



federación de sanidad y sectores  
sociosanitarios de Andalucía



# PROPUESTAS PARA IMPULSAR LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

Documento elaborado por el '*Grupo de Trabajo de Atención Primaria*' de la FSS CCOO-Andalucía  
Aprobado por el Consejo de la FSS CCOO-Andalucía el 12 de marzo de 2018

## Comité de Redacción

José Pelayo Galindo Pelayo. Médico de Familia; Responsable del Área de Desarrollo Profesional de la FSS CCOO-Andalucía.

Elena Gámez Gámez. Médica de Familia; Responsable del Área de Formación de la FSS CCOO-Andalucía.

Humberto Muñoz Beltrán. Médico de Familia; Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias; Secretario General de la FSS CCOO-Andalucía.

## Grupo de Trabajo de Atención Primaria de la FSS CCOO-Andalucía

Eduardo Almeda Llamas. Enfermero; Responsable de Negociación Colectiva del Sindicato Provincial de Sanidad (SPSS) de CCOO-Córdoba.

Rafael Álvarez Miralles. Médico de Familia, Centro de Salud de Tarifa (Área de Gestión Sanitaria [AGS] Campo de Gibraltar), Tarifa (Cádiz).

Pedro Angulo Ramírez. Médico de Familia, Centro de Salud de Bujalance (Distrito Sanitario [DS] Guadalquivir), Bujalance (Córdoba).

José Antonio Aparicio Cancelo. Celador; Responsable de Negociación Colectiva con el Servicio Andaluz de Salud de la FSS CCOO-Andalucía.

Jesús Cabrera González. Fisioterapeuta; Responsable del Área de Negociación Colectiva de la FSS CCOO-Andalucía.

José M<sup>a</sup> Cruz Giráldez. Enfermero; Delegado Sindical (DS Málaga) del SPSS de CCOO-Málaga.

Carlos Alberto Cuevas Tirado. Enfermero; Delegado Sindical (AGS Sevilla Sur) del SPSS de CCOO-Sevilla.

Rosario Díaz Guerrero. Enfermera; Responsable de Atención Primaria y Formación del SPSS de CCOO-Huelva.

Eduardo Diéguez Valencia. Odontólogo, Distrito Sierra (AGS Norte Cádiz), Cádiz.

Felipe Fernández González. Enfermero; Delegado Sindical (DS Metropolitano) del SPSS de CCOO-Granada.

José Pelayo Galindo Pelayo. Médico de Familia; Responsable del Área de Desarrollo Profesional de la FSS CCOO-Andalucía.

Elena Gámez Gámez. Médica de Familia; Responsable del Área de Formación de la FSS CCOO-Andalucía.

Rafael González Delgado. Médico de Familia; Secretario General del SPSS de CCOO-Málaga.

Luis López Rodríguez. Médico de Familia; Delegado Sindical (DS Poniente) del SPSS de CCOO-Almería.

José Luis Maiztegui González. Psicólogo Clínico; Responsable de Negociación Colectiva del SPSS de CCOO-Cádiz.

Blanca Marcos Ortega. Médica de Familia, Centro de Salud Salvador Caballero (DS Granada), Granada.

Pedro Martín Moyano. Fisioterapeuta, DS Granada, Granada.

Humberto Muñoz Beltrán. Médico de Familia; Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias; Secretario General de la FSS CCOO-Andalucía.

Jorge Navarro Wandossel. Enfermero, DCCU de La Línea (AGS Campo de Gibraltar), La Línea (Cádiz).

José Parra Fortúnez. Celador; Delegado Sindical (DS Aljarafe y DS Sevilla Norte) del SPSS de CCOO-Sevilla.

Miguel Ángel Prados Quel. Médico de Familia, Centro de Salud Cartuja (DS Granada), Granada.

Antonio Ruiz Mancilla. Enfermero; Responsable de Negociación Colectiva del SPSS de CCOO-Jaén.

Mercedes Ruiz Sorroche. Enfermera; Delegada Sindical (DS Almería) del SPSS CCOO-Almería.

Trinidad Salcedo Navarro. Enfermera; Delegada Sindical (DS Costa del Sol y DS Guadalhorce) del SPSS CCOO-Málaga.

Antonio Vigo Ariza. Celador-conductor, Centro de Salud El Palo (DS Málaga), Málaga.

## INTRODUCCIÓN

A finales del pasado año 2017 la Federación de Sanidad y Sectores Socio-sanitarios de CCOO de Andalucía (FSS-CCOO Andalucía) constituyó el **Grupo de Trabajo sobre Atención Primaria** como instrumento para actualizar, con la participación de afiliadas y afiliados con conocimientos contrastados y amplia experiencia, el posicionamiento sindical de CCOO sobre este pilar esencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), una vez presentada por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS) su hoja de ruta **“Estrategias para la renovación de la Atención Primaria”** ante la Mesa Sectorial de Sanidad de Andalucía. Fruto de la labor de este grupo de trabajo es el presente documento.

No obstante, CCOO ha partido en este proceso desde una posición privilegiada pues su apuesta por la Atención Primaria (AP) como pilar esencial del Sistema Nacional de Salud (SNS), y por tanto también del Sistema Sanitario Público de Andalucía, viene de muy lejos y siempre fue inequívoca, tanto desde la óptica sectorial –federal– en defensa de los derechos laborales de los trabajadores y las trabajadoras, como desde una perspectiva más sociopolítica –confederal– de protección de la sanidad pública como derecho de la ciudadanía e instrumento de igualdad y transformación social.

Por consiguiente, el posicionamiento de CCOO está firmemente asentado en el excelente y amplio trabajo **“Expectativas y realidades en la Atención Primaria Española”**, libro editado por la Fundación 1º de Mayo en el año 2010, que continua siendo referente no sólo para nuestra organización sindical, sino para múltiples instituciones, foros, asociaciones profesionales y sociedades científicas, así como en trabajos posteriores, de elaboración propia, que se han ido publicando ante el deterioro paulatino de la Sanidad Pública en España y en Andalucía, en el contexto de una década marcada por duros recortes económicos y por reformas legislativas altamente regresivas, y entre los que cabe destacar series relativas a ámbitos específicos como **“El Empleo en el Sector Sanitario”**, **“Análisis de los Presupuestos Sanitarios”** o **“Estudio de la oferta de plazas de formación sanitaria especializada”**, así como documentos monográficos sobre **“La falta de recursos humanos y sus efectos sobre la salud laboral en el sector público”**, sobre **“Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud”** o sobre propuestas de **“Ordenación y Regulación de las Unidades de Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud”**.

Pero ante el horizonte de una inaplazable y necesaria negociación con la Administración sanitaria, y con objeto de afrontarla con las mayores garantías para profesionales y ciudadanía, la FSS-CCOO Andalucía ha priorizado compilar aquí un conjunto de ideas y de propuestas en diversos ámbitos de la Atención Primaria de Salud (estratégico, de gestión, estructural, funcional y de personal), que desde la plena autonomía que siempre ha caracterizado a CCOO, nos sirva como el instrumento para promover, a ser posible en confluencia con las principales sociedades científicas y asociaciones de profesionales, un posicionamiento compartido y con amplio respaldo para lograr la Atención Primaria que queremos para las próximas décadas.

