



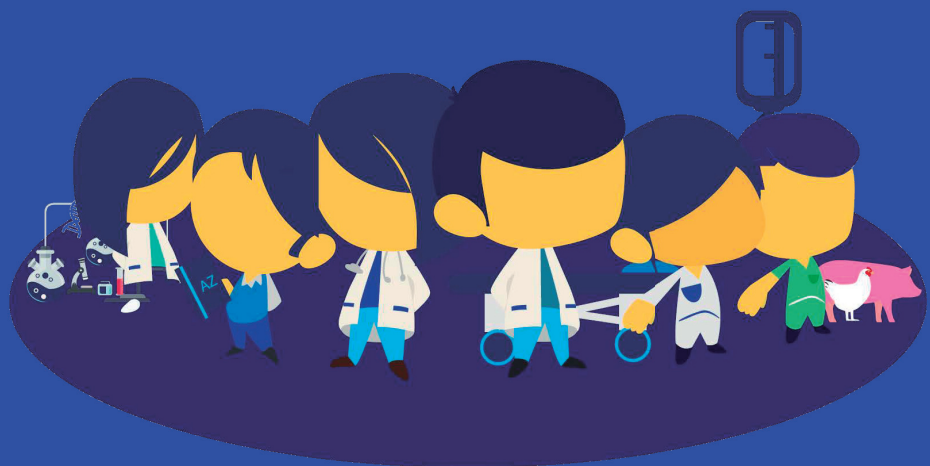
SIMAP-PAS
AHORA ES EL MOMENTO

simap.es simap-pas.es

¡VÓTANOS!

UN CAMBIO NECESARIO

**PROYECTO PARA LA MEJORA
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)**



ELECCIONES SINDICALES
6 DE JUNIO DE 7:15 A 23:00 HORAS

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

La Atención Primaria es el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario, no puede continuar la actual progresiva precariedad

SIMAP-PAS PROPONE:

- Corregir la sobrecarga de cupos.
- Tiempo adecuado para atender la consulta de cada paciente.
- Organización adecuada para atender las actividades diarias.
- Reducción de la burocratización en la consulta.
- Autonomía para la gestión de las agendas.
- Condiciones adecuadas en la asistencia urgente.
- Condiciones adecuadas en la asistencia domiciliaria no urgente.
- Potenciación de las funciones del personal de enfermería.
- Disminución de la lista de espera para atención especializada.
- Corrección de las deficiencias en tecnologías aplicadas en la consulta.
- Formación e investigación dentro de la jornada laboral.
- Retribuciones equivalentes al ámbito de Especializada en el complemento específico.
- Funcionamiento democrático de los Centros de Salud.
- Protección de la salud laboral.
- Protección del personal sanitario frente a agresiones.
- Corrección de la deficiencia e pediatra en AP y el conflicto consecuente entre especialidades.
- Financiación y dotación adecuada de la atención primaria

CORREGIR LA SOBRECARGA DE CUPOS.

Dimensión adecuada de las plantillas, para **no sobrepasar lo establecido** por norma para número de SIPs (acuerdo del 28/12/2004, adultos 1500 +/- 20% y niños 900 +/- 20%).

Los doblajes deben ser siempre voluntarios y retribuidos. Priorizar la contratación del personal sanitario necesario para sustituciones con nombramientos adecuados y cumpliendo la ley en materia de seguridad social.

TIEMPO ADECUADO PARA ATENDER LA CONSULTA DE CADA PACIENTE.

El tiempo mínimo adecuado debería ser, al menos, de **10 minutos** por paciente con tiempos que permitan ir **ajustando la agenda a lo largo de la jornada según la demora.**

ORGANIZACIÓN ADECUADA PARA ATENDER LAS ACTIVIDADES DIARIAS.

La **consulta programada**, la **consulta a demanda**, la **atención domiciliaria**, la **atención urgente**, **formación**, etc... **sin solapamientos**, y **gestión la imprevisibilidad.**

Es necesario que se informe a la población sobre el funcionamiento habitual del centro sanitario y de las funciones a desarrollar por los miembros de los equipos de Atención Primaria, para evitar conflictos por los retrasos que se puedan producir.

