

Condiciones de trabajo, seguridad y salud del personal de Atención Primaria



Condiciones de trabajo, seguridad y salud del personal de Atención Primaria



Condiciones de trabajo, de seguridad y salud del personal de Atención Primaria

PRIMERA EDICIÓN: Diciembre 2023

EDITA: CCOO DE MADRID

ELABORA: SECRETARÍA DE SALUD LABORAL DE CCOO DE MADRID

COLABORA: INSTITUTO REGIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Depósito Legal: M-35880-2023

VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad
de Madrid (2021-2024)

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en la elaboración de este material en el marco del VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2021-2024 y no se hace responsable de los contenidos del mismo ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. El material elaborado recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Índice

Nuestro agradecimiento	4
Presentación	6
Abreviaturas	8
01. Introducción: Más allá del “yo, mí, me, conmigo”	10
02. Atención Primaria, un servicio esencial para el ejercicio del derecho a la salud	14
2.1. En qué consiste	15
2.2. Cómo es: características	17
2.3. Cómo se estructura	18
2.4. Quiénes componen los EAP de salud	20
03. Atención Primaria durante la pandemia	24
04. La intención: conocer para avanzar	32
05. El método: cómo nos acercamos a la realidad de los trabajadores y trabajadoras de Atención Primaria	36
06. Los resultados: qué nos encontramos	40
07. Nuevos retos: hacia una Atención Primaria que prime la salud, también de sus profesionales	64





 **Nuestro agradecimiento**

Nuestro agradecimiento:

A Rosa Muelas y a Pilar Batalla, por transformar una idea en un proyecto.

A Manolo Barroso, por coger el relevo y poner la misma ilusión que las que iniciaron el trabajo.

A Bibi, a Paco, a Isabel, a Carmen, a David, a Estela y a Elena, trabajadores y trabajadoras de la Atención Primaria, profesionales del cuidado, representantes de los trabajadores y trabajadoras en sus respectivos centros, compañeros y compañeras. Gracias por hacernos un hueco en vuestras agendas para ponerle voz y alma a esta guía.

A todas las personas que, de forma anónima, se sacudieron el desánimo para colaborar con esta publicación cumplimentando un cuestionario.

A todos los profesionales de Atención Primaria que durante la pandemia cuidaron de toda la sociedad y en particular de nuestros mayores.

A todos y a todas nuestra gratitud, admiración y respeto.





 **Presentación**

En septiembre de 1978 se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, en cuya Declaración, además de reiterar lo que ya venía diciendo la OMS respecto a que la salud es “*el estado de completo bienestar físico, mental y social*”, consideraba a la Atención Primaria (AP) como servicio de “*asistencia esencial puesta al alcance de toda la sociedad, representando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud*”.

De dicha declaración se desprende, pues, la importancia que este servicio supone para la protección de la salud de la ciudadanía en su conjunto.

En 2020 la aparición del COVID-19 colapsó nuestro sistema sanitario en general al tener que dar respuesta a una situación de crisis global: la pandemia provocada por el virus del COVID-19. Éste tuvo que hacer frente a una situación nunca antes vivida, donde los y las profesionalesse vieron obligados a trabajar en unas condiciones de seguridad y salud extremas, donde la tensión, la sobrecarga de trabajo y la presión por ofrecer un servicio de atención y cuidado adecuado, puso en jaque su propia salud física, mental, emocional y social.

Durante ese período nuestro sindicato quiso conocer la percepción sobre lo que las personas trabajadoras de estos centros estaban teniendo que sostener y, después de dos años, hemos querido acercarnos, de nuevo, a su realidad para ver cuál es su percepción actual, teniendo en cuenta que los resultados obtenidos corresponden a las respuestas y opiniones dadas por las personas que han participado Con este propósito, la Secretaría de Salud Laboral de la Unión de CCOO de Madrid, ha elaborado esta guía.

La realización de esta publicación se enmarca dentro de las actuaciones que desde CCOO de Madrid realizamos en el marco del V Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid.

Ana Belén Casado Peñas
Secretaria de Salud Laboral de CCOO de Madrid

Manuel Barroso Carranco
Secretario de Salud Laboral de la Federación de Sanidad
y Servicios Sociosanitarios CCOO de Madrid





 **Abreviaturas**

AP: Atención Primaria.

CCA: Centro de Continuidad Asistencial.

CS: Centro de Salud.

DA: Dirección Asistencial.

EAP: Equipos de Atención Primaria.

EPI: Equipo de Protección Individual.

ESAPD: Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria.

GAAP: Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NTP: Nota Técnica de Prevención.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAIPSE: Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo.

PIB: Producto Interior Bruto.

RAE: Real Academia Española.

REMAC: Registro de situaciones conflictivas en los centros e instituciones sanitarias adscritos o dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

SQT: Síndrome de estar Quemado por el Trabajo.

TSA: Tarjeta Sanitaria Atendida.

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual.

UAU: Unidad de Atención al Usuario.

UAR: Unidad de Atención a las Residencias.

ZBS: Zona Básica de Salud.





01. Introducción:
Más allá del “yo, mí, me, conmigo”

Vivimos en una sociedad donde prima el individualismo. Esa idea dominante nos lleva a ver la realidad de las cosas desde una visión muy estrecha; si hablamos de salud, nos lleva a preocuparnos de “mi salud” y, como mucho, “de la salud de las personas de mi entorno”, aun cuando lo que se pone en juego es lo de todos y todas: la salud de nuestra sociedad en general.

Sin embargo, no podremos sobrevivir a los desafíos globales, como la crisis del sistema público de salud o a los retos de las nuevas enfermedades, desde una mentalidad individualista. El “yo, mí, me, conmigo” no es una buena idea cuando hablamos de salud.

Si no despertamos a una mentalidad colectiva que posicione en su centro la visión de la interdependencia entre personas, la defensa de la salud de todos y todas y nuestro sistema de salud público, gratuito y universal, estaremos contribuyendo a la desigualdad, a la discriminación y a la desprotección.

Las personas venimos al mundo, nos reproducimos, enfermamos, envejecemos y morimos y, durante todo este proceso que llamamos “vivir”, necesitamos un sistema de salud y unos y unas profesionales sanitarios que nos acompañen, nos cuiden y nos curen; cotidiana y continuamente, desde que nacemos hasta que morimos.

Sin embargo, la realidad es que la viabilidad de nuestro sistema público de salud está siendo cada vez más “cuestionada”, sin prestar apenas atención a las personas que necesitamos de su cuidado y, mucho menos, sin tener en cuenta el sufrimiento de los y las profesionales que trabajan en él. Profesionales que presentan tasas cada vez más elevadas de agotamiento, insatisfacción laboral, malestar físico, mental y emocional. Estados que, de perdurar en el tiempo, derivan en el “síndrome de burnout” o “estar quemado por el trabajo”, como se suele traducir al español.

En este contexto, **se necesita un cambio de paradigma que ponga en el centro el cuidado de los y las que nos cuidan y de las instituciones en las que trabajan.** Y quizá uno de los pasos para lograr ese cambio sea conocer, de primera mano, la realidad de estas personas.

Con esta intención nace esta guía. En concreto, con el objetivo de dar a **conocer la realidad del servicio de Atención Primaria (AP) en nuestra comunidad, prestando especial atención a lo sucedido en los últimos años.**



A ratos nos parece algo lejano, pero no hace mucho fuimos víctimas de una pandemia que puso en jaque nuestra salud y la salud de los y las profesionales de los centros de Atención Primaria de nuestras ciudades y de nuestros barrios. Y hemos querido conocer cómo les afectó la crisis de la COVID-19 en nuestra comunidad y cómo están poco tiempo después.

Ojalá contribuyamos a visibilizar su realidad para cambiarla, porque os adelantamos que los resultados de nuestro acercamiento a esta situación no son nada alentadores y porque si no cambiamos esta realidad, su realidad, la nuestra también se ve y se verá afectada. Y porque nos va la vida en ello...







**02. Atención Primaria,
un servicio esencial para el ejercicio
del derecho a la salud**

2.1. En qué consiste

Existe un amplio consenso internacional sobre la importancia que tiene la Atención Primaria en la mejora de la salud de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la AP puede satisfacer más del 70% de las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida. Esta misma Organización define la Atención Primaria de la Salud como *“un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar”*. Así como, *“su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”*.

Su objetivo, por tanto, es el de **mejorar la calidad de vida de las personas en lo que a salud respecta**. Se defiende como el enfoque más inclusivo, equitativo, eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Según la OMS *“es la puerta principal del sistema de salud y la base para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública ante crisis como la de la COVID-19”*.

La Atención Primaria no representa simplemente otro nivel asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978¹ se refiere a ella como **el núcleo principal del SNS y el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el SNS**. La Declaración también subraya que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, siendo la Atención Primaria la clave para alcanzar esa obligación.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad afirma que es el *“nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social”*².

¹ Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

² <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>



Las **funciones mínimas** que debe cumplir la AP son las siguientes:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y realización, en su caso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- Rehabilitación básica.
- Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- Atención paliativa a enfermos terminales.
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.
- Atención a la salud bucodental.

Teniendo como referencia la famosa Declaración de Alma-Ata, donde se establece un informe conjunto entre la OMS y UNICEF formulando el gran objetivo de "Salud para todos para el año 2000": *"Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"*³, los **principios básicos** de la AP se fundamentan en:

- Tener la AP como clave para alcanzar un nivel de salud adecuado.
- Ejercer la promoción y la protección de la salud sobre la población.
- Reiterar el concepto de salud de la OMS involucrando a los sectores sociales y económicos.

³ Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>



- Señalar el derecho de la participación individual y comunitaria en la planificación de las actividades sanitarias.
- Considerar inaceptable la situación de desigualdad sanitaria entre países.

La AP se basa en conocimientos biopsicosociales y de salud pública y busca resolver los problemas de salud mediante la educación sanitaria, de promoción y prevención en términos de planificación familiar e inmunizaciones de las enfermedades infecciosas de mayor incidencia.

Tiene competencia en todos los sectores de la comunidad, considerando fundamental la participación de la persona en la planificación, organización, funcionamiento y control de toda la asistencia.

Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata, en la Declaración de Astaná, resultado de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, los Estados miembros de las Naciones Unidas, incluida España, reafirmaron que la AP es la piedra angular de un sistema de salud sostenible de cobertura sanitaria universal. Igualmente subrayaron que **el fortalecimiento de la Atención Primaria es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud de las personas, así como su bienestar social.**

2.2. Cómo es: características

La AP tiene una serie **características** que le otorgan su importancia:

CARACTERÍSTICAS	
Primer filtro	Es la primera toma de contacto.
Accesibilidad	Para toda la población de forma cercana y pronta.
Longitudinal	Continuada en el tiempo.
Integridad	Da respuesta a todas las demandas de la persona.
Coordinación	Se coordina con otros y otras profesionales.
Calidad de prestación	Efectividad y seguridad en el servicio que presta.
Continua	Atiende de forma continuada los 365 días del año.



2.3. Cómo se estructura

La GA (Gerencia Asistencial) en la Comunidad de Madrid es dependiente de la Dirección General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)⁴.

La estructura sanitaria de Madrid en Atención Primaria está formada por un Área Única de salud (desde 2010) y siete Direcciones Asistenciales (DA), que tienen responsabilidad directa sobre 286 zonas básicas de salud. A pesar de existir área única, siguen estando activas determinadas gerencias por zonas y la gestión de los recursos humanos y materiales, planes estratégicos, etc. se hace de forma individualizada en cada Equipo de Atención Primaria, siguiendo las directrices de las Direcciones Asistenciales (DA).

Las 7 Direcciones Asistenciales que existen en nuestra comunidad son:

- DA Norte.
- DA Este.
- DA Sureste.
- DA Sur.
- DA Centro.
- DA Oeste.
- DA Noroeste.

Cada DA tiene a su cargo Equipos de Atención Primaria (**Centros de Salud** y sus **consultorios**) y **Centros de Continuidad Asistencial CCA (Centro de Continuidad Asistencial)**⁵ que atienden urgencias no vitales, fuera del horario de los centros de salud o en días festivos. Hay CS (Centro de Salud) en zonas rurales a los que pertenecen uno o varios consultorios locales.

