas de cita (electrónicos y presenciales), y todas las citas disponibles en las agendas serán visibles, diariamente y por periodos de tiempo suficientes en las aplicaciones informáticas de cita previa existentes (web y *Salud Informa*), siempre en referencia a las 23 citas en Médicos de familia y 20 en Pediatría (citas presenciales y no presenciales).

- **Opciones para absorber la demanda (para aquellas situaciones en que la disponibilidad en la citación supere las 72h):**

A partir del paciente 36 para Médicos de Familia y 29 para Pediatría, se establecerán protocolos de admisión para citar, en el mismo u otro día, en agendas de absorción de demanda, en módulos de consultas por exención de guardias, etc., en función de la organización y circunstancias de cada EAP.

El Servicio Aragonés de Salud deberá dictar unas Instrucciones muy claras y concretas a los Servicios de Admisión de los centros, de cómo gestionar dichas situaciones. De hecho, una vez agotadas las citas y habiendo llegado al máximo de la agenda, será la organización sanitaria la que definirá cómo se da respuesta al exceso de demanda, en el caso de que la hubiera, a través de protocolos previamente establecidos que puedan utilizar las siguientes herramientas:

- a. **Implementación de Complemento Específico B** que pueda ser autorizado de forma individual y con carácter anual o semestral. Dicho profesional asumirá una agenda adicional fuera de su horario ordinario para atender a un máximo de 8 pacientes/hora.

- b. **Agenda de rebosamiento fuera de la jornada ordinaria**, que permita atender necesidades asistenciales, que no pueden demorarse más de 72 horas, tanto para turnos de mañana como de tarde. Será realizada a través de una **rueda voluntaria** para atender a un máximo de 15 pacientes (2h de consulta) solo de demanda presencial. Esta agenda podrá ser asumida por personal del propio equipo, MAC, voluntarios de otros centros y/o sectores o personal del 061, siendo retribuido este módulo de consulta como prolongaciones de jornada sobre la jornada ordinaria de los profesionales, y por profesionales exentos de guardias. Dichas agendas, triadas por personal entrenado, serán gestionadas solo desde el servicio de Admisión de los centros, en colaboración con las Direcciones y los Coordinadores del Equipo.

Esta nueva organización de la absorción de la demanda se deberá revisar cada 3 meses, sin que en ningún caso puedan superarse los límites máximos de agendas aquí contempladas.

Teniendo en cuenta que todas las citas de estas consultas son presenciales y cuando sea necesario para absorber la demanda de actividad enfermera derivada de la misma, se propondrá que asuman esa actividad, de forma voluntaria, a enfermeras del EAP, EAC, o de otros centros como prolongación de jornada (Complemento específico B), así como a enfermeras exentas de guardias.

- **Gestión de Agendas:**

Se implantará –en un plazo máximo de **3 meses**– en el ámbito de la Atención Primaria la figura del Responsable Técnico de Atención al usuario, dependiente de la dirección de Atención Primaria de Sector con las funciones de:

1. Organizar los circuitos administrativos y colaborar en la gestión de las agendas
2. Apoyar a la actividad asistencial para conseguir una mayor eficacia
3. Facilitar información y acceso a la asistencia.
4. Gestionar y adecuar la oferta y la demanda.
5. Establecer vías de comunicación y coordinación necesarias con atención hospitalaria y 061 Aragón.

En una primera fase, se realizará una experiencia piloto en varios Equipos de Atención Primaria al objeto de evaluar la eficacia de esta figura, con carácter previo a su extensión a todo el nivel asistencial.

En todo caso, **deberán definirse las funciones y responsabilidades de todas las categorías del personal de los EAP.**

- **Medidas relacionadas con la Atención Continuada**

- A. Redefinición de la Atención Continuada en los centros urbanos, (aquellos no abiertos las 24 h.):**

- Se analizará la situación de la AC en la ciudad de Zaragoza y se buscará una solución en el primer semestre de 2023.
- Cuando el profesional de una ZBS tenga que realizar la atención continuada en un PAC que incluya varias zonas de salud, fuera de su nombramiento original, ésta se realizará de forma voluntaria y se remunerará con un 25% extra sobre el precio de hora de guardia establecido en compensación a la ampliación de los usuarios susceptibles de atención sanitaria. En caso de que no pueda realizarse de forma voluntaria se seguirá el procedimiento habitual aplicable en los supuestos de movilidad.
- Se revisará la atención continuada de lunes a viernes de 17 a 20 h.
- Se estudiará el establecimiento de un PAC en cada uno de los CME de cada sector (Inocencio Jiménez, Ramón y Cajal y Grande Covián)
- Se procurará el cierre de las citaciones en Atención Continuada 15 minutos antes de la hora establecida. Si, en caso de necesidad, la actividad se prolonga por encima del horario establecido, se retribuirá como hora o fracción de complemento de atención continuada.

