

**Federación de Sanidad
y Sectores Sociosanitarios
de Castilla y León**



**PROPUESTAS DE CCOO PARA
UNA ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SIGLO XXI**

Índice

1. INTRODUCCIÓN	2
2. DESBUROCRATIZACIÓN	4
3. SISTEMAS INFORMÁTICOS.....	6
4. CATEGORÍAS Y FUNCIONES.....	7
5. TÉCNICOS/AS SUPERIORES EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS.	9
6. ADMINISTRATIVAS/OS.....	10
7. ENFERMERÍA	11
8. MEDICINA	12
9. URGENCIAS AP.....	13
10. ZONAS DE SALUD.....	14
11. COORDINACIÓN.....	16
12. ORGANIZACIÓN	17
13. SALUD COMUNITARIA	18
14. AP RURAL / DIFÍCIL COBERTURA	20
15. AP URBANO	21
16. COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS	22
17. PROPUESTAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD LABORAL	22
18. CONCLUSIÓN	23

1. INTRODUCCIÓN

Es evidente que la Atención Primaria está sufriendo una **crisis de identidad y de trascendencia** dentro de los diferentes sistemas sanitarios debido en gran parte a la **falta de financiación y al desprestigio** por parte de los gobernantes y gestores sanitarios.

El modelo de atención, ligado a la sociedad de consumo en la que nos encontramos inmersos actualmente, hace que se perciba la Atención Primaria como algo accesorio que no aporta grandes beneficios a la salud de la población. Esta concepción queda patente en la distribución del gasto sanitario público en las diferentes comunidades autónomas donde, desde hace décadas, el porcentaje del presupuesto destinado a la Atención Primaria sigue sin alcanzar ese mínimo del 25% que venimos demandando desde diferentes organizaciones. Sin embargo, son múltiples los estudios que muestran que una atención primaria fuerte tiene importantes beneficios, tanto en resultados en salud como en términos de eficiencia económica. Como ejemplo, tener el mismo médico/a de familia durante 15 años disminuye un 30% el uso de los servicios de urgencias, un 28% las hospitalizaciones y un 25% la mortalidad. La atención primaria debería ser el eje vertebrador del sistema y trabajar en comunicación directa y fluida con el nivel hospitalario, coordinando en todo momento los destinos y necesidades de los pacientes.

En Castilla y León, la atención primaria atraviesa su punto **más crítico** desde su implantación allá por los años 80. En ese momento se hizo un gran trabajo con la creación de los centros de salud, la implantación de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y el trabajo multidisciplinar que ponía en el centro del sistema al paciente y a la comunidad.

Progresivamente este modelo ha ido quedando **obsoleto**, debido a la inacción y dejación de funciones de los sucesivos gobiernos de Castilla y León y sus Consejeros de Sanidad, hasta llegar a la situación actual, en la que ya no es posible solucionar toda la problemática existente y es necesario **cambiar el modelo**, reorganizar completamente el trabajo y **apostar de verdad por la Atención Primaria**. Debe ser el “eje del sistema” de forma real y no usar ese término de forma vacía como se hace actualmente. Para ello precisa al menos de un **presupuesto del 25%** del total, sin contar

el gasto farmacéutico y debe asegurar la accesibilidad al sistema a todos los usuarios en igualdad de condiciones.

Una atención primaria fuerte es la mayor **garantía de equidad en salud**. Esto sólo se consigue con el compromiso de los agentes sociales y políticos, dando a los profesionales las herramientas y el tiempo para la realización de actividades de promoción, prevención y acción comunitaria siempre que sean necesarias, y no sólo centrándonos en el ámbito de la consulta como bien de consumo.

En cambio, una atención primaria débil, favorece el crecimiento de seguros privados y de las externalizaciones que mercantilizan la salud y la reducen a términos de beneficios económicos. De esta forma, no se asegura la universalidad de la sanidad y la calidad de la atención dependerá exclusivamente del nivel económico del usuario o de su estatus social y profesional, como en el caso de los beneficiarios de MUFACE, **generando inequidades** inasumibles en la sociedad.

Actualmente el nivel de **desprestigio** de la atención primaria en Castilla y León es inmenso. Ha sido favorecido por la administración, que ha retrocedido a un modelo caduco, llenando de profesionales sin la especialidad requerida los centros de salud, sobre todo rurales, generando una disminución importantísima en la calidad de la atención, sobre todo de la población de las zonas más desfavorecidas.

Otro de los problemas principales que sufre la Atención Primaria es la **subordinación** respecto a la Atención Hospitalaria, a la que han sometido los gestores desde hace años. A los profesionales de primaria se les considera como profesionales de segunda, no teniéndolos en cuenta a la hora de protocolos, vías clínicas, o decisiones que afectan a ambos ámbitos, que siempre son tomadas de forma unilateral e impuesta por parte de los facultativos hospitalarios. Es evidente que se precisa una comunicación entre niveles asistenciales efectiva y en **igualdad de condiciones** para conseguir una calidad óptima de la atención.

La Atención Primaria precisa de un **mayor peso en los grados universitarios**, para inculcar a los nuevos profesionales la relevancia que tiene en el sistema sanitario, con asignaturas troncales y un aumento de las prácticas. Es necesario también un mayor apoyo a las especialidades médicas y enfermeras de Familiar y Comunitaria con una apuesta clara por ellas, en clara oposición a la política actual.

Precisa así mismo, de una **reordenación de zonas y recursos humanos** de gran calado que cambie el modelo y lo adapte a las circunstancias del siglo XXI en cuanto a

medios de transporte y tecnológicos, sin perder de vista la accesibilidad y la longitudinalidad del ámbito como características innegociables.

En resumen, desde CCOO hemos realizado un documento que recoge una serie de propuestas integrales y transversales que adapten la Atención Primaria de nuestra comunidad a las necesidades actuales, para asegurar a nuestros ciudadanos que sigan recibiendo una **atención primaria universal, de gestión pública, de calidad y en equidad** independientemente del ámbito en el que residan.

