



CCOO



**federación de sanidad y sectores
sociosanitarios de Castilla y León**

100 PROPUESTAS DE LA FSS-CCOO DE CASTILLA Y LEÓN PARA UNA ATENCIÓN PRIMARIA DE CALIDAD

Plaza Madrid, 4, 6ª Planta
47001 Valladolid
Tfno: 983 399431

www.sanidad.ccoo.es/sanidadcyl



Desde la FSS-CCOO de Castilla y León apostamos por un desarrollo exponencial de la AP, al 100%, que sitúe al ciudadano, tanto del medio rural como del urbano, en el centro del modelo sanitario para: acercar los servicios sanitarios a la población; convertir en un elemento básico y nuclear del SNS; impulsar medidas organizativas, estructurales, de gestión y de recursos humanos a corto y medio plazo; mejorar considerablemente su financiación; dimensionar correctamente la dotación de RRHH en todas las categorías; completar las plazas de especialistas de enfermería familiar y comunitaria, actualizar las unidades de apoyo, mejorar la coordinación entre los diferentes niveles, incluida la Salud Pública y la Salud Mental; recuperar la atención comunitaria, trabajar en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

Impulsamos y reivindicamos la creación de las figuras de médico y enfermero de área, con el objetivo de acabar con el empleo precario y el incremento progresivo de las plantillas; potenciar las medidas de Epidemiología y de Salud Pública, que no se corresponden únicamente con la labor de veterinarios y farmacéuticos.

La solución no puede pasar por hacer desaparecer los consultorios locales y transportar a todos los usuarios a los Centros de Salud, aunque no debe ser descartable el transporte de los usuarios de poblaciones muy pequeñas a la cabecera de su propia demarcación asistencial, cuyo consultorio esté mejor dotado para la atención sanitaria correcta. No puede dotarse de toda la batería de material tecnológico cada consultorio, pero sí hay que potenciar la capacidad diagnóstica y resolutoria con más tecnología y capacidad de solicitar pruebas diagnósticas desde cada Centro de Salud. Sí hay que solucionar el déficit de profesionales. Sí hay que reordenar las Zonas Básicas de Salud y los recursos humanos, para lo que es necesario asignar de acuerdo a la realidad existente. Hay que solucionar situaciones en las que en centros rurales la asignación de pacientes por profesional es superior al cupo máximo legal fijado en los centros urbanos, tanto como evitar los cupos mínimos que impiden el desarrollo profesional y científico de los profesionales.

No podemos ir a modelos de gestión de empresa privada de servicios, que sólo buscan resultados económicos y olvidan los resultados en salud. Tampoco es una solución sino un parche la idea de la contratación de médicos sin título de especialista o habilitación europea, pese a que la consejería de Sanidad lo haya propuesto. La idea de que el trabajo que se hace en Atención Primaria es sencillo y lo puede hacer cualquiera, que expresaron algunos directivos, es otro factor que lastra el desarrollo y funcionamiento de este nivel preventivo y asistencial.

En muchas ocasiones hemos dicho que el modelo sigue siendo muy bueno y que no es necesario un cambio de modelo cuando el problema actual es la incapacidad de sus gestores y políticos para hacer valer todos los recursos de que dispone la sanidad pública en Castilla y León. Por lo tanto, antes de cambiar de modelo, o incluso cambiando de modelo, lo que parece claro es que lo primero que hay que cambiar es a unos directivos que en general sólo han demostrado gestionar a su capricho. No es posible que los futuros directivos sean los actuales, con todo su bagaje de vicios adquiridos.

A) Mejoras de la financiación.

1. Financiar el SNS hasta alcanzar el 7,2% del PIB.
2. En AP alcanzar el 25% del total de la financiación.
3. Elaborar presupuestos reales y acordes con las necesidades de la AP.
4. Incrementar el presupuesto para la Salud Pública
5. Garantizar, con el objetivo de lograr un modelo de financiación sostenible, la equidad y solidaridad en las prestaciones, así como la calidad de las mismas.