⁴ https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2023/10/05/BOCM-20231005-3.PDF

⁵ Unificación de Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP), Servicios de Atención Rural (SAR) y Puntos de Atención Continuada (PAC). <https://www.comunidad.madrid/noticias/2022/06/20/comunidad-madrid-presenta-nuevo-modelo-urgencias-extrahospitalarias-64-puntos-repartidos-region>



Estructuras básicas sanitarias de AP⁶

Zonas Básicas de Salud

Por zona básica de salud se entiende la **delimitación geográfica sanitaria más básica** que sirve de referencia para la planificación y organización del trabajo de los Equipos de Atención Primaria (EAP), conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que, en esencia, tienen a su cargo la atención de la población de la Zona Básica, es decir, es un ámbito de actuación.

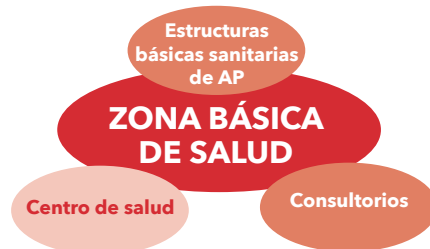
Cada Zona Básica de Salud tiene un Centro de Salud de cabecera y puede tener varios consultorios locales dependientes de ese Centro de Salud de Cabecera. Comprende una población en torno a los 25.000 habitantes y en el área rural puede incluir varios municipios.

Centro de salud

Es la **estructura física y funcional** que posibilita el desarrollo de una Atención Primaria de salud. Coordina de manera global, integral, permanente y continuada, y su base es el trabajo en equipo de los y las profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria.

Consultorio

Centros sanitarios que, sin tener la consideración de Centros de Salud, proporcionan atención sanitaria no especializada en el ámbito de la Atención Primaria de salud. Dependen en su organización y funcionamiento del centro de salud de cabecera, conformando con éste y con el resto de consultorios dependientes un Equipo de Atención Primaria.



⁶ <https://mats-sanidad.com/wp-content/uploads/2017/10/estructura-area.pdf>



2.4 Quiénes componen los EAP de salud

La Consejería de Sanidad y, concretamente, la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales Servicio Madrileño de Salud, con fecha 26 de septiembre de este año, actualizó la formación de la plantilla del Área Única de Atención Primaria. A continuación, extraemos la composición del personal que conforma los servicios que, consideramos, afectan a los trabajadores y trabajadoras objeto de análisis en esta guía:

PLANTILLA DE PERSONAL ESTATUTARIO

CATEGORÍA	GRUPO	DOTACIÓN
Facultativo/a especialista	A1	15
Farmacéutico/a	A1	46
Médico/a de Familia (a)	A1	4.264
Médico/a de urgencias y emergencias	A1	9
Odontólogo/a	A1	155
Pediatra	A1	1.031
Psicólogo/a clínico	A1	36
Técnico/a salud pública	A1	12
Médico/a de familia de cupo	A1	5
Enfermero/a especialista	A2	280
Enfermero/a	A2	3.977
Enfermero/a de apoyo	A2	3
Enfermero/a de urgencias y emergencias	A2	84
Fisioterapeuta	A2	262
Técnico/a superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear	C1	5
Técnico/a superior especialista en higiene bucodental	C1	157
Técnico/a medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería (**)	C2	481
TOTAL Personal Sanitario		10.822

(a) Una plaza está ocupada por "Médicos/as APDs en Centros de Salud."



PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS

CATEGORÍA	GRUPO	DOTACIÓN
Grupo técnico de la función administrativa	A1	55
Personal técnico titulado superior	A1	7
Técnico/a superior de sistemas y tecnologías de la información	A1	14
Grupo gestión de la función administrativa	A2	62
Personal técnico de grado medio	A2	18
Técnico/a de gestión de sistemas y tecnologías de la información	A2	10
Trabajador/a social	A2	173
Grupo administrativo de la función administrativa (d)	C1	87
Técnico/a especialista de sistemas y tecnologías de la información	C1	24
Calefactor/a	C2	2
Conductor/a	C2	1
Electricista	C2	2
Fontanero/a	C2	1
Grupo auxiliar administrativo de la función administrativa (d)	C2	2.772
Celador/a	E	724
Limpiador/a	E	1
TOTAL Personal de Gestión y Servicios		3.953

(d) Una plaza de esta categoría está ocupada por personal laboral fijo por sentencia.

Cada EAP está formado por un conjunto multidisciplinar de profesionales que desarrollan conjuntamente todas las actividades necesarias para el cuidado integral de la salud de la población asignada. El Área Única de Atención Primaria de Madrid cuenta con 15.971 personas trabajadoras a fecha 26/09/2023.

En los **Centros de salud y consultorios** trabajan profesionales sanitarios y no sanitarios de forma coordinada:

- Médicas/os de Familia.
- Pediatras.
- Enfermeras/os.



- Odontólogas/os.
- Psicólogas/os clínicos.
- Farmacéutica/o.
- Matrona.
- Trabajadoras/es sociales.
- Fisioterapeutas.
- Higienistas dentales.
- Celadora/or.
- TCAE (Técnico/a Medio/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería).
- Auxiliares administrativos.
- Personal técnico y de apoyo.

En cuanto a los **Centros de Continuidad Asistencial** se dividen en dos tipos en función del personal:

- CCA sin médico, que consta de 2 enfermeras y un celador por turno de trabajo.
- CCA con médico, que consta de médico, enfermera y celador por turno.

Además, en el ámbito territorial de las DA de Atención Primaria pueden existir:

- **Unidades de atención a Residencias (UAR) de Atención Primaria:** recurso de apoyo para las personas profesionales de los centros de salud a los que estén adscritas las personas residentes y apoyan en asistencia sanitaria a los centros sanitarios y sociosanitarios.
- **Equipos de soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD):** dan apoyo a las y los pacientes y a sus familias en relación a sus necesidades de atención paliativa.

Ambas unidades están compuestas por un equipo multiprofesional formado por médicas/os de familia, enfermeras/os, farmacéuticas/os, TCAE y auxiliares administrativas/os.



Por su parte, la central de la **Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP)**, es donde se encuentran todos los departamentos centralizados, tales como Recursos Humanos, Obras y Mantenimiento, Suministros, Farmacia, Gestión Económica, Servicio de Prevención Propio, etc. y el personal destinado en esos departamentos.

También existen **almacenes**, uno en cada DA. Distribuyen el material necesario para los centros de salud, consultorios y CCA, y cuentan especialmente con **celadores y celadoras** como personal de almacén, ya que no existe en Sanidad la categoría propia que correspondería a un mozo/a de almacén, almacenero/a, etc.





03. Atención Primaria durante la pandemia

No cabe duda que durante la pandemia de la COVID-19 el Sistema Nacional de Salud en general y la Atención Primaria en particular se vieron sometidos a una presión sin precedentes en la historia reciente de nuestro país. La crisis sanitaria tensó la AP hasta una preocupante situación de saturación y agotamiento, lo que abocó al sistema a un escenario cercano al colapso asistencial.

La OMS emitió desde el inicio de la pandemia sucesivas recomendaciones a los Estados sobre la necesidad de apoyar la Atención Primaria. Incluso antes de la pandemia, ya se visibilizó la sobrecarga de trabajo que venían sufriendo los y las profesionales de este ámbito.

Al inicio de la pandemia se cerraron centros de salud y consultorios locales. **El modelo de asistencia sanitaria se transformó de un modelo presencial en un modelo de atención telefónica** con la finalidad de prevenir contagios del virus en los centros de salud. Sin embargo, esta transición se produjo de manera brusca, con escasos adelantos tecnológicos en ese sentido, en un contexto de gran presión asistencial y sin medidas de refuerzo suficientes, tanto en términos de recursos materiales como humanos, que garantizaran el acceso a la atención primaria de las personas.

El Foro de Médicos de Atención Primaria alertó que en España, **entre los meses de marzo y septiembre del 2020, las llamadas se incrementaron en más de un 400% en algunos centros de salud**, y pidió la mejora de la red de telefonía y la atención de la misma, obsoleta e insuficiente. Asimismo, las personas sin sintomatología COVID-19 que decidían trasladarse a los centros médicos ante un sistema telefónico al borde del colapso, tampoco recibieron atención sanitaria en los centros médicos, acogiendo la recomendación de volver a sus domicilios y esperar la llamada del personal sanitario, postergándose más su atención.

Ante esta falta de recursos suficientes, servicios como la atención domiciliaria se redujeron, afectando a la atención sanitaria de personas que no podían acceder a los centros por su condición física o de salud. Asimismo, **las listas de espera en la atención primaria se incrementaron.**

La otra crisis

Si bien es cierto que ningún sistema sanitario podía estar preparado para una pandemia de tal magnitud, el país entero afrontó la irrupción de la crisis sanitaria con un sistema sanitario que requería mayor inversión.



La falta de inversión en el Sistema Nacional de Salud, que ha afectado en mayor medida a la Atención Primaria, la escasez de profesionales sanitarios y las condiciones en las que han realizado su trabajo han tenido un impacto en el derecho a la salud de las personas cuando más lo necesitaban.

En el Informe *La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018*⁷, Amnistía Internacional analiza lo que ha supuesto la falta de inversión en el SNS. Mientras que el Producto Interior Bruto (PIB) se incrementó en un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público –en dinero constante– se redujo en un 11,21% y la inversión sanitaria pública per cápita lo hizo en un 10,54%. Asimismo, el porcentaje que representa el gasto sanitario público de España del PIB, un 6,4% –según fechas publicadas en 2018– está muy alejado del porcentaje de inversión que dedican países como Alemania (9,7%), Francia (9,4%), Suecia (9,3%), Dinamarca (8,5%) y Países Bajos (8,2%)⁸.

La escasez de profesionales sanitarios es un hecho, y en nuestro país, antes de la pandemia, la Atención Primaria ya estaba infradotada de personal. La ratio de enfermería por cada 1.000 habitantes en 2018 era de 0,66 y la de personal médico en atención primaria de 0,77, cifras que apenas se han modificado desde 2009. En la comparativa con la Unión Europea, España está por debajo de la media respecto al personal médico de AP, y muy alejada de países como Portugal, el país con mejor ratio (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42)⁹.

Otro dato destacable tiene que ver con la alta temporalidad que sufren los y las trabajadoras del sector sanitario. Según una encuesta de la Organización Médica Colegial realizada antes de la pandemia y publicada en 2020, la tasa de temporalidad en el sistema sanitario público español afecta a más del 36% de las médicas y médicos encuestados. De estos, el 55,4% lleva más de seis años sin conseguir una plaza mediante concurso oposición¹⁰. La misma encuesta realizada un año antes mostraba que el 27,1% de quienes

⁷ Amnistía Internacional.: "La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018". <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/recordmedia/1@000032500/object/43241/raw>

⁸ Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm

⁹ Amnistía Internacional: "La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019".

¹⁰ OMC-CESM. Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España. 5ª oleada-2018. Disponible en: <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2019/01/InformeAP-Documento-final.pdf>



no disponían de una plaza fija llevaban entre once y veinte años en la misma situación, y un 11,9% llevaba más de veinte años, lo que representa una precariedad cronicada.

En 2017 solo el 6,9% de los contratos de médicos y médicas de familia fueron indefinidos, frente al 9,4% de médicos hospitalarios, y el 70% de esos contratos fueron de menos de un mes. En el caso de la enfermería en Atención Primaria, la temporalidad es del 19%.

La precariedad se concentra en el personal médico joven (menores de 40 años), donde solo el 15,2% tenía plaza fija en 2017 en el sistema público¹¹. La precariedad afecta especialmente a las mujeres menores de 40 años y con nacionalidad extranjera. El Marco Estratégico para la Atención Primaria establece como objetivo mantener una tasa de temporalidad en AP inferior al 8%. Sin embargo, la situación real dista mucho del objetivo marcado.

Colectivos vulnerables

Según Amnistía Internacional, las personas que sufrieron de manera desproporcionada las barreras de acceso a la Atención Primaria fueron las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas, con enfermedades de salud mental, las personas inmigrantes y también, de manera especial, las mujeres.

Las **personas mayores, con enfermedades crónicas y enfermedades de salud mental** tienen mayores necesidades de salud y por lo tanto una mayor dependencia del sistema sanitario. Un sistema que, al no contar con suficientes medios y centrarse principalmente en la gestión de la pandemia, no integró de manera adecuada el derecho a la salud y las necesidades especiales de salud de estos grupos en el diseño de la respuesta a la pandemia.