- B. Atención continuada en EAP rurales, (abiertos las 24 horas) y otras peculiaridades:**

Se revisará y actualizará la periodicidad de consultas en los municipios pequeños, la redistribución de TIS dentro de la Zona Básica de Salud, o que algunos días puedan acudir otros profesionales del EAP, así como las condiciones de desplazamiento y manutención de los profesionales.

En caso de que se vayan a incrementar los días que la enfermera debe acudir a uno o varios municipios se debe modificar el RIF para actualizar el complemento por dispersión de consultas.

Las horas de jornada complementaria establecida en los EAP serán de 720 anuales. Completada la jornada complementaria el exceso de horas se compensará con un 25% más del precio establecido.

Cuando el facultativo de una Zona Básica de Salud, de forma voluntaria, realice la atención continuada fuera de su zona el tiempo de desplazamiento se computará como jornada realizada.

Para garantizar los descansos reglamentarios de los profesionales que realizan guardias, se establecerá la libranza de la misma en los siguientes términos:

- La libranza se realizará al día siguiente de la guardia.
- En todo momento deberá quedar garantizada la asistencia.
- Organización de la ausencia: La cobertura de estas ausencias se decidirán entre los miembros del equipo, ya sea mediante contratación, sustitución por MAC/EAC o a través del concepto “doblaje de consulta” con los mismos criterios establecidos en este acuerdo.

Con la entrada en vigor de este acuerdo quedará sin efecto la Resolución de 20 diciembre 2013 (BOA 30/12/2013).

MEDIDAS ORGANIZATIVAS EN RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN CONTINUADA:

- **Integración en los Equipos**

En todo lo que sea adecuado a la naturaleza de los puestos de trabajo que desempeñan, se reconoce el derecho de los Médicos y Enfermeros/as de Atención Continuada con nombramiento de equipo a formar parte del Equipo de Atención Primaria en situación de igualdad con el resto de los sanitarios que lo formen.

Se definirá para estos profesionales el inicio y final del fin de semana, los descansos de fines de semana y la mejor organización de las rotaciones.

Se igualará el cómputo de vacaciones y otros permisos entre los MAC/EAC y el personal de los EAP, haciendo especial hincapié en regularizar la retribución de dichos permisos a mes vencido.

- **Cómputo de la Incapacidad Temporal**

Los periodos de IT de los MAC/EAC se computarán según la programación que tenga establecida cada profesional, es decir, considerándose dichos periodos como jornada realizada, al menos con las 7 horas y media reglamentarias o su reducción en los casos establecidos, de tal forma que su efecto sea neutro.

- **Exceso de jornada complementaria (Jornada especial):**

Los MAC/EAC, de la misma manera que el personal del equipo, tienen el deber de realizar las horas de jornada complementaria que les corresponda y, simultáneamente, el derecho a realizarlas. En consecuencia, el exceso de horas de jornada, una vez realizada la jornada ordinaria y complementaria, que se genere en cada Equipo de Atención Primaria se distribuirá equitativamente entre todos los profesionales.

Este exceso de trabajo se compensará, de la misma forma prevista en el apartado “atención continuada”, con un 25% más sobre el precio establecido.

- **Planificación de la actividad:**

La planificación de la actividad de estos profesionales, tanto durante fines de semana y festivos como la que sea posible programar en otros periodos y sin perjuicio de las modificaciones que sea necesario realizar en función de las circunstancias, se realizará con carácter semestral, debiendo facilitarse a los interesados los respectivos calendarios que incluyan las guardias y los fines de semana de descanso.

Asimismo, las Direcciones de Atención Primaria deberán revisar las agendas de forma periódica para estudiar y regular el número de profesionales necesarios en cada PAC, en función del número de pacientes a atender, y se organizará la gestión de la atención a la demanda con el personal de enfermería del PAC.

Igualmente, se establecerá el calendario de guardias y fines de semana de descansos con la antelación suficiente.

- **Productividad Fija**

Con efectos económicos del 1 de julio de 2022, los niveles de Productividad Fija de los Médicos y Enfermeras de Atención Continuada se incrementarán en el mismo porcentaje (5%), en que fue incrementado el valor de la Tarjeta Sanitaria Individual por Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 10-3-2021.

