



Principales condicionantes del Sistema Público de Salud en CyL

Tabla reivindicativa comarcal

Octubre 2019

TRES GRANDES CONDICIONANTES DE NUESTRA SALUD

La Coordinadora de Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública debiera tener muy presente la existencia de tres grandes condicionantes en el diseño y gestión del servicio público de salud en CyL a través del Sacyl. Resulta curioso que en el documento público firmado por el bipartito que gobierna la Junta de CyL ni tan siquiera se mencionen o si se citan se haga de forma colateral o secundaria. Concretamente las medidas que hacen referencia a la sanidad de nuestra Autonomía se caracterizan bien por olvidar esos condicionantes básicos o bien por formular un conjunto de medidas inconexas y sin concreción suficiente, algunas de las cuales son de difícil encaje legal o, incluso, podrían ser contraproducentes, desde nuestro punto de vista, ponerlas en marcha. Esas medidas programáticas difícilmente pueden representar la necesaria alternativa estructurada que se precisa

Desde la Coordinadora de Plataformas queremos resaltar la gran importancia de la **demografía, la dispersión y la crisis ecológica** como tres grandes condicionantes tanto a nivel de planificación como de evaluación.

1. LA DEMOGRAFÍA

| AÑO 2018 | % ≤ 4 años | % ≤ 19 años | % 20-64 años | % ≥ 65 años | % ≥ 80 años |
|------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Castilla y León | 3,51 | 16,11 | 58,8 | 25,06 | 9,61 |
| España | 4,45 | 19,67 | 61,2 | 19,07 | 6,15 |

Fuente INE

Por muy a la ligera que se lean las cifras anteriores no podemos por menos que calificar nuestra situación demográfica como una situación fallida que se encamina al colapso por inanición.

Aunque de forma somera viésemos estas cifras con una perspectiva epidemiológica llegaríamos a la conclusión que la sociedad castellana y leonesa tendría unas tasas elevadas por encima de la media nacional en enfermedades crónicas y degenerativas que son más propias de la vejez; lideramos con diferencia el *ranking* de los territorios con personas mayores de 65 años. Muchos estudios indican que más del 70% de los recursos en el sistema de salud o en el de servicios sociales se destinan a ese tramo de edad, situación que se acentúa sobremanera en el colectivo de 80 años o más, y es en este tramo de edad donde CyL lidera cuantitativamente aún con mayor ímpetu. El gasto sanitario medio por quinquenios comprendidos entre 1 y 64 años es más de 3 veces inferior a gasto medio de los quinquenios comprendidos entre 65 y más años (BBVA). Según la OCDE las personas mayores tienen un gasto relativo superior al resto de la población cifrado en 3,3 veces superior (*New Medical Economics*). En España, de acuerdo con Alonso y Herce, las personas de más de 75 años gastan seis veces más que la cohorte de personas entre 35 y 44 años.

En este sentido la Consejería de Sanidad debiera analizar y evaluar la fracasada Estrategia de Atención al Paciente Crónico aprobada en enero del 2013 que fue un intento casi

exclusivamente propagandístico. Este análisis crítico al menos podría evitar tropezar con los mismos errores. En todo caso sigue siendo urgente y prioritario comenzar y acelerar la reconversión de la orientación del sistema de salud desde las patologías agudas a las patologías crónicas.

Parece inconcebible que una firma programática, a nivel sanitario, de los dos grupos que conforman la Junta de Gobierno de CyL no digan nada, más allá de crear otra nueva comisión de estudio para volver a estudiar la caquexia demográfica que expresa la tabla numérica arriba expuesta que condiciona sobremanera el estado de salud de CyL.

2. LA DISPERSIÓN POBLACIONAL

Este es otro factor clave que ha de ser contemplado en cualquier planificación sanitaria pues condiciona significativamente la dispensación de los servicios sanitarios. El 37% de la población de CyL (894.812 personas) vive en el ámbito rural, en más de 2.200 municipios (Fuente: Informe Anual de Indicadores de Agricultura, Pesca, Alimentación y Medio Ambiente 2017).

Tener en cuenta este factor hace inevitable contemplar políticas descentralizadoras que acerquen a la población los servicios que presta el Sacyl, tanto a nivel de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria o Secundaria.