Por su parte, las personas **inmigrantes** vieron incrementadas sus barreras de acceso al sistema. La legislación estatal, el Real Decreto Ley 7/2018, no garantiza la plena universalidad en el acceso a la atención sanitaria. Tampoco han existido campañas de información para la población inmigrante de las medidas autonómicas y algunas de estas personas encontraron barreras relacionadas con el idioma en el acceso a la atención sanitaria vía telefónica.

¹¹ Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Ministerio de Sanidad.



Finalmente, las **mujeres**, que representan el 75% de las personas cuidadoras, sufrieron de manera especial el impacto de una AP debilitada, y tuvieron que asumir mayor carga de cuidados de las personas enfermas ante la falta de recursos sanitarios accesibles. Asimismo, y teniendo en cuenta el incremento de la violencia de género que se produjo en el inicio de la pandemia en el conjunto del Estado Español (las llamadas al 016 se incrementaron entre enero y abril de 2020 en más de un 1.000%, y las consultas online sobre violencia de género en un 67,3%) la AP no tuvo la capacidad de identificar a una parte de las mujeres víctimas de violencia de género, y por tanto, no pudieron recibir el “cuidado” que pudieron precisar.

El personal sanitario

Por otra parte, **las y los profesionales sanitarios desempeñaron un papel extraordinario en la respuesta a la pandemia**, arriesgando su salud y su bienestar, a menudo en circunstancias muy difíciles y con muy poco apoyo para garantizar el acceso de la población a su derecho a la salud.

Durante los primeros meses de la pandemia y según la Organización Mundial de la Salud, el personal sanitario representó el 10% del total de casos de coronavirus registrados en todo el mundo. En España, el nivel de contagios en este colectivo alcanzó un nivel inasumible: más del 20% de personas infectadas pertenecían a este grupo (52.746 casos hasta el 17 de julio de 2020)¹². Uno de los más vulnerables, al situarse en la primera línea de actuación contra la pandemia.

En julio de 2021, y según cifras del Ministerio de Sanidad, más de 106.000 profesionales de la salud habían contraído la COVID-19 y 65 habían fallecido como consecuencia de ella.

Las mujeres, que constituyen la mayoría de la fuerza laboral del Sistema Nacional de Salud, representaron el 78% del personal sanitario contagiado. La falta de acceso a suficientes equipos de protección individual (EPI) situó a España en el mes de abril como el país de Europa con más personal sanitario infectado de Europa.

La **sobrecarga asistencial** llegó a alcanzar en algunos centros de Atención Primaria cifras de hasta 100 pacientes al día por personal facultativo, junto con una

¹² Datos del Ministerio de Sanidad citados en Informe elaborado por Médicos sin Fronteras sobre la protección del personal sanitario durante la COVID-19 en España. Julio, 2020.



percepción de no poder atender a todas las necesidades de salud de la población y no contar con las condiciones idóneas en las que realizar diagnósticos, generó un incremento de problemas de salud mental y un alto grado de desgaste profesional. Las mujeres sanitarias también se han visto especialmente afectadas porque a la sobrecarga asistencial se sumó el trabajo de cuidados en el espacio doméstico, conllevando niveles adicionales de estrés y sufrimiento.

La gestión de la Atención Primaria durante la pandemia y el derecho a la salud

La gestión de la AP tuvo como consecuencia importantes barreras en el acceso a la asistencia sanitaria. Ya hemos visto cómo las personas con más problemas de salud y mayor dependencia del sistema fueron las más afectadas. Por otro lado, la merma en la accesibilidad también tuvo un impacto en pacientes que han recibido atención con retraso, lo que podría haber agravado su estado de salud o pospuesto un diagnóstico.

A continuación, se enumeran algunas de estas barreras:

- **Pérdida de acceso y deterioro de la calidad** debido al cierre de centros y a la pérdida de contacto con el personal sanitario de referencia.
- **Cambio de modelo asistencial.** Con la llegada de la pandemia, las autoridades sanitarias adoptaron protocolos que modificaron el modelo asistencial. Las consultas presenciales dejaron paso a la atención telefónica para evitar los contagios y este cambio de modelo se produjo sin contar con los avances tecnológicos necesarios.
- **Reducción de la accesibilidad en los centros abiertos.** En los centros de salud que permanecieron abiertos, el Ministerio de Sanidad adoptó un protocolo¹³ que incluía un sistema de triaje para atender a las personas que decidían ir presencialmente. Al finalizar el estado de alarma y aliviarse las medidas de confinamiento, las personas que habían postergado su necesidad de atención sanitaria acudieron a los centros ante la dificultad de conseguir una cita por teléfono, generándose situaciones de colapso en muchos de estos centros.

¹³ Ministerio de Sanidad. Documento técnico: "Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19" https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf



- **Listas de espera que se alargan.** La creciente presión asistencial sobre el sistema y la falta de recursos humanos suficientes provocaron un incremento de las listas de espera.
- **Tiempos de consulta que se acortan debido a la presión asistencial.** El Foro de Atención Primaria ha advertido que las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, dedicando un mínimo de 10 minutos por paciente.
- **El vínculo entre profesionales y pacientes se rompe.** La pérdida de accesibilidad, el modelo de asistencia sanitaria, los cupos sobredimensionados de pacientes por profesional, la escasez de recursos humanos y la falta de estabilidad laboral del personal sanitario han quebrado en gran medida el vínculo entre las y los profesionales de la AP y los y las pacientes, pilar esencial de la calidad del servicio.

Existen estudios que muestran que realizar un seguimiento de la salud y la enfermedad de las personas, es decir desarrollar un vínculo, conocer a los y las pacientes, sus familias y su comunidad, tiene resultados altamente eficaces, y es una de las razones por las que los sistemas sanitarios basados en la AP son más eficientes y equitativos¹⁴.

- **La atención domiciliaria reducida.** El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria ya advertía en 2019 que se había producido cierto abandono de la atención domiciliaria¹⁵. Durante la pandemia, esta tendencia se agudizó, viéndose afectadas en mayor medida personas encamadas o con dificultades para la movilidad, o pacientes que en otro momento hubiesen sido hospitalizados. Pacientes extremadamente vulnerables no tuvieron acceso suficiente a cuidados profesionales, transmitiendo esa carga a las familias, principalmente a las mujeres.
- **El incremento de la carga asistencial debido a las ausencias por IT** (Incapacidad Temporal) de profesionales, algunas de muy larga duración. Por ejemplo, se produjeron bajas por COVID persistente del personal de AP que no fueron cubiertas.

¹⁴Barbara Starfield: B. "Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services". SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26: 20-26.

¹⁵ Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 10 de abril de 2019.



La pandemia dificultó las condiciones de seguridad y salud de los y las profesionales de AP

Durante la pandemia, las y los profesionales de Atención Primaria no contaron con los Equipos de Protección Individual (EPI) suficientes en el ejercicio de su trabajo, debido a la escasez que, en un primer momento, toda la sociedad en su conjunto padecimos. La desprotección fue mucho más acusada al principio de la pandemia, en su fase más aguda. A pesar del alto porcentaje de contagios en el sector sanitario, el personal tampoco tuvo acceso a las pruebas de diagnóstico PCR durante las primeras semanas de la pandemia. El documento *Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios* del Ministerio de Sanidad, del 31 de marzo de 2020, ni siquiera exigía la PCR al personal sanitario que había sido contacto estrecho sin EPI con caso posible, probable o confirmado de COVID-19, aunque recomendaba la cuarentena domiciliaria durante catorce días. Únicamente incluía que “se valoraría” la realización de una PCR a los siete días.

Por otro lado, la sobrecarga asistencial se vio incrementada a unos niveles sin precedentes. Esta situación, junto con la sensación de no contar con los medios adecuados para atender todas las necesidades de salud de la población, ni con las condiciones idóneas para realizar diagnósticos, provocó niveles crecientes de **sufrimiento, malestar y desgaste profesional**.





**04. La intención:
conocer para avanzar**

De todo lo compartido hasta ahora: la importancia que desde todas las instituciones (internacionales, nacionales y regionales) se le da a la AP, el entramado que supone su organización, las personas que la componen, los objetivos que persigue..., se desprende el **importante activo que suponen los y las profesionales que en este servicio se integran y la necesidad de que sean cuidados para poder “cuidar-nos”**. Sin embargo, con demasiada frecuencia se nos olvida esta necesidad, que es una premisa indiscutible si se quiere proporcionar un servicio asistencial de calidad; si todas y todos queremos sentirnos atendidos, no sólo desde la profesionalidad, sino desde la empatía, la resiliencia y el cuidado amable. **Necesitamos que todo el equipo multidisciplinar que nos atiende en nuestros centros de Atención Primaria tenga unas condiciones de trabajo que protejan su salud física, mental y emocional.**

Sin embargo, la realidad dista mucho de esta necesidad: según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2023)¹⁶ las condiciones laborales del sector sanitario en general han ido transformándose a un ritmo similar al propio avance de la medicina, y en un intento por satisfacer las expectativas de la calidad de la atención sanitaria se han generado nuevos riesgos psicosociales asociados a la intensificación del trabajo asistencial.

En este sentido, Matheson, Robertson, Elliott, Iversen y Murchie (2016)¹⁷ refieren la sobrecarga y las presiones de tiempo en la AP. Los problemas de sobrecarga incluyen: la carga laboral, la sobrecarga de información y los volúmenes de papeleo, al mismo tiempo que se manejan los aspectos prácticos de la atención al paciente. Las presiones de tiempo incluyen los horarios limitados con los pacientes, los turnos y la necesidad de descansos suficientes para mantener la concentración.

Conocer la realidad de los Equipos de Atención Primaria resulta imprescindible para ver en qué estamos fallando y considerar si desde la prevención de riesgos laborales, existen medidas que sirvan para proteger la seguridad y su salud de estos equipos y que puedan ofrecer una asistencia de calidad a las personas que necesitamos ser atendidas.

¹⁶ <https://osha.europa.eu/es/publications/psychosocial-risks-health-and-social-care-sector>

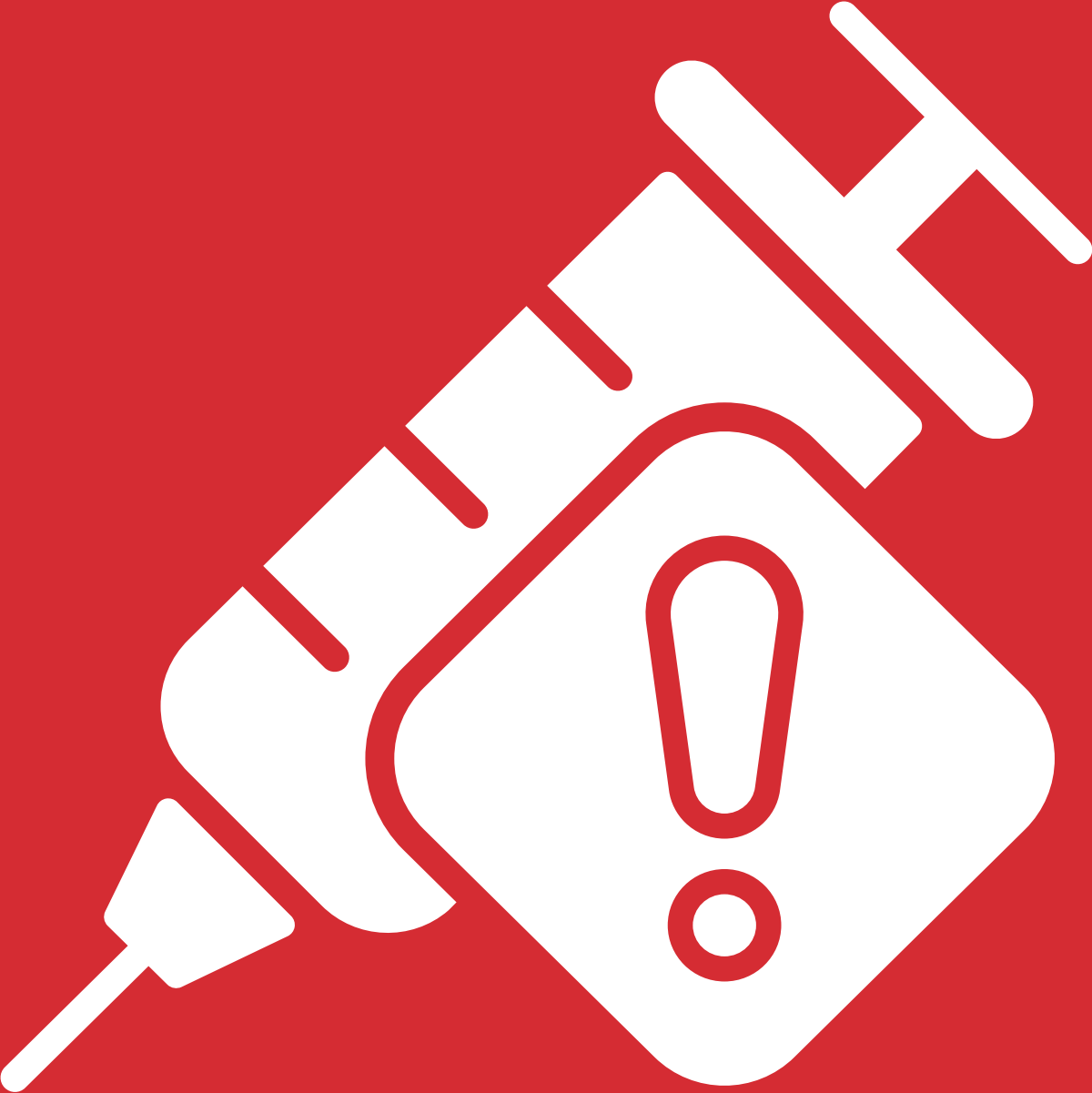
¹⁷ Matheson, Robertson, Elliott, Iversen y Murchie (2016). “Resiliencia de los profesionales de atención primaria que trabajan en entornos difíciles: un estudio de grupos focales”. *Revista Británica de Medicina General* (bjgp.org)



