

MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sindicatos Médicos de ARAGÓN



La unión es nuestra fuerza



FASAMET

DEESCALADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGON

INTRODUCCIÓN

La situación creada en la Atención Primaria (AP) por la pandemia mundial originada por el Covid-19 ha dejado muchos signos y evidencias reales padecidas desde hace más de 10 años y con **responsabilidades múltiples de las distintas administraciones sanitarias** que hemos tenido principalmente por un **insuficiente presupuesto de gasto sanitario por debajo del 15 %** ya que el resto se ha desviado a otros niveles asistenciales, por una **escasez de recursos humanos** con plantillas muy ajustadas o insuficientes, una **inversión en sanidad, en 2018, del 6 % del PIB** inferior a la de 15 países de la Unión Europea y principalmente una **falta de liderazgo de gestión política** con autonomía suficiente para poder acometer esta grave situación.

Desde hace muchos años desde los Sindicatos Médicos de Atención Primaria veníamos solicitando una **Gerencia única para la AP**, como estuvo en la época del INSALUD, que permitiera gestionar y coordinar realmente este nivel asistencial. Incorporar la atención primaria junto con la hospitalaria con un solo Gerencia para ambos niveles ha resultado un total desastre para la AP. La preocupación por la problemática hospitalaria es tan grande que anula a la AP, los costes de los tratamientos, la alta tecnología, las pruebas diagnósticas hospitalarias, etc...comparados con los de la AP nada tienen que ver, en cambio ha sido la más recortada. Como dice un dicho popular, *“el pez grande se come al pez chico”*.

A raíz de esta grave crisis sanitaria hemos tenido que **pasar de un servicio de barra libre para acudir a los centros de salud** por cualquier causa urgente o no, pero que le tenía que ver el medico ese mismo día **a otro concepto que era evitar esa accesibilidad lo máximo posible**. Tendremos que plantearnos que aquellos momentos y circunstancias no se podrán volver a producir y que tendremos que seguir con un control de las agendas de los profesionales, la reducción de las actividades burocráticas, la atención telefónica para solucionar muchos problemas, la clasificación de las urgencias, las consultas telemáticas y otras herramientas informáticas, la coordinación de los

niveles asumiendo cada uno su responsabilidad utilizando la consulta virtual de una forma resolutoria por cada uno, tanto desde la AP como de la hospitalaria, y la colaboración con otros ámbitos de salud, como las Residencias y la Salud Pública, entre otras muchas que iremos proponiendo más adelante en nuestra propuesta.

Lo que sí ha dejado claro esta crisis ha sido la **enorme profesionalidad y generosidad de todos los profesionales sanitarios** tanto de la atención primaria como de la hospitalaria para abordar esta situación desconocida y tan grave que hemos padecido, y que como no la hemos terminado habrá que mantener las mismas medidas de seguridad en los centros tanto para los profesionales como para los usuarios, para evitar algunos rebrotes peligrosos, que de producirse, sería nefasto para el sistema sanitario.

La vuelta a la normalidad que dicen los políticos no podrá ser como antes de esta pandemia; **habrá un antes y un después** y la posibilidad de aumentar el número de consultas a los profesionales por los diferentes motivos puede llevar a una saturación de los servicios y provocar situaciones de aglomeración de pacientes en los centros, que hay que prever y evitar. El **trabajo en la AP debe cambiarse y adaptarse a estos tiempos** que hemos vivido con medidas a corto y medio plazo pero muchas de ellas deberán mantenerse a lo largo de todo el tiempo.

Hay que **devolver a los Facultativos de AP la responsabilidad en la toma de decisiones y gestión de los procesos** que atendemos, tanto en solicitud de recursos como de tratamientos, y eliminar algunas trabas burocráticas, como las originadas por la inspección y visado innecesarias.

