

PLAN INTEGRAL ATENCIÓN PRIMARIA SNS

Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios CCOO (FSS-CCOO)



1. INTRODUCCIÓN

Que la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) ha apostado desde hace tiempo y de forma inequívoca por la Atención Primaria (AP) como pilar esencial del Sistema Nacional de Salud (SNS) es una evidencia; representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el SNS. Esta apuesta de la FSS-CCOO se encuentra entre otras publicaciones en **‘Expectativas y realidades en la Atención Primaria Española’**, libro editado por la Fundación 1º de Mayo en el año 2010, que continua siendo un referente, no sólo para nuestra organización sindical.

En estos años de duros recortes económicos, de reformas legislativas regresivas y de un deterioro paulatino de la Sanidad pública, CCOO y la FSS-CCOO han realizado diversos análisis entre los que cabe destacar: **‘El Empleo en el Sector Sanitario’**, **‘Análisis de los Presupuestos Sanitarios’**, **‘Estudio de la oferta de plazas de formación sanitaria especializada’**, **‘La falta de recursos humanos y sus efectos sobre la salud laboral en el sector público’**, **‘Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud’** o propuestas de **‘Ordenación y Regulación de las Unidades de Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud’**.

Hace cuarenta años, en Alma Ata, se sentaron las bases de lo que sería el núcleo fundamental de los Sistemas Sanitarios Públicos con una Atención accesible e integral en el proceso asistencial.

En nuestro país, la reforma sanitaria del 84 consolidó la Atención Primaria como instrumento esencial del SNS y como un pilar básico de cohesión social y de disminución de la desigualdad. A pesar de ello, ha seguido un curso irregular que tan solo el esfuerzo y la ilusión de miles de trabajadores y trabajadoras lo han mantenido.

La transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades no llevó aparejado un sistema de financiación justo y suficiente, generando problemas de desigualdad en la disponibilidad de los recursos y, por tanto, dificultades para mantener una cartera de servicios homogénea para toda la ciudadanía.

La crisis del modelo se ha venido agudizando a causa de los ingentes recortes sufridos, tanto en recursos humanos como materiales. Se han fomentado los procesos de privatización, los intereses de la industria farmacéutica, la ausencia de voluntad política para su control y la pérdida de la universalidad del aseguramiento, así como la falta de coordinación asistencial y los retrasos en la atención han provocado la frustración, el desánimo e incluso el hartazgo razonable de los trabajadores y trabajadoras de la Atención Primaria.

El verdadero sentido de la APS es prevenir la enfermedad y promover la salud del individuo y de la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial. Se hace necesario volver a situar la APS en el lugar establecido en la Ley General de Sanidad (LGS), **como pilar esencial donde descansa nuestro SNS, que garantice la equidad en la salud y la prestación de servicios de atención, sanitarios y sociales.**

En este proyecto no vamos, ni debemos estar solos; tenemos la obligación, con nuestros criterios, de confluir con otros actores que participan en el sector: principales sociedades científicas y asociaciones de profesionales y determinar un posicionamiento compartido, con amplio respaldo para lograr la Atención Primaria que queremos para las próximas décadas.

CCOO apuesta por un desarrollo exponencial del modelo de Atención Primaria que sitúe al ciudadano en el centro del modelo sanitario, se debe acercar los servicios sanitarios a la población y ese debe ser el objetivo de este nivel asistencial.

De la misma forma, este Sindicato denuncia el progresivo deterioro que este modelo sanitario ha venido sufriendo desde los últimos 15 años, lo que no sólo ha dificultado su implantación y desarrollo sino que se ha acentuado con la deriva hospitalocentrista enfocada en la atención a la demanda, olvidando otras actividades educativas, preventivas, de promoción de la salud, de atención comunitaria y de impulso de la salud pública, que no pueden ser excluidas cuando hablamos de un modelo integral de Atención Primaria.

CCOO ve necesaria y urgente la adopción de medidas que tengan como objetivo la redefinición y desarrollo del modelo de Atención Primaria. Un modelo que ha de ser elemento básico y nuclear del sistema sanitario público, a la vez que instrumento esencial a la hora de garantizar la equidad en el acceso a la Sanidad pública y en el diseño de políticas de redistribución de la riqueza.

CCOO apuesta por el diseño de un Plan integral, con el impulso de medidas organizativas, estructurales, de gestión y de recursos humanos a corto y medio plazo para la mejora de la Atención Primaria en España.

Estas medidas pasan de forma ineludible por una mejora en la **financiación global del SNS, que ha de recuperar un nivel de financiación de al menos el 7,2% del PIB, y de esta financiación deberá destinarse el 25% a la Atención Primaria.**

Solo de esta forma será posible la aplicación de medidas que mejoren la dotación de recursos humanos, con el correcto dimensionamiento de la plantilla en todas sus categorías a través de la definición de ratios y de la cartera de servicios.

CCOO ve imprescindible, una apuesta decidida por la implantación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, así como la potenciación y ampliación de la capacidad resolutoria y el desarrollo competencial de sus profesionales, la actualización de las unidades de apoyo, la mejora de la coordinación entre los diferentes niveles, incluida la Salud Pública y la Salud Mental, y una distribución racional de los cupos que permitan una asistencia de calidad con una estimación adecuada, entre otros parámetros, de los tiempos de consulta, de la dispersión geográfica, de la desertización de población de determinadas zonas y de las características socioeconómicas del entorno.

Se hace necesario y urgente que el próximo gobierno aborde desde el inicio de la legislatura y sin más dilación toda la problemática expuesta, algo por lo que ninguna Administración ha mostrado hasta la fecha una verdadera voluntad para su resolución; y este es el principal motivo que ha impedido su desarrollo como el pilar básico y esencial del SNS.

El último intento del actual Ministerio, excluyendo a las organizaciones sindicales más representativas del ámbito de negociación, y cerrando un documento con poco más que compromisos vagos, adolece de graves déficits como la ausencia de una memoria económica de las medidas que se pretenden adoptar, así como de un compromiso firme de dotación económica suficiente a las Comunidades Autónomas, mostrando una visión muy monolítica de los distintos sistemas de organización de la atención primaria en el conjunto del Estado.

Es necesario la adopción de medidas para desarrollar el modelo definido en la Ley General de Sanidad y resituar a la Atención primaria como pilar básico del Sistema Sanitario público, recuperando

actividades esenciales como la atención comunitaria, la prevención y la promoción de la salud pública, además de incrementar su capacidad resolutoria, devolviendo así el prestigio social y profesional al primer nivel de contacto de la ciudadanía con el Sistema Nacional de Salud.

La propuesta que presentamos está basada en criterios y principios ya plasmados en propuestas y documentos aprobados por nuestra organización en diferentes órganos como sus Ejecutivas, Consejos y Congresos.

Para CCOO la apuesta pasa por un modelo de atención pública al 100%, que la Atención Primaria debe considerarse un elemento esencial del SNS y es el instrumento más importante para lograr la equidad en el Sistema, tanto en el medio rural como urbano y en los equipos de salud pública. Recuperar la atención comunitaria, trabajando en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud como características intrínseca y de valor del modelo de Atención Primaria.

2. PROPUESTAS DE CCOO

2.1. Mejora de la Financiación

La Atención Primaria juega un papel determinante en la cohesión social y territorial, es por ello que su financiación y forma en que ésta se desarrolle va a determinar el funcionamiento y los objetivos de la misma. En este sentido, es importante tener en cuenta el cambio demográfico que está sufriendo nuestro país con altas cotas de envejecimiento, el incremento de la cronicidad, la desertización poblacional de determinadas zonas geográficas y la necesidad de invertir en innovaciones y capacidades tecnológicas. A ello debemos añadir que, en tiempos de crisis, la Atención Primaria ha sido la principal pagana en los recortes.