REDUCCIÓN DE LA BUROCRATIZACIÓN EN LA CONSULTA

Basándonos en el documento publicado por la SEMFyC nº 25: "**Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria**" del año 2008, agrupamos la desburocratización en 5 apartados:

- a. **Recetas. Respetar la libertad de prescripción por criterio propio.**
- b. **Justificantes.**
- c. **Circuitos dentro del sistema.**
- d. **Circuitos fuera del sistema.**
- e. **Informes.**

Todo esto se debe implantar de forma correcta, homogénea y dar publicidad e informar a los ciudadanos de los cauces correctos.

AUTONOMIA PARA LA GESTIÓN DE LAS AGENDAS.

Autonomía en gestión de la propia consulta/agenda, de forma que **el profesional pueda dedicar tiempo no sólo a las labores asistenciales sino a todas esas otras facetas que también le competen.**

CONDICIONES ADECUADAS EN LA ASISTENCIA URGENTE.

En la **asistencia sanitaria urgente fuera del centro de salud** es necesaria la dotación del número de **vehículos sanitarios necesarios con conductor y con distintivo de la Conselleria de Sanidad**, para que el transporte de **médic@s y enfermer@s** fuera de los centros sanitarios. Solo así se puede garantizar que la atención sanitaria urgente, **se realice de forma adecuada, y cumpliendo la legislación vigente. No se debe utilizar el vehículo particular en estas situaciones.** El SIMAP presentó una **reclamación con registro a la Dirección General de Recursos Humanos de la Conselleria de Sanitat en mayo de 2015**, ha presentado solicitudes reiteradas de convocatorias de **Mesa técnica específica a lo largo de 2016** para solucionar este problema y una **denuncia al Sindic de Greuges en 2017** sin que el Sindic obtuviera respuesta alguna de la Conselleria, motivo por el cual SIMAP presentó **en 2018 una denuncia contra la Conselleria de Sanitat a la Conselleria de Transparencia.**

Es necesaria la **evaluación del riesgo para la salud que supone la conducción tras jornadas prolongadas** (sueño y cansancio) durante las guardias y el uso de un vehículo particular para trasladar material sanitario que puede ser peligroso, por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) para **apoyar la necesidad de un conductor que sí realice los descansos adecuados.** Ya que la Conselleria, en posicionamientos previos a la negociación, sólo contemplaría dotar a algunos centros de. Vehículos. Los **médico@s y enfermer@s** de guardia no deben asumir esta función de conductores.

Realización de un **adecuado triaje** con centralización y filtro de las llamadas urgentes, siendo clasificadas por los facultativos del CICU y con **selección del vehículo sanitario más adecuado** (TNA, SVB o SAMU). (**Registro de entrada** presentado a la Dirección General de Recursos Humanos de la **Conselleria de Sanitat en mayo de 2015**).

REGULACIÓN DEL USO DEL VEHICULO PARTICULAR PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA NO URGENTE POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO.

Deberá ser con un **vehículo adecuado y con el distintivo de la Conselleria de Sanitat.** Debe mantenerse el complemento G de dispersión, ya que lo que retribuye no es el gasto que actualmente se hace por uso del vehículo particular, si no la dedicación, la responsabilidad, la peligrosidad o la penosidad de tener que desplazarse del centro para atender un área más extensa. **Si lo que retribuyera fuera el gasto del vehículo particular no podría estar dentro de la nómina ni sujeto a retenciones.** Sería un concepto variable de retribuciones e indemnización por razón de servicios, regulado en nuestra normativa, que está exento de retención, pues es un gasto y no un ingreso. En concreto el **artículo 17 de derechos individuales del personal estatutario** establece en su punto b: "A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas". La Conselleria evita retribuir las dietas al no regularlas en la normativa autonómica. Otro **ejemplo claro de fraude y enriquecimiento injusto de la Conselleria de Sanitat**, se ahorra un gasto en vehículos o dietas, a costa de obligar al **médic@ y enfermer@** a utilizar su vehículo particular y correr con dichos gastos. La Conselleria tiene **la obligación de poner todos los medios necesarios para que el personal a su cargo pueda desempeñar su trabajo de forma adecuada**, y esto incluye los medios para el desplazamiento. Si no los pone, lo debe retribuir de forma adecuada bajo el **concepto de indemnizaciones por razón de servicios o dietas**, por lo que queremos denunciar que la Conselleria, actualmente, se lucra a nuestra costa y aclarar que no aceptamos, bajo ningún concepto, tener que utilizar el vehículo particular para realizar el trabajo asistencial fuera del centro.

POTENCIACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN A.P. Y DE LAS PLAZAS DE ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La **enfermería en Atención Primaria** debe ser valorada como una apuesta por la **modernidad** y por la equiparación con las prácticas sanitarias de los países más avanzados. La **especialidad está plenamente justificada y llena de contenido**. Es el momento de **reivindicar la importante función de la enfermería en este ámbito y permitir que pueda desarrollar sus funciones con profesionalidad**:

En la **educación sanitaria** y **potenciar la participación ciudadana** activa en la **promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad** y materias dentro de la **Salud Pública**.

En la **mejora y mantenimiento de la salud y el bienestar de la población**, no reduciéndose a la intervención clínica ante la presencia de enfermedad.

En el **control y el seguimiento del paciente crónico**, desarrollo de **estrategias de mejora de la calidad asistencial** en los cuidados necesarios y **garantizar la continuidad de la atención y los cuidados**.

En la **atención domiciliaria** y la **coordinación con el facultativo y los servicios sociales**, con el objetivo de mantener un **principio de equidad y eficiencia en el acceso a sus cuidados**.

En el **triaje de la patología urgente y trabajo en equipo con el facultativo**.

Para ello es necesaria la **formación específica que permita mantener al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales**, además de la participación en **líneas de investigación en cuidados de enfermería y en líneas de investigación multiprofesionales**.

DISMINUCIÓN DE LA EXCESIVA LISTA DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Mayor acceso a pruebas complementarias en tiempos adecuados.

Mejora la **comunicación oral y escrita entre facultativos de los distintos niveles asistenciales**.

Otras posibilidades serían la creación de la figura del consultor especialista en todos los departamentos o la creación de la figura del médico de familia referente, en determinadas patologías, que pueden tener sentido en determinadas circunstancias, pero que no hay, por el momento posturas uniformes.

CORRECCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN LAS TECNOLOGÍAS APLICADAS EN LA CONSULTA.

Lentitud de los sistemas informáticos.

Diversidad de programas: Abucasis, Mizar, Orion, GIPI, Impax... sin interconexión con el hospital, ni intra ni extradepartamental.

Proponemos la integración de la información de la historia clínica y el fácil y ágil acceso a la información clínica necesaria para la óptima asistencia del paciente.

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN DENTRO DE LA JORNADA LABORAL.

Es necesaria una formación continuada correcta y reglada por parte de la administración, con actualización de conocimientos de forma global e independiente, libre de conflicto de interés, adaptados a cada categoría profesional.

Competencia en investigación por medios telemáticos (ej., red iAPP).

Distribución de la jornada con coexistencia de la labor formativa e investigadora y la asistencial de una forma equitativa en todos los centros de trabajo que permitan la progresión profesional sin sesgos en función del lugar de trabajo.

RETRIBUCIONES DEL COMPLEMENTO ESPECÍFICO A MÉDICOS DE FAMILIA DE EAP Y PEDIATRAS DE EAP EQUIVALENTES AL DE FACULTATIVOS ESPECIALISTAS

La retribución de la parte del complemento específico que retribuye la dificultad técnica, la dedicación, la responsabilidad, la incompatibilidad y la peligrosidad o la penosidad, debe ser igual a todas estas categorías de facultativos, es decir: B 1.756,01 /C 1.534,42 euros mensuales, cantidad a la que se debe sumar al complemento de dispersión geográfica. Poder elegir la modalidad de complemento específico.

Los incentivos y los acuerdos de gestión deben ser negociados por los miembros del equipo, deben premiar la faceta de mejora asistencial y el control del gasto debe ser consecuencia del buen hacer y no de una prioridad dentro de nuestro trabajo.

FUNCIONAMIENTO DEMOCRÁTICO EN LOS CENTROS DE SALUD.

Elección de los coordinadores por los miembros del equipo.

Realizar de forma consensuada en el equipo la toma de decisiones importantes.

Establecimiento de un reglamento de régimen interno que regule y consensue los procedimientos de funcionamiento del centro.

SIMAP-PAS DEFIENDE LA PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

No podemos consentir que desaparezca la ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA por motivos no relacionados con una mejora en la prestación de la atención sanitaria a la población.