Por todo ello realizamos las siguientes propuestas:

DIRIGIDAS A LA ATENCION PRIMARIA A NIVEL ORGANIZATIVO

- Creación de una **GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**, con la adscripción de las Direcciones de Atención Primaria y un **mando único para la AP**.
- **Aumentar el presupuesto destinado a la AP** de forma progresiva para alcanzar entre el **20% y 25 %**, en nuestra **Comunidad Autónoma**.
- **Desescalada asimétrica**,
 - Iniciar las consultas presenciales solo en aquellas ZBS con una tasa de contagio de $<440/100.000$, que corresponde a la mitad de la media de Aragón.
 - Antes de ello, realizar test serológicos a los profesionales sanitarios (incluidos trabajadores de residencias) de dichas ZBS.
 - Revisión del nº de nuevos casos cada dos semanas.
 - A los quince días si no se aprecia aumento de tasa, comenzar mismo procedimiento en ZBS con tasa de contagios entre 440-880/100.000.
 - Y así sucesivamente...siempre realizando un control quincenal y volviendo a situación inicial en caso de empeoramiento.

- **Competencias de la Atención Primaria sin obstáculos** en las solicitudes y tratamientos necesarios.
- Creación de **una red centinela** similar a la que existía con la Gripe. Inclusión de los casos en las EDOs.
- **Incrementar los recursos humanos de las plantillas** de los Centros de Salud por encima de las actuales,
 - Dotación de **recursos humanos suficientes**: administrativos, celadores, auxiliar clínica, que controlen la entrada al CS, regulando los flujos de entrada y salida, facilitando el uso de mascarillas, lavado manos, guantes, evitando colas de espera y haciendo respetar la distancia mínima de seguridad de 2 metros.
 - Dotación de **profesionales sanitarios suficiente y adecuada a la nueva situación**, reforzando la plantilla actual precaria de forma crónica:
 - Contratos eventuales, en 1-2-3 médicos y enfermeras, según la población a atender, al menos hasta que cese esta pandemia.
 - **Contratación de los MIR** que acaban la formación este mes de mayo con un contrato de especialista inicial hasta el mes de octubre. Durante este tiempo baremar los méritos de cada uno y realizar un nuevo llamamiento único con la oferta de todas las plazas posibles. A partir de ese llamamiento todos los contratos de trabajo deberán ser al menos 1 año.
 - **Ofertar más horas a los MAC** que estén dispuestos a realizarlas independientemente del Sector en el que trabajen.
 - Ver la realidad de los Centros, existen profesionales con menos de 300 TIS.
- **Garantizar cobertura de vacantes** (permisos reglamentarios como vacaciones, moscosos) y jubilaciones para evitar acúmulos de pacientes.
 - Permitir utilizar los **días no disfrutados de 2019** durante todo el año **2020**.
 - Si se propone la posibilidad de ofertar pagos por el **no disfrute de los permisos sea totalmente VOLUNTARIA**.
 - Exigencia de **sustitución para la actividad presencial** del Personal Especialmente Sensible
- **Disminuir la burocracia**.
 - **Eliminar visados** para los Médicos de Familias,
 - Continuar con la **renovación automática de recetas crónicas** hasta final de año.
 - **IT telemáticas** en aquellos casos que la baja sea previsiblemente larga
 - Dotación de **IT web a los Médicos de Atención Hospitalaria (AH) para proceder a la baja laboral de pacientes ingresados**. El alta de un proceso que es seguido por AH debería ser realizada por el especialista correspondiente.
 - Todos los **informes solicitados, uso del transporte sanitario no urgente, resultados analíticas, pruebas diagnósticas u otras**

actividades, que no sea precisa la presencia del paciente serán canalizados a través de la consulta no presencial.

- Convenios con oficinas de farmacia para el reparto de mascarillas a la población en general y otras actuaciones sanitarias dirigidas a la comunidad.
- **Campañas informativas del SALUD** para informar sobre los nuevos cambios en Atención Primaria.