Debemos alcanzar niveles de financiación suficiente para mantener, desarrollar y proyectar hacia el futuro la Sanidad pública y destinar un porcentaje adecuado de presupuesto, para que la Atención Primaria se sitúe en la posición que le corresponde. En este sentido, siempre nos hemos pronunciado de que, como mínimo, debe ser destinado para la financiación de la Sanidad pública el 7,2% del PIB, porcentaje que existía antes de la crisis.

En lo concerniente a la financiación de la Atención Primaria, planteamos que en ningún caso debe estar por debajo del 20%, pero estableciendo el objetivo de que la misma debe situarse en torno al 25%, cuantía a la que habrá que llegar en el próximo mandato político (un período de cuatro años).

La situación actual y de los últimos años de la financiación de la Sanidad pública y de la Atención Primaria la encontramos muy claramente definidas en los últimos estudios realizados desde la FSS-CCOO con respecto a los presupuestos sanitarios de las Comunidades.

El porcentaje del gasto sanitario en Atención Primaria con respecto al gasto sanitario público en el período 2002-2016, últimos datos de los que disponemos, lo sitúa en torno al 14% con una escasa variación anual; significando el 14,5% del año 2010 y el 13,4% de 2015. En 2016, es del 13,5% y desglosados por Comunidades son los siguientes:

CCAA	2016*
CANTABRIA	17,4
CASTILLA-LA MANCHA	16,4
EXTREMADURA	16,1
CASTILLA Y LEÓN	15,6
NAVARRA	14,6
EUSKADI	14,3
ANDALUCÍA	14,2
RIOJA	14,1
CANARIAS	14,1
MURCIA	13,5
CATALUNYA	13,2
COMUNITAT VALENCIANA	13,0
ASTURIAS	12,8
GALICIA	12,1
ILLES BALEARS	12,0
MADRID	11,6
ARAGÓN	11,6
INGESA (Ceuta y Melilla)	12,8
CONJUNTO CCAA	13,5

Por tanto, podíamos concluir que la financiación del SNS, para un correcto funcionamiento, en ningún caso podría ser inferior al 7,2% del PIB y que la financiación de la Atención Primaria con respecto a la financiación sanitaria pública debe situarse en el entorno del 25%.

2.2. Armonizar la cartera básica de servicios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, situando al ciudadano en el centro del sistema.

2.2.1. Definición modelo asistencial básico

La cartera de servicios comunes de Atención Primaria está definida por el Ministerio de Sanidad de manera bastante detallada y es accesible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>

Por lo tanto, no tiene mucho sentido volver a detallarlos cuando el cumplimiento de lo establecido está tan lejos de la realidad cotidiana; más bien habría que centrarse en el establecimiento de medidas por las que la ciudadanía y los y las profesionales pudiéramos

exigir el cumplimiento de estos estándares, porque en las actuales circunstancias solo caben dos alternativas: o bien se incumplen los contenidos de la cartera de servicios, o se cumplen a rajatabla generando demoras en las citas de Atención Primaria de muchos días, semanas o meses, poniendo barreras al acceso y a la continuidad en la AP; es decir, nos encontramos con una contradicción entre la calidad de la atención (cumplimiento de la cartera de servicios) y la accesibilidad y continuidad en la Atención Primaria, pilares básicos de la misma. **Nuestra tarea debe ser por lo tanto exigir el cumplimiento estricto de la cartera básica de servicios garantizando la accesibilidad en el tiempo (citaciones en un máximo de 48 horas) y la continuidad de la atención.**

2.2.2. Futuro de los dispositivos de apoyo

Son dispositivos de apoyo todos los recursos que no forman parte de la dotación de los EBAS y que, sin embargo, se interaccionan en el ámbito extrahospitalario directamente con ellos, como pueden ser equipos de salud mental; odontopediátricos; de atención específica a la mujer; planificación familiar; salud sexual y reproductiva; salud pública: detección precoz de cáncer de mama, colon VIH, etc; unidades de conductas adictivas.

Aunque es obvio que estas prestaciones están incluidas en la cartera de servicios de Atención Primaria, no parece una mala idea que existan recursos específicos que permitan una atención aunque deberían integrarse y coordinarse con los dispositivos de APS. En todos ellos existe una evidente falta de recursos, que como es habitual genera importantes demoras en la atención. La realidad varía mucho entre las distintas Comunidades.

La atención en los servicios de urgencias tiene muchas variaciones, en su organización, también dependiendo de las distintas Comunidades. Existen servicios de urgencias rurales y urbanos específicos, e incluso en algún caso dispositivos municipales y, asimismo, sistemas centrados en los propios centros de salud (los puntos de atención continuada). Sería deseable avanzar hacia un modelo único e integrado que elimine el exceso de sistemas que en muchos casos favorece la falta de coordinación.

Es por lo tanto muy importante potenciar las unidades de apoyo de titularidad y gestión pública para garantizar una prestación de calidad y gratuita para toda la población.

2.2.3. Mejora de la cartera de servicios

Como ya se ha señalado, el problema de la actual cartera de servicios no es precisamente su falta de amplitud, sino su falta de cumplimiento. En este sentido, lo prioritario es garantizar el acceso a toda la población a la totalidad de los contenidos de la misma en un tiempo razonable.

En todo caso convendría tener en cuenta la posibilidad y conveniencia de incluir en la misma algunos aspectos como la salud medioambiental, servicios de farmacia de AP, la salud pública, podología y la veterinaria. Otras cuestiones que se han planteado como la atención psicológica parece más razonable que siga en los dispositivos de salud mental, obviamente incrementando los recursos disponibles y la accesibilidad a los mismos.

Una adecuada accesibilidad a los servicios de salud mental ahorraría múltiples consultas a AP, dado que hay un número importante de patologías que no sería necesario medicalizar.

Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.

El **cribado de cáncer de mama** debe ser de carácter público en todas las comunidades autónomas. Desde Atención Primaria se debe poder solicitar mamografías con diagnóstico de sospecha, mientras que existe la posibilidad de petición de ECO de mama a mujeres menores de 35 años, siempre que cumplan los protocolos de Atención Especializada (AE) que se establezcan.

Catálogo de pruebas diagnósticas. Sería interesante aumentar el número de pruebas diagnósticas accesibles desde AP; conseguiríamos hacer más resolutive la Atención Primaria, incrementando los diagnósticos y el seguimiento, no derivando innecesariamente al hospital. Por otro lado, cuando la AE fuese necesaria se acortarían los tiempos de espera para el paciente. (Indirectamente reduciría también el número de consultas en AP, el paciente ante la demoras en citas de especializada acude en muchas ocasiones por el mismo proceso pendiente de diagnosticar).

Cualquier aumento en el catálogo de pruebas diagnósticas debe ser blindado y vigilado, para que no sea objeto de nichos de negocio de la Sanidad privada.

2.3. Mejora en la dotación de recursos humanos y medios suficientes, y en la estabilidad de las plantillas.

2.3.1. Establecimiento de ratios para todos los y las profesionales que trabajan en este nivel asistencial.

Las plantillas de trabajadoras y trabajadores en AP están infradotadas de manera generalizada, 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, administrativo, celador 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 1500 Tarjetas Ajustadas teniendo en cuenta las características de la población (envejecimiento, situación socioeconómica, dispersión geográfica) y a la existencia de grupos comunitarios en las ZBS (centros sociosanitarios, colegios, etc...).
- ✓ Ratios poblacionales por unidades básicas de Pediatría-Enfermería topadas en un máximo de 1000 Tarjetas ajustadas con los criterios anteriores.
- ✓ 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 1200 Tarjetas ajustadas con los criterios anteriores.