Bajo esta premisa, decidimos abordar esta guía. Algunas preguntas que nos surgían y a las que queríamos dar respuesta son las siguientes: ¿en qué condiciones están trabajando los trabajadores y las trabajadoras de Atención Primaria?, ¿cuentan con los recursos suficientes (tiempo, formación específica, material...) tanto para atender a los y las pacientes como para mantener y mejorar sus conocimientos?, ¿disponen de la suficiente autonomía para sentirse partícipes del proceso organizativo que condiciona la forma de atención?, ¿el y la profesional tiene algún tipo de incentivo adecuado que mejore su implicación en el sistema redundando en una mejora de la asistencia?

Nuestro propósito no se ha centrado en conocer únicamente la realidad de estos profesionales en el momento actual, sino acercarnos a la realidad, su realidad, en los últimos años. En concreto, desde la pandemia protagonizada por el virus de la COVID-19. Todas esas preguntas nos las planteábamos hace dos años y nos las hemos vuelto a reformular en este último. A continuación, explicamos cómo hemos intentado dar respuesta, para tener una aproximación a los cambios que el servicio de Atención Primaria puede haber experimentado, según los y las profesionales en él adscritos.







05. El método: cómo nos acercamos a la realidad de los trabajadores y trabajadoras de Atención Primaria

En primer lugar, conviene señalar que los resultados que se presentan en el siguiente apartado son extraídos a través de una encuesta de percepción que se envió en dos períodos de tiempo diferentes y que o para el análisis de los resultados, hemos hecho uso, además de la bibliografía que hemos considerado de interés, otra metodología cualitativa como es un grupo de discusión. Con esto queremos recalcar que **no es éste un estudio con una muestra que permita que se hagan inferencias estadísticas a nivel de toda la AP, sino que nace con la intención de ser el acercamiento a la realidad de una parte de estos trabajadores y trabajadoras según los datos que disponemos para la realización de esta guía, dada la participación en la cumplimentación de determinados cuestionarios y la participación de algunas de estas personas en un grupo de discusión.**

En un primer momento, para la recogida de datos recurrimos a la elaboración de un **cuestionario "on line"**, a través de la aplicación de Google (Google Forms). Se diseñó una encuesta de percepción, cuyo enlace para la cumplimentación se envió a **delegados y delegadas del sector para que, a su vez, lo hicieran llegar a trabajadores y trabajadoras de los distintos centros de AP de nuestra comunidad.**

Dicho cuestionario se co-creó entre diferentes personas. En concreto, fue fruto del trabajo conjunto de la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid y la Secretaría de Salud Laboral de la Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios de CCOO de Madrid. Resultado de diferentes reuniones y conversaciones, surgió un cuestionario que se envió a numerosos profesionales del sector, garantizando el estricto anonimato y la protección de datos.

Se lanzó, en una primera vuelta, en el mes de septiembre de 2021 y se volvió a enviar en mayo de 2023, con alguna modificación en el planteamiento de las preguntas, dado que de una encuesta a otra nos separan casi dos años y se hacía necesario reformular algunas de las cuestiones. En concreto, en la primera encuesta, en el apartado relativo a la salud, se incluían dos preguntas relacionadas con la COVID-19: si has padecido COVID-19 y en caso de haberlo padecido, si en ese momento, presentas algún tipo de secuela o síntoma.

El total de participantes fue sensiblemente diferente según los años, con una participación algo menor en 2023. En concreto, recibimos 281 respuestas en 2021 frente a 141 en 2023.



Con el firme propósito de compartir, a través de este documento, el sentir de las personas trabajadoras de AP, quisimos darles voz y que fueran ellos y ellas los verdaderos protagonistas de esta publicación. Fue nuestra intención, desde el principio, que tuvieran una participación activa y no solo “colaborativa”. Por eso, más allá de la cumplimentación de una encuesta, quisimos contar con algunos delegados y delegadas de prevención de diferentes centros de AP, como representantes de las personas trabajadoras en sus centros y conocedores de su realidad, para que nos ayudaran a analizar los datos extraídos de los cuestionarios en un **grupo de discusión**.

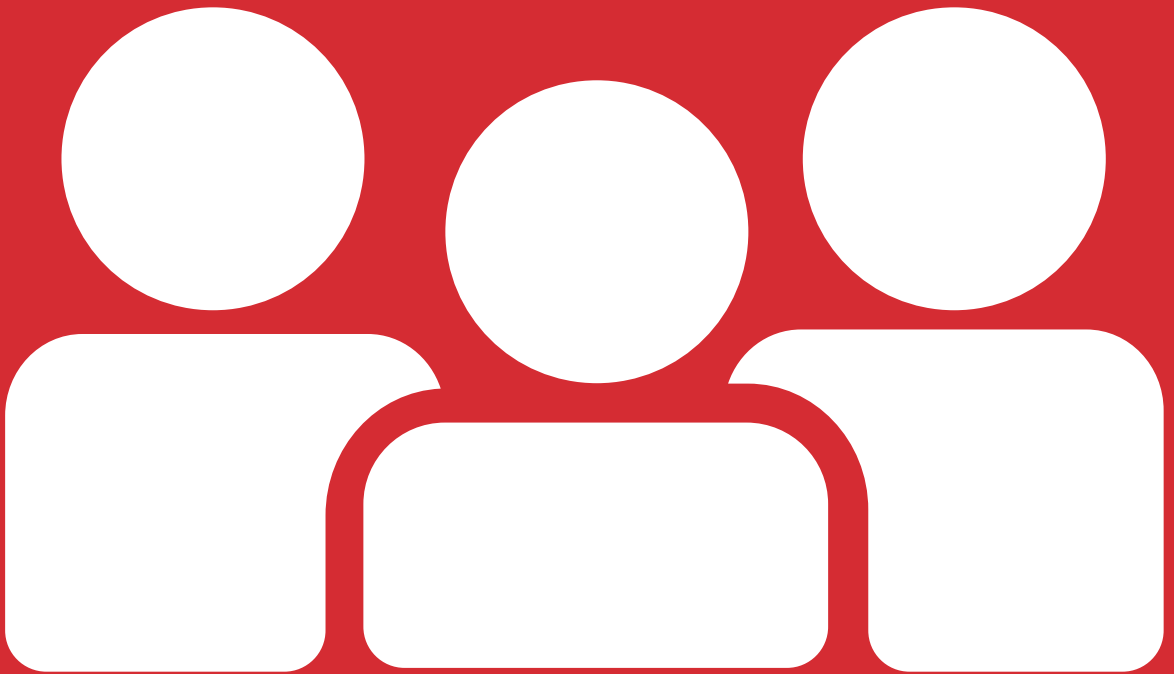
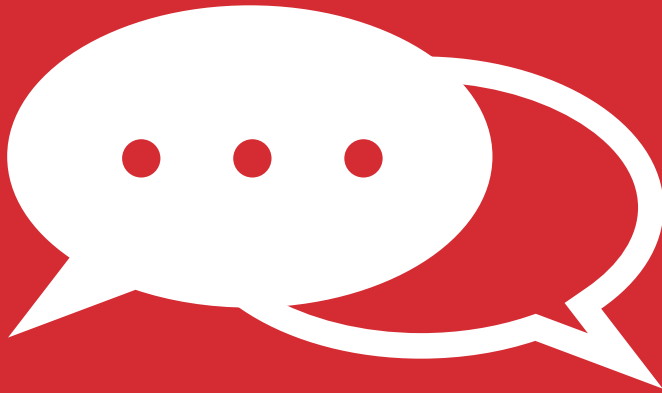
En concreto organizamos un grupo de discusión con 7 delegados y delegadas de prevención y representantes de las personas trabajadoras, en su mayoría mujeres, de AP. Se cuidó que la participación fuera heterogénea, para dar voz y poder hacer un análisis de los datos lo más enriquecedor posible. Así que contamos con la intervención de personal administrativo, facultativo, enfermería y celador.

La reunión se llevó a cabo, en un clima de respeto y libertad, se presentaron los datos derivados de las encuestas por años y, a través de la revisión y la reflexión conjunta, pudimos adquirir un conocimiento aproximado de lo que han venido soportando y sosteniendo las trabajadoras y los trabajadores de AP en los últimos años, en momentos de pandemia y postpandemia.

La sesión fue grabada para poder ser analizada con posterioridad de forma detallada y extraer las conclusiones que en esta guía se comparten.

Señalar que el grupo de discusión es una metodología de investigación empleada para recoger datos a través de la interacción realizada por un grupo de personas determinado, escogido a modo de muestra y de forma muy cuidadosa, para discutir sobre un tema del cual se pretenden extraer una serie de conclusiones. La idea general que engloba estos grupos, también llamados grupos focales, es generar un espacio de seguridad, donde mantener un diálogo abierto y distendido en relación a un tema específico, en este caso, las condiciones de trabajo del personal de AP durante un período de tiempo definido, a la vez que observar y poner atención en las actitudes de las personas participantes y protagonistas de esta guía.







06. Los resultados: qué nos encontramos

Quiénes están detrás de los datos que manejamos

Como se comentó en anterioridad, la participación en 2021 fue mayor, con una diferencia de 140 respuestas más recibidas en el primer año de referencia. No obstante, el perfil de las personas que en ambos momentos cumplimentaron la encuesta se muestra casi idéntico: fueron en su mayoría mujeres (el 83% del total de repuestas cada uno de los períodos), con una edad comprendida entre los 40 y los 59 años, trabajadoras en una dirección asistencial o gerencia como auxiliares administrativos, enfermeras y/o personal facultativo. En concreto, la distribución de los y las participantes atendiendo al colectivo al que pertenecen queda reflejada en la siguiente tabla:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN COLECTIVO		
Facultativo (médico de atención primaria, pediatra, odontólogo)	47	31
Dirección Asistencial / Gerencia	0	0
Enfermero/a	62	28
Fisioterapeuta	6	4
Trabajador social	7	0
Higienista dental	14	0
Técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)	18	10
Dirección Asistencial/Gerencia	0	0
Administrativo/Gestión / Dirección Asistencial /Gerencia	3	1
Auxiliar Administrativo	92	38
Celador/a	26	9
Residentes	0	0
Personal en prácticas	0	0
Personal de limpieza	0	0
Otros	6	20
TOTAL	281	141

El hecho de que la mayoría de las respuestas vengan de mujeres no resulta un dato nada extraño si tenemos en cuenta que el sector sanitario y sociosanitario es un sector altamente feminizado.