2. DESBUROCRATIZACIÓN

Desde hace años, la Atención Primaria viene sufriendo una elevada presión asistencial. Son muchas las organizaciones científicas, grupos de trabajo y organismos los que atribuyen una parte importante de esta a la **sobrecarga burocrática**. La burocracia que se gestiona diariamente en Atención Primaria en muchas ocasiones corresponde a actos administrativos prescindibles, bien porque no aportan valor o bien porque corresponden a otro nivel asistencial o a otros organismos.

Mantener estas actividades burocráticas en los centros de salud supone una ineficiencia, que sufren tanto los pacientes en forma de demora y falta de accesibilidad como los profesionales, que deben dedicar gran parte de su tiempo asistencial a tareas prescindibles en detrimento de la actividad clínica y la atención a la comunidad.

En relación a ello planteamos las siguientes medidas:

- Aplicación de las **recomendaciones de las sociedades científicas** de la especialidad sobre tareas burocráticas prescindibles (por ejemplo el documento “10 actividades burocráticas para no hacer en AP” de SEMFYC).
- Campaña con **información e instrucciones claras a la población** sobre la no realización de determinados justificantes e informes en Atención Primaria basada en las recomendaciones previas.
- **Simplificación de procedimientos administrativos**. Los programas de historia clínica electrónica deben diseñarse como una ayuda en la gestión de la demanda, eliminando registros inútiles y automatizando las tareas repetitivas para ahorrar tiempo a las profesionales. Ejemplo de ello sería la inclusión de modelos predefinidos de justificantes e informes que sí estén indicados. Desarrollo de sistema informático unificado e intuitivo.
- **Implantación de la gestión de la incapacidad temporal (IT) en atención hospitalaria**. La normativa establece que “*el parte médico de baja de*

incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico de la persona trabajadora, por el facultativo del servicio público de salud que lo realice” (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). Sin embargo, continúan dándose situaciones paradójicas en las que el propio paciente o sus familiares se ven obligados a acudir a consultas de Atención Primaria para la gestión de la IT en situaciones como hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas programadas. Esto supone un ejemplo claro de ineficiencia que, dada la existencia de herramientas tecnológicas, podría solucionarse fácilmente.

- **Interconsultas:**

- Interconsultas no presenciales como **herramienta útil y fluida** para resolución de dudas clínicas en un corto espacio de tiempo, habilitando un canal que permita comunicación bidireccional y que sólo se cierre cuando el profesional peticionario determine que la consulta está resuelta. Agendas de valoración no presencial: garantizar la asistencia del paciente **sin poner en duda el criterio** del especialista en MFyC.
- Garantizar la posibilidad administrativa de citación de revisiones con especialistas hospitalarios, iguales o superiores a 1 año desde los propios servicios de administración hospitalaria.
- Abrir una **nueva vía de entrada o reingreso** en el ámbito hospitalario en caso de cambios o empeoramiento de un proceso ya valorado, sin necesidad de reiniciar el circuito desde Atención primaria.
- Reservar la obligatoriedad del envío de imágenes de lesiones dermatológicas para resolución de dudas a través de interconsultas no presenciales.
- Creación de **vía de comunicación con servicio de Radiología** para resolución de dudas en relación con pruebas de imagen y continuidad de estudio si fuera necesario.

- **Creación de sistema integral de notificación y gestión de incidencias con especialistas hospitalarios.** Son múltiples las consultas resultantes de problemas en relación con las especialidades hospitalarias: gestión de recetas no realizadas, problemas con citas, listas de espera... No existen datos concretos de las consultas generadas por dichas cuestiones pero la práctica asistencial hace intuir que suponen un volumen importante del trabajo diario en Atención Primaria. Para dar respuestas a estas situaciones se hace necesaria la

creación de un **sistema de notificación de dichas incidencias desde Atención Primaria**, clasificadas según nivel de importancia y temática (farmacia, pruebas complementarias, citas, IT...) que deberán ser resueltas en un plazo máximo acompañados por un sistema de evaluación/grupo de trabajo con responsables en los 2 niveles y controles periódicos de los resultados y mejora continua.

- **Autojustificación de procesos leves.** Pese a que se trata de una cuestión que compete al ámbito estatal, supondría una reducción importante de las tareas burocráticas que aportan escaso valor, estando ya presente en varios países del entorno.
- Refuerzo del personal **administrativo de AP.**

3. SISTEMAS INFORMÁTICOS

Un sistema informático sirve para almacenar y procesar información, de forma clara y ordenada. Debe ser un **sistema práctico e intuitivo**, que ayude a agilizar el trabajo. Se debería tener una historia clínica **unificada** y potenciar el desarrollo y uso del escritorio profesional.

- **Formación adecuada** a los profesionales, dentro del horario laboral: antes de comenzar a utilizar el sistema se debería facilitar un curso formativo, práctico para que los profesionales puedan sacar partido al sistema, con reciclajes periódicos.
- **Integración de datos** desde otros sistemas, como los sociosanitarios, con un volcado directo, efectivo e intuitivo para que el profesional acceda directamente a los resultados e informes sin posibilidad de errores.
- Capacidad para **registrar adecuadamente** las actividades comunitarias en la agenda y en el programa informático. Ciertas actividades que, en atención primaria, son parte fundamental, como pueden ser charlas, talleres, etc, deben tener una forma de ser registradas en la agenda del profesional, para que quede constancia de su realización y capacitar su seguimiento.
- **Facilitar la explotación de datos.** Planificar formación específica respecto al escritorio profesional, para dar la posibilidad de explotación de datos a efectos informativos, científicos o de investigación a los profesionales.
- Realizar un módulo en el que incorporar los **determinantes sociales de la salud** de cada paciente con capacidad para realizar genogramas, registrar códigos Z, etc. En definitiva, debe haber un módulo propio para la salud comunitaria.

