

PROPUESTAS DE MEJORAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SINDICATO MÉDICO CANARIO-CESM CANARIAS

Estimados compañeros médicos de AP en Canarias:

Queremos compartir con todos ustedes, el documento **“Propuestas de mejoras y protección de la Atención Primaria en Canarias”**, que hemos elaborado desde el Sindicato Médico Canario-CESM CANARIAS, conformado por el Sindicato Profesional de Médicos de Las Palmas (SPMLP) y el Sindicato Profesional de Médicos de Tenerife (CESM Tenerife).

El documento será presentado en las distintas gerencias de Atención Primaria (AP), la dirección del SCS y la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias durante este mes de Julio, sumándose al resto de escritos relacionados con la defensa de los médicos de AP en Canarias enviados con anterioridad.

Este conjunto de propuestas, corresponden a las enunciadas en el comunicado previo de CESM Canarias, en el que denunciábamos y alertábamos de una serie de situaciones dramáticas que están aconteciendo en varias Comunidades Autónomas debidas al déficit generalizado de médicos que padece la Atención Primaria en España.

Desde CESM Canarias, independientemente del estímulo y motivación que supone comprobar que las acciones en defensa de los médicos de AP que estamos llevando a cabo, son valoradas positivamente, y alcanzan progresivamente a una mayor cantidad de compañeros. No podemos obviar, la significativa limitación a la hora de negociar y presionar a la administración, por ser una fuerza sindical con una representación escasa en comparación con el resto de categorías; y es precisamente por este hecho por lo que insistimos reiteradamente en nuestros comunicados en la importancia de ser fuertes en la Mesa Sectorial de Sanidad (MSS).



Son momentos clave para gestar el gran cambio que los médicos de AP necesitan, se precisa visión de futuro, inteligencia y mentalidad práctica a la hora de defender nuestros intereses como colectivo; sabemos que la administración estaría encantada de continuar con un colectivo médico dividido, mermado y sin fuerza en la Mesa Sectorial; pero desde CESM Canarias estamos firmemente decididos a dar un giro de 180º a esta situación, logrando que la mayoría de médicos voten en las próximas elecciones sindicales previstas para el año 2025, depositándonos su confianza gracias al trabajo constante, la seriedad en las propuestas, la firmeza en las reivindicaciones, la accesibilidad y el diálogo permanente, así como el respeto por TODOS los médicos.

Independientemente de lo anteriormente expuesto, CESM Canarias seguirá vigilante ante cualquier situación o medida que menoscabe la dignidad e integridad de los médicos de Atención Primaria en Canarias, ante lo que no dudará en actuar de manera contundente. No duden en contactar con nosotros para cualquier aclaración o duda, así como para aportaciones y /o modificaciones que consideren oportuno realizar.

PROPUESTAS GENERALES PARA LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS:

1. Una inversión económica urgente y finalista para la Atención Primaria (AP), equivalente como mínimo al 25% del total del gasto sanitario (siguiendo recomendaciones de la OMS), destinada a medidas inmediatas que permitan la sostenibilidad económica y funcional de este nivel asistencial.
2. Una oferta de contratos estables y definidos para todos los médicos especialistas en MFyC y pediatras de AP, con ofrecimiento periódico de todas las interinidades existentes y convocatorias por oposición al menos cada 2 años.



3. Un aumento de la plantilla médica que permita una AP dotada de capacidad resolutoria e incrementar su cartera de servicios, preservando la salud psíquica y física de los profesionales. Para ello se deben generar las plazas de facultativo necesarias para cubrir las ausencias ordinarias y extraordinarias, garantizar que puedan desarrollar adecuadamente todas sus competencias y cumplir con criterios de calidad fundamentales, como son el máximo de 1.250 tarjetas sanitarias individuales (TSI) para los médicos de Familia y de 900 para los pediatras. Este incremento en las plantillas deberá ser progresivo y realizado durante los próximos 3 años, siendo en el primer año, de al menos el 30%.

4. Un incremento significativo del salario de los médicos de Canarias/España acorde a la alta capacitación, complejidad y responsabilidad que conlleva la actividad que realizan. El salario debe equipararse como mínimo al resto de los países europeos, los cuales, en un entorno generalizado de déficit de profesionales, ofrecen condiciones laborales más competitivas que atraen a médicos de otros países y fidelizan los que ya tienen.

5. Un claro liderazgo del médico de Primaria en la gestión de los Equipos, que permita la toma de decisiones sobre organización, estructura, recursos humanos y materiales necesarios, así como en el diseño y validación de cualquier protocolo de derivación de pacientes a Atención Hospitalaria.

6. Es necesario que las competencias de los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) queden claramente definidas tanto para la administración como para el resto de profesionales que integran los equipos de los Centros de Salud, para ello se debe crear un reglamento de equipos de Atención Primaria que detalle, sin margen para interpretaciones, cuáles son las funciones y competencias de cada categoría profesional según la legalidad vigente y por lo tanto quede perfectamente establecido que acciones ajenas a la actividad médica, principalmente administrativas, deben estar totalmente erradicadas de la labor asistencial diaria de los médicos de AP.