DIRIGIDAS A LOS PACIENTES

- Disponibilidad de **test de diagnóstico rápido y de PCR en cantidad suficiente y circuito ágil para su realización en la población.**
- Mejorar el servicio del Salud Informa para que sea más activo y útil para los pacientes.
- Garantizar la **seguridad de los pacientes**:
 - Mascarillas quirúrgicas para todo paciente que entre al centro de salud.
 - Geles hidroalcohólicos en la entrada del centro de salud y en cada una de las consultas.
 - Carteles informativos, líneas en el suelo, espacios señalizados para mantener distancia de seguridad mediante la identificación en los bancos o las sillas de los centros.
 - Disponer de termómetros laser que no precisan el contacto con el paciente para la determinación de la temperatura del paciente.
- Cambiar el término de cita previa por el de **solicitud de consulta.**
- Mantener las **salas de espera de los centros con criterios de seguridad** de los pacientes y establecer circuitos señalados de paso interior de los usuarios en todos los centros.
- Control de las agendas por el propio profesional, con un **número limitado de consultas de demanda y no presenciales**, con tiempo suficiente (10-12 minutos) dejando tiempo para otras actividades como es la atención domiciliaria y la urgencia.
- **Discriminar el tipo de consulta solicitada**, presencial o no, administrativa, de enfermería o de medicina y que es lo que solicita. Las consultas de demanda deberán ser atendidas de forma telefónica previamente y el profesional decidirá si tiene que ver al paciente.
- **Incrementar el número de líneas telefónicas por centro** debido a un mayor número de llamadas que se están generando en los centros.
- Modificar la **respuesta del Salud Informa para la petición de consulta** por vía telemática.
- Establecer una campaña de educación sanitaria y autorresponsabilización sanitaria y social.

DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES

- Realizar un **cribado a todos los profesionales sanitarios y sociosanitarios mediante test de detección** de COVID (PCR y serología a doble banda) con el objetivo de conocer y poder aislar a aquellos profesionales asintomáticos pero positivos y conocer la respuesta inmune.
- Garantizar la **seguridad de los profesionales**
 - **EPIs para todos los sanitarios** que incluyan: guantes, mascarillas quirúrgicas, mascarillas FFP2/3, batas, protectores oculares o faciales, gorros, calzas. Y **garantizar su reposición**.
- Facilitar la **flexibilización laboral para favorecer la conciliación**
- **Fomentar la consulta telefónica**, capacidad de gestionar a través de Salud Informa las consultas no presenciales, a primera o última hora.
- **Garantizar móviles en todos los centros y consultorios para uso de whats o la app**
- **Fomentar la telemedicina:**
 - Garantizar el **adecuado funcionamiento de la Interconsulta virtual** adecuando una parte de la actividad de los médicos hospitalarios a las necesidades de los especialistas de atención primaria
 - Facilitar a los EAP **dispositivos móviles** para consultas telefónicas con envío de imágenes a través de whatsapp.
 - Trabajar el sistema de las **videoconsultas** que se habiliten más webcam en puestos informativos
- **Control de las agendas por los profesionales**, pasar de dispensar números a gestionar las agendas. Máximo en consulta de demanda y presencial de 4-6 pacientes por hora.
- La **labor de cada médico con su cupo es fundamental** por el conocimiento de sus pacientes.
- **Cobertura del 100 % de las bajas y ausencias** con todos los recursos existentes.
- Aplicación de **doblaje de consultas**, en casos necesarios mejorando la compensación actual, para todos los facultativos incluidos los MAC.
- Dotación de **materias mínimo para cada profesional**: pulsioxímetros, termómetros adecuados, fonendoscopios con elementos de protección desechables para la campana, esfigmomanómetros.
- Termómetros de infrarrojos para todos los centros.
- Desde muchos colectivos profesionales se reclama la **posibilidad de tratamiento de la patología covid19 en estadios iniciales** y el control de este por parte de AP. Los últimos protocolos internacionales ya lo recomiendan, sobre todo en caso de presentar patologías de riesgo, aunque su sintomatología sea leve.
- **Coordinación con la atención hospitalaria y centros de especialidades** mediante la historia clínica electrónica y la receta electrónica en todos los centros:
 - Seguimiento al alta coordinado con especialistas hospitalarios mediante e-consulta de los pacientes que lo precisen.