- **Comunicación en tiempo real** con otros profesionales del ámbito hospitalario como herramienta intermedia entre la interconsulta no presencial y la presencial, mediante la cual resolver dudas puntuales complejas sobre algún paciente en seguimiento.
- **Accesibilidad web:** contraste de colores adecuado para personas con baja visión o daltonismo, tamaño de texto flexible, que se pueda ampliar sin perder legibilidad ni romper la maquetación.
- **Inclusión de tildes.** Actualmente el programa no registra las tildes, algo que hace que la lectura y la interpretación de los antecedentes se vea seriamente dificultado.
- Desarrollo de herramienta informática de **triaje extrahospitalario** similar a las hospitalarias, protocolizada para su uso por parte de los profesionales que realizan la gestión a la demanda.
- Realizar un estudio que valore la posibilidad de instaurar días de **teletrabajo** para los profesionales de las diferentes categorías de Atención primaria, siempre que no sea necesaria la presencialidad. Aquellas categorías que prestan actividad asistencial directa podrán acogerse a esta modalidad en determinados casos en los que solo realicen actividad administrativa/burocrática. Actualmente el personal de SACYL sufre un agravio comparativo respecto al resto de administraciones públicas, que tienen regulada esta modalidad de trabajo.
- Facilitar la inclusión de la **Inteligencia artificial de forma consensuada** con los profesionales, garantizando en todo caso la protección de datos y/o otras cuestiones éticas que atañen a esta tecnología.

4. CATEGORÍAS Y FUNCIONES

Es necesario ampliar el equipo de Atención Primaria mediante la inclusión de nuevas categorías que no están presentes hasta la fecha y la **actualización de funciones de las ya existentes**. El objetivo es redistribuir las tareas entre los distintos perfiles en AP, reorganizando los equipos para asignar cada tarea al profesional más adecuado, mejorando así la calidad y efectividad de la atención prestada.

Estas categorías deben estar **perfectamente coordinadas** mediante protocolos específicos y deben recibir **formación específica** para una instauración e integración óptima en los equipos.

Hasta la total implantación de lo anterior, debe haber un reconocimiento y retribución de labores que se llevan a cabo y no corresponden a la categoría (por ejemplo,

Celador/TCAE/Administrativo), siempre que no haya demandantes de empleo en la bolsa correspondiente.

- **FARMACÉUTICOS** → Avanzar en la comunicación con los equipos de AP, para mejorar funciones como la prescripción/deprescripción, visitas periódicas a centros con objeto de sesiones formativas.
- **FISIOTERAPEUTAS** → aumento de ratio de los profesionales de fisioterapia, con un mínimo de 1 por ZBS (OMS recomienda 1/1.000 hab; CyL 1/5000 hab en AP aprox). Posibilidad de cita directa para valoración (ejemplo SERGAS → “acceso directo” o “consulta fisio de 1ª intención”).
- **TRABAJADORES/AS SOCIALES.** Aumentar ratios y delimitar zonas de atención.
- **TÉCNICOS SUPERIORES SANITARIOS.**
- **TCAES.** Estudio de necesidades en centros rurales.
- **CELADORES:** Actualizar funciones y revisar ratios.
- **Nuevas categorías profesionales en AP**
 - **PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.** Incluir a esta categoría en el equipo de atención primaria, como profesional con formación sanitaria especializada. Además, tenemos constancia de la inclusión de estos profesionales al margen de las plantillas orgánicas en provincias como Zamora. Es necesaria la implantación plena en los equipos de AP.
 - **ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA.** Se deben crear plazas de enfermería pediátrica en AP para que la atención del niño sea plenamente especializada.
 - **ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.** Se deberían incluir estos profesionales en la AP formando parte de un equipo multidisciplinar que aborde la problemática de la salud mental desde distintas categorías.
 - **LOGOPEDAS.**
 - **NUTRICIONISTAS.**
 - **ÓPTICOS/OPTOMETRISTAS**
 - **PODÓLOGOS/AS.**
 - **TERAPEUTAS OCUPACIONALES.** No tiene sentido que sólo estén en Atención Hospitalaria, cuando la mayor parte de las convalecencias en

los procesos que requieren de estos profesionales se dan en el domicilio del paciente y en el ámbito de la AP.

- **CAFYD.** Para incluir la actividad física en la receta saludable. Son los profesionales específicamente formados para ello.
- **TÉCNICOS/AS EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA.** Su formación y capacitación les habilita para el tratamiento y gestión de datos clínicos, la gestión y codificación de historias clínicas, citaciones especiales, etc. Todas estas habilidades son imprescindibles en la desburocratización del resto de categorías sanitarias.
- **TÉCNICOS/AS EN EMERGENCIAS SANITARIAS.** Deben integrarse en las plantillas del Servicio de Salud como personal estatutario y coordinarse con los equipos.

Ampliación acorde de cartera de servicios y plantillas orgánicas.

5. TÉCNICOS/AS SUPERIORES EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS.

La Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, recoge entre las categorías del personal estatutario sanitario la de Técnico Especialista Sanitario en Documentación Sanitaria. Titulación que se actualizó oficialmente con el Real Decreto 768/2014, de 12 de septiembre, a Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias.

Las funciones que se relacionan en el Estatuto jurídico, para esta categoría son: “Definir y organizar procesos de tratamiento de la información y de la documentación clínica, codificándola y garantizando el cumplimiento de las normas de la Administración sanitaria y de los sistemas de clasificación y codificación internacionales, bajo la dirección técnica del personal correspondiente. Cualquier otra función relacionada con las anteriores que se les asigne reglamentariamente o venga determinada por una más eficiente gestión.”