- Ratios poblacionales por unidades básicas de Pediatría-Enfermería topadas en un máximo de 800 Tarjetas ajustadas con los criterios anteriores.
- ✓ 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 1/10000 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 estar alrededor de 1 TCAE por cada 2-3 UAF.
 - Matrona: al menos una por cada centro de salud.
 - 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 Servicio de Salud correspondiente 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 Técnico superior de laboratorio: en número suficiente en relación a la dotación de aparataje de cada Centro de Atención continuada. En el caso de los Centros de salud integrales existe laboratorio y se realizan técnicas en las que es necesaria la presencia de estos profesionales.
 - 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 y celador-conductor: Es necesario definir sus funciones para poder dimensionar las necesidades correctamente. Desde luego, al menos uno por turno 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 existentes en cada ZBS.
- ✓ No deben existir grandes diferencias de plantilla entre centros asistenciales que atienden a poblaciones similares.
- ✓ Creación de una comisión de seguimiento paritaria en cada uno de los centros de gasto que incluyan AP, compuesta por la Administración y las organizaciones sindicales con representación en Mesa Sectorial de Sanidad para el control y discusión de estas medidas.

2.3.2. Procesos continuos de estabilización de plazas

- ✓ Ofertas de empleo público con una periodicidad máxima 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, y con carácter previo a las Ofertas Públicas de Empleo, hasta conseguir el concurso de traslados y movilidad interna abierto y permanente.
- ✓ Reducir la tasa de temporalidad hasta alcanzar el 8%
- ✓ Tasa de reposición del 100% en todas las categorías.
- ✓ Negociación en el Ámbito de Negociación del Ministerio de Sanidad de la normativa y los procedimientos que regulen las comisiones de servicio de manera transparente y justa.

2.3.3. Definición e Incentivación de puestos de difícil cobertura

La prestación de la asistencia sanitaria en condiciones de equidad es un elemento central en nuestra concepción del SNS, por lo que consideramos prioritaria la definición de los puestos de difícil cobertura (PDC) y el establecimiento de medidas que incentiven la cobertura de los mismos. Como es lógico, a la hora de adoptar medidas correctoras será necesario ir más allá de la búsqueda de una solución concreta a un determinado puesto, y contextualizar las propuestas para dotar de personal a los puestos de difícil cobertura en un doble ámbito: por un lado el de las zonas geográficas de difícil cobertura y, por otro, el de las especialidades y/o categorías profesionales de difícil cobertura. En este sentido, la AP es uno de los ámbitos más castigados por la dificultad para cubrir numerosos puestos, tanto por razones geográficas (aislamiento, dispersión) como por ser la Medicina de Familia y la Pediatría de Atención Primaria dos de las categorías profesionales más afectadas por la dificultad para cubrir numerosas plazas tanto en centros rurales como periurbanos e incluso urbanos.

2.3.3.1. Definición de PDC

Se considera puesto de difícil cobertura a aquel que:

- ✓ Según criterios objetivos negociados y que sean declarados como tal. Los criterios objetivos, entre otros, a tener en cuenta para calificar un puesto como de difícil cobertura/provisión, son:
 - a) distancia desde el centro de salud al hospital/complejo asistencial de referencia
 - b) tiempo semanal empleado en los desplazamientos
 - c) grado de dispersión geográfica
 - d) accesos adversos
- ✓ El número de solicitudes existentes en la bolsa de trabajo de una categoría/especialidad, ponderado respecto del número de trabajadores y trabajadoras efectivos en plantilla, no alcanza un coeficiente suficiente para la cobertura de atención sanitaria de dicho puesto.
- ✓ Cuando existan plazas que no ha sido posible cubrir a través de los procedimientos ordinarios en ofertas de empleo temporal.
- ✓ Por cualquier otra causa coyuntural o específica que concurra en el mismo, y se considere que su falta de cobertura no permite garantizar la adecuada asistencia sanitaria y puede ocasionar un grave perjuicio asistencial.

2.3.3.2. Medidas para favorecer la ocupación de los PDC

El principal mecanismo para regular, facilitar e incentivar la contratación en plazas de difícil cobertura ha de efectuarse, a nuestro juicio, mediante la modificación del Estatuto Marco, que si bien no regula la relación laboral de todo el personal del SNS, sí que da cobertura a un porcentaje amplísimo del mismo. Por ello, sería conveniente también estar dispuestos a modificar cualquier otra norma que amplíe dicho porcentaje, así como a acordar una normativa básica que permita homogeneizar la incentivación de la cobertura de estas plazas en el SNS, y que podría plasmarse en los Planes de Ordenación de Recursos Humanos de los sistemas sanitarios públicos de cada Comunidad.

Por consiguiente, la propuesta de la FSS-CCOO se concreta en 2 medidas:

- ✓ Modificar la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud:
 - Añadir un apartado 5 en el art. 29, Criterios generales de provisión, en el que se defina qué se entiende por plazas de difícil cobertura y cómo debe ser su provisión, indicando que la misma se podrá hacer mediante personal fijo o temporal. Esta propuesta no discrimina ni entre categorías, ni dentro de la misma categoría por tiempo de obtención de titulación de especialista.
 - Cobertura de plazas por personal temporal: Anclaje legal: en base al art. 9.1: por razones de necesidad o urgencia, se pueden realizar contratos de interinidad, eventuales o sustitución. Entendemos que las plazas de difícil cobertura implican siempre necesidad y, en muchas ocasiones, urgencia.

- ✓ Temporal “puro”: Añadir un punto bis en el apartado 1 del Artículo 33. Selección de personal temporal, que defina cómo se seleccionará el personal estatutario temporal que acceda a plazas de difícil cobertura.
- ✓ Promoción interna temporal: Añadir un nuevo párrafo en el art. 35.1. “promoción interna temporal”, de modo que se especifique que se ofertarán a promoción interna plazas de difícil cobertura.
- ✓ Cobertura de plazas por personal fijo:
- ✓ Por movilidad: Añadir un nuevo párrafo en el punto 2 del art. 37 “Movilidad voluntaria”, en el que se especifique que en convocatorias de movilidad se podrán ofertar plazas de difícil cobertura que tendrán los incentivos acordados en las mesas sectoriales de la comunidad autónoma en la que se encuentre la plaza.
- ✓ Por oposición: Añadir un apartado 1.d) en el Artículo 20 “Adquisición de la condición de personal estatutario fijo”, que disponga que si la toma de posesión se realizara en una plaza designada como de difícil cobertura, la misma tendrá los incentivos acordados en la mesa sectorial de la comunidad autónoma en la que se encuentre la plaza.
- ✓ Homogeneizar para las Comunidades, mediante RD negociado con las organizaciones sindicales y las CCAA, la incentivación de la cobertura de plazas de difícil cobertura, estableciendo unos elementos de incentivación comunes y unos rangos en los que se podrían mover.

Por último, la FSS-CCOO propone una lista no exhaustiva de posibles incentivos a negociar y desarrollar:

- ✓ En la propia plaza de difícil cobertura:
 - Retribución económica.
 - Permisos, licencias y vacaciones.
 - Flexibilidad horaria.
 - Reducción de jornada anual.
 - Actividades formativas.
 - Labor docente.
 - Acceso a programas de investigación.
 - Ayudas de acción social
- ✓ De cara a otras plazas, mediante la compensación en baremos de:
 - Oposiciones.
 - Concursos de movilidad.
 - Bolsas de trabajo.
 - Promoción interna temporal.
 - Carrera profesional.
 - Acceso a plazas de formación sanitaria especializada.
 - Acceso a puestos de jefatura y supervisión.

