



REIVINDICACIONES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA ANDALUZA. DICIEMBRE 2022

LO IMPRESCINDIBLE

1. El presupuesto
 2. **Retribuciones**
 3. **Plantillas dimensionadas y estables** con garantía de trabajo en equipo y por UAF
 4. **Autonomía en las agendas** para cada médico y **democratización de los equipos**. Mientras, **agendas médicas con un máximo de 20 pacientes** en total para una jornada de 7 horas (aparte programas y atención domiciliaria). Citas médicas siempre filtradas
 5. Medidas de **Salud Laboral**: psicosocial, jornada máxima y agresiones
 6. **Garantías para la docencia y formación**
 7. **Integración de los Dispositivos de Apoyo** y equiparación con 061
 8. Desburocratización eficaz inmediata
 9. Estructurar una comunicación permanente con la ciudadanía sobre forma de acceso y normas de funcionamiento.
 10. Jubilación flexible desde los 60 años.
-
1. **FINANCIACIÓN SUFICIENTE Y ADECUADA** de la Atención primaria: mínimo **25% del presupuesto total** destinado a la Sanidad Pública en 2023 y ello destinándole a la Sanidad un mínimo del 7-8% del PIB.

2. **RETRIBUCIONES:** Igual trabajo, igual salario.

- a. **Equiparación salarial del complemento FRP** con los médicos de atención hospitalaria e implantación de la Continuidad asistencial voluntaria en igualdad de condiciones.
- b. **Carrera profesional** accesible y equiparable a las implantadas en otras CCAA, **sin ACSA**, con subida excepcional de nivel para todos.
- c. Salario base, trienios y complemento de destino acorde al nivel de capacitación exigido (6 años-máster + 4 años-especialización). Mientras crear **complementos autonómicos compensatorios**.
- d. Complementos salariales por atender población por encima del límite poblacional (voluntario), desplazarse fuera del lugar de trabajo, trabajar en zonas aisladas o de difícil cobertura, con poblaciones más enfermas o vulnerables, trabajar en turnos distintos (turnos en sentido amplio, no en el restrictivo actual).
- e. **Equiparación salarial con la Comunidad Autónoma que mejor paga (para 2023, al menos con la tercera que mejor paga)**.
- f. Equiparación salarial con la media de los países similares de nuestro entorno europeo antes de terminar la legislatura (Francia, Inglaterra, Alemania)

3. **DIMENSIONAMIENTO ADECUADO DE LAS PLANTILLAS MÉDICAS DE LA AP:** aumento de la plantilla médica en un 20%.

- a. Creadas y presupuestadas, atendiendo a las características del trabajo, el desarrollo del perfil profesional completo, a las necesidades de la población a la que se va a atender y con colchón para cubrir las ausencias imprevistas cortas (como los profesores, con horario libre de actividad asistencial que permita cubrirlas) y los descansos tras las guardias, si las hubiera en ese centro.

- b. Garantía de un máximo de 1200 pacientes por médico de familia y 900 niños por pediatra, menos en poblaciones más vulnerables (ajustados por edad, complejidad, vulnerabilidad, dispersión alta o nivel socioeconómico bajo).
- c. Convocatoria abierta y permanente de todas las plazas no cubiertas mediante acceso por mérito para los médicos especialistas en medicina de familia/pediatría.
- d. Bolsa abierta permanentemente, con inscripción y baremo inmediato de los méritos cuando se aportan.

4. UN MÉDICO = UN CUPO y RATIO 1:1.

- a. **Ratio Medicina/enfermería de familia) 1:1**, también en pediatría, que garantice el trabajo por UAF (Unidad de atención a la familia, complementada con personal administrativo y TCAE) con **responsabilidad compartida** sobre todos los pacientes adscritos al grupo y en todo tipo de atención (demanda/programada/urgente/domicilio). Abandonar el dispensarizar las actividades de enfermería.
- b. **Jornada laboral ordinaria exclusiva para el cupo de pacientes asignado** salvo situaciones imprevistas donde sólo se atenderá aquello realmente urgente (el primer día es imprevisto, luego ya no)
- c. **Cobertura de los profesionales ausentes** por Bolsa. Si no hubiera profesionales disponibles, se ofrecerá realizar el trabajo de forma voluntaria remunerado como horas extras.

5. DEMOCRATIZACIÓN Y AUTONOMÍA:

- a. Facilitar el estilo de liderazgo transaccional mediante la **elección de los coordinadores médicos de los centros de salud por y entre los profesionales médicos de ese centro.**
- b. El **director del centro de salud o dispositivo de urgencias será el coordinador médico.**
- c. Las **agendas médicas serán diseñadas por el propio profesional** en base a su conocimiento de su población, de sus capacidades, de su estilo de trabajo, de la coordinación

con enfermería y auxiliar administrativo de apoyo; y bajo los principios de autorresponsabilidad y de respeto a las normas irrenunciables del ejercicio correcto de la profesión y de la prevención de los riesgos laborales.