CESMARAGON- Madre Vedruna 10, 5ºD. 50008 ZARAGOZA

Teléfonos: 976239371

cesmaragon@cesmaragon.org

- Protocolo claro de seguimiento clínico y serológico, compartido con el hospital de referencia en el que participen profesionales de Atención Primaria y especializada, de pacientes COVID positivos ya tratados o dados de alta hospitalaria.
- Disponer de un servicio o consulta de referencia que garantice la continuidad del seguimiento entre los dos niveles evitando pruebas o desplazamientos innecesarios del paciente,
- Citación de seguimiento al alta, directamente desde atención hospitalaria si se considera necesario.
- **Coordinación con el 061** mediante el acceso a la historia clínica electrónica (a través de dispositivos tipo tablets que permitan acceder al SUAP a la HCE desde el propio domicilio) y la implantación de la receta electrónica en ese ámbito.
- **Coordinación con las residencias** de las zonas de salud con visitas de médicos y enfermeros si es necesario mediante la colaboración de los servicios sanitarios propios de los centros.
- **Coordinación con los servicios de inspección de la Salud Pública** para detectar lo antes posible cualquier situación de riesgo para la población.
- Incorporar en el sistema de **receta electrónica al personal de ISFAS** que es atendido en los centros de salud, de la misma manera que se ha hecho con el de MUFACE.
- Utilizar los **Complementos Específicos B y C** para situaciones especiales que se necesiten, de forma voluntaria, y no desdoblarse los equipos en turnos de mañana y tarde.

A NIVEL ORGANIZATIVO DE CENTROS DE SALUD

- Cada **EAP podrá adaptar la organización real del Centro**, que a veces no coincide con las instrucciones generales, debidamente autorizado por la Dirección de Atención Primaria.
- La actividad ordinaria, además de la que está generando el Covid-19, es **imposible asumirla sin incremento de plantillas**.
- Continuar con el **triaje presencial en el centro** y con la consulta de respiratorio.
- También **un triaje para los avisos domiciliarios y las urgencias** solicitadas por los pacientes. Será necesario un equipo médico-enfermero para esos triajes durante todo el horario de apertura de los centros.
- **Mamparas protectoras en admisión y en las consultas** de los profesionales.
- **Garantizar salas de espera con pocos pacientes**: es obligatorio aumentar el tiempo de citación.
- Organizar en **todos los centros y consultorios locales un sistema organizado de tratamiento del material "sucio"**. La responsabilidad de la limpieza de centros y consultorios es del Salud, nunca del personal sanitario.

- **URGENCIAS en EAP:** cada EAP se tiene que organizar según características.
- Garantizar que **la Atención Continuada que se atiende en los centros sea realmente de carácter Urgente, y no una prolongación de consultas de tarde-noche.**

ESPECIFICIDADES DE PEDIATRÍA

- **Reanudar las actividades y consultas pospuestas, priorizando el seguimiento de las vacunaciones y las revisiones de salud infantil** de forma programada y progresiva.
- **Triaje telefónico para todos los pacientes** que soliciten consulta, priorizando los pacientes no demorables, y dando cita a los demorables de tal forma que se impida la masificación en salas de espera
- Agendas limitadas de **Consultas de demanda, al menos, con una duración de 15 minutos.** Antes de su presencia en el centro el paciente será llamado por el responsable para valorar el caso. **Otra parte se completara con consultas no presenciales mediante llamadas telefónicas** del profesional para tareas que no sean necesaria la presencia en el centro.
- Retomar **gradualmente las revisiones del niño sano en el primer tramo de la consulta.**
- Las consultas de **pediatría en los consultorios locales dependientes de centros de salud urbanos no deberían reabrirse por el momento,** no sólo para evitar el desplazamiento innecesario de pediatras para realizar consulta no presencial en un entorno muy próximo al centro de salud.
- Consulta **específica de Urgencias con equipo profesional único** con la protección adecuada y rotación del personal.