## AMBITO ESTRATÉGICO

Hace cuarenta años que en la Conferencia Internacional de Alma Ata se sentaron las bases de lo que estaba llamado a ser el núcleo fundamental de los sistemas sanitarios públicos del futuro: una Atención Primaria de Salud fundamentada en valores como la accesibilidad, el carácter de puerta de entrada al sistema, la longitudinalidad, la continuidad, la integralidad en el proceso asistencial, el manejo de la incertidumbre y la polivalencia de sus profesionales, características aún hoy reconocidas internacionalmente como determinantes de su calidad y correcto desarrollo.

Pero aquel proceso ilusionante que en nuestro país echó a andar con la Reforma Sanitaria de 1984, a pesar de haber consolidado la AP como instrumento esencial del SNS y como un pilar básico de cohesión social y de disminución de la desigualdad –lo cual constituye *per se* un gran éxito que conviene tener siempre presente–, ha seguido un curso irregular, con altibajos y frecuentes vías muertas, con sendas abiertas a golpe de ilusión y esfuerzo de miles de trabajadores y trabajadoras, muchas de las cuales se han frustrado por el abandono de políticos o gestores, o de ambos, por la falta de implicación de instituciones profesionales de todo tipo, por la incomprensión de colectivos de otros ámbitos sanitarios, fundamentalmente hospitalarios, por la pérdida de empuje de un colectivo cada vez menos motivado, y en ocasiones también, por qué no decirlo, por la falta de reconocimiento y respaldo de la propia ciudadanía, víctima y motor simultáneamente del hospitalocentrismo que ha ido imponiéndose de manera inexorable.

En España, las transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, sin haber sido protegidas al mismo tiempo por un sistema de financiación justo y suficiente, han terminado creando serios problemas de desigualdad en la disponibilidad de recursos, lo que se traduce en dificultad para mantener una cartera de servicios homogénea para toda la ciudadanía, una cuestión que se ha agravado profundamente durante la última década, en la que la crisis y su aluvión de recortes promovidos por gobiernos autonómicos y por el central, han supuesto una pérdida de financiación del Sistema Nacional de Salud cercana a los treinta mil millones de euros (en torno a los siete mil millones en Andalucía), con lo que ello conlleva de graves consecuencias de disminución de plantillas y pérdida de inversiones en las necesarias infraestructuras sanitarias que no llegaron a ver la luz.

La crisis del modelo ha sido tal, que incluso el Gobierno de España ha convertido al Sistema Nacional de Salud en un sistema de aseguramiento, perdiendo así su original y genuino carácter universal, que lo definía desde su creación y constituía su principal atributo. Si a ello unimos que el deterioro de la calidad asistencial que han producido los ingentes recortes sufridos, y las políticas activas gubernamentales del Estado y de numerosas CCAA, favorecedoras de los intereses de la industria farmacéutica, de los fondos de inversión internacionales y de corporaciones privadas del sector sanitario, tendremos el caldo de cultivo perfecto para la externalización de servicios, el crecimiento desmesurado de conciertos con empresas ajenas al sistema sanitario público y, en definitiva, para el crecimiento exponencial de la sanidad privada al que venimos asistiendo.

Resulta imprescindible, por consiguiente, redefinir en muchos aspectos nuestro sistema sanitario público, haciéndolo más eficiente, equilibrado y sostenible, y sobre todo volviéndolo a hacer atractivo socialmente, lo cual requiere un amplio compromiso que ha de combinar sólidas convicciones, planes estratégicos bien definidos, inversiones suficientes (desde luego, en ningún caso por debajo del 7% del producto interior bruto –PIB–) y bien distribuidas, plantillas adecuadamente dimensionadas, y modelos organizativos y de funcionamiento abiertos, participativos, racionales y altamente profesionalizados.

Y en este modelo renovado, y en lo que toca a nuestra Comunidad Autónoma, hay que situar a la Atención Primaria como elemento esencial y nuclear del Sistema Sanitario Público de Andalucía, pues como está ampliamente demostrado y recogido por la literatura científica internacional, la AP es el instrumento más importante para lograr la equidad en la Sanidad Pública, extendiendo su ámbito al medio rural y al medio urbano, abordando zonas de transformación social y considerando diferencias territoriales (provinciales, comarcales o locales). En esta redefinición del modelo sanitario público aspectos que durante años se habían venido desdibujando bastante en relación al modelo original, como la *atención comunitaria* y la prevención y la promoción de la Salud Pública, han de recuperar un espacio central y el protagonismo que merecen dentro de la renovada Atención Primaria de Salud.

A destacar, en este sentido, la necesidad de impulsar, desarrollar y extender un adecuado sistema de educación sanitaria capaz de lograr un empoderamiento positivo de los y las pacientes que conduzca a que se hagan responsables de su salud y a que adquieran capacidades de autocuidado y de transmisión de información al resto de la comunidad, por ejemplo mediante la configuración de *grupos de pacientes expertos* que se encarguen, bajo el asesoramiento del personal sanitario que en cada momento corresponda, de educar y transmitir información a otros y otras pacientes; un sistema de educación sanitaria, en fin, basado en el conocimiento y en la participación, y que sea la vía para recuperar el prestigio social de la Sanidad Pública en general, y de la Atención Primaria de Salud en particular.

Igualmente, la evolución social y poblacional nos va a situar en los próximos años ante retos como la creciente imbricación de la AP con los sistemas asistenciales sociosanitarios, algo que será ineludible en el medio plazo dado el envejecimiento de la población, y las implicaciones que este fenómeno conlleva, y el posicionamiento para no perder el tren de los nuevos retos asistenciales, como la *Hospitalización Domiciliaria* o la creación de *Hospitales Comunitarios*, campos en los que la AP debe tomar el liderazgo y cuya configuración y desarrollo no sólo han de protagonizar el personal facultativo y de enfermería de familia, sino fisioterapeutas, trabajadores y trabajadoras sociales y, en general, todas las profesiones que conforman la AP, que deberán actuar como vectores para lograr una mayor coordinación entre distintos niveles y sectores.

Todo ello, no obstante, quedará en papel mojado si no se establece un sistema de financiación adecuado: hace unos años éramos la tercera comunidad autónoma, si atendemos al porcentaje del presupuesto dedicado a la AP, y ahora estamos en el puesto 16. Y aunque los economistas de la salud no terminan de ponerse de acuerdo ni en los parámetros más adecuados para establecer el montante del presupuesto sanitario ni en los

porcentajes de dicho presupuesto a destinar a la Atención Primaria de Salud, está claro que hay que alcanzar niveles de financiación suficientes para mantener, desarrollar y proyectar hacia el futuro la sanidad pública, así como destinar un porcentaje adecuado de dicha financiación para que la AP se sitúe en el nivel que le corresponde.

CCOO ha venido defendiendo en los últimos años que al menos el 7% del PIB hay que destinarlo a financiar la sanidad pública, y ese podría seguir siendo, por su claridad y simplicidad de cálculo, el parámetro para fijar el mínimo de financiación sanitaria, pero este indicador está penalizado por el fraude fiscal y no contempla los déficits previos en salud ni otros factores sociales, por lo que desde el sindicato hay que plantear también la necesidad de alcanzar un acuerdo que permita utilizar, tanto a nivel del Estado como de las Comunidades Autónomas, sistemas más completos y justos para el cálculo de la financiación de la sanidad pública, como el *‘Índice de Desarrollo Humano’* (IDH), en el que se contemplan indicadores como la alfabetización, la esperanza de vida al nacer y la renta básica de la ciudadanía.