Qué responden cuando les preguntamos por su salud

De nuevo insistir en que los encuestados indican que durante la pandemia de la COVID-19, los y las profesionales de Atención Primaria trabajaron en condiciones laborales inseguras, con escasez de medios de protección, gran incertidumbre, falta de conocimiento científico y protocolos de trabajo rápidamente cambiantes para el abordaje de los casos y contactos de infección por la COVID-19, con una alta presión asistencial, largas jornadas de trabajo, suspensión de permisos y vacaciones, e incluso cambios de sus puestos de trabajo. Todo ello contribuyó a que se convirtieran no solo en primeras víctimas de la pandemia, sino también en segundas víctimas de los eventos adversos sucedidos durante la misma. Esta realidad es la que parece estar detrás de que, casi la mitad de las personas que respondieron a la encuesta, dijeran que, en el 2021, en concreto en los últimos meses de ese año, su estado de salud general empeorara.

Sin restarle importancia a este dato, el resultado se entiende de lo vivido en los momentos de pandemia, en 2023 el número de respuestas en este sentido fue mucho mayor. Y es que del total de respuestas dadas (141), el 72% de las personas encuestadas dice haber sentido un empeoramiento de su estado de salud general en los últimos años.

Cuando la pregunta ahonda en la parte de salud psicológica, y no en el estado de salud general, del total de respuestas dadas el primer período de análisis (281), un 62% de las personas dicen haber sentido un empeoramiento de su salud mental. Nada extraño si atendemos a los datos que publicó la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en 2020 y que revelaban un aumento del 25% de la depresión y la ansiedad en todo el mundo, con motivo de la COVID-19¹⁸.

En el segundo periodo, es el 71% de los y las 141 participantes los que dicen estar empeorando su estado de salud mental terminada la pandemia.

En concreto, los datos facilitados por la Unidad de Valoración y Orientación del Personal Sanitario Enfermo (UVOPSE), primera unidad creada para el desarrollo del programa PAIPSE, manifiestan, efectivamente, un incremento casi exponencial de la demanda de este servicio. En 2014 fueron 197 los y las profesionales que lo demandaron, en 2022 han sido 1.165 las personas atendidas, siendo éstas mayoritariamente trabajadores y trabajadoras de Atención Primaria.

¹⁸ https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_856931/lang-es/index.htm



Los pacientes activos aumentan cada año en una media de 200, lo que ha supuesto un aumento en la demora de atención, situándose la primera cita en un mes y sucesivas citas en 55 días para psiquiatría y 45 para psicología. La media de atenciones por profesional sanitario sería de entre 6 a 7 anuales.

En cuanto al tipo de patología, los trastornos adaptativos representan el mayor número de atenciones, casi el 50% de las consultas. Uno de cada tres pacientes activos se considera un caso complejo.

Por último, en cuanto al COVID persistente, constatamos que se está dando la situación de profesionales con este diagnóstico, aquejados tanto por el desgaste profesional como por el estrés asociado a la sobrecarga de trabajo. Situación muy influenciada por la presencia del riesgo psicosocial.

Y en relación a sus condiciones, qué opinan: ¿son ahora más o menos precarias?, ¿han aumentado o han disminuido las exigencias en su puesto de trabajo?

La RAE (Real Academia Española) define la acción de "precarizar" como: "*Convertir algo, especialmente el empleo, en precario, inseguro o de poca calidad*". Y se refiere al adjetivo "precario" como: "*Que no posee los medios o recursos suficientes*"¹⁹.

De ambas acepciones se deriva que la precariedad laboral haya sido definida en función de cuatro grandes dimensiones: la inestabilidad en el empleo, la vulnerabilidad, los menores ingresos, y la menor accesibilidad de la población afectada a prestaciones y beneficios sociales²⁰.

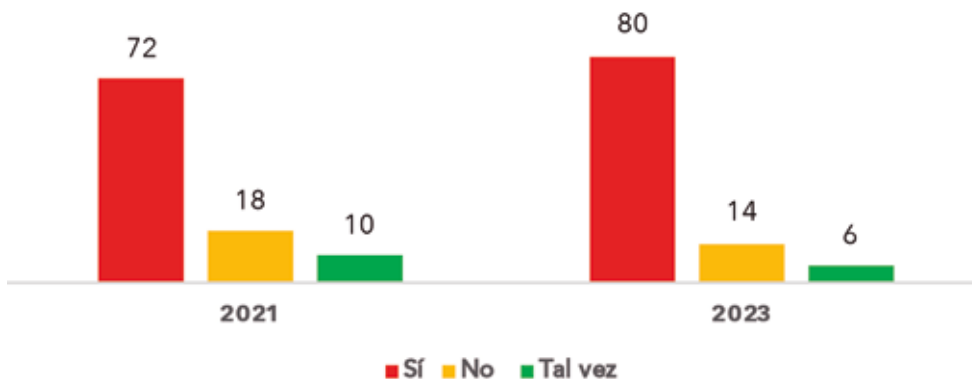
Cuando a los trabajadores y trabajadoras de AP les preguntamos por sus condiciones de trabajo, en 2021 contestaban que habían empeorado un 72% del total de encuestados y encuestadas en ese período y el 80% del total de las personas encuestadas después de la pandemia.

¹⁹ <https://www.rae.es/>

²⁰ <https://istas.net/salud-laboral/trabajos-trabajadores-y-colectivos/trabajo-precario/formas-de-la-precariedad-laboral>



GRÁFICO 1. EN LOS ÚLTIMOS MESES, SE HA PRECARIZADO TU PUESTO DE TRABAJO O HAN EMPEORADO SUS CONDICIONES? (%)



En caso afirmativo, indica cómo:

GRÁFICO 2. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021



GRÁFICO 3. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023



Sin justificar lo sufrido en los momentos de la crisis global que padecemos toda la población mundial y, en especial, sectores como el sanitario y el sociosanitario, lo que parece claro es que fue una crisis difícil de enfrentar y que conllevó, inevitablemente, trabajar en condiciones donde los imprevistos, sobre todo en un primer momento de aparición del virus, formaban parte de una normalidad nada “normal”. Esos imprevistos implicaron trabajar en condiciones hasta ese momento nunca vistas y que, inevitablemente, suponían una mayor precariedad en términos de jornada, salario, compensaciones... Ahora bien, lo que no parece entendible ni justificable es que, pasada la crisis y de vuelta, ahora sí, a la normalidad, las personas trabajadoras del ámbito de la salud sientan que sus condiciones de trabajo no solo no han mejorado, sino que han empeorado. Sin embargo, es lo que nos encontramos. Durante 2021-22 contestaron que, sobre todo, soportaron el tener que realizar nuevas tareas y funciones y realizar horas extras y en 2023 siguen respondiendo que están sufriendo las mismas condiciones precarias, con un aumento de las respuestas en relación a la contratación; lo que significa que ahora no solo dicen desarrollar nuevas tareas y funciones y un alargamiento de jornada en forma de horas extraordinarias, sino que además también el sistema de contratación se ha precarizado.

Es importante subrayar que algunas condiciones de trabajo pueden generar riesgos psicosociales como por ejemplo: imposibilidad de aplicar habilidades o conocimientos y de aprender otros nuevos, la falta de influencia y tener más trabajo del que se puede hacer en el tiempo asignado pueden ser nocivos para la salud, independientemente de la personalidad de las personas expuestas o de sus circunstancias personales. La consecuencia más inmediata de estos riesgos es el estrés e incluyen diversos aspectos para la salud, tanto física como mental y social.





Y son riesgos y daños que llevan soportando muchas personas trabajadoras de la AP, si tenemos en cuenta las respuestas dadas desde 2021 hasta ahora. En concreto, el 80% y 83% de los y las encuestadas, respectivamente, consideran que las exigencias de su puesto de trabajo, en los últimos meses, han aumentado.

GRÁFICO 4. ¿HAN AUMENTADO LAS EXIGENCIAS DE TU PUESTO DE TRABAJO EN LOS ÚLTIMOS MESES? (%)



Y esto es lo que dicen cuando se les pide que respondan, ¿de qué manera?:

GRÁFICO 5. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021

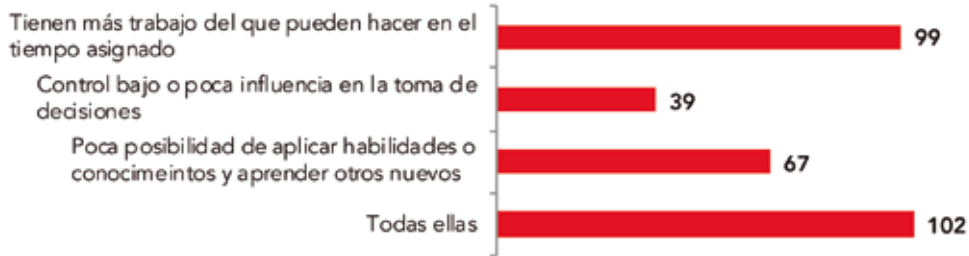


GRÁFICO 6. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023



Y con estas condiciones de trabajo, ¿cómo se sienten?

Como se ve en el gráfico que se presenta a continuación, las respuestas que con más frecuencia se repiten en ambos períodos de tiempo son: el agotamiento y/o fatiga, insomnio o alteraciones del sueño y frustración de las expectativas.

En 2023, la frustración está por encima del insomnio y de nuevo el desánimo y la apatía pueden estar detrás de esta percepción. No es de extrañar que también sientan desapego o distanciamiento y la necesidad de renunciar o de tener esta idea de forma recurrente.



GRÁFICO 7. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021



GRÁFICO 8. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023



Trabajar en el mundo de la salud, en general, y en el servicio de AP en particular, es todo un reto para los profesionales que ahí desempeñan su trabajo, una labor sin descanso, una noble misión que, sin embargo, puede resultar agotadora, estresante y hasta frustrante si no se organiza adecuadamente; si no se protege eficazmente a los y las profesionales que ahí trabajan para que recibamos los cuidados que necesitamos.

Mucho se habla de la necesaria vocación que ha de tener el personal sanitario y de aquellos que, sin serlo, realizan su trabajo en los servicios de AP. Se les considera algo así como un ejército lleno de fuerza y resiliencia, capaces de luchar sin descanso, por la única recompensa de saberse cuidando de otras personas. Y eso es algo que se vio, que todos y todas vivimos, y que hasta se aplaudió, en pandemia. Ahora bien, este ejército está formado por seres humanos, que más allá de su vocación, sienten y padecen y si no se les cuida caen y si se caen no podrán cuidarnos.

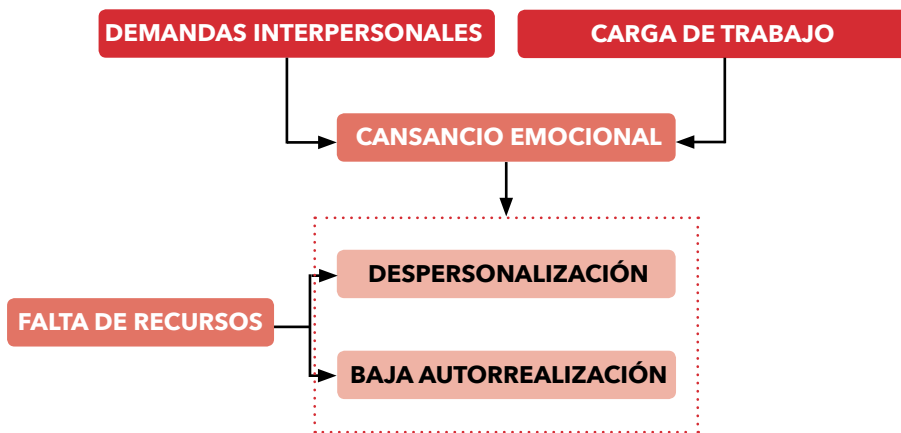


Sintomatología como la que presentan estos profesionales (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización o frustración de las expectativas) son signos inequívocos del denominado “síndrome de burnout” o “síndrome de estar quemado por el trabajo” (SQT).

Pero, ¿qué es el síndrome de estar quemado por el trabajo?