2.3.4. Planificar y adecuar oferta formativa especializada familiar y comunitaria, EIR y MIR, a las necesidades futuras del sistema.

CCOO dejó recogida hace años, en su publicación de referencia '**Expectativas y Realidades en la Atención Primaria Española**', libro editado por la Fundación 1º de Mayo en el año 2010, 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 Atención Primaria en nuestro país 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 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 España en donde este déficit se agrava de manera alarmante por la falta de medidas que fidelicen la decisión de desarrollarse profesionalmente en estas zonas aisladas, 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 Atención Primaria.
- ✓ 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.

Por consiguiente, se hace necesario rescatar la estrategia 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.

Desde CCOO entendemos que el **envejecimiento poblacional y la desertización poblacional** deben ser unos criterios preponderantes a la hora de tomar decisiones en recursos, sobre todo humanos, en Atención Primaria. Este criterio debe predominar sobre cualquier otro, como complejidad diagnóstica o similares, pues se podría incurrir en sesgos debido a la dificultad que ofrecen los distintos programas de Historia Clínica informatizada para la extracción y explotación de datos, y la diversidad registral que se suele presentar en este ámbito.

2.4. Mejoras Organizativas y de Gestión

2.4.1. El Equipo de Atención Primaria: Trabajo multidisciplinar

Es esencial la recuperación del concepto de equipo básico de Atención Primaria (EBAP), clave para un trabajo coordinado y 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, Personal Técnico de laboratorio, Odontólogos y Odontólogas, opticos-optometristas, 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.

2.4.2. Contrato de Gestión

Uno de los mecanismos más utilizados en la gestión de servicios sanitarios es el contrato de gestión, cuyo propósito es incentivar a los y las profesionales mediante un sistema de evaluación del desempeño y de los resultados implementado con un programa de incentivos y retribuciones. Método que se utiliza para motivar al personal hacia el logro de los objetivos organizacionales planificados. En definitiva, pretende medir y mejorar el rendimiento y conseguir los mejores resultados.

Para conseguir la implicación de las y los profesionales es imprescindible la participación activa en el establecimiento de metas y objetivos a lograr.

El sistema de Evaluación del Rendimiento debe permitir establecer metas de modo consciente y satisfactorio para los trabajadores y las trabajadoras, bien a través de la Gestión por Procesos (Dirección por Objetivos), bien a través del establecimiento de Criterios de Resultados y Desempeños. Debe ser una herramienta que sirva de marco para adquirir unos compromisos pactados entre dos partes. Por un lado, las direcciones o gestores y, por otro, el equipo de trabajo ((Unidad Clínica), en las cuales se establecen unos objetivos cuantificables, unas variables o índices de calidad, una metodología de actuación y un sistema de información interno y externo; todo ello en base a un presupuesto de la actividad y una garantía de **autogestión económica** en toda la expresión del término (Gestión de RRHH, materiales, actividades, calidad, etc.)

El contrato de gestión debe ser capaz de:

- ✓ Garantizar una asistencia sanitaria eficiente.
- ✓ Garantizar una valoración del desarrollo personal de los y las profesionales mediante la evaluación del desempeño (pacto por objetivos).
- ✓ Establecer un sistema de incentivos personal y de equipo.
- ✓ Una gestión descentralizada y autónoma de todas sus partes.
- ✓ Competitividad Clínica.

Sería igualmente necesario un control de la gestión, tanto administrativo como de calidad. Establecer criterios y estándares de cumplimiento de la calidad de las prestaciones, entre las que estarían:

- ✓ Existencia de un responsable.
- ✓ Cartera de servicios.
- ✓ Presupuestos descentralizados.
- ✓ Capacidad para asumir autonomía (Objetivos asistenciales, Objetivo de desarrollo de programas, Recursos necesarios, presupuestos).
- ✓ Sistemas de información e informatización.
- ✓ Control de resultados o costes.
- ✓ Programa de evaluación de calidad.
- ✓ Identificación preferente del servicio sanitario por parte del usuario.

Para asegurar la implicación de los y las profesionales es necesario asegurar su participación en todos los procesos que componen el Acuerdo de Gestión. Se deberá consensuar tanto la implementación como la mejora de los indicadores sobre los **objetivos globales y/o estratégicos** implantada por la Administración competente en materia de Sanidad, debiendo establecer mecanismos de control para la información del grado de cumplimiento de los objetivos pactados y tomar las medidas correctoras que procedan. Asimismo, es necesario e imprescindible la participación en el establecimiento de **objetivos de las unidades funcionales** y de los pesos o valor de referencias de los mismos en el conjunto de la evaluación. Y, por supuesto, consensuar los **objetivos individuales** a alcanzar. Para ello, los trabajadores y las trabajadoras deberían contar con un sistema de información específico para la gestión de la evaluación de su rendimiento (productividad) donde puedan conocer y seguir el cumplimiento de los objetivos pactados.

En este sentido y respecto a la Atención Primaria, el contrato de gestión debe contener, además de medidas de incentivación de los y las profesionales hacia el logro de objetivos de salud, otros elementos que ayuden a incrementar el reconocimiento social y profesional:

- ✓ Mejora de la gestión de las agendas, asegurando la dedicación de tiempo suficiente para el desarrollo de las actividades no asistenciales (atención a la comunidad, formación, docencia, investigación y aspectos organizativos).
- ✓ Posibilitar la flexibilidad en el tiempo de atención a los usuarios y usuarias de acuerdo con sus necesidades individuales, familiares y colectivas (promoción de la salud, prevención y atención comunitaria, además de las actividades asistenciales).

- ✓ Mejora de las condiciones laborales y retributivas.
- ✓ Reconocimiento de la figura del tutor de residentes (MIR, EIR), estableciendo las mejoras en sus condiciones laborales y retributivas necesarias para incentivar el ejercicio de su labor docente.
- ✓ Favorecer la formación específica y adaptada de los y las profesionales de acuerdo con las necesidades de la población y los avances tecnológicos y científicos, en el marco de la cartera de servicios.
- ✓ Establecimiento en todos los departamentos de salud y a todo el personal de un mínimo de horas trimestrales dedicado a formación, en horario laboral.
- ✓ Incrementar la participación de los y las profesionales y de la ciudadanía en la definición, fijación, evaluación y control de los objetivos de los acuerdos de gestión.
- ✓ Facilitar y mejorar la participación de los y las profesionales, y de la ciudadanía en la planificación y control de la calidad de los servicios de salud.
- ✓ Reorganización del horario de apertura de los Centros de Salud (de 8 a 20 horas), reforzando así la presencia de profesionales en horarios de mayor demanda de la población.
- ✓ Garantizar la cobertura de la atención domiciliaria desde el EAP en toda su amplitud horaria, adoptando las medidas organizativas necesarias y dotando los centros de los recursos necesarios para ello.
- ✓ Designar responsables directos para la gestión de la AP. Secretarías Generales y/o Subsecretarías Atención Primaria dependientes de altos cargos de la autoridad competente.

2.4.3. Equipos de Gestión Sanitaria

La sociedad y sus necesidades son plásticas, están en constante cambio, y las instituciones sanitarias deben poder adaptarse a esa realidad y no quedarse atrás. Por lo que necesariamente es necesaria la reorganización del sistema sanitario y con ella la Atención Primaria.