Esta dispersión hace que una buena parte de la población tenga como referente un hospital situado en alguna de las Comunidades Autónomas limítrofes, lo que resulta preocupante y disfuncional. Si queremos respetar la ruralidad existente en CyL como seña cultural e histórica de nuestra identidad, habría que abrir sinceramente la posibilidad de descentralizar la Atención Secundaria a nivel comarcal. Hoy día la tecnología nos permite hacer esa descentralización con garantías de calidad y con eficiencia económica. Comarcas como Valle del Tiétar, Béjar, Ciudad Rodrigo, Vitigudino, Benavente, Sanabria Montaña Palentina, Alto Carrión, Pinares, Merindades, Riaño, Montaña de Luna, etc., debieran disponer de consultas especializadas como geriatría, medicina interna, traumatología, oftalmología, cardiología, endocrinología,...etc. Pero la Junta, ante la disyuntiva de movilizar a los pacientes o movilizar los recursos materiales y humanos opta por que sean los ciudadanos los que se desplacen para recibir la atención sanitaria. Esta situación genera una gran discriminación entre la periferia y el centro, entre el mundo rural y el mundo urbano.

También de manera paralela, habría que desarrollar la necesaria colaboración inter-autonómica de forma estable y funcional; los actuales convenios son inestables y carecen de la necesaria visión integradora que requiere la atención sanitaria.

Evidentemente que la actual organización sanitaria, y más concretamente la hospitalaria, responde en un contexto social, demográfico, económico y tecnológico de hace 50 años y por tanto absolutamente diferente a la realidad actual.

Una descentralización sanitaria ayudaría a fijar población y a impulsar el desarrollo socioeconómico rural sin pérdida de calidad asistencial.

3. LA CRISIS ECOLÓGICA

La crisis ecológica que padecemos es otra gran desconocida en el acuerdo programático firmado entre el PP y Ciudadanos. El cambio climático, la deforestación, la aparición de enfermedades no habituales, la contaminación atmosférica, la disminución de la pluviosidad, la gota fría, olas de calor incompatibles con nuestra flora y fauna, la progresiva escasez de

agua potable son entre otros, los efectos de la crisis ecológica que también van a condicionar sobre manera el estado de salud de los habitantes de Castilla y León.

Según la Fundación AQUAE en España el sector agrícola utiliza el 80% del agua, el abastecimiento de núcleos urbanos consume el 14% y la industria representa el 6%. Sin hacer un dogma en la concreción de esos porcentajes, el mudo rural está situado en primera línea para recibir las peores consecuencias de esta crisis ecológica.

Nuestro sistema productivo y nuestra forma de consumo tienen importantes repercusiones en el deterioro medioambiental y como ejemplo podemos citar tres situaciones significativas en el ámbito de CyL: el acuífero de Los Arenales (la mayor reserva de agua disponible en CyL), además de su sobreexplotación está sufriendo una progresiva y grave contaminación derivada de su sobreexplotación por parte del sector agrícola, provocando cifras de arsénico y nitratos que impedirán, y ya impiden en varias poblaciones, su uso por no ser potable (actualmente varios núcleos poblacionales de Ávila, Segovia, Valladolid, Zamora o Salamanca han de ser abastecidos por camiones cisternas). Otro ejemplo son las macro granjas que se nos presentan como el bálsamo de fierabrás para mitigar el paro, la despoblación y conseguir un elevado desarrollo económico. Y sin embargo estas macro granjas harán desaparecer las pequeñas explotaciones familiares a la vez que se oculta su huella ecológica con su alto poder contaminante de las aguas de la capa freática, de la generación de resistencias a los antibióticos por su uso masivo animal y la gran dificultad para gestionar la enorme cantidad de purines ocasionados. Y el tercer ejemplo trata sobre las repercusiones de la contaminación atmosférica que, según la tesis doctoral de Mario Cárdbaba, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, afirma y demuestra que, tan solo en Valladolid capital, la contaminación atmosférica provocó la muerte prematura de 300 personas al año en el periodo estudiado de 1999 a 2008.

PROBLEMAS A ABORDAR

1. Déficit de profesionales

- **Estabilidad laboral**

- La Junta debe asumir su responsabilidad en el posible déficit de profesionales sanitarios cuando tiene a la mitad de ellos en situación laboral inestable. CyL impidió hasta el último momento, en contraste con otras Autonomías, la prolongación voluntaria de los profesionales sanitarios.
- Es frecuente encontrar datos como los de la tabla referidos en este caso al Complejo Asistencial de Ávila:

| CA Ávila | División Médica | División Enfermería | División de Gestión | Total Global |
|----------------------|-----------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Plantilla autorizada | 305 | 744 | 350 | 1.400 |
| Plantilla fija | 160 | 430 | 203 | 794 |
| Plantilla inestable | 196 → 55,05% | 502 → 53,86% | 213 → 51,20% | 911 → 53,43% |
| Plantilla total | 356 | 932 | 416 | 1.705 |

Dar estabilidad a los trabajadores del Sacyl depende básicamente de la voluntad de la Junta de Gobierno de CyL. Poner en marcha un concurso de traslados permanente hoy es posible tecnológicamente y solamente se precisa voluntad; convocar anualmente concurso oposición también depende solamente de la voluntad y eficiencia de la Junta.