Sin embargo, más de dieciocho años más tarde sólo se han creado 21 plazas de estos profesionales en la Atención Hospitalaria. A pesar de las evidencias reconocidas por todas las instituciones sanitarias, con respecto necesidad de estas capacidades en la Atención Primaria y que, durante la formación de estos técnicos sanitarios, hacen

prácticas en los centros de salud, no hemos avanzado en su implantación en este nivel asistencial.

En el SACYL se ha optado por la implantación del programa ADAS (Administrativo Sanitario), aumentando funciones y responsabilidades sanitarias a la categoría de auxiliar administrativo, sin ningún tipo de reconocimiento económico ni profesional. Y obviando que no es personal sanitario, sino de gestión y servicios.

6. ADMINISTRATIVAS/OS

Las plantillas de los Centros de Salud siguen reconociendo únicamente la categoría de auxiliar administrativo, clasificada y retribuida en el grupo C2 y encuadrada en el personal de gestión y servicios; definidas sus funciones en el Estatuto Jurídico del personal Estatutario del Servicio de Salud de CyL, como “la realización de tareas administrativas **de apoyo**, utilizando los medios materiales e informáticos necesarios a tal fin.”

Sin embargo estos profesionales desarrollan tareas administrativas de trámite y colaboración, mediante los medios instrumentales precisos para ello, **sin apoyo** de personal de gestión superior. Por lo tanto, desde CCOO entendemos que, atendiendo a las funciones y responsabilidades que desarrolla este personal, se les debe reconocer reconocer y reclasificar en grupo C1, en la categoría de Administrativo y por supuesto, evitar funciones sanitarias que no le corresponden.

Tanto los T.S. en Documentación y Administración Sanitaria, como el personal Administrativo deben colaborar y favorecer con el resto del Equipo de Salud en:

- **Canales de comunicación** o reuniones mensuales con el resto de profesionales.
- Colaborar en proyectos y **tareas comunes** para alcanzar los objetivos del centro.
- Apoyo en la **gestión de pacientes**: ayudar a los profesionales en la gestión de las agendas, la preparación de las consultas y el seguimiento de los pacientes.
- Tratar y gestionar datos clínicos, gestionar y codificar las historias clínicas, **facilitando el acceso y el trabajo** de otros profesionales sanitarios,
- **Descongestión** de tareas administrativas: podrían liberar a los profesionales sanitarios para que se dediquen a la parte asistencial.
- **Mayor cercanía** con el paciente: al ser el primer profesional al que se tiene acceso podrán ser capaces de detectar necesidades y problemas indiciarios, debido a su primer contacto con el paciente.

7. ENFERMERÍA

En cuanto al colectivo de enfermería nuestra apuesta es por el modelo de Formación Sanitaria Especializada e impulsar la implantación de todas las especialidades de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria.

Es imprescindible instaurar de forma urgente y sin fisuras la especialidad de **Enfermería familiar y comunitaria y la creación de plazas específicas** puras, OPE propia y valoración como mérito prioritario en la contratación.

Se debe realizar un **aumento progresivo** de las plazas de especialista cubriendo las jubilaciones de enfermeras con especialistas, la mitad por traslado y la mitad por concurso oposición, ambos anuales para evitar comisiones de servicio eternas.

Hay que **delimitar claramente las funciones**. La Enfermería pediátrica debe atender población hasta 14 años, la matrona a la mujer en todo el ámbito obstétrico/ginecológico, la enfermera especialista en salud mental dentro de un equipo que englobe al psicólogo clínico y psiquiatra en el ámbito de la AP, igualmente se debe incluir a la Enfermería especialista en geriatría, imprescindible en un territorio con una elevada población mayor de 65 años, y el resto debe recaer en la enfermería familiar y comunitaria.

Incluir la figura de la **enfermera escolar** dentro de los equipos de AP. Especialistas en enfermería pediátrica y enfermería FyC están perfectamente capacitados para este papel.

Proponemos una actualización y ampliación de competencias para enfermería. Es evidente que la profesión enfermera tiene un nivel de habilidades adquiridas que le capacita para ejercer y asumir multitud de nuevas funciones en procedimientos, cuidados, prescripciones que mejorarían el seguimiento y la atención de los pacientes. Se debe hacer un estudio detallado y multidisciplinar para evaluar qué nuevas competencias deben ser adquiridas por parte de enfermería. Apostamos claramente por la prescripción enfermera.

Promoción clara del trabajo en equipo interdisciplinar. Volver al cupo 1:1, mismos horarios y mismos días de consulta para poder trabajar en equipo.

8. MEDICINA

En primer lugar, debe ser innegociable, la exigencia de que todos los médicos que prestan atención en el ámbito de la atención primaria sean **médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria**. En la actualidad la Consejería de Sanidad ha decidido acogerse a una excepción en la fase del COVID-19, saltarse la ley y hacer contrataciones indiscriminadas de médicos sin especialidad en Atención Primaria. Esta medida consideramos que es **ilegal e inaceptable**, porque no se ajusta a la normativa que desde 1995 exige tener la especialidad de MFyC para trabajar en el SNS. Se aplicó en un periodo excepcional de pandemia en base a un decreto que lleva finalizado desde diciembre de 2021. Actualmente por parte de esta GRS se ha decidido apostar por la normalización e incluso incentivación de este tipo de contratos, que generan **discriminación entre los ciudadanos y entre los profesionales**. Estos médicos no especialistas, en su gran mayoría se encuentran trabajando en zonas rurales y dispersas lo cual supone como siempre, reconocer que hay **ciudadanos de primera y de segunda** categoría, dado que unos recibirán asistencia especializada mientras los de las zonas rurales y menos atractivas, como siempre, seguirán siendo menospreciados, recibiendo atención de menor calidad e incluso poniendo en riesgo **su salud**.

Esta medida, por otra parte, **discrimina y desincentiva** a los profesionales que deciden especializarse y formarse vía MIR. Pues se pueden encontrar con tutores con menor formación que la suya, con mayor salario, más competencias y el reconocimiento de formación y servicios prestados en una categoría que no les corresponde. Y por tanto, un facultativo formándose en la especialidad podrá encontrarse con una **formación mermada y agravios** respecto a los reconocimientos descritos para esos médicos sin la especialidad.