En cualquier caso, es imperativo corregir el desequilibrio tradicional entre el porcentaje del presupuesto sanitario que se dedica a Atención Primaria en relación al que recibe la Atención Hospitalaria, una vez descontado el capítulo de gasto farmacéutico (en 2014 se destinó un 14% a AP frente al 61% que se llevó la hospitalaria, y en 2017 el porcentaje dedicado a AP quedó sólo algo por encima del 16%), no siendo aceptables en ningún caso cifras por debajo del 20%, y estableciendo un horizonte a medio plazo de alcanzar el 25%.

Pero, además de lo señalado anteriormente, hay otros elementos de crucial importancia estratégica para reforzar la AP en nuestra comunidad autónoma, entre los que cabe destacar:

- Definir un nuevo **modelo de urgencias y emergencias en Andalucía**, y dentro de él resituar las urgencias de Atención Primaria, tras el absoluto fracaso de los planteamientos que se pusieron en marcha con motivo del *‘Acuerdo de Mesa Sectorial de Sanidad de 30 de enero de 2007’*, acuerdo de nefastas consecuencias que CCOO no firmó. Optimizar las urgencias extra hospitalarias es imprescindible para salvaguardar el buen funcionamiento de los centros de salud y prevenir el colapso de los servicios de urgencias hospitalarias. Por consiguiente, es necesario delimitar los ámbitos de actuación y replantear el papel de los actuales dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCU), potenciándolos y adaptándolos a la realidad actual y tomándolos como punto de partida para el nuevo modelo de asistencia urgente en AP. Igualmente, se hace necesario reconocer el aislamiento y los signos de fatiga que actualmente caracterizan a nuestro sistema de emergencias, que en su día, y a nuestro entender de forma errónea, se configuró fuera del Servicio Andaluz de Salud y sin la necesaria permeabilidad funcional y laboral con las urgencias extra hospitalarias y hospitalarias.

La necesidad incuestionable de un nuevo modelo de urgencias y emergencias en Andalucía pone en evidencia los años de fracaso continuado del *‘Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias’* (PAUE), un Plan que ha mostrado una y otra vez, y sigue mostrando, su falta de eficiencia y su actuación a menudo en contra de los intereses laborales y profesionales de los trabajadores y las trabajadoras y del desarrollo de un modelo organizativo óptimo que contribuya al avance en salud de la propia ciudadanía



andaluza. Desde CCOO entendemos que la persistente incapacidad del PAUE para resolver algunos de los graves problemas endémicos de nuestras urgencias y emergencias se debe a que en ocasiones este Plan ha sido instrumentalizado por determinados grupos de presión que lo han utilizado, ante la pasividad de la Administración, para alcanzar y mantener cuotas de poder e influencia dentro de la estructura sanitaria pública encaminadas a servir a intereses espurios de ciertos colectivos, los cuales han prevalecido con frecuencia sobre la defensa del interés general y del propio SSPA.

- Establecer a medio y largo plazo las necesidades de trabajadores y trabajadoras, y entre otras medidas, adecuar la oferta de plazas en las facultades y la oferta de plazas de formación sanitaria especializada a dichas necesidades, y así asegurar que la AP no deje de ser la protagonista principal del SSPA por escasez de personas tituladas capaces de dar cobertura a sus necesidades de plantilla.

Finalmente, es importante resaltar que una de las mejores estrategias de apoyo a la AP, que no requiere inversiones, contratación de nuevos efectivos ni elaboración de planes de desarrollo, es simple y llanamente aplicar aquello que está legislado y que es beneficioso *per se* para la AP. Si se cumpliera adecuadamente la legislación vigente en materia de apoyo a la familia andaluza o de garantías de plazos para las listas de espera, muchos de los problemas de la AP no existirían.

## ÁMBITO DE GESTIÓN

El debate en este ámbito debería centrarse, fundamentalmente, en tres ejes:

### 1. Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Es una prioridad lograr la eficiencia de la AP mediante un uso adecuado de los recursos, pero demandando las inversiones necesarias, fundamentalmente en personal, tras el duro ajuste sufrido como consecuencia de la tasa de reposición cero impuesta por el Gobierno de España durante varios años. La AP resuelve el 90% de los problemas de salud de la ciudadanía y podría convertirse en el eje vertebrador de la sanidad pública con una inversión en tecnología muy inferior a la que requiere la atención hospitalaria; es decir, se podría equilibrar, con una adecuada redistribución de los recursos, la desviación que provoca la inversión en las tecnologías necesarias para la atención hospitalaria.

### 2. Cambio funcional de las Unidades de Gestión Clínica

La situación actual de las UGC difiere del proyecto original, compartido por CCOO. El desarrollo de la Gestión Clínica, sin un marco normativo consensuado y transparente, que la Administración sanitaria ha hecho con posterioridad, dentro y fuera de la AP, es la causa de las dudas y el desencanto que se observa actualmente en gran número de profesionales. La participación, la implicación y el compromiso de los trabajadores y las trabajadoras (pilares fundamentales para el apoyo de CCOO al proyecto, y para que el sistema funcione adecuadamente) se han ido reduciendo significativamente por culpa de la inacción de la

Administración, y de forma paralela al proceso paulatino de minusvaloración del papel de la representación legal de los trabajadores y las trabajadoras (otro elemento fundamental para CCOO).

Las UGC, lejos de llegar a ser elementos dinámicos, se han convertido en órganos burocratizados, en los que cabe destacar las siguientes deficiencias:

- Los trabajadores y las trabajadoras no participan *realmente* en la elección de los cargos de dirección de la UGC.
- La actividad asistencial está fundamentalmente orientada al cumplimiento de objetivos marcados por los Distritos Sanitarios.
- Excesiva importancia de los registros en comparación con otras actuaciones.

Es necesaria, además, una reorientación de las funciones de las UGC tendente a la ampliación y mejora de la cartera de servicios, incluyendo el refuerzo de la **prevención, promoción y educación para la salud**, y también avanzar en la mejora de la coordinación del trabajo entre las personas integrantes de los equipos de AP, así como impulsar la labor de profesionales pertenecientes a categorías que o bien han ido perdiendo cuota de actividad con el paso del tiempo o bien no han llegado a desarrollar adecuadamente sus potencialidades, como son, entre otras, odontología, fisioterapia, terapia ocupacional, matrona, personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), personal celador-conductor, trabajo social, personal auxiliar administrativo e higienista dental.

### 3. Nuevos enfoques del Contrato de Gestión

Es una realidad incuestionable que tras quince años de implantación de los 'Contratos de Gestión Clínica' no existe ninguna evaluación consistente de sus resultados, por lo que se han transformado desde el inicial intento de mejora de la práctica clínica y de la calidad asistencial en un mero instrumento para evaluar el pago a trabajadores y trabajadoras de un complemento denominado 'productividad', lo cual plantea una serie de perversiones, sobre todo en la línea del reparto de incentivos, que al final están generando desazón en lugar de motivación. Por todo ello CCOO propone lo siguiente:

- Objetivos: es necesario que sean adecuados (pocos, medibles y no cambiantes).
- Estos objetivos deberían diferenciarse claramente en 'económicos', 'de procesos' y 'de resultados en salud', y estar presentes en una proporción adecuada.
- Los objetivos deben ser elaborados y pactados con los trabajadores y las trabajadoras.
- Evaluación: realizada mediante unos indicadores claros y adecuados.
- Incentivos: económicos y no económicos, con extensión a la totalidad de los y las profesionales sin exclusión y disminuyendo las diferencias abismales actualmente existentes entre categorías, aunque para ello sea preciso redefinir mediante la negociación colectiva en la Mesa Sectorial de Sanidad la proporción del salario, sin perder masa salarial, que se coloca en la parte variable de cada categoría profesional.