PROPUESTAS ESPECÍFICAS PARA LOS MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS:

Agendas y consultas:

1. Agendas diarias de un máximo de 30 pacientes (incluyendo domicilios y fuera de hora).
2. Consultas de al menos 10 minutos por pacientes para las consultas regulares y 15 minutos para las primeras visitas.
3. Agendas gestionadas individualmente por cada médico. El médico es el único que puede asignar citas forzadas/manuales en su agenda.
4. Triage de enfermería y administrativo para la gestión de la demanda espontánea. No pacientes forzados directamente. Propuesta de desarrollo del triaje:
 - 4.1. Valoración telefónica o presencial.
 - 4.2. Se asigna cita con el profesional que corresponda.
 - 4.3. Se deriva a urgencias/incidencias en caso de motivos de consultas que lo justifiquen.
 - 4.4. Únicamente en los casos en los que el motivo de consulta no demorable corresponda con la tramitación de una incapacidad laboral que esté o pueda estar fuera de plazo, o bien a la activación de un tratamiento en la receta electrónica que no admita demora, se contactará con el MFyC para que autorice la inclusión del paciente en su agenda. Se creará un listado reducido con las dos situaciones anteriores y otras en las que sea preciso consultar con el MFyC en el mismo día, como, por ejemplo, avisos desde Laboratorio por resultados anómalos en analíticas que precisen de valoración en ese mismo momento entre otros. Ese listado deberá ser debidamente comunicado y estará a disposición del resto de categorías que forman parte del equipo del CS.
5. Generalización de la figura del médico de incidencia o similar en los centros donde no exista. La consulta es una actividad programada. Si no se dispone, reservar citas en agenda en nº igual a la media de pacientes fuera de hora por medico en ese CS sin superar el máximo de 30 pacientes/jornada.



6. Desterrar totalmente los repartos por ausencias programadas, si no sustitutos, aplicar siempre Instrucción 20/20. Las ausencias no programadas se cubrirán, de no disponer de sustitutos, también a través del 20/20. Si no disponibilidad médicos para doblajes, se gestionarán mediante triaje sanitario y administrativo de tal manera que los motivos de consultas no demorables que correspondan al ámbito de actuación médica serán derivados bien al servicio de urgencias/incidencias o, si corresponde, a otro médico del Centro. Esta situación no podrá prolongarse más de 1 día; debiendo la administración contratar sustitutos y/o médicos para doblajes 20/20 de manera inmediata.
7. La disminución en consulta de la burocracia no relacionada con la asistencia médica, así como de la burocracia inducida desde AH con objetivo de reducirlas a cero.
8. Mejorar software gestión clínica DRAGO, corrigiendo deficiencias e implementando mejoras que faciliten la actividad asistencial y ayuden a optimizar tiempo por consulta.
9. Delimitar en la jornada laboral el tiempo dedicado a la asistencia, formación, atención continuada e investigación.
10. Disminución de la lista de espera, mediante la aplicación de manera simultánea de todas las medidas relacionadas: aumento de plantillas, realización de triajes sanitarios y/o administrativos, disminución de la burocracia, implementación del médico de incidencias en todos los centros de salud, así como con la optimización de todas las posibilidades que ofrece la instrucción 20/20, la cual puede y debe ser aplicada para disminuir lista de espera del mismo modo que el plan funciona y las "peonadas" son aplicados con este fin en Atención Hospitalaria (AH).

Servicios normales de urgencias:

1. Adaptación de los Servicios Normales de Urgencias (SNU) a las necesidades reales. Aumentar el número de médicos por equipos, en función de ratios máximos médico/paciente; 40 pacientes/16 horas y 60 pacientes/24 horas, que garanticen calidad asistencial y sobre todo seguridad para el paciente y para los profesionales. En la actualidad hay numerosos SNU y PAC que superan ampliamente estas ratios y precisan de manera urgente, una ampliación en al menos 1 médico por equipo.
2. Con independencia del punto 1; es preciso contratar médicos de refuerzos (extra) de una manera dinámica, en función de la variación de la presión asistencial (picos estacionales, temporada vacacional en municipios turísticos, etc.). Estos refuerzos podrán también realizarse por tramos horarios y si fuera preciso, por no disponibilidad de médicos en la bolsa de contratación, a través de doblajes 20/20.



3. Mejoras globales de las áreas de urgencias, en equipación, material e infraestructura, tanto en las áreas asistenciales, como en las de descanso, existiendo a día de hoy, algunas que carecen del mínimo espacio o adecuada ventilación.
4. Regularizar la Formación continuada dentro del propio horario laboral.