Por tanto, **exigimos el cese de esta práctica** y el requerimiento legal de la formación sanitaria especializada para trabajar en el Sistema. Teniendo en cuenta el elevado número de contratos que no cumplen ese requisito, proponemos una planificación ordenada para la eliminación de todos esos nombramientos.

Nuestra propuesta de progresión y planificación es la siguiente: sólo se harán contratos excepcionales, que en ningún caso podrán capacitar para realizar las mismas funciones, **ligados a una obligación de presentarse a la siguiente convocatoria de FSE y de conseguir plaza**. En el caso de incumplirse esta cláusula el profesional terminará su

relación laboral con SACYL y de demandante de empleo en esta categoría profesional, hasta que la cumpla.

- **Pediatría de AP: 1:1** (enfermera especialista). Apostamos por enfermería especialista en pediatría también en Atención Primaria.

Los pediatras de área deberán **prestar asistencia sanitaria también al niño enfermo**. Consideramos que no tiene sentido tener al profesional más capacitado en cuanto a especialidad se refiere infrautilizado. Este profesional obviamente deberá aumentar sus retribuciones hasta equipararse al profesional de cupo.

- Aumentar la capacidad de resolución.
 - Actualización de **cartera de servicios de pruebas diagnósticas** disponibles para AP.
 - El médico de Atención Primaria podrá **derivar** a todas las especialidades hospitalarias sin pasar por otras previamente.
- Se debe ampliar y favorecer la formación continuada y la dotación de recursos para lograr un **despliegue real de todas las competencias** de la especialidad.
- Programas formativos periódicos en **horario laboral y adaptados** a las necesidades de cada centro.

Actualización permanente mediante **grupos de trabajo mixtos**. Atención Primaria-Atención Hospitalaria.

9. URGENCIAS AP

Es sumamente importante **asegurar el acceso** a una atención de urgencias de calidad, eficiente y resolutive, independientemente de la localidad en la que se resida. Para ello es imprescindible una reorganización de los recursos y de las zonas básicas de Salud.

- Proponemos instaurar centros dependientes, mediante la creación de Centros de Atención Continuada de **Alta Resolución** dotados de medios diagnósticos que sean referencia para una o varias ZBS.
- **PAC en red**: Estos PAC estarán conectados mediante videoconferencia para que, si hubiera necesidad de interconsultas, se hagan valoraciones inmediatas entre los diferentes profesionales.
- **Coordinación con emergencias** mediante la creación de un protocolo entre AP y emergencias. Apostar por el modelo de las **UEnE**, para cubrir zonas dónde la

reorganización de los puntos de atención continuada las haga necesarias. Para ello, debe culminar su implantación, con la creación de las plazas estructurales.

- Centralización de urgencias urbanas en grandes centros de urgencias de AP junto a hospital, con **triaje común**. Ampliación acorde de plantilla.
- Abrir la posibilidad de organizar la atención de urgencia en **centros urbanos** en jornada ordinaria, en cada centro de salud, organizado con un médico y una enfermera, (encargados de un triaje previo) que dediquen un día semanal solo a las urgencias.

Médicos y enfermeros de área según **propuesta ya presentada por CCOO** a la GRS.

10. ZONAS DE SALUD

Las zonas de salud de nuestra comunidad han cambiado en múltiples aspectos desde que se ordenaron en el siglo pasado.

Por un lado, las comunicaciones por carretera han mejorado, permitiendo que la distancia entre diferentes localidades se haya reducido y también se han conseguido grandes avances en las tecnologías de la información. Por otro lado, Castilla y León es la segunda comunidad con la población más envejecida del país y sigue perdiendo habitantes en las zonas rurales, sobre todo en los núcleos más pequeños.

Pero también se han creado **nuevas figuras asistenciales**, como un amplio dispositivo de emergencias con unidades de soporte vital básico, avanzado y las UEnE.

Todo ello hace necesaria una **reorganización integral de las zonas básicas de salud**.

La premisa básica de nuestra propuesta es que la ciudadanía vea mejorada la asistencia sanitaria sin perder ningún puesto de trabajo y adecuando las estructuras, los medios y las plantillas a la situación actual.

La propuesta se basa en los siguientes puntos:

- Realización de un **nuevo estudio** de las zonas de salud de toda la comunidad, partiendo desde cero, cumpliendo la normativa vigente, y que no limite la creación de nuevas zonas de salud y la fusión o la disgregación de las existentes en zonas limítrofes. Para esto se tendrá en cuenta las isocronas, los habitantes (entre 5.000 y 25.000) y otros criterios geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías de

comunicación, de recursos sanitarios, así como a otros criterios relacionados con la optimización en la ordenación de los recursos y de la respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

- Se homogeneizarán las cartillas que atiende cada profesional, fijando **cupos óptimos** atendiendo también a los criterios anteriormente mencionados.
- Dependiendo de la distancia de la zona de salud respecto al referente de atención hospitalaria existirán diferentes tipos de centros de salud para garantizar una asistencia de calidad, sobre todo en atención de urgencias, que contarán con diferentes recursos de diagnóstico, atención y transporte.
- Se coordinarán todas estas medidas con el **transporte a la demanda** que sea más adecuado y efectivo, facilitando el acceso de la población a su centro de salud, sobre todo en zonas rurales. Proponemos que esta función sea asumida con medios propios y por **Técnicos en Emergencias Sanitarias, integrados** en la plantilla orgánica de SACYL.
- **Zonas de difícil cobertura:** En este caso nos remitimos a nuestra propuesta que fue enviada en su momento en tiempo y forma a la GRS. En resumen, se trataría de **identificar las plazas y las zonas de difícil cobertura**, no solamente atendiendo a criterios geográficos, que serían las que se quedan vacantes de forma crónica tras los traslados y las OPEs y actuar incentivándolos realmente, de forma económica y también administrativamente en BAPE y OPE. La ley aprobada en las cortes y apoyada por todos los grupos parlamentarios podría servir de base, para una posterior negociación en Mesa Sectorial, pero incluyendo a otras categorías profesionales y otros supuestos.