B) Medidas organizativas y de gestión

6. Es esencial recuperar el concepto de equipo en la AP, uno de los avances más significativos de la reforma de los años 80 que repercutió en la calidad asistencial.
7. Necesidad de adaptación a los cambios sociales.
8. Incrementar la interrelación y el tiempo con los usuarios.
9. La gestión tradicional es gestión de calidad.
10. Es necesario anular el decreto de Unidades de Gestión Clínica.
11. Cambiar la denominación de Atención Especializada por Atención Primaria
12. Recuperar la jornada de 35 horas.
13. Desarrollar fondos de cohesión que contemplen la dispersión geográfica y el envejecimiento.
14. Adecuar las normas mínimas de funcionamiento de los EAP
15. Reordenar las zonas básicas de salud y los RRHH, en base a diagnósticos de salud.
16. Definir una cartera de servicios dinámica y flexible, centrada en las personas.
17. Delimitar y tener en cuenta las zonas de difícil cobertura.
18. Establecer la dedicación exclusiva obligatoria para el personal
19. Poner tasas a las solicitudes burocráticas
20. Adecuar los consultorios para hacerlos funcionales.
21. Mejorar la coordinación de AP, Atención Hospitalaria y Emergencias.
22. Mejorar la coordinación entre los diferentes EAP
23. Coordinar y establecer una comunicación constante entre AP, Salud Pública y Epidemiología
24. Utilizar un programa único de historia clínica digital compatible con el resto de estructuras.
25. Desarrollar un plan de transporte sanitario programado. Identificación completa de plazas y puestos de trabajo.
26. Acabar con las externalizaciones y contratos de los servicios. Desarrollar políticas incentivadoras.

C) Relaciones con la ciudadanía: la participación comunitaria y los Consejos de Salud.

27. Fomentar la participación de la ciudadanía, agentes sociales y profesionales.
28. Retomar la educación para la salud.

29. Derogar el Decreto 14/2017 que ha sobrecargado la AP con la asistencia a centros privados.
30. Incrementos de plantillas para afrontar las nuevas tareas.
31. Formación en intervención comunitaria.
32. Estabilizar plantillas y reducir la precariedad.
33. Fomentar la participación de los profesionales en la definición de los objetivos
34. Incorporar la salud comunitaria como parte de la actividad profesional
35. Desarrollar estrategias para mejorar el prestigio de la AP
36. Flexibilizar las agendas para asegurar actividades no asistenciales.

D) Mejora de las condiciones laborales.

37. Delimitar cargas de trabajo individuales 1 500 TIS por médico y por enfermera y 1.000 pediatra y por enfermera pediátrica.
38. Disminuir las cargas de trabajo en las zonas de transformación social.
39. Establecer cupos óptimos por matrona y fisioterapia.
40. Así como en el resto de categorías (TCAE, Odontólogos, Personal administrativo, Celador, Trabajador Social, Higienista Dental).
41. Correcto dimensionamiento Equipos de AP
42. Revisar figura del personal de área.
43. Aplicar la normativa con respecto a los tiempos máximos de trabajo y de descansos.
44. Establecer un sistema de consultas virtuales con los especialistas de Atención Hospitalaria.
45. Desarrollar la prescripción enfermera. Voluntariedad de la Atención Continuada.
46. Asegurar las sustituciones. Incluir la edad de jubilación forzosa y la posibilidad de la anticipada y de la parcial.
47. Desarrollar planes de igualdad y potenciar los planes de conciliación, de sensibilización frente al acoso de cualquier tipo.

E) Mejora de las condiciones económicas.

48. Recuperar el porcentaje salarial perdido.
49. Actualizar la estructura retributiva incluyendo la incentivación por la participación en planes especiales y campañas.
50. Mejorar la retribución en disponibilidad, siempre voluntaria, y la movilidad. equiparación de Salud Pública con Sacyl.
51. Incentivar el abono de la dedicación exclusiva obligatoria
52. Retribuir nocturnidad y festivos al personal de área y otros colectivos
53. Facilitar la manutención digna durante la atención continuada.

F) Nuevas incorporaciones y capacidades.

54. Incremento de RRHH de otras categorías profesionales para prestar una atención integral y multidisciplinar.
55. Contratar enfermeras especialistas.

56. Incluir en la AP las siguientes categorías profesionales: Terapeuta Ocupacional, Técnicos en nutrición y dietética, Ópticos-Optometristas, Psicólogos, Personal técnico superior en diagnóstico por imagen.