ESPECIFICIDADES DEL 061-ARAGÓN

- Facilitar el **acceso del personal del 061 a HCE:** adquisición de tablets desde las que los sanitarios puedan acceder a la historia de paciente estando en su domicilio y puedan escribir su diagnóstico y tratamiento.
- **Receta electrónica integrada para el 061:** Facilitar a **este personal médico la tarjeta individual de Facultativos del Gobierno de Aragón** para poder recetar a los pacientes tratados en el sistema de la receta electrónica, olvidando ya las recetas en papel que obligan al familiar a ir a buscarla al domicilio antes de acudir a la farmacia.
- **Incorporar** sistemas de **Telemedicina/Telemonitorización** para el manejo de ciertos pacientes (COVID + o Crónicos complejos). Hay que esperar que la apertura de AP atraiga un número considerable de pacientes que podría repercutir en el manejo de otros que podría beneficiarse de alternativas en el seguimiento. De esta manera la

telemedicina realizada desde AP vendrá respaldada con datos clínicos y evitaremos las descompensaciones de los pacientes mucho antes.

- Establecer **canales de comunicación ágiles entre las atenciones del 061 con AP** (integrar OMIC en urgencias extrahospitalarias)
- **Incremento de médicos reguladores en el CCU** para asumir la demanda que se vaya dejando de realizar por parte del CCU de apoyo creado para atender al COVID-19.
- **EPIS suficientes**, con respuesta de reposición inmediata y adaptada a la actividad que realizan estos profesionales, como se ha descrito para la atención primaria.

Análisis especial sobre los **SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM)** trabajan en escenarios muy diversos (un domicilio, un centro de salud, la vía pública, un centro comercial, una fábrica...) ante situaciones de urgencia real o potencial, y para las que debemos estar preparados, tanto en material y equipamiento médico como en Equipo de Protección Individual (EPI).

- Nuestros **escenarios son, la mayoría de las veces, “No-Controlados”**: no sabemos qué nos vamos a encontrar, cómo estará el paciente, si estará tumbado en el suelo, qué maniobras debemos realizar... si el edificio tiene ascensor o hay que bajarlo tras las escaleras, si el paciente requerirá intervenciones críticas dentro de la ambulancia, un espacio confinado (menos de 3 metros cuadrados).
- El **plan de contingencia del 061 Aragón no tiene considerado el nivel de riesgo asociado a los escenarios y las tareas** que podemos realizar en estos lugares, como recomiendan los organismos internacionales.
- Por las características de nuestra actividad profesional tendríamos un **riesgo ocupacional entre Alto y Muy Alto**, según las intervenciones que realizáramos (traslado de pacientes – alto, procedimientos que generan aerosoles como intubación orotraqueal, aspiración de secreciones... - muy alto).
- Nuestro **entorno de trabajo es “móvil” y cambiante**, por lo que debemos adaptar las recomendaciones según nuestra actividad, y **dependemos casi exclusivamente de nuestro EPI** cuando no existen otros sistemas de aislamiento (presión negativa, ...) y se precisa un contacto prolongado y estrecho con un paciente sospechoso o confirmado de COVID-19 durante su asistencia, movilización y traslado.
- Es cierto que de las **13 bases del 061 Aragón con Unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA ó UMEs) que existen en nuestra comunidad, no existe una homogeneidad** en cuanto a la frecuencia del número de avisos, tiempo de asistencia y de traslado con el paciente... , ya que aquellas unidades que trabajan en Zaragoza capital atienden a un mayor número de pacientes, en cambio, en aquellas otras que trabajan en el ámbito rural (unidades periféricas), si bien, tienen menor número de avisos, el tiempo de asistencia y de traslado es mayor.

- Además, hay que añadir en la actividad de algunas unidades los Traslados Interhospitalarios (TIH) desde Hospitales periféricos a centros de referencia en Zaragoza, con más de 1 hora y media en contacto estrecho con el paciente dentro del habitáculo asistencial.
- Otro factor que considerar en aquellas unidades con mayor número de avisos es el cansancio acumulado, añadido al procedimiento de colocación y, al más crítico, de retirada del EPI que puede conllevar riesgo de contaminación por errores en la retirada.