Se debe incidir en la falta de pediatras, la correcta reposición de las jubilaciones, retirar tasa de reposición, aumentar la oferta MIR y cubrir adecuadamente (sin recortes) las necesidades estructurales de pediatras. Incentivar la cobertura de lugares de difícil cobertura, mejorar las condiciones laborales y de desarrollo profesional, de formación y de investigación. Formar equipos integradores que permitan mejorar la salud de la población infanto-juvenil, que los niños y adolescentes lleguen a la edad adulta con los conocimientos necesarios para seguir con un estilo de vida correcto y conseguir una sociedad saludable. Esto sólo se puede lograr desde el ámbito de la Atención Primaria

PROTECCIÓN DE LA SALUD LABORAL

Existe una agresión continua contra la salud laboral de los medic@s de AP que sometidos a una carga mental excesiva por la sobrecarga continua de trabajo sufren problemas de estrés crónico y fatiga mental. Esto además supone la afección del síndrome del médico quemado con el deterioro consiguiente del trabajo realizado en la atención sanitaria a la población.

PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO FRENTE A AGRESIONES.

Mejorar el protocolo actual de actuación frente a agresiones a personal sanitario, aportar los medios físicos y de recursos humanos necesarios. Formar al personal para actuar en la prevención de estas situaciones y en la resolución de conflictos. Realizar simulacros para tener claros los puntos débiles de cada equipo a la hora de solventar un peligro. Labor de educación a la ciudadanía para evitar estos comportamientos violentos. Crear un clima social de rechazo ante las agresiones al personal de la Instituciones Sanitarias, implicándola también en las medidas de prevención colaborando con el personal del centro. El nivel de tensión de los ciudadanos con el personal de los centros sanitarios guarda también una relación proporcional con el adecuado funcionamiento del mismo, por lo que la inversión en personal, la adecuación de los tiempos de consulta, la disminución de los tiempos de espera, etc., son fundamentales para resolver este grave problema.

FINANCIACIÓN Y DOTACIÓN ADECUADA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años se ha producido una reducción brutal de financiación de la sanidad pública. Desde 2011 (6.5% del PIB en Sanidad), el porcentaje de inversión ha ido disminuyendo año a año (excepto 2015) y las previsiones del actual Gobierno central son reducirlo aún más hasta 2020 con un porcentaje del 5.6%, sobre todo en Atención Primaria. Tras Luxemburgo y los países rescatados somos el estado que más ha reducido su gasto en sanidad.

La consecuencia directa ha sido el descenso del número de profesionales del 16,0% en Atención Primaria, el doble de lo que ha perdido Atención Especializada. Esta caída del número de profesionales se ha producido por la limitación de la tasa de reposición, la ausencia de sustituciones y de OPEs, un incremento en la precariedad laboral en los contratos temporales, el incremento de jornada etc., todo ello bajo una actitud de incumplimiento de las leyes laborales que se pactaron para impedir los abusos y la precariedad en el trabajo.

El **SIMAP-PAS** se suma a las palabras del conocido médico de familia argentino, Julio Ceitlin: hay que *“luchar para no permitir que la presión de los sistemas administrativos deteriore la relación médico paciente; poder escuchar, ser pacientes y compasivos, consolar, comprender; analizar siempre el contexto; no medicalizar la vida; ser prudentes en la utilización de los recursos terapéuticos; aprender a convivir con la incertidumbre; estudiar y trabajar en equipo; ser sinceros con los pacientes...”*.

Y aunque sea un médico el que habla de la relación con los pacientes, todos y cada uno de nosotros, más allá de nuestra categoría profesional, podemos sumarnos a estas palabras, porque nuestra vocación como trabajadores de la sanidad pública no es otra que escuchar, cuidar y confortar a los pacientes.

Para esto hace falta que se cumplan una serie de mejoras en la Atención Primaria por las que no vamos a dejar tampoco de luchar.

“Lo que parece imposible, sólo tarda un poco más” Ese es nuestro espíritu.



SIMAP-PAS

AHORA ES EL MOMENTO

¡VÓTANOS!

UN CAMBIO NECESARIO

simap.es simap-pas.es

Gran vía Fernando Católico 46, 1^º-1^ª.
46008 Valencia