- d. **En ningún caso las citas con contenido clínico serán inferiores a 10 minutos**, siempre más si hay varios motivos de consulta o el motivo es complejo.
- e. Garantizar tiempo suficiente para la atención domiciliaria, programada, comunitaria, la formación y la docencia exige **limitar la actividad asistencial a demanda a 20 citas** (equivaldrían a 4 horas de trabajo a 12 minutos por cita, que precisaría un descanso intercalado por ser una actividad de alta carga mental).
- f. **Nunca simultanear actividades** (atención urgente simultánea en el tiempo a otra actividad asistencial).
- g. **Consejos de salud en cada centro** de salud que faciliten la interrelación entre profesionales y la comunidad.

6. JORNADA MÁXIMA DIARIA TOTAL DE 12 HORAS

- a. Salvo voluntariedad expresa del profesional y con valoración favorable de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales sobre la carga de trabajo de cada puesto de trabajo.
- b. El exceso sobre la jornada ordinaria será pagado como HORAS EXTRAS (al menos 1.5 veces el valor de la hora ordinaria).

7. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SUFICIENTES en todo momento frente a Riesgos de todo tipo: biológicos, ergonómicos, psicosociales...

- a. **Evaluación de Riesgos Psicosociales** de inicio y finalización en breve (2 meses) de todos los centros de trabajo y puestos médicos de la Atención primaria. Implementación de todas las propuestas de mejora a continuación.
- b. Protección eficaz contra las agresiones: Vigilantes de seguridad.

8. Facilitar y proteger la **DOCENCIA y la FORMACIÓN**:

- a. Respeto de los contenidos asistenciales y formativos de la actividad de los MIR al programa nacional de la especialidad y a la asunción progresiva de responsabilidades. No a su uso como sustitutos de los titulares o tutores ausentes.
- b. Reconocimiento del esfuerzo y la especial capacitación de los tutores con salario, tiempo para la docencia y reconocimiento del mérito.
- c. Tiempo garantizado y protegido para formación dentro de la jornada laboral sin injerencias de la industria farmacéutica y de la propia administración sanitaria.
- d. Oferta de tiempo para investigación.

9. **Integración de los profesionales de los DISPOSITIVOS DE APOYO y SUAP en la categoría EBAP.**

- a. En los centros urbanos puede ser exclusiva la tarea de atención a las urgencias en puntos fijos al igual que en las unidades móviles en núcleo urbano y en zonas dispersas (Delta) con igualdad de condiciones y salario que el 061.
- b. La plantilla de los turnos de trabajo debe ser anual de forma que permita la imprescindible conciliación familiar.

10. **SALUD RESPONDE (SR) como servicio de información y soporte del sistema sanitario público y los SAC (Servicios de Atención al Ciudadano en los centros de salud) organizados para dar apoyo a cada cupo médico/enfermero.**

- a. **Citas para consultas y programas de salud adjudicadas desde el SAC del centro de salud** por las vías que se establezcan: presencial, teléfono, correo, whatsapp... **Siempre filtradas y dirigidas al profesional adecuado** según las competencias y

con tiempos de espera y de duración idóneos a la necesidad planteada.

11. DESBUROCRATIZACIÓN EFICAZ y distribución de COMPETENCIAS y tareas entre todo el EQUIPO multidisciplinar con fecha de implantación inmediata.

- a. Abordaje de la burocracia generada por la ILT: indicación de baja y seguimiento también en hospitales durante los ingresos y cuando la atención recaiga en ellos. Declaración responsable para procesos autolimitados hasta 3 días.
- b. Implantar cauces de forma inmediata en los hospitales para que asuman su burocracia sin adjudicarla al médico de Atención Primaria o dejarla sin solución.

12. RECURSOS MATERIALES SUFICIENTES para todas las tareas encomendadas:

- a. Consultas suficientes
- b. Lugar confortable donde descansar en las guardias.
- c. Coche/ambulancia para desplazamientos
- d. Ordenadores portátiles si se teletrabaja.
- e. Teléfonos operativos con auriculares y los dispositivos necesarios para realizar esa tarea.
- f. Además de todo el material clínico necesario: fonendoscopios de calidad, ecógrafos, dermatoscopios, pulsioxímetros... todo lo necesario para hacer nuestra labor clínica.
- g. Reposición y ordenación del material de consulta.

13. ACCESO PRUEBAS DIAGNOSTICAS sin límite alguno más que el de la competencia por la especialidad, en igualdad con los especialistas hospitalarios.

14. TELECONSULTAS limitadas exclusivamente a situaciones que no precisen presencialidad. Que sean una alternativa, nunca la única opción ni la mayoritaria.

15. **TRANSPARENCIA:** Establecimiento de cauces de comunicación BIDIRECCIONALES, de arriba abajo y de abajo arriba, por donde fluya rápida y libremente la información y las propuestas.
16. Estructurar una **comunicación permanente con la ciudadanía** sobre forma de **acceso y normas de funcionamiento**.
17. Creación de una Dirección General de Atención Primaria.
18. Jubilación anticipada desde los 60 años.
19. Implementación de mecanismos de control eficaces, con plazos, tiempo y recursos, para asegurar el cumplimiento de todo lo solicitado.

Andalucía, a 7 de diciembre de 2022