En resumen, lo principal es asegurar la equidad en el acceso al Servicio de Salud.

En CCOO nos ponemos a disposición de la administración para colaborar en el diseño y la reorganización del mapa de las zonas de salud, pero para ello tiene que existir la voluntad política del gobierno de CyL.

11. COORDINACIÓN

Coordinación del equipo de AP

La coordinación del equipo de AP debe ser una tarea compartida, valorada y retribuida. En primer lugar, se debe equiparar las figuras del coordinador médico y responsable de enfermería a la de la jefatura de servicio/sección y supervisión hospitalaria.

- Dotar de mayor **autonomía** y capacidad de decisión a los equipos.
- Proponemos la creación de un “**equipo organizativo del centro de salud**” , **que podría estar** constituido por tres figuras responsables: **jefatura de servicio médico, jefatura de servicio de enfermería y jefatura de servicio de admisión.**
- Habrá un **Coordinador del CS**, que será uno de los 3 jefes de servicio, elegido democráticamente entre todo el personal de las diferentes categorías con plaza en ese CS. Se deben regular sus funciones, dar formación específica (gestión, funciones, programas...), y garantizar horas dentro de jornada laboral destinadas a su responsabilidad.
- Se podría crear la figura del “**coordinador de área**” en cada gerencia. Su objetivo debe ser canalizar la organización de este colectivo, de revalorizar su cometido y de garantizar que se respeten sus derechos en cuanto a Formación, Docencia e Investigación, así como de gestionar sus calendarios laborales y los permisos correspondientes.
- La administración debe apoyar de forma directa a los responsables de los centros cuando tienen que relacionarse con otras administraciones (ayuntamientos, AMPAs, etc.) en Consejos de Salud y otros ámbitos.

Coordinación con atención hospitalaria

Debe existir una comunicación fluida entre ambos niveles en diferentes aspectos como son:

- Acceso común a la historia clínica y a todos los programas.
- Coordinación en el **transporte**, para facilitar el acceso del ciudadano a las consultas.
- No duplicar la burocracia y realizar en cada nivel la que le corresponda.

- Agilidad en las interconsultas, tanto presenciales como a distancia, estableciendo grupos de trabajo entre profesionales, no sólo gestores, con reuniones periódicas.
- Coordinación-comunicación entre especialistas al mismo nivel.
- Grupos de trabajo horizontales: actualización y revisión de protocolos, gestión interconsultas presenciales/no, formación, investigación... Criterios claros y pactados.
- Especialista hospitalario de referencia a nivel de AP y de AH por CS/ZBS: vía de comunicación, reuniones periódicas, tiempo semanal dedicado a resolver cuestiones de dicha ZBS/comentar casos... Posibilidad de uso de la telemedicina.
- Coordinación entre EAP-ZBS
- Reuniones al menos semestrales entre equipos organizativos de cada ZBS para evaluar el funcionamiento global de la Atención Primaria de la gerencia correspondiente y capacidad de decisión vinculante y efectiva.

Coordinación entre EAP-ZBS

Reuniones al menos semestrales entre equipos organizativos de cada ZBS para evaluar el funcionamiento global de la Atención Primaria de la gerencia correspondiente y capacidad de decisión vinculante y efectiva.

12. ORGANIZACIÓN

- **Adecuación de las plantillas:** Para ello es imprescindible la negociación de un plan de ordenación de recursos humanos, que tenga en cuenta las necesidades a corto, medio y largo plazo, adaptando las plantillas a las demandas de la población, la reorganización de las zonas básicas, las nuevas tecnologías, las funciones y la formación, el requerimiento de equipos multidisciplinares y de diversas categorías profesionales.
- **Identificación de todas las plazas:** todas las plazas de atención primaria en todas las categorías deben contar con un CIAS, para definir a qué localidad pertenece, aunque alguna categoría pueda estar adscrita a varios centros de salud de zonas básicas contiguas hasta adecuación de plantillas orgánicas.
- **Transparencia:**
 - Listados públicos y actualizados de todos los CIAS y qué tipo de nombramiento tiene quien la ocupa (fijo, interino, etc).

- Todas las plazas disponibles deben de estar ofertadas en concurso de traslados y OPE.
- Regulación de las comisiones de servicios con criterios claros para evitar agravios comparativos.
- **Aumento de la seguridad en los centros:** vigilancia en los centros, protocolos frente a agresiones y formación en materia preventiva. Coordinación con cuerpos policiales.
- **Autoorganización:** cada centro tiene unas peculiaridades, por lo que se debe dar más **flexibilidad en la gestión**, permitiendo a los profesionales organizar sus propias agendas y horarios garantizando la accesibilidad y con el tiempo necesario para cada tipo de atención, según recomendaciones de sociedades científicas.
- **Recursos materiales:** infraestructuras, medios técnicos, ... para el desarrollo pleno de todas las capacidades del conjunto de categorías.
- **Formación e investigación:** reserva de un porcentaje de la agenda de todos los profesionales de atención primaria para formación e investigación cuando sea impartida por la propia gerencia o cualquier otro organismo público.
- Ampliar **incentivos a tutores** de formación (tanto de formación sanitaria especializada como universitaria o de formación profesional), tanto económicos como de otro tipo (puntuación para traslados, oposiciones...). Garantizar liberación de tiempo en sus agendas para esta función.
- Revisión de **responsabilidades de programas** y negociación con los equipos de la actualización de dichas responsabilidades, que recibirán formación específica por parte de gerencia, incentivos y tiempo reservado para resolución de casos.
- Evaluación de **calidad** anualmente mediante auditorías internas y externas.
- En relación a estos últimos puntos proponemos una productividad variable que valore de forma real los objetivos cumplidos y que de peso a la realización de actividades comunitarias.