57. Crear plazas de médico, enfermeras y técnicos de salud pública en la AP

58. Analizar la posibilidad de crear la categoría profesional de Celador/Conductor

G) Formación e investigación

59. Establecer una Formación Continuada obligatoria, incentivada y sustituida.

60. Implantar reciclajes periódicos obligatorios.

61. Fomentar la cultura de investigación frente al predominio de la actividad asistencial.

62. Potenciar e Incentivar la labor investigadora

H) Formación Especializada.

63. Ampliar el número de plazas MIR autorizadas en la Comunidad Autónoma.

64. Incrementar el número de plazas MIR a nivel nacional

I) Estabilidad en el empleo.

65. Procesos selectivos anuales.

66. Tasa de reposición del 100% en todas las categorías.

67. Reducir la tasa de temporalidad hasta alcanzar el 5%.

68. Concurso abierto y movilidad interna permanente

69. Negociación de los procedimientos que regulen las comisiones de servicio.

70. Evitar la fuga de profesionales mediante contrataciones más estables e incentivos.

J) Acreditación de competencias, Desarrollo y Carrera Profesional.

71. Establecer un sistema de evaluación de carrera profesional consensuado y adaptado a la realidad actual de la AP.

72. Facilitar la explotación de datos de la aplicación de la Historia Clínica informatizada.

73. Retomar con normalidad la carrera profesional, al tiempo que se renegocia un nuevo decreto.

K) Desarrollo integral de funciones y competencias del personal.

74. En el contexto del EAP es necesaria la mejora del trabajo en equipo mediante la especificación de las tareas de cada componente, determinando con claridad sus funciones y los objetivos a alcanzar.

75. Así como dimensionar las plantillas en dependencia de estas funciones.

76. Impulsar el papel y el desarrollo de las funciones del personal administrativo y celador.

77. Mejorar la cartera de servicios de la Fisioterapia.

78. Redefinir y potenciar las competencias de las TCAE.

79. Aliviar las cargas administrativas del personal sanitario.
80. Definir el modelo asistencial abandonando el modelo de cupos de MF y enfermería separados.
81. Desarrollar e implantar la especialidad de enfermería de familia y comunitaria en la AP.
82. Desarrollar e implantar las especialidades de enfermería pediátrica y enfermería geriátrica.
83. Mejorar la gestión del tiempo de cada paciente.
84. La atención pediátrica debe ser realizada por Pediatras.
85. Establecer Unidades de Salud Mental de AP.
86. Mejorar la relación entre AP y otros niveles asistenciales.
87. Recuperar la Atención Integral en AP, incluyendo situaciones especiales como los cuidados paliativos o la de personas en situación de vulnerabilidad.
88. Profundizar en la atención domiciliaria.

L) Los dispositivos de apoyo.

89. Mejorar la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.
90. Implantar un programa único que gestione la historia clínica electrónica.
91. En **Urgencias y Emergencias**: aumentando el número de UMES y situándolas en PAC's y educando a la población que utiliza las Urgencias.
92. En la **Red Hospitalaria**: mejorando la interrelación de ambos niveles, facilitando el acceso desde AP a pruebas diagnósticas, definir protocolos y guías consensuados, aumentar el apoyo de la Hospitalización a domicilio y la Unidad de Cuidados Paliativos.
93. En **Servicios Sociales**. Derogación del Decreto 14/2017, Reforzar la atención a la Dependencia dotándolos adecuadamente de personal sanitario, aumentar el número de camas de media estancia para cuidados paliativos, enfermos terminales y con alteraciones psiquiátricas.
94. En **Otros** Conocer, interactuar, promover e intercambiar con las asociaciones y agrupaciones existentes en la ZBS información y educación.

M) Adaptación de la atención primaria a las nuevas necesidades.

95. Mejorar el soporte tecnológico en Centros de Salud y consultorios locales.
96. Usar nuevas tecnologías para interconsultas.
97. Establecer canales de comunicación fluidos con Hospitales de Referencia (consulta rápida).
98. Implantar un sistema de consultas virtuales con los especialistas de hospital respetando la confidencialidad.
99. Facilitar la posibilidad al usuario de consulta telemática.
100. Para esto se deberán establecer protocolos muy específicos y gestionar la resolución de estas consultas por parte de determinados trabajadores durante su jornada laboral.