El SQT es una patología derivada de la interacción de la persona con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas y estresantes en el trabajo. Es preciso que en su desarrollo se dé un intercambio relacional, intenso y duradero. En este caso de trabajador/a de AP y paciente. Por eso es una respuesta más frecuente en trabajos de “servicios humanos”, de ayuda o de cuidado, como es el sector sanitario, que en otro tipo de actividades y sectores.

Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento. Cuando los esfuerzos cognitivos y conductuales se han de cambiar constantemente para manejar unas demandas en el trabajo que resultan excesivas y desbordantes para la persona. Esto no significa que el origen o la causa de desarrollar el SQT se deba a un fallo en la funcionalidad psíquica del trabajador o de la trabajadora, sino que son esas demandas, sobre todo emocionales, las que sobrepasan la capacidad y “tolerancia” de cualquier persona a las mismas.



“Modelo de proceso de SQT”. Leiter, 1993.



Muchos trabajadores y trabajadoras confunden estar quemado con estar a disgusto, sensación de hartazgo, de sentirse agobiado o agobiada, tener un mal día en el trabajo, etc., pero en estos casos no se observa la verdadera sintomatología del síndrome, su cronicidad o su intensidad, que se da en las fases más avanzadas después de un tiempo considerablemente largo de exposición a situaciones de estrés, en trabajos asistenciales y/o de atención personal, como el que nos ocupa.

Según la NTP 704 que se comentaba más arriba, *“se trata de un proceso insidioso que habitualmente deriva en consecuencias severas para la persona. Es importante resaltar que esta patología es consecuencia, fundamentalmente por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo”*.

Las posibles **consecuencias** de este síndrome son muy diversas e impactan en la salud de la persona de manera integral, afectando también a la organización, en este caso, el centro de AP de que se trate:

PARA EL TRABAJADOR Y LA TRABAJADORA

Psicosomáticos: cansancio hasta el agotamiento y malestar general, fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.), dolores de cabeza, alteraciones del sueño y desórdenes gastrointestinales (úlceras, pérdidas de peso...).

Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con pacientes, absentismo, consumo excesivo de sustancias nocivas para la salud, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, falta de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, conductas hiperactivas y agresivas.

Emocionales: agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpa, impaciencia, irritabilidad, soledad y alienación. Baja tolerancia a la frustración. Desorientación. Baja realización personal. Depresión.

Actitudinales: desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia pacientes y personas usuarias. Hostilidad, suspicacia y poca interacción.

Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral.

Para la organización

Deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con compañeros y compañeras), disminuye la capacidad de trabajo, el compromiso, el rendimiento y la eficacia. Aumenta el absentismo y la desmotivación. Aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización. Empeora la calidad de los servicios que se prestan. Aumentan las quedas de pacientes y usuarios/as.

Parcialmente extraído de NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. INSHT²¹.

²¹ https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_705.pdf



En su desarrollo, se pueden distinguir varias **fases**:

FASE 1

- Las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, dando lugar a una situación de estrés.

FASE 2

- Sobreesfuerzo de la persona trabajadora como respuesta al desajuste entre demanda y recursos.
- Aparecen síntomas de fatiga y ansiedad.

FASE 3

- Cambio de actitud y de conducta, con el objetivo de defenderse de las tensiones experimentadas.
- Surge la desmoralización y la pérdida de ilusión.

El agotamiento emocional es una respuesta de las personas trabajadoras al sentir que ya no pueden dar más de sí. Esta respuesta de agotamiento de la energía o de los recursos propios es debida al contacto continuo con pacientes y usuarios y usuarias a los que hay que atender en unas condiciones de exigencia no ajustadas a la persona y no sostenibles en el tiempo.

La despersonalización se explica por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte de la persona trabajadora hacia pacientes o usuarios y usuarias de la AP.

Y si hablamos de violencia en el trabajo, ¿qué está pasando con las agresiones al personal sanitario?

Desgraciadamente, los y las profesionales de AP son, con frecuencia, víctimas de maltrato, agresiones y amenazas por parte de los usuarios/as.

Las agresiones a estos trabajadores y trabajadoras son una realidad nada deseada que no solo afecta a la integridad física, mental y el bienestar del trabajador o trabajadora objeto de la agresión, sino que también provoca una disminución de la calidad asistencial y la cohesión del sistema sanitario en general. Situaciones violentas que les ponen en riesgo y pueden provocar efectos nocivos tanto en la seguridad y en la salud de la persona afectada como en el sistema sanitario en su conjunto.

El impacto que un incidente violento puede llegar a producir es muy variable, dependiendo de la naturaleza y gravedad del incidente y de quien haya sido el sujeto pasivo del mismo. En cualquier caso, las situaciones de violencia generan una serie de consecuencias, tales como sentimientos de cólera



o ira, desconfianza general frente a personas extrañas, ataques de pánico y ansiedad, conectados al miedo de que el evento violento pueda volver a producirse. Se pueden dar sentimientos de indefensión, aislamiento, vulnerabilidad, culpabilidad. Y asociado a todos ellos, se suele producir sintomatología física asociada a estrés (trastornos de sueño, del apetito, etc.). Todo ello puede afectar no sólo la vida profesional sino, también, personal. Por ello es importante dar una respuesta rápida y profesional que permita ayudar a recobrase del evento traumático. Este apoyo ha de ser a corto plazo lo más inmediatamente posible al acontecimiento de violencia y a largo plazo. El apoyo a corto plazo debe ser una combinación de apoyo emocional e información y ayuda práctica. En ocasiones, es necesario que el apoyo se prolongue en el tiempo, especialmente cuando las consecuencias físicas o emocionales son duraderas²².

El nivel asistencial de Atención Primaria sufrió con especial virulencia el descontento de los y las usuarios y usuarias durante 2021. El ascenso en la beligerancia comenzó a hacerse patente en la tercera y cuarta ola de la pandemia y llegó a su punto álgido en el pico de la sexta ola, entre diciembre de 2021 y enero de 2022. Mientras que en 2020 y según datos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Atención Primaria, las situaciones conflictivas registradas fueron 929, en 2021 el número de denuncias registradas alcanzó las 1.226, lo que supone un incremento del 31,96%. Sin embargo, en el área hospitalaria, estos conflictos solo aumentaron un 12,25%, pasando de 457 en 2020 a 513 en 2021.

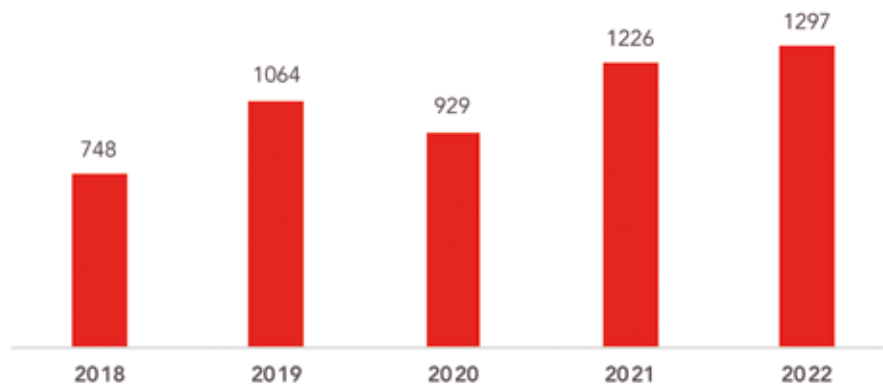
En 2022, las situaciones de conflicto siguen incrementándose. Según los datos facilitados, durante este año se registraron un total de 1.297 agresiones, un 5,79% más que en 2021.

En el siguiente gráfico se muestran las situaciones conflictivas registradas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de AT en el período comprendido entre los años 2018 a 2022.



²² NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. INSSST. Año 1998.

GRÁFICO 9. REGISTRO DE SITUACIONES CONFLICTIVAS (REMAC)



Un 58% de las agresiones ocurren en consulta y, en segundo lugar, en los puntos de admisión e información (29%). La tasa de notificación de agresiones en Atención Primaria es casi 4 veces superior a la tasa de atención hospitalaria.

Tal y como muestra la siguiente tabla, la mayoría de las agresiones registradas son por insultos y amenazas. En 2022 se notifica una agresión física por cada 5,6 agresiones no físicas.

TIPO DE AGRESIÓN	AÑO 2021	AÑO 2022
Agresión física	54	54
Agresión Verbal	935	1007
Amenazas	568	1297
Coacciones	318	333
Daños materiales	22	41

Información facilitada por el SPRL de AP sobre la naturaleza de las agresiones, teniendo en cuenta que en cada comunicación se puede incluir uno o varios tipos de agresiones.

La causa alegada más frecuente de agresión está relacionada con la atención percibida por la persona usuaria, seguido de las relacionadas con las demandas del usuario/a.

Respecto al perfil de la persona agresora no varía con respecto a los años previos. Suele ser un usuario/a o paciente en un 56,13% de los casos, seguido del perfil familiar/acompañante (29,99%), en probable relación con

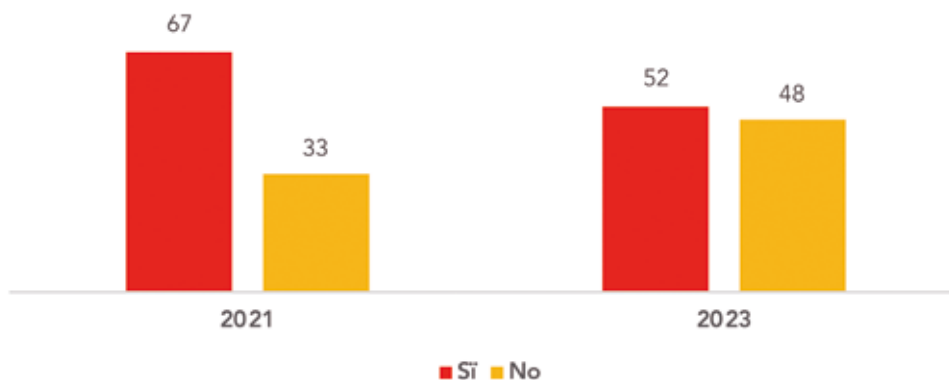


la modificación en las sistemáticas de atención en los centros sanitarios después de la pandemia.

Por último, en las notificaciones que han registrado la variable sexo de la persona que agrede se observa que en un 58% de las veces son hombres y el 20% de estas notificaciones corresponden al perfil de reincidentes.

Quisimos conocer si las personas encuestadas habían sido objeto de alguna agresión o situación violenta por parte de usuarios o usuarias en su puesto de trabajo, y de ser así con qué frecuencia, qué tipo de agresión y cómo se había gestionado. En 2021, un 67% del personal que cumplimenta esta encuesta afirma que ha sido objeto de una agresión. En cuanto a la frecuencia (gráfico 11), el 18% dice padecer este tipo de situaciones a diario y un 28%, semanalmente. En la actualidad (2023) este porcentaje es inferior (52%), y también es algo inferior la frecuencia (gráfico 12), donde un 5% las personas encuestadas dicen padecer este tipo de situaciones conflictivas a diario y un 15% semanalmente, lo que podría suponer una tendencia descendente de las agresiones a las personas trabajadoras de AP.

GRÁFICO 10. ¿HAS SUFRIDO ALGUNA AGRESIÓN POR PARTE DE USUARIOS/AS EN EL TRABAJO? (%)



En caso afirmativo, es decir en caso de haber sufrido una o más de una agresiones, ¿con qué frecuencia?