- El desorden en el Sacyl ha quedado manifiesto con los procesos anómalos de oposiciones y traslados que por norma han sido recurridos, anulados, o modificados.
- **Mejorar la organización.**
Nuestros hospitales y centros de salud tienen en su mayoría un amplio margen de mejora en su organización y esto es debido a que los responsables de su gestión son elegidos digitalmente por criterios de proximidad política o por nepotismo. Gestionar un Área de Salud, una Zona Básica de Salud, un hospital, una gerencia médica, una supervisión de enfermería...etc., debiera regirse por criterios profesionales y no por amistad o por ser del mismo partido político que el de la Junta. El Ministerio debiera estudiar la creación de MIR y EIR especializados en la gestión de recursos.
- **Nuevas plazas de médicos enfermeras y auxiliares.**
El porcentaje del PIB dedicado por España al Gasto Sanitario Público (GSP) podemos considerarlo claramente por debajo de la media de los países europeos. No obstante nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) es considerado como uno de los mejores a nivel mundial; desde nuestro punto de vista ello se debe en gran medida a la red de Atención Primaria.

Después de los recortes impuestos a raíz del RD de 2012 el gobierno debería aumentar el porcentaje presupuestario dedicado al SNS para permitir una actualización de las actuales plantillas que en muchos casos, tanto a nivel de Primaria como de Secundaria, habría que revisar.

| Media Presupuestos 2015-2017 | % PIB empleado en Gasto Sanitario Público |
|------------------------------|---|
| España | 6,26 |
| Alemania | 9,58 |
| Reino Unido | 7,59 |
| Francia | 9,51 |
| Italia | 6,59 |
| Portugal | 5,99 |
| Suecia | 9,13 |
| Noruega | 8,81 |
| Polonia | 4,62 |
| Grecia | 5,12 |
| USA | 13,97 |
| Cuba | 10,92 |
| Japón | 9,04 |

Experimentos de sustituir médicos por enfermeras o de enfermeras por auxiliares carecen de lógica y de legalidad.

2. Descentralización de la Atención Secundaria

La descentralización de la Atención Secundaria es imprescindible si queremos paliar la desigualdad en la accesibilidad al SNS. La población urbana tiene más oportunidades de utilización del SNS que la población rural

- Desplazamiento de los profesionales, no de los pacientes. Muchas de las atenciones especializadas deberían estar sujetas a este principio: si es posible el especialista debiera pasar consulta de forma descentralizada. La actual tecnología junto con una eficiente organización la descentralización hoy es posible en muchos casos.
Como ejemplo paradigmático citamos la cerrazón de la Consejería para no poner en pie la radioterapia en Ávila ya que era poco eficiente y muy costoso contratar un nuevo equipo para esta situación. ¿No es más lógico reforzar el equipo de Salamanca y que este se desplace periódicamente a Ávila?
- La telemedicina y su desarrollo galopante es sin duda otra gran herramienta que permite una descentralización con buena calidad de atención.