Retribuciones:

1. Un aumento retributivo a los médicos de AP que permita equiparar su salario al sueldo medio de los médicos de este nivel asistencial en Europa, duplicando el salario actual mediante el aumento del precio de las TSI, de forma que se llegue a un salario que sea el doble del actual en 5 años, siendo el primer año de al menos el 25%, revirtiendo además en este primer año los recortes que se soportan desde el 2010 en trienios, pagas extra, etc.
2. Establecimiento con carácter permanente de la Instrucción 20/20. Modificar el importe retribución recogido en la instrucción hasta equiparlo con las que reciben los médicos de atención hospitalaria por “peonadas”, “plan funciona”, etc. Las diferencias constituyen un agravio comparativo que no se pueden tolerar. Crear nueva instrucción si se precisa, para establecer los cambios solicitados.
3. Una mejora de las condiciones laborales y retributivas de la Atención Continuada, que debe ser reconocida como jornada ordinaria y por tanto ser retribuida como tal, con reconocimiento de la jornada nocturna y la minoración que esto implica y con los descansos correspondientes.

Formación especializada (MIR):

1. Asumir que las plazas MIR tienen que dar respuesta a las necesidades de la población y asegurar así el recambio generacional mediante el aumento gradual de plazas MIR de médico de Familia y de pediatras, junto con el correspondiente aumento de Unidades Docentes.
2. Incentivar la figura del tutor, puesto que, si no tienen las condiciones necesarias para ser docentes, no se tendrá capacidad para aumentar las plazas MIR, y para ello es necesario limitar las consultas. Por otra parte, si no hay incentivos y reconocimiento de la figura del tutor, esta figura será difícil mantener en el tiempo, lo que acarreará un lastre en la adecuada formación de los residentes.



3. Un estudio anual prospectivo de las necesidades de los residentes de las especialidades de Atención Primaria.
4. Cumplimiento de los acuerdos pactados.

Relación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria:

1. Mejorar la relación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria (AH), con comunicación constante entre Dirección Médica de AP y la Dirección Médica de AH.
2. Órgano administrativo mixto para resoluciones de incidencias (principalmente de citas) con opción de acceso directo para el paciente.
3. Eliminar burocracia inducida por la ineficaz correlación entre la AP y la AH.

Tarjetas sanitarias y mapa sanitario:

1. Disminuir la ratio de usuarios para Médicos de Familia y Pediatras, sin perjuicio de las retribuciones por TSI.
2. Instauración de un nuevo Mapa Sanitario atendiendo a las características demográficas y urbanísticas actuales.
3. El estudio de las necesidades reales de la población, teniendo en cuenta la casuística y los múltiples factores que influyen en la demanda de las consultas, que debe ir acompañado del oportuno registro de profesionales.
4. Fomentar la estabilidad con la creación de las vacantes precisas para las futuras generaciones de médicos de Familia y pediatras.
5. Establecer incentivos económicos para las áreas de difícil cobertura

Unidad de Atención Familiar:

1. Nivelar/organizar las unidades de atención familiar (UAF), con un médico y un enfermero en cada una de ellas (no a los dobles cupos).
2. Continuar potenciando la figura del psicólogo y fisioterapeuta de AP, hasta conseguir una ratio adecuada por zona y por paciente.



Mejoras tecnológicas y de infraestructura:

1. Mejoras y ampliación de las infraestructuras (centros de salud, consultas, salas multiuso, aparcamientos, zonas de descanso, etc.).
2. Mejoras tecnológicas:
 - 2.1. Programa Drago.
 - 2.2. Mejoras de los recursos técnicos relacionados con las consultas de telemedicina.

Servicio de Prevención de riesgos laborales:

1. Cambiar radicalmente la ausencia de acciones de valoración y prevención que se precisan de este departamento. Esta inactividad no tiene ninguna justificación y menos aún en el contexto de máxima presión al que están sometidos los médicos de AP desde hace años, incrementado exponencialmente por la pandemia de la COVID-19.
2. Se debe llevar a cabo sin más demora un plan de prevención de riesgos laborales con la valoración de los puestos de trabajo de los médicos de AP, evaluando los riesgos de estos y determinando la carga de trabajo, fijando los cupos, número máximo de pacientes a atender por jornada y tiempo mínimo, así como al establecimiento de una plantilla acorde con ello y a la cobertura de las vacantes de esta.

Otros:

1. La implantación de sistemas de seguridad en todos los centros de Primaria, con planes y financiación adecuados para que sean eficaces, con denuncias a las administraciones que no ponga las medidas adecuadas para evitar los riesgos a los profesionales, además de aquellas contra los agresores, con sanciones ejemplarizantes.
2. Uso de transportes sanitarios para la realización de las visitas domiciliarias.
3. La implicación de los Servicios de Salud Laboral en la vigilancia de la salud y de las condiciones de trabajo de sus profesionales y aplicación de medidas protectoras por parte de los responsables.

* *Este documento se mantendrá en continua supervisión y actualización.*

* *Algunos de los apartados serán desarrollados más extensamente según se requiera.*