- En las recomendaciones del 061 Aragón sobre los EPIs no ha tenido en consideración:
- **Un Plan de formación y entrenamiento** adecuados
- **El uso de las Mascarillas de protección FFP2/FFP3.**
 - En la bibliografía revisada, se recoge que el tiempo máximo no depende de días sino de número de pacientes, no contemplado en nuestro procedimiento.
 - *“Si desde el fabricante no se puede indicar el número de usos, datos preliminares sugieren limitar el número a no más de 5 de usos por mascarilla para tener un margen de seguridad. Comprobar si tiene algún desperfecto antes de cada uso, si las cintas mantienen la tensión, si la pieza nasal para ajustar no está deteriorada...”*
- Considerar el **uso de buzos/monos**. Generalmente brindan una protección de 360 grados porque están diseñados para cubrir todo el cuerpo, incluidas la parte posterior y la parte inferior de las piernas, y a veces también la cabeza y los pies. Si bien las propiedades del material y la barrera de costura son esenciales para definir el nivel de protección, la cobertura proporcionada por el material utilizado en el diseño de la prenda, así como ciertas características, incluidos los cierres, afectarán en gran medida el nivel de protección. Los profesionales de la salud que no estén familiarizados con el uso de los monos/buzos deben estar entrenados en su uso, antes de usarlos durante la atención del paciente.
 - Cuando se sugiere la **utilización de monos/buzos**, la respuesta de la Gerencia es que se da más importancia al riesgo de contaminación al retirar un EPI tipo mono/buzo que una bata, que a la mayor seguridad que proporciona. Además, en este caso, debería ir acompañado de un programa reglado de formación a colocar y retirar este tipo de EPI. Este equipo de protección se está utilizando por los SEM de varias comunidades autónomas, contemplados en sus planes de contingencia.
 - Como se ha comentado anteriormente dadas las características particulares de nuestro entorno de trabajo, un **entorno “No Controlado”**, debemos estar equipados, protegidos, pensando en el “peor escenario” al que nos tenemos que enfrentar.

- No se ha informado claramente de otros planes alternativos en los que se está trabajando ante la situación de desabastecimiento que vivimos (los trajes químicos de los que hablan están preparándose, cuándo estarán listos, para qué escenarios.
 - Según la bibliografía consultada. **los trabajadores informados que se sienten seguros en su trabajo** tienen menor probabilidad de estar ausentes innecesariamente.
 - Las dudas que siguen teniendo los profesionales del 061 Aragón es sobre **Protección**, la nuestra, porque no está aclarado; sigue existiendo una **falta de información y de comunicación sobre dónde estamos y el plan de acción.**

ESPECIFICIDADES PARA LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

Los brotes detectados en las residencias han sido, y será, nuestro principal problema y preocupación. Debemos garantizar una atención de calidad a nuestros mayores.

- Mantener las **residencias COVID-19** para aquellos pacientes de cualquier residencia que se les siga diagnosticando Covid-19 y sea difícil aislarles.
- Asegurar el **material de protección para todos los trabajadores sociosanitarios así como la realización de un cribado de Covid-19 (PCR y serología).**
- **Crear equipo de AP que controlen, vigilen y atiendan estos centros.** En aquellos EAP que la carga asistencial dificulte una correcta atención y no dispongan de servicio médico diario, sería necesario la atención independiente por parte de médicos/enfermeros del SAS
- **Control de centros de residencias:** muchas de ellas cuentan con médico y enfermera, en horario total o parcial, y el seguimiento lo realiza el personal sanitario propio de la Residencia pero debe existir una buena coordinación con el personal del EAP correspondiente.
- **Equipo de atención específica para las Residencias Geriátricas** donde sean necesarios. Se está realizando en algún Sector con buenos resultados.
- **Apoyo total a las residencias de ancianos** continuando con la atención in situ por médicos y enfermeras de Atención Primaria, cada EAP se tiene que organizar según características.
- Formación y asesoramiento para cada centro de mayores adaptado a las características físicas del centro, al perfil de los residentes y las categorías profesionales de los trabajadores (Plan de contingencia personalizado).
- Implantar sistemas de auditorías de los Centros (protocolos de limpieza, higiene y salud de trabajadores).
- Incorporar sistemas de Telemedicina/Telemonitorización (medios propios o alianzas con empresas del sector) para recoger los datos diarios (T^a °C y SaO₂) junto con cuestionario de salud básico (tos-disnea) de los pacientes en las residencias. De este modo se conseguirá una vigilancia estricta de posible aparición de rebrotes de casos COVID. Dichos datos recogidos in situ en las residencias y gestionados por plataformas de