- Aplicación de prácticas de buena gobernanza, desarrollo de órganos asesores de la dirección de la UGC, en los que se fomente la participación del equipo multidisciplinar, así como puesta en marcha de mecanismos de control sindical de los aspectos laborales.
- Creación de una comisión de seguimiento (Administración y Sindicatos representados en Mesa Sectorial) para velar por el desarrollo y cumplimiento de lo expuesto más arriba.

Por último, es básico conocer la satisfacción de las personas usuarias como instrumento de mejora, así como efectuar diagnósticos de salud en diferentes zonas para poder planificar.

## AMBITO ESTRUCTURAL

En este ámbito CCOO propone la creación de una comisión formada por la Administración y la representación legal de los trabajadores y las trabajadoras con presencia en Mesa Sectorial de Sanidad para:

- Proceder al análisis exhaustivo y al seguimiento del mapa de los centros asistenciales de Atención Primaria de Salud en Andalucía, así como a la catalogación de sus deficiencias.
- Establecer las necesidades mínimas de inversión en infraestructuras de AP.
- Elaborar un plan de reformas y adecuación de las instalaciones existentes.
- Fijar la dotación, además del material convencional necesario, de medios propios diagnósticos y terapéuticos de alta tecnología, y la organización de los mismos.

### 1. Mapa de infraestructuras de Atención Primaria en Andalucía

Que un ámbito de asistencia sanitaria tenga una dotación arquitectónica adecuada es fundamental para que la plantilla pueda desarrollar correctamente sus funciones y para alcanzar premisas esenciales de la Atención Primaria como la equidad y la accesibilidad.

La Administración aporta información obsoleta, puesto que el mapa publicado más recientemente se remonta a hace más de quince años (Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía; BOJA 70 de 15 de junio de 2002), y en la web del SAS se da información actualizada a finales del año 2016 sobre centros de salud, consultorios, consultorios auxiliares, así como de dispositivos de apoyo y dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Por tanto, para poder evaluar las necesidades estructurales de la AP es prioritario proceder a la actualización inmediata de dicho mapa, y programar la actualización periódica de estos datos:

Estructura organizativa	
Distritos de atención primaria	17
Áreas de gestión sanitaria	14

Centros	
Centros de salud	406
Consultorios locales	692
Consultorios auxiliares	419
Total centros	1517

Dispositivos de apoyo	
Unidades radiológicas	159
Salas de rehabilitación/fisioterapia	206
Unidades móviles de fisioterapia	10
Gabinetes odontológicos	225
Unidades de ecografía	132
Unidades de retinografía	119
Unidad de exploración mamográfica	20

Dispositivos de cuidados críticos y urgencias	
Unidades de cuidados críticos y urgencias	371
Unidades móviles de cuidados críticos y urgencias	128
Total DCCU	499

**Recursos de atención primaria a 31 de diciembre de 2016. Fuente: Consejería de Salud.**

## 2. Inversión en infraestructuras de Atención Primaria

### a. Nuevos centros de salud y consultorios

Cualquier propuesta debe pasar por alcanzar, como mínimo, los objetivos de AP de equidad y accesibilidad de las personas usuarias, asegurando la intimidad de las mismas. Por otro lado, deben adaptarse para conseguir una mejor eficiencia energética.

Los centros más desfasados, con problemas de espacio y accesibilidad, están ubicados en los bajos de viviendas y bloques de edificios antiguos (sirva como ejemplo que en el centro de la ciudad de Granada hay 16 centros de salud situados en los bajos de edificios). Muchos de ellos son de titularidad municipal.

### b. Nuevas instalaciones para DCCU

Para CCOO la propuesta debe girar sobre los siguientes ejes:

- Necesidad de contar con instalaciones propias, muy bien diferenciadas de las áreas de atención programada y no ubicadas junto a las urgencias de centros hospitalarios.
- Instalaciones y medios que permitan prestar una atención sanitaria óptima.
- Que exista una ratio de tiempo, desde los diferentes núcleos de población que se atienden desde el dispositivo, adecuada para una atención urgente.
- Dotación de medios técnicos adecuados para una atención de calidad.

## 3. Plan de reformas y adecuación de instalaciones existentes

Dado que no existe un análisis correcto de los centros existentes, nos movemos en el ámbito de las sensaciones, aunque éstas son tan generalizadas como para llevarnos a afirmar que muchos de los centros de AP están obsoletos, escasos de consultas que terminan siendo compartidas, así como inadaptados a la actividad que acogen, por lo que limitan la capacidad funcional del conjunto de trabajadores y trabajadoras que componen los equipos.

Especial atención hay que prestar a la incorporación de la ergonomía en el diseño y configuración tanto de los espacios asistenciales como de los no asistenciales (zonas administrativas, vestuarios, aseos, espacios de descanso, salas de trabajo y de sesiones, etc.), así como a la renovación periódica de equipos y herramientas informáticas, que condicionan el quehacer diario de los trabajadores y las trabajadoras.

En cuestión de prevención de riesgos laborales es el momento de adecuar las instalaciones a las recomendaciones y procedimientos vigentes en materia de Salud Laboral en el SAS, haciendo especial mención a la prevención de las agresiones a profesionales. Aquí sería imprescindible conocer la opinión de los trabajadores y las trabajadoras de cada centro para realizar una adecuación correcta.

## 4. Dotación del material necesario

De igual forma que cuando se hacía referencia a los DCCU, los Centros de AP deben dotarse del material necesario para una asistencia adecuada y de calidad.

Lo mismo ocurre con los medios propios diagnósticos y terapéuticos que deben asegurar la accesibilidad y la equidad aplicando ratios de tiempo desde los diferentes núcleos de población atendidos. De esta forma conseguiremos aumentar los niveles de garantía, eficiencia y calidad de los servicios que presta la sanidad pública.

## AMBITO FUNCIONAL

En este ámbito es esencial la recuperación del concepto de equipo básico de atención primaria (EBAP), clave para el trabajo en equipo multidisciplinar, que ha supuesto uno de los avances más significativos de la reforma de la AP de los años 80. Sin embargo, hoy día todavía constituye un reto conseguir en la práctica la verdadera integración y coordinación de la totalidad de los y las integrantes de la plantilla; por ello es necesario que el trabajo de los equipos se facilite estimulando y propiciando, desde las administraciones sanitarias, el desarrollo de las capacidades de cada componente del equipo y su motivación. Las personas que básicamente han de conformar un equipo son profesionales de la medicina y la enfermería de familia, pediatras, TCAE, trabajadores y trabajadoras sociales, personal administrativo y personal celador-conductor, así como matronas, fisioterapeutas, personal técnico de radiología, odontólogos y odontólogas, terapeutas ocupacionales e higienistas dentales. El trabajo de forma integrada de los distintos miembros de un equipo consigue los mejores resultados en calidad percibida, seguridad del paciente y satisfacción del personal.