13. SALUD COMUNITARIA

La atención comunitaria es un instrumento de prevención, que tiene un impacto de ahorro en el gasto sanitario y en la economía en Salud. En definitiva, **se trata de generar salud en contraposición con tratar la enfermedad.**

- En los últimos años se ha apostado por la formación mediante PACAP. Probablemente haya metodologías más adecuadas, pero hay que seguir

apostando por la salud comunitaria y la formación de los profesionales al respecto.

- Se necesita **tiempo para la formación y para la realización de At. comunitaria**. Que no sea una cuestión dejada al voluntarismo. Se deben elaborar programas específicos, evaluados y retribuidos en concepto de productividad variable. Modificar programas informáticos para poder registrar las actuaciones comunitarias individuales y grupales.
- Modelo basado en recomendación de activos **a nivel individual** con la creación de la figura del facilitador en cada CS.
- **Categorías:** Incluir a todas las categorías profesionales en la formación en atención comunitaria.
- **Formación:** Ya se ha iniciado un cambio en la GRS. Insistir y seguir apostando por un modelo de orientación salutogénica.
- **Actividades comunitarias específicas: Apostar por el trabajo grupal** con un modelo común para todo SACYL iniciando primero una formación para los profesionales y posteriormente inicio de trabajo poblacional.
- Creación de **unidades activas de ejercicio físico** en colaboración con corporaciones municipales, por ejemplo, que permitan la prescripción de ejercicio físico por parte de los profesionales de Atención primaria y bajo la supervisión de los titulados capacitados para ello (CAFYD).

Papel de las **farmacias comunitarias**. Fortalecer el papel de la atención farmacéutica en CyL, adaptándola a las necesidades actuales y promoviendo un enfoque comunitario y participativo. Actividades formativas en común, adherencia/ deprescripción... Comunicación directa con el equipo de AP.

La **coordinación entre Atención Primaria y Salud Pública** necesita ser reforzada para responder de manera más eficaz a los desafíos actuales en salud. Persiste una fragmentación y un desconocimiento mutuo, derivado fundamentalmente de la dependencia de diferentes organismos y que limita el impacto de las intervenciones, especialmente en el ámbito comunitario.

Es necesario avanzar hacia un modelo centrado en la promoción de la salud basada en los determinantes sociales, superando el enfoque de prevención individual. En este marco, la **integración progresiva de la Salud Pública en Sacyl** aparece como un objetivo clave para mejorar la coordinación, compartir visiones y planificar de forma

conjunta. Esto permitiría avanzar hacia una mayor equidad y mejora integral de la salud, especialmente en los entornos más vulnerables o con mayores factores de riesgo.

Facilitar por parte de las corporaciones municipales, las diputaciones y/o diferentes administraciones, **formación y puntos de apoyo específicos para disminuir la brecha digital** que sufren las personas de mayor edad, especialmente en el entorno rural, a fin de que puedan realizar las diferentes gestiones telemáticas.

Potenciar los Consejos de Salud de Zona y apostar por la participación ciudadana, de los profesionales y distintas organizaciones sociales y profesionales de interés, para detectar, evaluar y proponer mejoras del sistema.

14. AP RURAL / DIFÍCIL COBERTURA

Centrándonos en la AP en el medio rural, destacan los siguientes puntos críticos:

1. **Acceso limitado a servicios:** dispersión de la población, envejecimiento, falta de transporte. Déficit en comunicaciones (falta de cobertura de telefonía móvil, internet inexistente o de velocidad reducida) que dificultan el uso de nuevas tecnologías (aplicaciones como Sacyl conecta o la consulta no presencial). Zonas con carreteras en pésimo estado.
2. **Déficit de personal sanitario:** alta rotación y falta de incentivos para trabajar en zonas rurales.
3. **Infraestructura inadecuada:** centros de salud pequeños, mal equipados o con deterioro importante.
4. **Problemas de salud:** alta prevalencia de enfermedades prevenibles como infecciones respiratorias, desnutrición y enfermedades crónicas no atendidas.

Cuestiones fundamentales (además de lo anteriormente mencionado):

- Capacitar y retener profesionales:
 - Incentivos económicos y profesionales (puntuación en traslados y carrera profesional, facilitar formación e investigación, tecnologías,.) Propuesta de difícil cobertura.
 - OPEs de difícil cobertura.
 - Potenciar formación rural, y las guardias rurales en la FSE para que los residentes se integren desde el principio en el funcionamiento de un equipo rural.

- Mejorar la **infraestructura y equipamiento** en centros de salud y consultorios rurales. Exigir a los organismos competentes el adecuado mantenimiento de las vías de comunicación para facilitar los desplazamientos necesarios de los profesionales y usuarios. Exigir y garantizar que las corporaciones municipales doten y mantengan adecuadamente los recursos que son de su competencia. Vigilancia de normativa sobre prevención de riesgos laborales, con especial énfasis en la detección y medidas necesarias para evitar la exposición al radón. Evaluaciones periódicas de riesgos físicos y psicosociales.
- Establecer puntos de acceso a **teleconsulta** en centros rurales equipados con conexión a internet y dispositivos básicos.

15. AP URBANO

En el ámbito urbano el principal problema está en la falta de tiempo real para dar una atención de calidad.