telemedicina llegarían filtrados y serían valorados por la unidad para adoptar las medidas necesarias en cada caso.

- Preparar **equipos de atención a las residencias, como el EDORE**, de buenos resultados en el sector Zaragoza I, por si fuera necesaria su puesta en funcionamiento, por necesidad o nuevos repuntes del Covid-19.

ESPECIFICIDADES DE LOS EAP URBANOS

- **Paciente siempre con mascarilla.** Presencia de soluciones hidroalcohólicas.
- **Respetar distanciamiento social** (1,5- 2 metros)
- Evitar reuniones entre pacientes y familiares.
- Rapidez en realizar la gestión.
- Preferible la gestión telefónica (ampliar líneas telefónicas)
- Número **máximo a determinar en el interior del centro**
- **Desplazar sillas de las consultas** al menos a 1 metro de la mesa de las consultas.
- Bancos de salas de espera con señales de prohibido asientos o permitidas para garantizar separación mínima.
- **Pasará sólo el paciente**, salvo menor de edad o dependiente.
- **Recuperar la Atención Continuada (AC)** de los sábados en los lugares determinados de sus Centros de Salud. Valorar la **agrupación de esta AC** de algunos centros en puntos concretos como pueden ser los Centros Médicos de Especialidades.
- **Suspensión de actividades grupales** de promoción o prevención
- Mantener **inicialmente, la consulta telefónica** como la de demanda no presencial.
- **Continuar con consulta administrativa** (renovación de receta electrónica, IT, petición ambulancias, informes, etc...) como consultas no presenciales.
- Consulta médica de demanda **con citación de pacientes cada 10-12 minutos.**
- Además está tarea administrativa, atención telefónica de consulta no presencial, avisos a demanda y programados, urgencias siempre antes de citación con triaje por el medico encargado.
- Mantener **avisos domiciliarios de forma conjunta médico y enfermera**, previa llamada telefónica antes de acudir.
- **Control médico/enfermera de las urgencias diarias** solicitadas en Admisión para derivar a su MF, o en caso de urgencia real, atenderla, con arreglo al calendario habitual.
- Paciente respiratorio pasará a través de biombos al cuarto habilitado para Respiratorio, con la máxima distancia horaria entre pacientes considerados respiratorios.
- **Mejorar el flujo de Consultas Virtuales con Especialistas hospitalarios**

CESMARAGON- Madre Vedruna 10, 5ºD. 50008 ZARAGOZA

Teléfonos: 976239371

cesmaragon@cesmaragon.org

- **Realización por Atención Hospitalaria de la prescripción y pruebas que solicita:** disminuiría de una manera notable la presión asistencial de AP.
- Atención en medio **urbano de Zaragoza de los avisos urgentes no demorables** por el 061, las 24 horas de todos los días, con los avisos de las **prioridades 1 y 2**, para evitar la duplicidad de recursos. Los EAP atenderían aquellos avisos de **prioridad 3, 4 y 5**.