La eficacia de los gestores sanitarios dependerá de una serie de competencias encaminadas a gestionar las distintas relaciones dentro y fuera de la organización: el liderazgo, las técnicas de gestión, conocimientos sobre el sector sanitario y habilidades para administrar el día a día en la organización. Cada vez más, se requieren y demandan profesionales de gestión con competencias y habilidades diferentes y adaptadas a ese contexto cambiante. Gestores y gestoras adaptables, plásticos, que sepan desenvolverse en un ambiente donde cada vez más profesionales sanitarios y, no lo olvidemos, pacientes poseen mayor grado de exigencia y competencia, por lo que se requiere un avance en lo que serían las habilidades “clásicas” de gestión.

Es el marco de la Atención Primaria es donde se establece con mayor nitidez la interrelación entre profesionales y los usuarios siendo los principales protagonistas de la acción sanitaria. Esta característica cumple con los principios básicos de la **descentralización de la gestión del servicio**:

- ✓ La capacidad de los y las profesionales para autogestionarse.
- ✓ La libertad de relación entre el usuario/cliente y el profesional sanitario.

Esa interrelación convierte a la AP es un gestor importante del gasto sanitario, por lo que es necesario y conveniente rentabilizar la inversión en salud y contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario. Teniendo esto en cuenta, proponemos medidas de eficiencia y racionalidad del gasto en las siguientes materias:

- ✓ **Aumento de la capacidad resolutive de la AP**, mediante el desarrollo pleno de las competencias de los equipos de trabajo: Elaboración de protocolos y circuitos de atención centrados en el paciente (Gestión de la demanda interna y externa); Guías de práctica clínica basada en la evidencia y compartidos por el equipo multidisciplinar para racionalizar el gasto farmacéutico y las exploraciones complementarias; implementación de herramientas de decisión clínica para incluir en la historia informatizadas; implementación de medidas de motivación y de reconocimiento profesional; potenciar la investigación en AP.
- ✓ **La supervisión de la publicidad sobre medicamentos y productos sanitarios**, ya que los medios de comunicación ejercen una influencia en la creación de nuevas necesidades que aumentan las visitas y el consumo de fármacos.
- ✓ **Reformas y cambios para adecuar las modalidades de prestación de servicios** sanitarios públicos que originan disfunciones en el sistema, ya que pueden llegar a minar la equidad, la calidad y legitimidad del SNS.

Es necesario proclamar el derecho a la cobertura sanitaria pública como toda la población por igual, con igual título, e igual contenido en todo el territorio español.

En este sentido, sería conveniente distinguir diferentes niveles en la gestión de RRHH y económicos en el ámbito de la AP:

A nivel Institucional

- ✓ Es necesario la designación de responsables directos en gestión de la AP. Será conveniente la creación en los organigramas de las Consejerías de Sanidad de una Dirección General y/o Subdirección específica de Atención primaria, con autonomía funcional y presupuestaria, independiente de otros niveles asistenciales, exclusivo de A.P.
- ✓ Cartera de servicios dinámicos y flexibles, centradas en las personas, familias y grupos sociales, permitiendo a los servicios sean revisados periódicamente en consonancia con el avance científico y las nuevas necesidades de salud de la población.

- ✓ Plan de Gestión de la Demanda interna y externa. Establecer procedimientos que permitan establecer criterios para unificar las actuaciones en la prestación del servicio.

A nivel Departamental

- ✓ Equipo Gestor Departamental, designado por los trabajadores y trabajadoras de las distintas zonas de salud, con suficientes competencias y autonomía de gestión. Entre sus competencias estarían la coordinación entre niveles asistenciales sanitarios y sociosanitarios, la Unidades de apoyo especializado, las urgencias extrahospitalarias y hospitalarias...

A nivel de Zona Básica

- ✓ Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP). Recuperar el equipo. Implantar el modelo asistencial de unidades funcionales MF-Enfermería que demostraron su eficiencia funcional y abandonar el modelo de cupos por separado.
- ✓ Equipo de AP multidisciplinar, integrados en EBAP adecuados a la cartera de servicios del Centro.
- ✓ Equipo Administrativo. Necesidad de crear la figura encargada de la coordinación.
- ✓ Equipo Directivo de Centro, compuesto por coordinador/a de centro o jefatura de servicio de zona básica y responsables de los diferentes equipos que lo integran. Sería positivo y necesario crear la Jefatura de Unidad de Atención Primaria con clara atribución de funciones y capacidad de maniobra.

Es importante potenciar la autonomía en la gestión en los centros de salud de forma que como mínimo:

- ✓ Cada equipo puede establecer el **sistema de gestión de la demanda-reparto** de tareas que mejor se adapte a sus características.
- ✓ Distribución del tiempo donde se puedan compaginar las actividades asistenciales con las no asistenciales, las comunitarias y las actividades grupales.
- ✓ Adecuar los espacios de trabajo comunes formales y no formales que favorezcan el trabajo en equipo y aseguren la confidencialidad de datos, así como la planificación y evaluación del EAP.

2.4.4. Desarrollo Integral de funciones y competencias 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. Por consiguiente, cabe prestar especial atención a la necesidad de:

- 2.4.4.1. Impulsar el papel y el desarrollo de las funciones del personal administrativo y celador. 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 o incluso de personal celador haciendo tareas administrativas. Para ello, hay que definir las funciones de cada categoría, recuperando las funciones de conductor del personal celador-conductor e implantando esta categoría profesional en todas las comunidades autónomas y diseñando un itinerario que facilite, mediante la aplicación del artículo 34.5 del Estatuto Marco la incorporación del personal Auxiliar Administrativo en la categoría de Administrativo.

- 2.4.4.2. Mejorar la cartera de servicios de la Fisioterapia en la AP, potenciando las derivaciones propias y directas de Atención Primaria 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.
- 2.4.4.3. Redefinir y potenciar las competencias de los y las TCAE en el ámbito de la AS.
- 2.4.4.4. Analizar el acceso y el equilibrio en el reparto del personal administrativo, y racionalizar la sobredotación actual de las cabeceras de las áreas de salud en relación a los centros asistenciales.
- 2.4.4.5. Definir el modelo asistencial básico: necesidad de volver al modelo de UAF/UBA, abandonando el modelo de cupos de Medicina de Familia 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.
- 2.4.4.6. Desarrollar e implantar la especialidad de Enfermería de Familia y Comunitaria en la Atención Primaria: 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 2018, la convocatoria que se ha publicado incluye 316 plazas. Es necesario en primer lugar resolver el acceso excepcional a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y seguidamente 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. Ésta es la única forma de consolidar la especialidad y de que la población se beneficie del alto nivel de especialización de estos y estas trabajadores y trabajadoras. 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.

- 2.4.4.7. Mejorar 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 resolutive y mejorarían las condiciones laborales de los trabajadores y las trabajadoras.
- 2.4.4.8. En el momento actual, la atención pediátrica en AP se cubre tanto por pediatras como por trabajadores y trabajadoras 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 muchas y muchos Médicos de Familia que trabajan en centros de salud, generalmente alejados de los núcleos urbanos, donde no hay pediatras disponibles.
- 2.4.4.9. Revisar la situación laboral del personal adscrito a dispositivos de apoyo, dispositivos especiales o cualquier otro tipo de dispositivo existente que no sea el EBAP, y plantear su paulatina integración en EBAP para acabar con la actual situación que se vive en algunos territorios y 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 estos dispositivos 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.
- 2.4.4.10. Empoderar a las Unidades de Salud Mental de AP, para que se puedan adaptar a las características de la Atención Primaria de la que forman parte (sin dejar de estar en coordinación con la especializada).
- 2.4.4.11. 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, 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 Medicina de Familia 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.
- Gestionar las citas para consultas externas de los servicios hospitalarios desde AP, buscando la adecuación a las necesidades del paciente.
- Acceder (indicación y prescripción) a infraestructuras y pruebas diagnósticas y terapéuticas de otros niveles asistenciales. Un acceso real de los médicos y médicas de familia a las pruebas diagnósticas y no como un mero administrativo de las consultas de especialidades (hoy en día en algunos centros de salud los médicos de familia pueden solicitar pruebas únicamente para la revisión en consulta de especialista).
- Obligar a cumplir la normativa de garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en los distintos ámbitos autonómicos que conforman el SNS.
- Mejorar la relación con las urgencias hospitalarias, fundamentalmente mediante el establecimiento de procedimientos y protocolos consensuados.
- ✓ Utilizar las nuevas tecnologías para interconsultas y relaciones con otros niveles, consultas a domicilio, formación continuada, sesiones clínicas y comunicación con la población.
- ✓ Aliviar las cargas administrativas de los trabajadores y trabajadoras sanitarios de AP, singularmente de los médicos y las médicas de familia, 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 de Historia clínica:
 - Actualizar periódicamente el modelo de historia clínica para hacerla más fácil y eficiente para el profesional y el paciente.
 - Accesibilidad de los trabajadores y trabajadoras de AP a la explotación de los datos del sistema único de Historia Clínica informatizada.
 - Repensar el Módulo de Receta Electrónica para adaptarla a las necesidades de pacientes y trabajadores y trabajadoras.
 - Adecuar y homogeneizar la Historia Clínica informatizada 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 trabajadores y trabajadoras.