GRÁFICO 11. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021

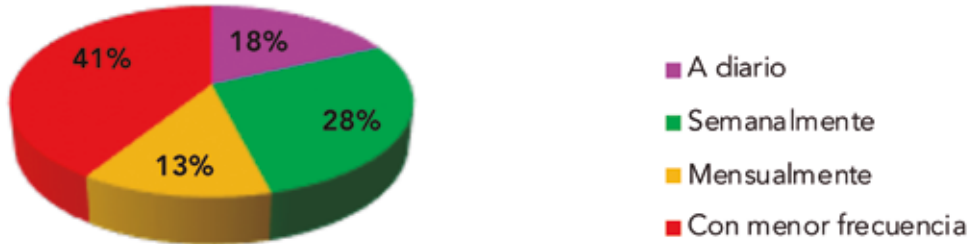
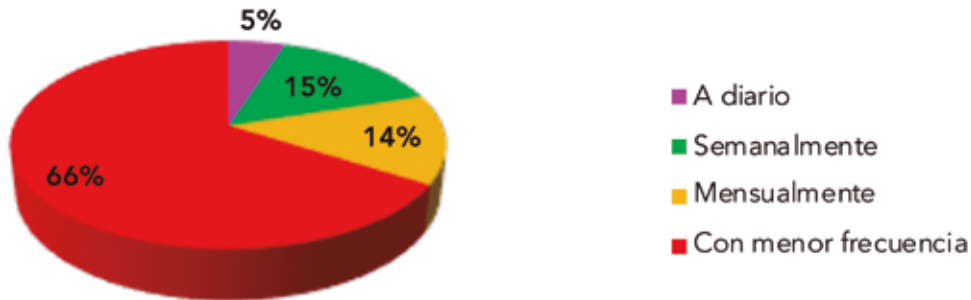


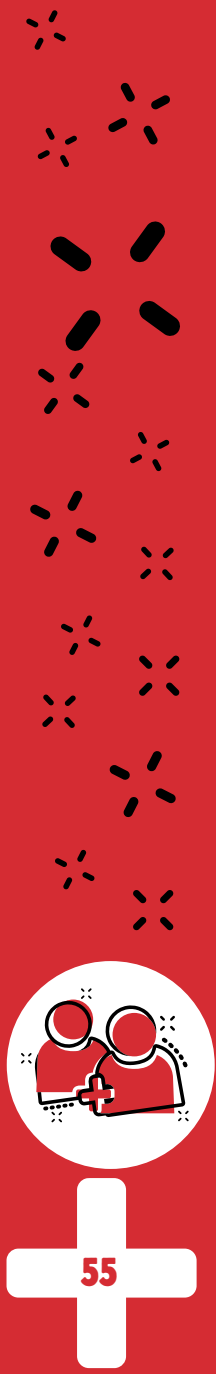
GRÁFICO 12. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023



Sin embargo, estos datos no se corresponden con la información proporcionada por los y las delegadas de CCOO en los centros de salud de la Comunidad de Madrid ni tampoco con los datos facilitados por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Atención Primaria antes mostrados y en los que se evidencia que el número de agresiones, lejos de disminuir, aumenta año tras año. Esto es algo general, no sólo presente en la Atención Primaria y no sólo en nuestra Comunidad. *“Estamos viendo casos de violencia física extrema en hospitales y en otros lugares, en los que las consecuencias han sido muy graves, llegando incluso a perder la vida”.*

De hecho, según el informe elaborado por el Ministerio de Sanidad “Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Nacional, 2022²³, también se confirma esta tendencia al alza, siendo 2022 el año en el que se han notificado más agresiones. Según el propio Ministerio de Sanidad, esto podría deberse a múltiples causas:

²³ Informe de Agresiones a Profesionales del Sistema Sanitario Nacional de Salud 2022. Ministerio de Sanidad.

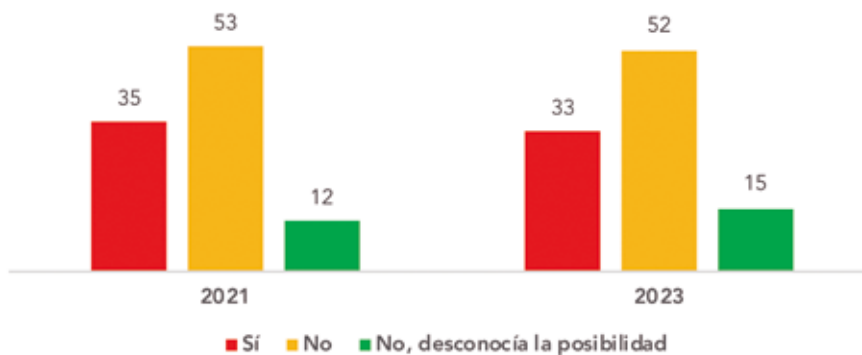


- Una mayor concienciación del problema por parte de los profesionales del ámbito sanitario.
- Las sucesivas modificaciones y actualizaciones realizadas en los sistemas informáticos de cada comunidad autónoma, que permiten recoger de forma más exhaustiva los datos solicitados.
- El incremento real de las agresiones, pese a los esfuerzos en la colaboración, coordinación y actuación entre las CCAA, Ministerio de Sanidad, Ministerio del Interior y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

En la Comunidad de Madrid contamos con un formulario de registro de situaciones conflictivas en los centros e instituciones sanitarias adscritos o dependientes del Servicio Madrileño de Salud conocido como REMAC, así como un Protocolo de actuación ante situaciones conflictivas con ciudadanos en Atención Primaria (abril, 2015)²⁴.

Sin embargo, solo una parte del personal que trabaja en los centros de salud notifica las agresiones, existiendo todavía, numerosos incidentes violentos que no son comunicados: *“la gente no cumplimenta el registro”*. *“Hay mucha gente nueva, que puede que no conozca el protocolo, pero lo normal es que no se rellene porque no hay tiempo”*. *Tampoco ponen interés porque no lo ven efectivo: lo voy a rellenar, me va a quitar tiempo y no me sirve para nada”*. Aparece de nuevo, la nueva la presión asistencial.

GRÁFICO 13. ¿HAS CUMPLIMENTADO EL REGISTRO DE AGRESIONES ALGUNA VEZ? (%)



²⁴ <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/protocolos-prevencion-actuacion-frente-violencia-trabajo-o-conflictos-internos-centros-sermas>



Una agresión no denunciada es un delito no conocido y, por lo tanto, es un delito que “no existe”. Cuando los y las profesionales no denuncian, las agresiones quedan escondidas y sus responsables impunes, propiciando la reincidencia.

Por último, las situaciones de violencia pueden ser de índole física o no física, pero de cualquier manera todas acaban provocando efectos nocivos, tanto para la persona afectada como para el sistema sanitario en su conjunto. El personal de Atención Primaria parece tenerlo claro: *“existe una mayor concienciación, la gente tiene claro que una agresión verbal también es una agresión, sin embargo, es algo que se ha normalizado, sobre todo en determinados puestos como el de admisión”*. *“El problema se puede convertir en algo estructural que redunde en la calidad asistencial que se ofrece”*.

Tanto en 2021 como en la actualidad, el tipo de situaciones violentas vividas por las personas objeto de estudio han sido en su gran mayoría (coincidiendo con los datos oficiales) y tal y como muestran los siguientes gráficos, de tipo verbal.

Si has sufrido algún tipo de agresión, ¿qué tipo de agresión has sufrido?:

GRÁFICO 14. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021



GRÁFICO 15. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023



Actualmente se tiene constancia de la existencia de situaciones violentas e incluso situaciones de acoso en las redes sociales, modalidad de violencia que requiere un enfoque diferenciador y multidisciplinar, y de acoso telefónico, situaciones igualmente intolerables.

De cualquier manera, es necesario acabar con estas situaciones de violencia. Ningún profesional merece ser agredido o agredida en el desempeño de sus funciones. Es incontestable la necesaria labor de continuar con la visibilización de esta problemática, la concienciación y la sensibilización tanto de los propios profesionales como de la población en general, así como el compromiso firme de la Administración y un respaldo jurídico sólido y eficaz.

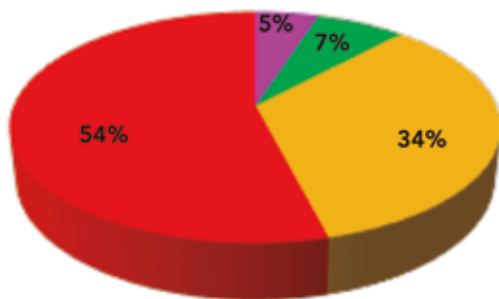
¿Qué salida queda ante una salud afectada por unas condiciones de trabajo precarias, empeoradas con la pandemia, pero en las que es necesario seguir en primera línea de respuesta?

Los datos son claros, tanto en 2021 como en la actualidad, casi la mitad de las personas que han participado cumplimentando esta encuesta (el 46% y 45%), necesita medicarse. Es decir, casi una de dos trabajadoras (en ambas encuestas la respuesta fue mayoritariamente femenina) consume o ha consumido tranquilizantes y/o somníferos para rebajar el nivel de ansiedad e intentar ensordecer los ecos de lo vivido durante la pandemia. Muchas de ellas (el 34% y 32%) lo hacían por primera vez.



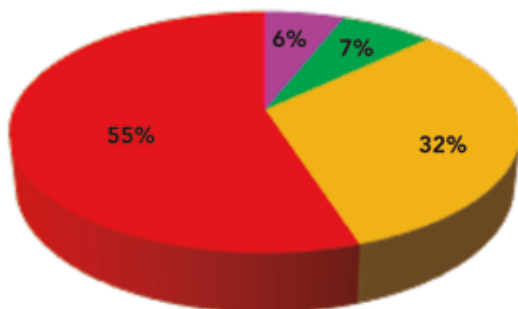
En los últimos meses, ¿has necesitado consumir tranquilizantes/sedantes o somníferos?:

GRÁFICO 16. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021



- Sí, ya los tomaba antes y sigo con la misma dosis
- Sí, ya los tomaba antes pero ahora he aumentado la dosis o he cambiado a otro más fuerte
- Sí, no acostumbro a consumirlos, pero en estos meses lo he hecho
- No

GRÁFICO 17. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023



- Sí, ya los tomaba antes y sigo con la misma dosis
- Sí, ya los tomaba antes pero ahora he aumentado la dosis o he cambiado a otro más fuerte
- Sí, no acostumbro a consumirlos, pero en estos meses lo he hecho
- No

Desde CCOO ya lo venimos advirtiendo y es que el consumo de fármacos y psicofármacos se ha visto incrementado entre la población trabajadora en general y este incremento está estrechamente relacionado con la precarización de las condiciones de trabajo. En algunos sectores como el sanitario o sociosanitario, este patrón de consumo ha sido aún mayor²⁵.

²⁵ <https://www.ccoo.es/b4ee9ad0c1c78c152ea5d609ce5a08da000001.pdf>



Por último, quisimos conocer la opinión que tienen sobre la resiliencia

*Quando los vientos son fuertes
el pesimista se queja
el optimista espera que cambien
y el resiliente ajusta las velas*

(W. Ward)

Aunque estas palabras pueden ser un buen acercamiento sobre lo que es la resiliencia, quizá resulte conveniente ahondar en el significado de una manera no solo poética. Y es que, si bien no existe una definición universal sobre lo que es la resiliencia, según autores como Aburn, Gott y Hoare (2016)²⁶, sí parece haber un consenso general de que la resiliencia implica una adaptación ante la adversidad.

En el sector sanitario se puede describir como una característica de las personas, así como una propiedad de los equipos y de toda organización (Jeffcott, Ibrahim y Cameron, 2009)²⁷ para sobrevivir e incluso fortalecerse en tiempos de crisis.

Los trabajadores y las trabajadoras, cuando son apoyados por la organización, tienen la capacidad de utilizar recursos para adaptarse y evolucionar en el trabajo, incluso cuando se enfrentan a circunstancias difíciles. Desde este punto de vista podría pensarse que contar con personal resiliente, especialmente en tiempos de gran estrés, es esencial para la resiliencia global de la organización. Sin embargo, no debemos olvidar que la salud de las personas trabajadoras es imprescindible para que un sistema de salud responda ante una crisis y nos encontramos, por una parte, con que los propios trabajadores y trabajadoras de atención sanitaria se encuentran entre las personas más vulnerables, sometidos a cuotas de estrés muy elevadas; pensemos si no en momentos de pandemia cuando estuvieron en la primera línea de contagio. Y, por otra parte, poner el foco en la resiliencia individual puede llevar a las

²⁶ Aburn G. M., & Hoare, k. (2016). *¿Qué es la resiliencia? Una revisión integradora de la literatura empírica. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature* - PubMed (nih.gov)

²⁷ S A Jeffcott, J E Ibrahim y Cameron (2009). *Resiliencia en la asistencia sanitaria y el traspaso clínico* | BMJ Calidad y seguridad



organizaciones a relegar su obligación de generar entornos de trabajo seguros, donde la respuesta ante un entorno cambiante pueda ser más saludable, y por ende resiliente, individual y colectivamente, lo que sin duda tendrá un impacto en la salud de la persona, de los equipos y de la organización. Y se traducirá en un mejor servicio a la comunidad.