ESPECIFICIDADES DE LOS EAP RURALES

- Medicina Rural y Consultorios locales: además de las medidas descritas anteriormente, es necesario **asegurar la desescalada en el medio rural** teniendo en cuenta su problemática: dificultad para crear circuitos/sala de respiratorio, dificultad para limpieza de la consulta médica o del coche particular del sanitario tras un posible caso.
- **Visitas a domicilio en ámbito rural:** no consideramos adecuado acudir a las visitas domiciliarias en el vehículo propio, algo frecuente en la AP rural. Una posible solución sería mantener un equipo encargado de atender la patología respiratoria, y en caso de aviso en un pueblo diferente del PAC de referencia, fuera este equipo a visitar al paciente en el vehículo del centro de salud.
- Tanto en la cabecera **de los centros de salud** como en los locales de **las diferentes poblaciones**, debemos de plantearnos varias cosas, que deberían ser comentadas con los **Consejos de Salud de Zona donde existan:**
 - **La limpieza** empezando por su personal normalizando sus actuaciones en orden a materiales empleados para ella, tanto de las superficies como del mobiliario.
 - **Ventilación**, de las consultas y de las salas de espera. Hay épocas del año que hacen más difícil la ventilación.
 - **Amplitud** de las salas de espera.
 - **Dotación de material**, termómetros de infrarrojos, pulsioxímetro, EPIS suficientes, etc...
 - Posibilidad de **ozonización** (los aparatos para ello son asequibles económicamente. Nos servirían incluso para ozonizar las prendas de protección utilizadas para su reutilización.
- **Trabajo de forma telemática** siempre que sea posible y en la **consulta de demanda** utilizar la no presencial según considere el profesional.
- **Retornar la apertura de los PAC cerrados** durante la fase inicial de la pandemia.
- Planificar el **transporte de los profesionales en el medio rural realizado con sus propios vehículos** sin posibilidades de higienizarlos posteriormente en caso de pacientes sospechosos de Covid-19. Habría que valorar otras posibilidades y soluciones distintas y más seguras.

PECULIARIDADES EN LA APERTURA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES

- El estado de alarma, por el momento, está decretado hasta el 9 de mayo. Adelantarse a las previsiones del Gobierno sin saber si se levantará dicha alarma es adelantarse a una situación desconocida.
- **Solicitamos plenas garantías de protección para los trabajadores sanitarios. (EPIS Y EQUIPOS DE LIMPIEZA)**
- Las dos primeras semanas, desde el momento que se decida la apertura, será **centralizada en las localidades de cada CIAS con mayor población**, trabajando en equipo enfermería y medicina, (si se ha de aumentar dicho periodo, será siempre en conjunto)
- Todos los pacientes se **citarán de forma telefónica** con espacio de unos 10-15 minutos entre cada uno de ellos.
- Para **preservar la seguridad de los profesionales**, debería de valorarse la reorganización de los consultorios locales, de manera que siempre estuvieran trabajando médico-enfermera de cara a hacer el triaje, colocación y supervisión de retirada del EPI, etc.
- Serán los **profesionales quienes desde los consultorios llamen a los pacientes para valoración de la asistencia**, garantizando siempre la misma, e indicando, en el caso de que se precise una valoración física, **la hora exacta a la que el paciente debe de ir a la consulta**.
- Se le indicara al paciente **acudir a la misma con mascarilla y manteniendo las medidas de protección**.
- En el caso de que el **paciente sea valorado en la consulta por síntomas respiratorios**, la sala pasará a considerarse como sucia, y se deberá de tener siempre dispuesto un equipo de limpieza para desinfección de la zona. **(Considerando citar a estos pacientes a última hora)**.
- **Valoración de uso de coche del centro para acudir a los consultorios**. Queremos garantías de desinfección de los mismos o de disponibilidad de un coche de uso "sanitario".
- Realización de la **limpieza del consultorio** todos los días.

Zaragoza, 4 de Mayo de 2020



Mercedes Ortín Ferrer
Secretaria General CesmAragón



Leandro Catalán Sesma
Presidente Médicos de AP

SRA. CONSEJERA DE SANIDAD. GOBIERNO DE ARAGÓN