- ✓ 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 SNS 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.

2.4.5. 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.

Desde la Federación de Sanidad y Sectores sociosanitarios de CCOO siempre hemos considerado que la normativa que rija esta actividad ha de propiciar un entorno seguro y ha de reconocer las verdaderas competencias enfermeras y equipararlas a las de otras categorías con formación en créditos en farmacología similares o inferiores al grado de Enfermería. Esa normativa aún no se ha alcanzado y la actualmente vigente no responde a las expectativas y a la cualificación de la Enfermería.

En consecuencia, la FSS-CCOO sigue manteniendo en relación a la prescripción enfermera:

- ✓ Un posicionamiento nítido a favor de la Enfermería en dos aspectos:
 - Reconocer sus competencias profesionales en materia de prescripción y de su autonomía.
 - Exigir la 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. ^[1] ^[2] ^[3] ^[4] ^[5] ^[6] ^[7] ^[8] ^[9] ^[10] ^[11] ^[12] ^[13] ^[14] ^[15] ^[16] ^[17] ^[18] ^[19] ^[20] ^[21] ^[22] ^[23] ^[24] ^[25] ^[26] ^[27] ^[28] ^[29] ^[30] ^[31] ^[32] ^[33] ^[34] ^[35] ^[36] ^[37] ^[38] ^[39] ^[40] ^[41] ^[42] ^[43] ^[44] ^[45] ^[46] ^[47] ^[48] ^[49] ^[50] ^[51] ^[52] ^[53] ^[54] ^[55] ^[56] ^[57] ^[58] ^[59] ^[60] ^[61] ^[62] ^[63] ^[64] ^[65] ^[66] ^[67] ^[68] ^[69] ^[70] ^[71] ^[72] ^[73] ^[74] ^[75] ^[76] ^[77] ^[78] ^[79] ^[80] ^[81] ^[82] ^[83] ^[84] ^[85] ^[86] ^[87] ^[88] ^[89] ^[90] ^[91] ^[92] ^[93] ^[94] ^[95] ^[96] ^[97] ^[98] ^[99] ^[100]
- ✓ Derogar la normativa estatal actual por restrictiva para la competencia prescriptora de la Enfermería.
- ✓ Mantener la denuncia que en su momento formulamos desde la FSS-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).
- ✓ Exigir a la Administración adoptar una posición nítida en defensa de la prescripción enfermera.

2.4.6. Mejora de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales

Es necesario establecer un feedback entre los diferentes niveles asistenciales, implantando un programa único que gestione la historia clínica electrónica y que sirva de herramienta a todos los trabajadores y trabajadoras que intervengan en la atención de los pacientes, independientemente del nivel asistencial en el que trabajen o la comunidad autónoma. La descentralización sanitaria no puede significar una excusa

Con respecto a la coordinación e interacción sobre diferentes servicios proponemos los siguientes criterios

2.4.6.1. Urgencias y Emergencias:

- ✓ Diferenciar las instalaciones correspondientes a los Centros de Salud (atención programada) de los Puntos de Atención Continuada (o atención urgente o a la demanda) y dotar estos últimos adecuadamente. Estos deberán de estar alejados de los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.
- ✓ Aumentar el número UMES (Unidades móviles de emergencias sanitarias, dependientes de Emergencias) para prestar apoyo en la atención urgente fuera de los centros de salud.
- ✓ Establecer un sistema de UMES dependientes de las Gerencias de Atención medicalizadas con personal sanitario de Atención Primaria.
- ✓ Situar las UMES y los PAC de tal forma que se protejan las ratios de tiempo adecuados para la atención urgente en todos los núcleos de población.
- ✓ Educar y orientar la demanda de la población que utiliza el Servicio de Urgencias. Proponemos implementar un programa de orientación a la población de los servicios de urgencias de los que dispone (servicios de urgencias de Atención Primaria, atención hospitalaria y emergencias/112) y en qué casos se debe utilizar cada uno de ellos.
- ✓ Apoyo Telemático desde atención especializada en la resolución de casos (contacto con UCA, UCAI, valoración de RX , ECG...)
- ✓ Establecer un sistema informático de alarmas en las historias clínicas de los pacientes para que siempre que acuda a un servicio de Urgencias (independientemente del nivel asistencial o de la comunidad autónoma) su médico y enfermero de AP sean conocedores de ello, sin necesidad de esperar a que pidan cita para su consulta.

2.4.6.2. Red Hospitalaria

- ✓ Mejora en la relación e interrelación entre los dos niveles asistenciales (comunicación, soporte digital). Proponemos crear una Comisión de Coordinación interniveles, en la que formen parte miembros de AP y Atención Hospitalaria de diferentes categorías, con reuniones periódicas presenciales para poner en común todas las cuestiones. Deberán fijar una labor de Equipo también entre los dos niveles, a través de Gestión de Procesos y/o Gestión de casos.

- ✓ Impulso de la Historia clínica única y digital.
- ✓ Protocolos, guías, consensuados entre los dos niveles AP y AE, que fijen criterios de pruebas, derivaciones, planes de cuidados...
- ✓ Acceso desde la AP a pruebas diagnósticas y a infraestructuras de otros niveles asistenciales.
- ✓ Gestionar las citas para consultas externas de los servicios hospitalarios desde AP.
- ✓ Implementar un sistema de visitas periódicas de diferentes especialistas a los centros de salud para reunirse con los diferentes trabajadores y trabajadoras, y así resolver cuestiones específicas de los pacientes referentes a su especialidad, sin que sea necesario derivar a estos pacientes a atención hospitalaria
- ✓ Mejorar la coordinación con la Hospitalización a domicilio y la Unidad de Cuidados Paliativos, y desde CCOO entendemos que estas unidades progresivamente se deberán incorporar como cartera de servicios de Atención Primaria.
- ✓ Aumento de tiempo en la atención a la demanda, mejora la asistencia, y disminuye las derivaciones.

2.4.6.3. Servicios Sociales

- ✓ Reforzar la atención a la Dependencia y en Servicios Sociales, tanto en los servicios públicos como privados, dotándolos adecuadamente de personal sanitario, de tal forma que estos no sobrecarguen ni repercutan en los servicios de AP. (Como ha ocurrido en la comunidad autónoma de Castilla y León, mediante la publicación del *Decreto 14/2017 de 27 de julio de autorización y funcionamiento de carácter social*, que elimina personal sanitario de estos centros, derivando el trabajo directamente al personal sanitario de la zona básica de salud correspondiente).
- ✓ Aumentar el número de camas, con Servicios Sociales, de media estancia para cuidados paliativos, enfermos terminales y con alteraciones psiquiátricas.