En el contexto del EBAP 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 en el EBAP, así como dimensionar las plantillas en función de estas funciones. A ello nos referiremos nuevamente en el capítulo específico sobre el ámbito de los recursos humanos, por lo que ahora cabe prestar especial atención a la necesidad de:

- Impulso del papel y desarrollo de las funciones del personal administrativo y celador-conductor. Resolver adecuadamente y de forma satisfactoria para todos los colectivos implicados la incongruencia actual de personal auxiliar administrativo realizando funciones de personal administrativo y de personal celador realizando tareas de celador-conductor, o incluso de personal celador y celador-conductor haciendo tareas administrativas. Para ello hay que definir las funciones de cada categoría, recuperando las funciones de conductor del personal celador-conductor y diseñando un itinerario que facilite, en base a requisitos de titulación y servicios prestados, la integración voluntaria del personal Auxiliar Administrativo en la categoría de Administrativo, salvaguardando los derechos y el empleo de quienes no reúnan los requisitos mínimos para ello.
- Mejorar la cartera de servicios de la Fisioterapia en la AP, potenciando las derivaciones propias y directas de AP y haciendo especial énfasis en actividades de promoción y prevención, así como en la atención domiciliaria, adaptando los recursos humanos para poder cumplir con esta cartera de servicios más amplia y estableciendo sinergias con otras categorías profesionales. Por otra parte, es necesaria una coordinación propia de la

Fisioterapia de AP, independiente de la de enfermería, por sus características especiales alejadas de las funciones de la categoría de enfermería.

- Redefinir y potenciar las competencias de los y las TCAE en el ámbito de la AP.
- Analizar el acceso y el equilibrio en el reparto del personal administrativo, y racionalizar la sobredotación actual de los Distritos en relación a los centros asistenciales.
- Definición del modelo asistencial básico: necesidad de volver al modelo de **'Unidad de Atención Familiar'** (UAF), abandonando el modelo de cupos de MF y enfermería separados, para lo que hay que lograr una ratio 1:1 entre personal de enfermería y personal médico puesto que éste es el modelo que ha demostrado ser más eficiente y funcional. Todos los trabajos consultados hablan además de una desigual distribución de los efectivos de enfermería en nuestro país, con la consiguiente variabilidad en la cartera de servicios ofertada en cada Comunidad Autónoma. Así, los enfermeros y las enfermeras disminuirían su carga de trabajo y verían aumentar la empleabilidad de su categoría.
- Desarrollo e implantación de la especialidad de enfermería de familia y comunitaria en la AP: La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria queda establecida, como la conocemos hoy en día, mediante el RD 450/2005. En 2010 se aprobó el programa formativo de la especialidad y en 2011 se ofertaron las primeras 132 plazas de la especialidad. En el 2018 la convocatoria que se ha publicado incluye 316 plazas. Es necesario dar el salto, dimensionar las necesidades de especialistas y realizar convocatorias de plazas de formación especializada acordes con ellas, para que lo normal sea tener en los Centros de Salud personal en formación que después se vaya incorporando a los puestos de enfermería en AP. Esta es la única forma de consolidar la especialidad y de que la población se beneficie del alto nivel de especialización de estos y estas profesionales. La consolidación de la especialidad de enfermería de familia en la AP ha de ser clara, decidida e irreversible mediante la transformación paulatina de los puestos de enfermería de AP en *puestos especialistas*, pero debe hacerse de forma gradual y no traumática para otros colectivos de enfermería que vienen realizando su labor en AP y cuyos derechos también han de ser contemplados.
- Mejora en la gestión del tiempo dando al personal el que sea necesario para atender a cada paciente según sus necesidades. De esta manera se aumentaría la calidad asistencial, la capacidad resolutoria y mejorarían las condiciones laborales de los trabajadores y las trabajadoras.
- En el momento actual la atención pediátrica en AP se cubre tanto por pediatras como por profesionales de la Medicina de Familia en funciones de pediatra. Ante esta situación es necesario incrementar las plazas MIR de Pediatría para elevar la presencia de pediatras en AP, a la vez que hay que apoyar, dedicar recursos a formación y reconocer el trabajo que realizan muchos y muchas MF que trabajan en centros de salud, generalmente alejados de los núcleos urbanos, donde no hay pediatras. También se han planteado otras opciones, como la disminución de la edad máxima infantil a partir de la cual se sale del ámbito de la pediatría y se integra en el cupo de medicina de familia, pero su adopción debiera quedar sólo como último recurso.

- Revisar la situación laboral del personal de los Dispositivos de Apoyo, y plantear su paulatina integración en EBAP para acabar con la actual situación en la que conviven trabajadores y trabajadoras de primera y de segunda categoría en cuanto a derechos y condiciones de trabajo. Mientras se completa este proceso de integración, debe establecerse para los dispositivos de apoyo una regulación de las cargas de trabajo e instaurarse la planificación de los horarios y turnos de trabajo, asegurando los mismos derechos laborales que el resto del personal de AP.
- Empoderamiento de las Unidades de Salud Mental de AP, para que se puedan adaptar a las características de la AP de la que forman parte (sin dejar de estar en coordinación con la especializada).
- Relación entre Atención Primaria y otros niveles asistenciales:

Un aspecto poco estudiado hasta ahora, y que conviene explorar, es la coordinación funcional y posible confluencia con el EBAP del personal farmacéutico y veterinario perteneciente al **Cuerpo A4** que ejercen sus funciones en el ámbito de la AP.

Por otra parte, es necesario acabar con la función de filtro de la AP para el acceso de los pacientes a la atención especializada y promover una atención compartida e integrada (participación conjunta de médicos y médicas de familia (MF) y de facultativos y facultativas especialistas de área (FEA) del hospital en la planificación de la atención, intercambiando información alrededor y más allá del motivo de derivación):

- ✓ Búsqueda del modelo que más se ajuste a nuestra estructura e idiosincrasia (consultas de extensión en atención primaria, existencia de un sistema formal de comunicación regular entre el médico o médica de familia y el o la especialista del hospital, consultas mixtas atendidas por MF y FEA, registro único de atención compartida, atención compartida asistida por ordenador y correo electrónico, etc.).
- ✓ Establecer mecanismos de relación bidireccional entre AP y otros niveles asistenciales.
- ✓ Gestión de las citas para consultas externas de los servicios hospitalarios desde AP, buscando la adecuación a las necesidades del paciente.
- ✓ Acceso (indicación y prescripción) a infraestructuras y pruebas diagnósticas y terapéuticas de otros niveles asistenciales. Un acceso real de los MF a las pruebas diagnósticas y no como un mero administrativo de las consultas de especialidades (hoy en día en algunos centros de salud los y las MF pueden solicitar pruebas únicamente para la revisión en consulta de especialista).
- ✓ Obligatoriedad de cumplir el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, de garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- ✓ Mejorar la relación con las urgencias hospitalarias, fundamentalmente mediante el establecimiento de procedimientos y protocolos consensuados.



- Utilización de las nuevas tecnologías para interconsultas y relaciones con otros niveles, consultas a domicilio, formación continuada, sesiones clínicas y comunicación con la población.
- Alivio de las cargas administrativas de los profesionales sanitarios de AP, singularmente de los y las MF, para quienes actualmente suponen en torno al 30% de sus cargas de trabajo. Entre las medidas a tomar destacan:
  - ✓ Mejorar las normativas de modelo de receta, visados y de Incapacidad Temporal para minimizar las visitas no clínicas.
  - ✓ Mejorar la eficiencia del sistema informático Diraya:
    - Actualización periódica del modelo de historia clínica para hacerla más fácil y eficiente para el profesional y el paciente.
    - Accesibilidad de los profesionales de AP a la explotación de los datos del sistema Diraya.
    - Repensar el Módulo Receta XXI de Diraya para adaptarla a las necesidades de pacientes y profesionales.
    - Adecuación y homogeneización en Diraya de la codificación de la complejidad diagnóstica.
- Recuperar la Atención Integral en AP, incluyendo situaciones especiales, entre las que hay que resaltar los **cuidados paliativos**, que no deben quedar fuera del ámbito de la AP, salvo aquellos casos que requieran una asistencia muy avanzada, para asegurar la continuidad en la asistencia y en los cuidados por parte de los mismos profesionales.
- Recuperar la atención plena a las personas en situación de vulnerabilidad (personas ancianas, niños y niñas, personas en situación de dependencia, inmigrantes, personas en exclusión social, etc.) para que el sistema sanitario cumpla con su labor de equidad y de herramienta para revertir desigualdades socioeconómicas en la población.
- Recuperar y poner en valor (social y profesional) la atención domiciliaria.
- Impulsar el establecimiento de nuevos modelos asistenciales en los que la AP ha de jugar un papel determinante, como la hospitalización domiciliaria o los hospitales comunitarios.
- Promover, y en su caso recuperar, modelos de participación real de la ciudadanía en la planificación y control de la calidad de los servicios de salud, con la creación de órganos de participación.