- **Limitación real de citas**, impidiendo citas forzadas que desestabilicen la programación funcional.
- **Gestión adecuada de las urgencias** liberando por tramos o días a profesionales que específicamente atenderán las urgencias sobrevenidas.
- **Adecuar TIS/profesional**. Modificación del número de pacientes por cupo, valorando las ratios según pirámide población, estableciendo unos cupos óptimos, ajustando las plantillas orgánicas y las funciones a las necesidades reales de profesionales
- Reforzar medidas de **desburocratización**.
- Mejorar **infraestructuras**.
- Mejorar **comunicación** con otras especialistas hospitalarias durante el horario laboral.
- **Agendas adecuadas**, con tiempos reales para atención médica integral. Además de tener huecos para la atención a demanda, para atención programada, gestión de historias clínicas, realización de pruebas (ecografías), realización de intervenciones (cirugía menor), atención a domicilio, atención comunitaria...
- **Transporte adecuado** para la realización de atención a domicilio. Existen domicilios pertenecientes a los diferentes centros de salud que distan del mismo en más de 1 kilómetro a los cuales hay que acudir de urgencia con todo el material necesario para la atención. Esto suele suceder en horario de consulta, con la interrupción consiguiente para la agenda.

También es importante la educación a la población para la utilización de los servicios disponibles en centro de salud: campañas de comunicación, cartelería informativa en centros de salud, formaciones, charlas comunitarias...

16. COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

La existencia de centros sociosanitarios, como las Residencias, centros de día o de atención a diversas dependencias, etc. en todas las ZBS supone un aumento de la carga asistencial para los profesionales de los equipos de Atención Primaria. La falta de personal sanitario en esos centros, algunos con un número elevado de pacientes de elevada edad, pluripatológicos y con diferentes dependencias, obligan al personal sanitario a desarrollar actividad que no le corresponde en muchos casos, pues asumen una atención que la normativa le exige a la dirección de esos centros. Es, en definitiva, una utilización de los recursos públicos al servicio de la empresa privada.

En estas circunstancias y hasta que se dé una solución definitiva, que no dañe la sanidad pública, proponemos dimensionar adecuadamente las plantillas, con equipos formados y con dedicación a estos centros.

17. PROPUESTAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD LABORAL

El compromiso con la salud del paciente debe ir acompasado con la protección de la salud de los profesionales. Es crucial abordar de forma proactiva la prevención de los riesgos laborales a los que se enfrenta el personal de Atención Primaria.

Evaluación y gestión de riesgos psicosociales y de seguridad. Más allá de la sobrecarga asistencial, es fundamental reconocer y actuar sobre los riesgos psicosociales, como el **estrés, el agotamiento y las agresiones**, tanto verbales como físicas. Se debe realizar una evaluación periódica de estos riesgos en todos los centros y establecer planes de intervención específicos, incluyendo el apoyo psicológico a los profesionales afectados.

Atención a las peculiaridades del trabajo por turnos y en itinerancia. La naturaleza de la Atención Primaria, especialmente en el ámbito rural, implica las jornadas de guardias, los turnos nocturnos y los desplazamientos constantes. Proponemos un

enfoque proactivo en la prevención de riesgos asociados a estas condiciones y medidas de actuación.

Gestión de las guardias y el trabajo nocturno: El trabajo nocturno y las guardias alteran el ritmo circadiano natural del cuerpo, lo que conlleva una serie de riesgos para la salud de los profesionales. Es vital abordar estos efectos en la planificación laboral. Se debe garantizar la dotación de personal suficiente para evitar la sobrecarga durante las guardias, avanzando en la reducción de la jornada complementaria, que permita asegurar periodos de descanso adecuados y garantizar la conciliación de la vida personal y profesional.

Prevención de accidentes in itinere. Dada la geografía de nuestra comunidad, los desplazamientos son un riesgo inherente. El riesgo de accidente de tráfico se eleva exponencialmente tras una guardia o un turno nocturno debido a la fatiga. Es fundamental que la administración tome medidas para mitigar este riesgo; como la garantía de un descanso adecuado entre turnos o la consideración de alternativas para el traslado del personal tras jornadas extenuantes. En este sentido se hace necesario el desarrollo de un plan de movilidad en la comunidad adecuado a las diferentes realidades de cada zona. Proponemos un enfoque en la prevención de accidentes en los trayectos, que incluya el mapeo de rutas seguras, la formación en conducción y la garantía de que los vehículos de empresa o los de uso personal estén en óptimas condiciones, destinando las partidas presupuestarias que sean necesarias.

Evaluación de riesgos ergonómicos. Las lesiones musculoesqueléticas son comunes en el sector sanitario. Para reducirlas, es necesario realizar auditorías en los centros para asegurar que el mobiliario y las instalaciones minimicen los riesgos.

Estas medidas no solo protegen a los trabajadores, sino que son una inversión en la calidad y sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

18. CONCLUSIÓN

Desde la FSS de CCOO CyL, hemos constatado la falta de voluntad política y el inmovilismo de la consejería de Sanidad para abordar los problemas de la Atención Primaria en nuestra comunidad. En los últimos 8 años hemos presentado informes, radiografías de las necesidades de personal, propuestas para mejorar las condiciones de los profesionales, abordar la fidelización y la retención del talento, la reordenación de este nivel asistencial, etc y hemos mostrado nuestra voluntad de colaborar en el

abordaje de un nuevo modelo adecuado a nuestro territorio. Sin embargo, nada de estas aportaciones ha tenido respuesta favorable.

Sospechamos que nada tiene que ver esta actitud con el desconocimiento de los problemas reales, que son más que evidentes, sino más bien responde a intereses electorales o de deterioro premeditado e interesado del sistema.

Por lo tanto, desde CCOO, con esta propuesta queremos mostrar nuevamente nuestra voluntad de aportar y apelar a la responsabilidad política de quienes dirigen la Consejería de Sanidad, para abordar de manera urgente la reordenación y reestructuración que necesita desde hace años nuestra Atención Primaria.

Como eje vertebrador del sistema precisamos una AP fuerte o de lo contrario todo el sistema colapsará. La Atención Primaria en Castilla y León demanda una atención urgente, para transitar hacia un modelo que dé respuesta a profesionales y pacientes.