2.4.6.4. Otros

- ✓ Los componentes de los equipos de salud deben conocer, interactuar, promover e intercambiar con las asociaciones y agrupaciones existentes en la ZBS información y educación. Deben tratar tanto cuestiones de promoción de la salud como prevención de la enfermedad, realizando acciones consensuadas acordes a la población diana a quien se dirija. Destacando grupos de población más vulnerables sobre los que realizar este tipo de acciones, como por ejemplo: los ancianos, los migrantes, los pacientes de salud mental o las víctimas de malos tratos.

2.4.7. Adaptación de la APS a las nuevas necesidades

Teniendo en cuenta: el envejecimiento poblacional generalizado; la despoblación, de algunos territorios particularmente; el aislamiento social, sobre todo en el medio rural; la

superpoblación de algunas ciudades; el aumento de enfermos crónicos y pluripatológicos.... Todo esto nos lleva a plantearnos que debemos adoptar nuevas medidas ante las necesidades actuales de atención a los problemas de salud. Y para esto debemos de hacer uso de las todas tecnologías disponibles y modernizar el SNS. Proponemos:

- ✓ Mejorar el soporte tecnológico en centros de salud y consultorios.
- ✓ Usar nuevas tecnologías para interconsultas.
- ✓ Establecer canales de comunicación fluidos con Hospitales de Referencia (consulta rápida).
- ✓ Implantar un sistema de consultas virtuales con los compañeros de Hospital respetando la confidencialidad.
- ✓ Facilitar la posibilidad al usuario de consulta telemática. Para esto, se deberán establecer protocolos muy específicos y gestionar la resolución de estas consultas por parte de determinados trabajadores y trabajadoras durante su jornada laboral.

2.5. Mejora de las condiciones laborales de los profesionales que trabajan en este nivel asistencial. Las propuestas de CCOO en este apartado son las siguientes:

2.5.1. Mejora de las condiciones laborales

- ✓ Limitar las cargas de trabajo por TAE, TIS, cupo o concepto equivalente en todas las categorías.
- ✓ Limitar las cargas de trabajo por dispersión geográfica o concepto equivalente.
- ✓ Aplicar estrictamente la normativa sobre acumulo 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.
- ✓ Aplicar estrictamente la normativa laboral nacional y europea respecto a la regulación de los tiempos máximos de trabajo y de los descansos.
- ✓ Homogeneizar y mejorar las condiciones laborales y salariales.
- ✓ Racionalizar la demora cero para que no afecte a la calidad asistencial con establecimiento de procedimientos que la regulen convenientemente.

2.5.2. 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 la habilitación de complementos retributivos que cubran los desplazamientos realizados por el personal de categorías que no tienen reconocida la dispersión geográfica (TCAE, personal

administrativo, etc.) y de las restantes categorías que habitualmente tienen un turno diurno.

- ✓ Enlazado con el punto anterior, proponemos disminuir las diferencias en el complemento de productividad (en sus distintas denominaciones según comunidad autónoma) 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 del Sistema Nacional de Salud, impidiendo que en ningún territorio quede por debajo de la media del nivel de las tres mejores Comunidades del Estado.

2.5.3. Incorporación de nuevas categorías

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:

- ✓ Cambio de rol del fisioterapeuta en Atención Primaria (AP)
 - Integración del fisioterapeuta dentro del equipo básico de AP.
 - Fisioterapia como recurso de Atención Primaria y no sólo para atención Hospitalaria
 - Participación exclusiva de los Profesionales de AP en la Elaboración de la Guía de Fisioterapia en AP.
 - Fisioterapia como referencia de atención comunitaria en el fomento de actividad física para la salud.
 - Fisioterapia en la Atención domiciliaria.
 - Incluir a las UFAP como centros docentes para todos los profesionales del equipo de AP.
- ✓ Matrona/Matrn: su papel en la AP es incuestionable, siendo necesario incrementar su plantilla y reforzar su cartera de servicios
- ✓ Higienista dental: su paulatina incorporación en AP dependerá, esencialmente, del desarrollo en la implantación de la cartera de servicios de salud buco-dental.
- ✓ 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 de los diferentes Servicios de Salud 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. Los programas de Cita Previa de los Servicios de Salud no suelen asignar más de 10 minutos para atender a los y las pacientes, tiempo insuficiente que difícilmente permite 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.
- ✓ 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. aplicando el artículo 34.5 del Estatuto Marco, puesto que actualmente en la mayoría de los centros no hay diferencias significativas entre las funciones que realiza uno y otro personal
 - ✓ Personal Celador y 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, 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 APS 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.
- ✓ Ópticos-Optometristas
- ✓ Podólogos. Como unidad de apoyo a primaria para atender los problemas asociados a enfermedades crónicas como la diabetes, isquemia, etc.

2.5.4. 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 SNS 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.

2.5.5. 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.
- ✓ Desarrollar procesos que aseguren reciclajes periódicos de trabajadores y trabajadoras, al menos de aquellas categorías relacionadas con la docencia y de los profesionales

que por las características de su puesto de trabajo atiendan a muy poca población o muy envejecida.

- ✓ Facilitar el acceso a congresos, jornadas o encuentros laborales-científicos.

2.5.6. Investigación en el ámbito de la AP

Actualmente, la inmensa mayoría de la investigación en la Sanidad pública 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, la FSS-CCOO reclama un cambio en la política investigadora de la Sanidad pública con estrategias específicas para el ámbito de la AP, entre las que cabe destacar:

- ✓ Realizar convocatorias específicas sobre temas de AP.
- ✓ Potenciar 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.

2.5.7. 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 la aplicación de la Historia Clínica informatizada para que la acreditación no sea un proceso tan costoso en tiempo y en esfuerzo personal

2.5.8. 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 con normalidad y se extienda para aquellas categorías que aún no pueden acceder a ella.

2.6. Facilitar y mejorar la participación de los profesionales y de la población. Consejos de Salud

2.6.1. Consejos de salud

Desde la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa, diversos organismos internacionales señalan la participación comunitaria como fundamental para la mejora de la salud y el bienestar de la población y para reducir las desigualdades.

La Ley 14/1986 General de Sanidad regula órganos de participación como los Consejos de salud de área y de comunidad autónoma.

En la mayoría de las comunidades autónomas existen leyes que incluyen la participación como parte fundamental del sistema sanitario. Sin embargo, su desarrollo ha sido, con carácter general, escaso y poco homogéneo, relegando a los órganos de participación existentes en receptores de información de las políticas de salud decididas por las administraciones. Esta escasa apuesta política por su desarrollo se evidencia, además, en la falta de formación en temas relacionados con la participación y la salud comunitaria.

La propuesta de Popay clasifica los niveles de participación comunitaria en un programa o proyecto de salud en 5:

- ✓ nivel 1: información.
- ✓ nivel 2: consulta.
- ✓ nivel 3: decisión- acción conjunta.
- ✓ nivel 4: liderazgo múltiple y compartido.
- ✓ nivel 5: control comunitario.

En la actualidad, la mayoría de los espacios de participación apenas alcanzan el nivel 1. La Guía adaptada de la Guía NICE NG44: "Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities" considera como procesos de participación comunitaria aquellos que reflejan como mínimo el nivel 3, en el que participar significa implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación y no solo ser beneficiario de un programa.