## AMBITO DE PERSONAL

CCOO dejó recogida hace años, en su publicación **“Expectativas y Realidades en la Atención Primaria Española”**, la evidencia científica que avala contundentemente que los niveles de desarrollo de la AP:

- Marcan las diferencias en los niveles de salud de las poblaciones.
- Están íntimamente ligados al desarrollo de la medicina familiar y comunitaria.

Son abundantes las investigaciones internacionales que demuestran cómo mejores dotaciones en recursos humanos en AP reducen las desigualdades en salud, relativas y absolutas, entre los grupos de población según criterios de diferencias sociales, demográficas o geográficas.

Las señales de escasez de recursos humanos en AP en nuestro país y en Andalucía son claras y engloban a todas las categorías, pero es más preocupante, si cabe, en Medicina Familiar y Pediatría, que están entre las especialidades con mayor déficit de recursos humanos según los últimos informes tanto del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales como del propio Sindicato (*“Estudio de la oferta de plazas de formación sanitaria especializada 2018”*). La situación de estas especialidades médicas es alarmante porque los recortes asociados a la crisis económica y financiera han aumentado el déficit de las mismas. Hay zonas de Andalucía en donde este déficit se agrava de manera alarmante por la falta de medidas que fidelicen la decisión de desarrollarse profesionalmente en estas zonas, con lo que nos encontramos con plazas dotadas, pero no cubiertas.

La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO ha evidenciado en numerosos informes difundidos públicamente que los ingentes recortes sufridos durante la última década han producido varios efectos perversos:

- La disminución presupuestaria en sanidad ha sido alarmante, y ha afectado con especial rigor a la AP.
- La disminución de personal que se ha producido ha afectado prácticamente a todas las categorías profesionales en el ámbito de la AP.
- Se ha producido un descenso de la oferta de plazas de especialista interno residente (EIR), que ha afectado más a las especialidades médicas previamente más deficitarias.

La Administración Pública andaluza no ha sido ajena a esta situación, y prácticamente en todos los aspectos analizados se encuentra a la cabeza de los recortes. Por consiguiente, se hace necesario rescatar la estrategia número 36 del Proyecto AP-21, redactada en 2007: *Incrementar los recursos financieros destinados a Atención Primaria de Salud por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos, de manera que permita dotar a la Atención Primaria de los recursos y herramientas necesarias para reforzar su papel en el Sistema Nacional de Salud*. Esta propuesta ha sido incumplida de forma sistemática por la administración pública y ha influido directamente en la dotación de personal de AP, en su acceso a pruebas diagnósticas y en sus retribuciones, aspectos que desarrollaremos a continuación.

Desde CCOO entendemos que el **envejecimiento poblacional** debe ser un criterio preponderante a la hora de tomar decisiones en recursos, sobre todo humanos, en AP. Este criterio debe predominar sobre cualquier otro, como complejidad diagnóstica o similares, pues se podría incurrir en sesgos debido a la dificultad que ofrece Diraya para la extracción y explotación de datos y la diversidad registral que se suele presentar en este ámbito.

Otros factores importantes que hay que considerar, y que han sido tratados en otros apartados de este documento, son: acceso universal y gratuito a la sanidad pública, equidad, trabajo multidisciplinar y calidad asistencial.

## 1. Política de recursos humanos: dimensionamiento de la plantilla

Como ya hemos expresado anteriormente, las plantillas de trabajadoras y trabajadores en AP están infradotadas, por lo que CCOO exige un dimensionamiento correcto de todas y cada una de ellas con una definición, o en otros casos redefinición, de funciones en algunas categorías (sobre todo en TCAE y personal celador-conductor).

Algunas de las medidas prioritarias que proponemos, y que compartimos con sociedades científicas y asociaciones profesionales, son:

- Ratios poblacionales por unidades básicas de medicina familiar-enfermería topadas en un máximo de 2000 Tarjetas Ajustadas por Edad (TAE).
- Ratios poblacionales por unidades básicas de pediatría-enfermería topadas en un máximo de 1700 TAE.
- Disminuir al menos un 20% las cargas de trabajo en las zonas de transformación social sin que disminuya la retribución, lo que supondría:
  - ✓ Ratios poblacionales por unidades básicas de medicina familiar-enfermería topadas en un máximo de 1600 TAE.
  - ✓ Ratios poblacionales por unidades básicas de pediatría-enfermería topadas en un máximo de 1400 TAE.
- Igualdad absoluta entre las plantillas de medicina familiar (MF) y de enfermería familiar (EF): ratio 1MF/1EF.
- Adecuada dotación de personal de otras categorías, menos numerosas pero con funciones igualmente importantes para conseguir una calidad asistencial adecuada:
  - ✓ Fisioterapeuta: Ratio topada en 1/5000 habitantes.
  - ✓ TCAE: para determinar un correcto dimensionamiento tendríamos que definir, desarrollar y unificar las funciones de este colectivo en base al Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Habría que establecer una ratio, relacionada con el número de profesionales de otras categorías (MF, EF, Pediatra, Matronas, Odontólogo), y que en general debe encontrarse entre 1 TCAE por cada 2-3 UAF.
  - ✓ Matrona: al menos una por Unidad de Gestión Clínica.
  - ✓ Odontólogo u odontóloga: La ratio se debe ajustar en base a las siguientes variables: población asignada a cada Zona Básica de Salud, TAE, población en alto riesgo de enfermedades bucodentales, cartera de servicios del SAS y tiempos de trabajo para una calidad aceptable.

- ✓ Personal Técnico en diagnóstico por imagen: en número suficiente en relación a la dotación de aparataje de cada centro asistencial.
  - ✓ Personal administrativo en centros asistenciales: para determinar un correcto dimensionamiento tendríamos que definir previamente las funciones de las categorías que lo integran (administrativo y auxiliar administrativo).
  - ✓ Personal celador-conductor: Es necesario definir sus funciones para poder dimensionar las necesidades correctamente. Desde luego, al menos uno en cada punto de atención continuada.
  - ✓ Trabajador o trabajadora social: al menos un puesto por Centro de Salud y al menos dos en las Zonas de Transformación Social.
  - ✓ Terapeuta ocupacional: su presencia y número de efectivos en el ámbito de la AP ha de estar definida por su encaje en la cartera de servicios del EBAP, de las Unidades de Salud Mental de AP y de la rehabilitación física, especialmente domiciliaria.
  - ✓ Higienista dental: incorporación paulatina en función de la población atendida con edades entre 6 y 15 años, del número de odontólogos y odontólogas y de la tasa de embarazadas existentes en cada ZBS.
- No deben existir grandes diferencias de plantilla entre centros asistenciales que atienden a poblaciones similares.
  - Creación en cada uno de los centros de gasto que incluyan AP (distritos y áreas de gestión sanitaria) de una comisión de seguimiento paritaria, compuesta por la Administración y las organizaciones sindicales con representación en Mesa Sectorial de Sanidad para el control y discusión de estas medidas.