Necesitamos, pues, centros de AP comprometidos con la protección y la mejora de la salud de su personal donde las condiciones de trabajo, que pueden ser altamente estresantes por las propias características del servicio que prestan, dispongan de los recursos materiales y humanos que les permitan desplegar su capacidad de resiliencia para afrontar la adversidad cotidiana sin menoscabo de su propia salud, ofreciendo al mismo tiempo un servicio de salud de calidad. Centros que promuevan las relaciones entre personas, la cooperación y el apoyo mutuo, donde el reconocimiento y el respeto sean un hecho y no un anhelo.

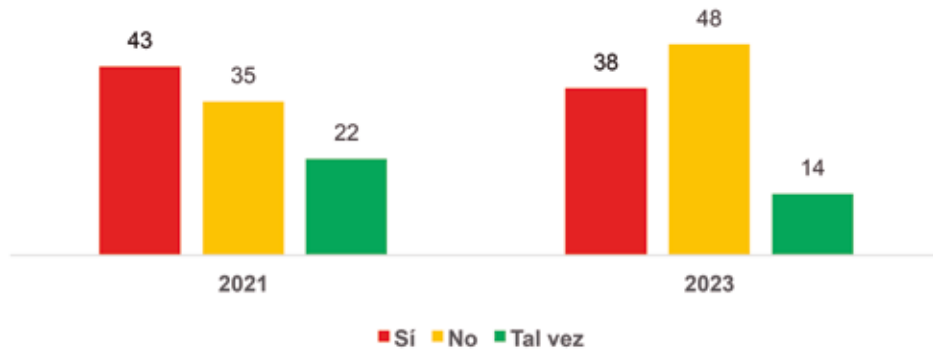
Y, por último, la resiliencia es una cualidad que se puede cultivar y aprender. De hecho, se ha demostrado cómo programas diseñados para mejorar la resiliencia individual de la población trabajadora de la atención sanitaria han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida y los comportamientos de salud (Wernebur et al., 2018)²⁸. En este sentido, la formación puede ser una herramienta muy eficaz como complemento a otro tipo de medidas tendentes a diseñar una organización del trabajo protectora de la salud de los trabajadores y trabajadoras de la AP.

Y esto, a tenor de los datos que manejamos, parece ser una necesidad, un reto y una asignatura pendiente. En el año 2021 las personas que respondieron a la encuesta dijeron haber mejorado su capacidad de adaptación a raíz de la pandemia, en general, en 66 casos, y en 2023, del total de encuestados, dijo creer haber mejorado su resiliencia solo en 19 supuestos. Y aunque el desarrollo de una mayor confianza en las propias capacidades personales para gestionar situaciones complicadas es la respuesta más dada en ambos períodos, la proporción de respuestas en este sentido disminuye considerablemente en un momento y otro, más allá de que el número de respuestas este año haya sido menor.

²⁸ Wernebur et al., 2018. *Mejora de la resiliencia de los empleados del sector sanitario. Mejora de la resiliencia de los empleados del sector sanitario*. IngentaConnect



GRÁFICO 18. ¿CREES QUE TU CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN O RESILIENCIA HA MEJORADO A RAIZ DE LA PANDEMIA? (%)



En el caso de que tu capacidad de adaptación o resiliencia haya mejorado, indica como:

GRÁFICO 19. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2021



GRÁFICO 20. RESULTADOS OBTENIDOS EN 2023







**07. Nuevos retos:
hacia una Atención Primaria que prime
la salud, también de sus profesionales**

El sistema sanitario no consiste solamente en salvar vidas. Entre medias hay situaciones de mucho sufrimiento, mucho dolor. Por eso es tan importante una Atención Primaria que preste un servicio de calidad, una Atención Primaria que evite las desigualdades sociales y permita a las personas que sufren un problema de salud, que éste, no suponga una pérdida de oportunidades indefinida a lo largo de toda su vida. En definitiva, una Atención Primaria que cuide, que nos cuide. Pero este objetivo será inalcanzable si nos olvidamos de proteger a su principal activo, las y los profesionales del sector.

A lo largo de esta guía ya hemos señalado los múltiples problemas que afronta la AP y sus profesionales en nuestros días. Sin embargo, desde CCOO siempre hemos considerado que aún estamos a tiempo de revertir la situación de debilidad que atraviesa el sistema sanitario, apostando por una **AP como eje vertebrador y pilar básico del funcionamiento de nuestro sistema sanitario público, siendo garantía de una atención sanitaria de calidad para toda la población. Es imprescindible recuperar la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la participación comunitaria, trabajando en los determinantes sociales.**

En definitiva, desde CCOO apostamos por un desarrollo exponencial del modelo de Atención Primaria que sitúe al ciudadano en el centro del modelo sanitario y que a la vez sea capaz de garantizar unas condiciones de trabajo seguras para la salud de sus profesionales, dotándoles de los medios necesarios para el desempeño de su actividad.

Mejorar las condiciones de trabajo del personal de AP, nuestro compromiso

A continuación, exponemos algunas de las medidas que desde nuestra organización consideramos necesarias para poder conseguir una mejora de las condiciones de trabajo y salud de los y las trabajadoras de la AP:

- 1. Apostar por una sanidad pública y de calidad y para ello es necesario la mejora de su financiación.** Incrementar de manera progresiva la inversión asignada a la atención primaria en los presupuestos anuales, que deberá **alcanzar el 25% del total de gasto sanitario**, tal y como recomienda la OMS, **siendo la inversión tanto en recursos humanos como en infraestructuras y equipamiento.**



2. Mejorar la dotación de recursos humanos y medios suficientes, así como la estabilidad de las plantillas. A pesar de que, en los últimos años, se ha logrado un aumento de plantilla importante, más de 6.000 interinidades entre contratos COVID, eventuales de más de dos años y profesionales contratados por los planes funcionales, las plantillas de trabajadoras y trabajadores en AP están infradotadas de manera generalizada, por lo que es fundamental 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).

De igual manera, y pese a la estabilización de más de 16.000 profesionales en nuestra región (fruto del acuerdo impulsado por CCOO, derivado de la Ley estatal 20/21 y la tasa de reposición), es necesario continuar con la estabilización de plazas mediante procesos continuos, reducir la tasa de temporalidad y garantizar una tasa de reposición del 100%.

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.

Mejoras Organizativas y de Gestión

4. Trabajo multidisciplinar: El Equipo de Atención Primaria. 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, Traba-



jadores y Trabajadoras sociales, Personal Administrativo y Personal Celador-Conductor, así como Matronas, Fisioterapeutas, Personal Técnico de Radiología, Personal Técnico de Laboratorio, Odontólogos y Odontólogas, 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.

5. 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 se hace 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.

6. Desarrollo integral de funciones y competencias del personal. 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 los equipos básicos, así como dimensionar las plantillas en función de estas funciones.

7. Mejora de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Es necesario establecer un *feedback* entre los diferentes niveles asistenciales (urgencia y emergencia, red hospitalaria, servicios sociales, etc.), 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.



8. Adaptación de la AP a las nuevas necesidades. Teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional generalizado; la despoblación de algunas áreas de nuestra comunidad particularmente; el aislamiento social, sobre todo en el medio rural; la superpoblación de algunos municipios; 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 todas tecnologías disponibles y modernizar el SNS. Así pues, sería necesario:

- 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.

Mejora de las condiciones laborales de los profesionales que trabajan en este nivel asistencial

9. Implantación de la "agenda de calidad". Es necesario minimizar los riesgos psicosociales de este colectivo evaluando correctamente las cargas de trabajo de todos los y las profesionales de la AP. Para ello se debe:

- Aumentar los tiempos de atención por paciente, siendo muy importante que los límites de tiempo que se establecían por paciente se refieran no solo a las consultas citadas sino también a las denominadas "no demorables" y a las citas telefónicas. Se trata de limitar la carga de trabajo existente en las categorías con agenda para continuar en reuniones posteriores, con propuestas sobre la organización del trabajo para el resto de los profesionales sin agenda establecida, que limiten su carga de trabajo.

10. Limitar la agenda asistencial a un tiempo máximo. Implantación de las medidas que se derivan de la evaluación de riesgos psicosociales. Es necesario que en cada centro de salud se lleve a cabo la planificación de las medidas preventivas que mitiguen los riesgos psicoso-



ciales que tanto están impactando en la salud de los y las trabajadoras de AP.

11. Implementar la TSI para todas las categorías y mejora retributiva según grupo de clasificación y categoría profesional. **Retirada de TSA** y sustitución por un complemento fijo que incluya a todos los profesionales de AP, sin excepción.

12. Incorporación de nuevas categorías. Es necesaria 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 se debe analizar de forma exhaustiva y específicamente la problemática y las necesidades de plantilla de cada una de estas categorías, entre las que cabe destacar:

- Creación de la figura de coordinador/a de Técnicos Superiores en AP. Negociación y creación de la figura de coordinador/a que sustituya a la figura de los referentes de las Unidades de Atención Específicas.
- Creación de la figura del Coordinador/a TCAE y Matrona.
- Crear e implementar la categoría de enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Definición de los puestos de trabajo.
- Profesionalización de las categorías de la función administrativa en AP y creación del puesto de Técnico de Unidades Administrativas (TUA).

13. Formación continua y reciclajes del personal. Las características de la AP 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 de-



sarrollo 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.

14. Acabar con las situaciones de agresiones al personal sanitario. Es necesario continuar con la visibilización de esta problemática, registrando cada una de estas agresiones. Para ello es preciso:

- La implementación efectiva y no solamente formal de un protocolo de gestión de conflictos con un procedimiento de actuación en cada puesto ante conductas agresivas.
- Fomentar la concienciación de los propios profesionales y proporcionar su capacitación para identificar y responder a situaciones violentas; proporcionar apoyo y asesoramiento a las víctimas de violencia en el trabajo, incluido el acceso a recursos legales y de salud mental.
- Promover la investigación de incidentes de violencia en el trabajo y garantizar que las víctimas se sientan seguras al denunciar tales incidentes.
- Organizar campañas de sensibilización para educar a los trabajadores y a la sociedad en general sobre la violencia en el trabajo y sus consecuencias.
- Abogar por políticas públicas que promuevan la prevención de la violencia en el trabajo y el apoyo a las víctimas.
- Brindar apoyo a los y las trabajadoras de la salud en términos de manejo del estrés y la carga de trabajo.
- Llevar a cabo campañas institucionales (IRSST, organizaciones sindicales más representativas y otras organizaciones), de promoción y prevención de la violencia en el trabajo.



- Desarrollar e incluir cláusulas relacionadas con la prevención de la violencia en los acuerdos de negociación colectiva, lo que puede abarcar cuestiones como la seguridad en el lugar de trabajo y las cargas de trabajo excesivas.

15. Garantizar la igualdad de género en la gestión sanitaria. Adoptar medidas orientadas a garantizar la igualdad de género en el empleo y la conciliación de la vida laboral y personal para las profesionales de la salud. Asimismo, se adoptarán medidas para asegurar la igualdad de género en todos los espacios de participación y toma de decisiones, con el fin de corregir la actual situación del sistema sanitario, donde la gran mayoría de profesionales son mujeres y sin embargo no están representadas de manera adecuada en los órganos de decisión.

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

16. 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. **Gestión y participación profesional.** Actualmente, las nuevas fórmulas de gestión se centran en la satisfacción de los usuarios y usuarias (clientes). Son estas personas las 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.

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

En definitiva, 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, sin olvidar a sus profesionales, trabajadores y trabajadoras. Ya lo decíamos al principio de esta guía, quizá sea necesario un **cambio de paradigma que ponga en el centro el cuidado de los y las que nos cuidan y de las instituciones en las que trabajan.**

Si queremos, se puede. Y tú, ¿quieres?



CCOO de Madrid

C/ Pedro Unanue, 14 | 28045 Madrid

Teléfono: 91 536 52 12

slmadrid@usmr.ccoo.es

www.saludlaboralmadrid.es

IRSST

C/ Ventura Rodríguez, 7 | 28008 Madrid

Teléfono: 900 713 123

irsst@madrid.org

www.comunidad.madrid



www.ccoomadrid.es



**Comunidad
de Madrid**