En este sentido, se hace necesaria una revisión profunda de la estructura, composición y funciones de los **Consejos de salud de comunidad autónoma y de área y de Zona Básica de Salud**, de manera que, garantizando la participación de los sindicatos mayoritarios, la representación ciudadana se ajuste más a la población real y que permitan alcanzar, al menos el nivel 3 de participación y continuar avanzando hacia el nivel 5 de participación comunitaria.

Una tarea pendiente que urge poner en marcha en las comunidades que aún no la hayan desarrollado, para potenciar y desarrollar la participación comunitaria es el impulso del desarrollo de aquellos que están más próximos a la comunidad; los **Consejos de salud de zona básica**, en cuya composición exista presencia de las administraciones públicas, los y las profesionales y los/as usuarios/as, adaptado a la realidad de cada localidad, y en el que, tanto la población como los profesionales, tengan la capacidad de participar en igualdad de condiciones en la elaboración de propuestas, diseño, ejecución y evaluación de las acciones a desarrollar.

Para poder llevarlo a cabo es imprescindible la voluntad de las administraciones, de los profesionales y de la comunidad, y la dotación de los recursos y el apoyo necesarios por parte de las administraciones públicas.

Por este motivo, también es necesario el desarrollo de otras medidas como;

- ✓ Formación en intervención comunitaria de los y las profesionales (incorporar la en los programas docentes y en la formación continua y continuada).
- ✓ Estabilidad de las plantillas y reducción de la precariedad laboral, desarrollo competencial e implantación de la enfermería familiar y comunitaria.
- ✓ Fomentar la participación de los profesionales en la definición y ejecución de los objetivos de los contratos de gestión en las áreas.
- ✓ Inclusión en los contratos de gestión de indicadores relacionados con la intervención comunitaria, el cumplimiento de objetivos de salud, formación y docencia, y resultados de buenas prácticas
- ✓ Incorporar la salud comunitaria como parte de la actividad de los y las profesionales.
- ✓ Desarrollar estrategias para mejorar el prestigio de la Atención Primaria, visibilizando y dando valor a los logros de la Atención Primaria.
- ✓ Flexibilidad en la gestión de las agendas asegurando espacio suficiente para las actividades no asistenciales, la atención domiciliaria y para la intervención comunitaria.

2.6.2. Gestión y participación profesional

Actualmente, las nuevas fórmulas de gestión se centran en la satisfacción de los usuarios (clientes). Son ellos los que van a marcar las pautas del mercado (necesidades) y todas las

empresas y/o administraciones ya sean de productos o servicios se deben orientar para dar respuesta a dichas necesidades.

En este sentido, el actual modelo de gestión desarrollado en Atención Primaria dista mucho de los preceptos establecidos en la Declaración de Alma/Ata (OMS 1978), no ha supuesto una mejora de la calidad del servicio sino que, junto a otras causas, ha sufrido un deterioro en los últimos años, aumentando la insatisfacción entre usuarios y una gran desmotivación entre los trabajadores.

Es necesario implicar a la comunidad y a los y las profesionales en la elaboración y toma de decisiones en los diferentes ámbitos y niveles del proceso de gestión en la atención primaria. Solo así se sentirán partícipes del modelo aplicado con la motivación suficiente para que este funcione. Esta participación no debe ser puntual sino continua, de manera que exista un mecanismo de retroalimentación que posibilite el seguimiento de su aplicación y la evaluación de resultados.

Todo ello sin olvidar lo que verdaderamente da sentido a la Atención Primaria es prevenir la enfermedad y promover la salud del individuo y de la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial.

Es necesario volver a situar la Atención Primaria en el lugar establecido en la Ley General de Sanidad como pilar esencial donde descansa nuestro sistema sanitario, que garantice la equidad en la salud y la prestación de servicios de atención sanitarios y sociales.

Las políticas sanitarias deben ir encaminadas al fortalecimiento de la prestación de atención primaria. Para ello, se deberá contar con una financiación suficiente y estable para poder desarrollar los programas planificados y responder, de manera efectiva, a las necesidades de salud determinadas en cada nivel de aplicación.

Las administraciones sanitarias serán las responsables directas de la prestación de unos servicios de calidad y de la planificación eficiente de las diferentes actuaciones en materia de Atención Primaria, dirigidas a la consecución de objetivos adaptados al género y las circunstancias de la población que cubre. En consecuencia, deben orientar los recursos humanos y económicos hacia la consecución de los objetivos de salud definido.

Para ello, habrá que disponer de unos sistemas de evaluación que le proporcione datos que supongan una retroalimentación continua que favorezca la formulación de políticas de Atención Primaria cada vez más eficientes.

Será necesario la reorientación del sistema sanitario hacia la mejora de unos indicadores de salud poblacionales a corto, medio y largo plazo que respondan a las dinámicas sociales. Esto permitiría alinear e integrar el abordaje de los problemas priorizados en los planes de salud (gestión y planificación sanitaria) con la actividad de los profesionales asistenciales y de salud pública y las expectativas de los usuarios del SNS (participación ciudadana, medida de la calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción, etc.)

La planificación sanitaria debe necesariamente basarse en los resultados de salud avalados por la evidencia científica y en ese contexto la AP supone una garantía en términos de resultados de salud. Por tanto, debe convertirse en una agencia de salud/gestora de servicios

sanitarios con gran capacidad resolutoria para orientar y coordinar las necesidades de atención en el ámbito hospitalario, sociosanitario y comunitario.

Por tanto, en consonancia con la Estratégica “Proyecto AP21” marco los ejes donde debe descansar la AP para dar un servicio de calidad, con gran capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, a la vez que sostenible para SNS. Una ciudadanía participativa en la determinación de prioridades sanitarias, en la definición de políticas públicas y en los órganos de gobierno de las instituciones. Por otro lado, las profesionales y los profesionales motivados y capacitados, y con una organización descentralizada, participativa y eficiente.

3. INFRAESTRUCTURAS. Actualizado a 31 diciembre de 2018.

Catálogo-2019	ÁREAS DE SALUD	ZONAS BÁSICAS	CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	TIPO DE CENTRO	
				CENTRO DE SALUD	CONSULTORIO LOCAL
Andalucía	19 - Distrito / 14 - Área de Gestión Sanitaria	216	1.514	407	1.107
Aragón	8 - Área de Salud - Sector	123	985	118	867
Principado de Asturias	8 - Área Sanitaria	84	214	69	145
Illes Balears	3 - Área de Salud	58	162	58	104
Canarias	7 - Área de Salud	108	260	106	154
Cantabria	4 - Área de Salud	42	167	42	125
Castilla y León	11 - Área de Salud	249	3.914	247	3.667
Castilla – La Mancha	13 - Gerencia de Atención Integrada (GAI) / 1 - Gerencia de Atención Primaria (GAP)	205	1.317	204	1.113
Cataluña	7 - Región Sanitaria	375	1.253	424	829
Comunidad Valenciana	24 - Departamento de Salud	241	882	281	601
Extremadura	8 - Área de Salud	114	526	111	415
Galicia	7 - Gerencia de Atención Primaria	314	466	398	68
Comunidad de Madrid	7 - Dirección asistencial	286	418	262	156
Región de Murcia	9 - Área de Salud	90	265	85	180
Comunidad Foral de Navarra	2 - Área de Salud / 1 - Gestión Integrada de Área de Salud (GI)	56	289	58	231
País vasco	13 - Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)	136	321	154	167



La Rioja	1 - Área de Salud	20	195	20	175
Ceuta y Melilla	2 - Área de Salud	7	7	7	0
SISTEMA NACIONAL DE SALUD	167 - Área de Salud	2.724	13.155	3.051	10.104

***Datos población. Menores de 14 años. Entre 14 y 65 años. Entre 65 y 80 años y Mayores 80 años.**