Asimismo, al objeto de compensar la penosidad de los puestos de trabajo de MAC y EAC de Sector, que pueden verse obligados a prestar servicios fuera de su zona de adscripción preferente, con efectos del 1 de enero de 2023 el Complemento de Productividad Fija aplicable a dichos profesionales (nivel 3) se incrementará en 200 €/mes para MAC y en 120 €/mes para EAC.

- **Complemento de atención continuada en vacaciones:**

El personal Médico y Enfermero de Atención Continuada que durante el primer semestre del año hubiera realizado jornada complementaria, en módulos de atención continuada, percibirá en concepto de Complemento de Atención Continuada una cuantía que será el resultado de hallar la media aritmética de lo percibido por el profesional en concepto de jornada complementaria durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de diciembre y el 31 de mayo.

El mismo procedimiento se aplicará para el segundo semestre del año, tomando para el cálculo el periodo comprendido entre el 1 de junio y el 30 de noviembre.

Este complemento deberá aplicarse a partir de 1-1-2023.

- **Movilidad por necesidades asistenciales:**

En caso de desplazamiento del personal de atención continuada con nombramiento de equipo fuera de su zona de salud de forma voluntaria, se le

aplicará durante el periodo correspondiente, el nivel 3 del complemento de productividad fija.

En caso de que no pueda realizarse de forma voluntaria, se seguirá el procedimiento habitual para supuestos de movilidad forzosa.

SEGURIDAD LABORAL EN LOS CENTROS DE TRABAJO

- Se promoverá la imposición de sanciones ante infracciones de los usuarios que supongan agresiones o trato inapropiado a profesionales o instalaciones sanitarias.
- Deberán realizarse campañas publicitarias informando a la población del carácter de autoridad sanitaria de los profesionales sanitarios y de las posibles sanciones económicas.
- Deberán colocarse cámaras de seguridad en los centros sanitarios que hayan registrado agresiones a profesionales, contemplando un presupuesto específico para esta medida de protección.
- Deberá elaborarse un mapa de riesgos de los centros de salud y poner vigilantes de seguridad en aquellos que se considere necesario en función del mismo.
- En caso de agresión, el paciente autor de la misma deberá ser asignado a otro profesional sanitario, dada la pérdida de la relación sanitario/paciente.
- Se creará el nombramiento de un responsable de agresiones en cada Dirección de Atención Primaria que pueda servir de enlace con los Coordinadores de los EAP.

OTRAS CONSIDERACIONES

Las medidas contenidas en este acuerdo no excluyen ni implican renuncia alguna sobre otras reivindicaciones ya planteadas ante la Administración y que exceden del ámbito de la Atención Primaria, tales como:

- Carrera profesional:
 - Desarrollo total de todos los niveles de la Carrera Profesional
 - Eliminar en los Presupuestos el bloqueo del nivel IV de la CP para licenciados y diplomados y el nivel III para personal sanitario de formación profesional y personal de gestión y servicios, a partir del 2023.
 - Modificar acuerdo de CP para que se contemple también este complemento para el personal temporal.
- Implantación de la jornada de 35 horas.
- Hora de guardia:
 - Aplicar en Aragón el precio por hora de guardia calculado en base a la media de las 6 mejores CCAA.
 - Establecer distintos precios por hora de guardia ordinaria, sábados y víspera de festivos y domingos y festivos.
 - Ampliar el número de días festivos especiales, 24, 25 y 31 diciembre y 1 y 6 enero.
 - Unificar el precio y las horas de guardia en los días especiales en el personal de los EAP y MAC.

- Mejorar las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral (ampliar a todos los centros de Salud el inicio de AC mismo horario y cierre actividad ordinaria a las 17 h. así como flexibilidad horaria)

Se constituirá un grupo de trabajo en el plazo de 2 meses para estudiar las plantillas de TCAE de Atención Primaria, al objeto de llevar a cabo su adecuado dimensionamiento.

Se abordará, a lo largo del año 2023, la revisión de la normativa reguladora de los responsables de los Equipos de Atención Primaria (coordinadores médicos, coordinadores de Enfermería y jefaturas administrativas), al objeto de proceder a su actualización en materia de funciones, dedicación, retribuciones, etc.

DISPOSICIÓN FINAL

Se constituirá una **Comisión de Seguimiento** para entender de cuantas cuestiones se deriven de la interpretación, desarrollo, aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de este acuerdo. Dicha comisión deberá ser reunida con una periodicidad semestral o en caso de solicitud por cualquiera de las partes.

ENTRADA EN VIGOR

Las medidas incluidas en este acuerdo serán de aplicación a partir de 01/03/2023, salvo aquellos puntos en que se contemplen otras fechas concretas y diferentes.