## 2. Prestigio de la Atención Primaria

Los informes consultados sobre la formación especializada muestran que hay un alto porcentaje de plazas de medicina familiar que no se ocupan o son abandonadas durante el periodo de formación. CCOO considera que esta falta de atractivo de la especialidad hacia los y las jóvenes profesionales que se disponen a iniciar su formación especializada sólo podrá corregirse potenciando la AP mediante un abordaje muy amplio, que deberá contemplar necesariamente medidas encaminadas a incrementar su prestigio social y profesional. Para ello hay que intervenir sobre diferentes áreas, entre las que cabe destacar:

- Mejora de condiciones laborales y retributivas.
- Desarrollo profesional adaptado y específico para este ámbito.
- Aumento de la capacidad resolutive.

## 3. Desarrollo profesional

El desarrollo profesional es una vía imprescindible para incrementar la cualificación y la satisfacción del personal, ambas esenciales para avanzar en calidad asistencial y en

eficiencia del sistema, y para hacer crecer el prestigio de la AP, tanto dentro del propio SSPA como ante la sociedad.

Por tanto, ha de ser prioritaria la adopción de medidas que potencien la adherencia de la plantilla hacia estas actividades, no tanto a través de su influencia sobre aspectos laborales (por ejemplo mediante puntuación adicional en procesos de provisión y selección o de movilidad), en los que su peso ha de ser necesariamente limitado por cuestiones de equidad y de seguridad jurídica, sino sobre todo en el ámbito de la **carrera profesional**, donde estos méritos deben tener un peso específico y determinante.

### a. Formación continua y reciclajes del personal

Las características de la AP, sobre todo la dispersión geográfica y el carácter multidisciplinar de su cuerpo doctrinal, hacen que sus trabajadores y trabajadoras sean muy sensibles a la necesidad de formación continua y de reciclajes. Por ello, desde CCOO proponemos las siguientes medidas:

- Aumentar el presupuesto de formación continua destinado a estos trabajadores y trabajadoras.
- Establecer líneas estratégicas de formación específicas de AP.
- Instaurar procedimientos efectivos para facilitar el acceso de este sector a la formación en condiciones de igualdad, de equidad y sin afectar a la conciliación de la vida familiar y laboral. Incluimos el desarrollo de actividades formativas multimedia, permisos retribuidos, compensaciones horarias, etc. Todas estas medidas ya estaban contempladas en el documento de propuestas que la Federación de Sanidad de CCOO Andalucía presentó en 2012 ante la Administración sanitaria para minimizar los efectos perversos que tuvo la instauración de los recortes promovidos por los gobiernos de España y de Andalucía.
- Desarrollar procesos que aseguren reciclajes periódicos de trabajadores y trabajadoras, al menos de aquellas categorías relacionadas con la docencia.
- Facilitar el acceso a congresos, jornadas o encuentros laborales-científicos.

### b. Investigación en el ámbito de la AP

Actualmente la inmensa mayoría de la investigación en la sanidad pública andaluza está orientada y basada en necesidades tecnológicas o técnicas muy específicas que solo están al alcance de centros hospitalarios.

Por el contrario, la investigación en AP está basada, sobre todo, en técnicas cualitativas, que son tan válidas como cualquier otra y aportan avances muy importantes a la ciencia y al estado de salud de la población.

Por ello, CCOO reclama un cambio en la política investigadora de la sanidad pública andaluza con estrategias específicas para el ámbito de la AP, entre las que cabe destacar:

- Realización de convocatorias específicas sobre temas de AP.

- Potenciación de la investigación cualitativa.
- Adaptar los equipos de apoyo de las fundaciones de investigación a las necesidades específicas de la AP.
- Potenciar estrategias que faciliten el acceso a la investigación de trabajadores y trabajadoras de la AP.
- Incentivar la labor investigadora de los trabajadores y trabajadoras de este ámbito de salud a través de, entre otras medidas, la reducción de las cargas de trabajo dedicado a la actividad asistencial, la dotación de material de investigación o la concesión de permisos para asistir a actividades formativas relacionadas con las líneas de trabajo abiertas.
- Potenciar proyectos de investigación interniveles que podrían mejorar la asistencia prestada a las personas usuarias.

### c. Acreditación de competencias profesionales

Consideramos que el actual sistema de acreditación de competencias profesionales para las categorías de AP es muy exigente al estar muy burocratizado y resultar complejo su proceso de implementación.

Por ello CCOO propone:

- Establecer un sistema menos farragoso, consensado con los trabajadores y las trabajadoras y adaptado a la realidad actual de la AP.
- Facilitar a la plantilla la explotación de datos de Diraya para que la acreditación no sea un proceso tan costoso en tiempo y en esfuerzo personal.

### d. Carrera profesional.

Históricamente, CCOO ha defendido una carrera profesional abierta, accesible, voluntaria y extensible a todas las categorías. Por ello, en este apartado solo nos queda exigir a la Administración que dé los pasos necesarios y urgentes para que la carrera profesional se instaure otra vez con normalidad y que se abra, sin demora, para aquellas categorías que aún no pueden acceder a ella.

### e. Desarrollo de la prescripción enfermera.

Desde hace muchos años las enfermeras y enfermeros han estado indicando productos sanitarios, asesorando sobre su uso y evaluando efectos secundarios e interacciones. Estas prácticas han constituido un servicio de calidad, rápido y eficaz.

En Andalucía, esta actividad enfermera se reguló tras la publicación del Decreto 307/2009 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que reconocía esta labor y este derecho del colectivo enfermero y aportaba seguridad jurídica.

CCOO siempre ha considerado que este decreto propiciaba un entorno seguro, aunque de mínimos, hasta que no se reconocieran las verdaderas competencias enfermeras y se equipararan a las de otras categorías con formación en créditos en farmacología similares o inferiores al grado de enfermería.



Sobre la prescripción enfermera, CCOO sigue manteniendo:

- Un posicionamiento nítido a favor de la enfermería andaluza en tres aspectos:
  - ✓ Reconocimiento de sus competencias profesionales en materia de prescripción y de su autonomía.
  - ✓ Reconocimiento de las competencias legislativas de las autoridades andaluzas en esta materia y, por tanto, considerando vigente el Decreto 307/2009 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
  - ✓ Exigencia de modificación de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios (Ley 29/2006), para que se incluya la capacidad prescriptora de la enfermería.
- La impugnación de la normativa estatal por restrictiva para la competencia prescriptora de la enfermería.
- Mantener la denuncia que en su momento formulamos desde CCOO en relación al posicionamiento que sobre prescripción enfermera ha venido defendiendo el autodenominado y nefasto *'foro de la profesión enfermera'* (colegios de enfermería y sindicato corporativo de enfermería).
- La exigencia a la Administración andaluza de mostrar una posición nítida en defensa de la prescripción enfermera.

#### 4. Formación especializada

CCOO considera que la formación especializada de calidad en el ámbito de AP, tanto en medicina como en enfermería, es fundamental para asegurar una mejor calidad asistencial y una mejor dotación de trabajadores y trabajadoras. Por ello, nos parece imprescindible:

- El aumento del prestigio de la AP tanto entre la población como entre los trabajadores y las trabajadoras del conjunto del SSPA, por lo que, como ya se señaló anteriormente, nos parece absolutamente necesario la adopción de medidas que faciliten la consecución de este objetivo.
- La aplicación de forma exhaustiva de la normativa relacionada con la formación especializada tanto en lo que respecta a tutores, programas docentes, investigación, cargas de trabajo, centros pertenecientes a la red de centros acreditados para la docencia, etc.
- La implantación de forma sostenida y significativa de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.
- Favorecer la incorporación laboral estable de los nuevos especialistas al SSPA.

#### 5. Mejora de condiciones laborales y retributivas

Las propuestas de CCOO en estos apartados son las siguientes:

### a. Mejora de las condiciones laborales

- Limitación de las cargas de trabajo por TAE, TIS, cupo o concepto equivalente en todas las categorías.
- Aplicación estricta de la normativa sobre acúmulos de cupo sin dejarla a criterio de valoraciones personales de cargos directivos y cargos intermedios. Es imprescindible aplicarla para todas las categorías y siempre que no haya disponibilidad de trabajadores y trabajadoras en la bolsa de empleo temporal correspondiente a la categoría afectada.
- Aplicación estricta de la normativa laboral nacional y europea respecto a la regulación de los tiempos máximos de trabajo.
- Homogeneización y mejora de las condiciones laborales y salariales.
- Racionalización de la demora cero para que no afecte a la calidad asistencial con establecimiento de procedimientos que la regulen convenientemente.

### b. Mejoras retributivas

- La disponibilidad y la movilidad, aspectos fundamentales en AP, deben ser retribuidas convenientemente, bien mediante la extensión del concepto '*dispersión geográfica*' a todas las categorías, o bien, de manera alternativa, mediante un doble mecanismo consistente en, por una parte retribuir los desplazamientos realizados por el personal de categorías que no tienen reconocida la dispersión geográfica (TCAE, personal administrativo, etc.) por medio del '*Factor C*', y por otra parte extender el complemento retributivo '*Factor H*' al resto de categorías que habitualmente tienen un turno diurno.
- Disminución de conceptos salariales variables para incluirlos en los conceptos fijos de las retribuciones.
- Enlazado con el punto anterior, proponemos disminuir las diferencias en el CRP entre categorías sin que esto suponga una pérdida de masa salarial en conjunto ni disminución retributiva para ninguna categoría.
- Equiparar el nivel adquisitivo de los trabajadores y trabajadoras de la sanidad andaluza a la media de las tres mejores CCAA del Estado.

### c. Estabilidad y movilidad

- Ofertas de empleo público con una periodicidad de dos años para todas las categorías, ofertando el mayor número de plazas que la normativa vigente permita.
- Periodicidad de los concursos de traslado y movilidad interna de no más de dos años para todas las categorías, hasta conseguir el concurso de traslados y movilidad interna abierto y permanente.
- Tasa de reposición del 100% en todas las categorías.
- Negociación en Mesa Sectorial de Sanidad de la normativa y los procedimientos que regulen las comisiones de servicio de manera transparente y justa.

## 6. Categorías minoritarias de especiales necesidades

Desde CCOO exigimos una especial atención para aquellas categorías minoritarias por número, pero de una especial importancia en el desarrollo de la actividad diaria de la AP.

Para ello proponemos la creación de mesas de negociación específicas, entre la Administración y las organizaciones sindicales presentes en Mesa Sectorial de Sanidad, donde se puedan analizar exhaustiva y específicamente la problemática y las necesidades de plantilla de cada una de estas categorías, entre las que cabe volver a destacar:

- **Fisioterapeuta:** su necesidad en AP es indiscutible, y su déficit en las plantillas supone un severo inconveniente para una atención de calidad, especialmente en el ámbito domiciliario.
- **Higienista dental:** su paulatina incorporación en AP dependerá, esencialmente, del desarrollo en la implantación de la cartera de servicios de salud buco-dental.
- **Matrona:** su papel en la AP es incuestionable, siendo necesario incrementar su plantilla y reforzar su cartera de servicios.
- **Odontólogo y odontóloga:**
  - ✓ Es claramente una categoría infradotada en efectivos y, por supuesto, no adaptada a la cartera de servicios.
  - ✓ Se están produciendo déficits sanitarios importantes y una gran falta de equidad entre la población, en especial entre las zonas rurales y urbanas.
  - ✓ Hay que tener en cuenta la población de alto riesgo de enfermedades bucodentales: escolares de 6 a 15 años, personas con discapacidad severa, incluyendo enfermos y enfermas de Alzheimer y con otras demencias, población mayor de 65 años y embarazadas.
  - ✓ Es necesario aumentar su cartera de servicios con el objetivo de llegar a la atención odontológica plena.
  - ✓ Adecuar el equipamiento e instrumental de las consultas a la Cartera de Servicios del SAS y a la población asignada. El instrumental necesario para desarrollar una actividad diaria normal es suficiente, pero limitado, debido a la alta demanda y a que la esterilización del mismo genera una demora acumulada importante.
  - ✓ Tiempo asignado por cita previa insuficiente para cumplir los tiempos de trabajo deseables por paciente o patología. El programa de Cita Previa del SAS solo asigna 10 minutos para atender a los y las pacientes, tiempo mínimo para solo una anamnesis y una exploración básica.
  - ✓ Se deben asignar recursos y tiempos para poder cumplir la estimación de tiempos de trabajo por actividad asistencial bucodental para una calidad aceptable, que la propia Consejería de Salud de la Junta de Andalucía publicó en el Estudio de Salud Bucodental en Escolares Andaluces del año 1.995 (página 79; tabla 32).

- Personal Administrativo y Auxiliar Administrativo: hay que avanzar decididamente en la vía de facilitar la integración del personal auxiliar administrativo en la categoría de Administrativo cuando se cumplan los requisitos de titulación y/o antigüedad, puesto que actualmente en la mayoría de los centros no hay diferencias significativas entre las funciones que realiza uno y otro personal.
- Personal celador-conductor: es necesario revitalizar el papel de esta categoría a través de la puesta en valor, la actualización y el encuadramiento inequívoco de sus funciones dentro de la cartera de servicios del SAS, lo que supondrá favorecer el retorno al ámbito público de servicios externalizados a lo largo de los últimos años.
- Personal del Cuerpo A4: como se señaló anteriormente es necesario avanzar en la coordinación funcional, así como explorar vías de posible confluencia con el EBAP, del personal farmacéutico y veterinario que ejerce sus funciones en el ámbito de la AP.
- Personal técnico superior en diagnóstico por imagen: será necesario dimensionar su presencia en los centros asistenciales en función de la dotación de medios diagnósticos que se acuerde destinar en exclusiva al ámbito de la AP.
- TCAE: Es imprescindible redefinir y potenciar sus funciones en AP y dimensionar apropiadamente la plantilla.
- Técnicos y técnicas de salud de AP: su función es primordial en ámbitos de extraordinaria importancia y que están poco desarrollados, como medicamentos, epidemiología y programas, educación para la salud y participación comunitaria y sanidad ambiental, siendo necesario potenciar su labor y mejorar la coordinación y colaboración con el EBAP.
- Terapeuta ocupacional: su introducción y dimensionamiento dentro de la plantilla de AP se ha de establecer, como también se señaló anteriormente, tras el oportuno análisis sobre su papel en la cartera de servicios del EBAP, de las Unidades de Salud Mental de AP y de la rehabilitación física, especialmente domiciliaria.
- Trabajador y trabajadora social: su trabajo en AP es imprescindible, y es necesario incrementar su presencia, singularmente en zonas de transformación social.