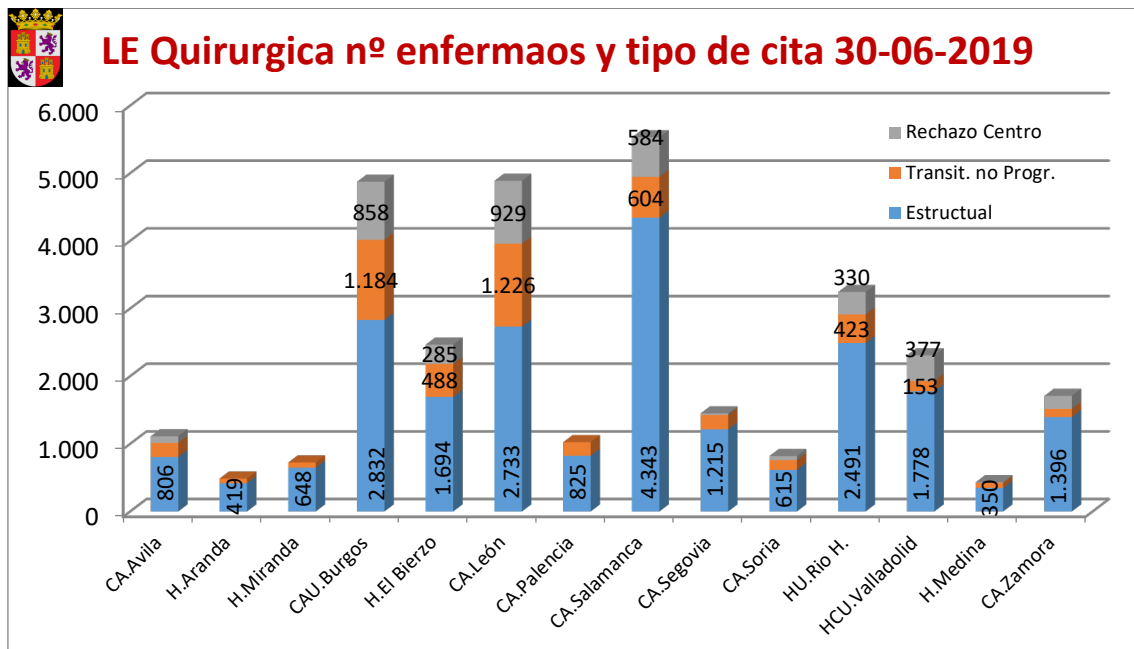
3. Transición hacia un sistema orientado a procesos agudo a otro orientado a procesos crónicos

Esta transición camina a paso lento y a rastras del imperativo de la realidad. La situación demográfica en España en los años 70 no tiene semejanza posible con las cifras actuales y esto se acentúa mucho más en CyL. Como consecuencia las enfermedades crónicas, muy ligadas a la edad, representan el consumo de más del 70% de los recursos disponibles.

- Habría que distinguir entre hospital de agudos cuya cama puede tener un coste aproximado de 1000 euros diarios y hospital de crónicos cuyo coste se rebajaría a menos de la mitad.
- La geriatría debiera estar presente en la mayoría de los Centros de Salud
- Residencias sociosanitarias orientadas a la atención de enfermos crónicos ubicadas en medio rural y atendidas por medicina interna, geriatras, enfermeras, técnicos en cuidados de enfermería y trabajadores sociales.
- Coordinación socio sanitaria. Siempre citada y nunca realizada

4. Listas de Espera

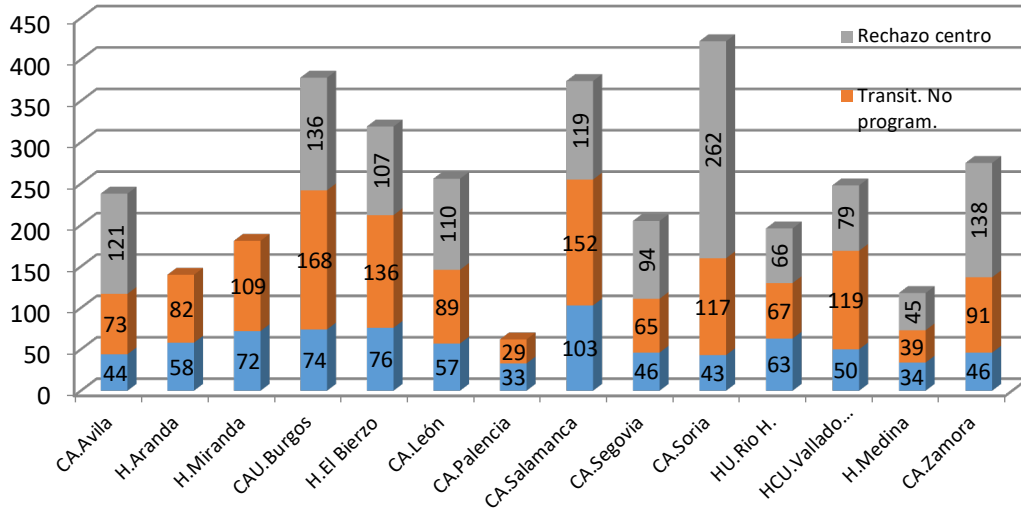
- Las Listas de Espera constituyen una información de vital importancia para una correcta planificación de recursos a emplear así como para conocer la accesibilidad al sistema. La Lista de Espera nos debiera hablar sobre las desigualdades en la accesibilidad en el medio rural o urbano, según la edad y según el género además de los datos que hoy ya se consignan.
- Por todo ello animamos a la Consejería a profundizar en el conocimiento real del funcionamiento del sistema y no falseando y ocultando de forma sistemática las cifras de espera. Con el nuevo método de la Consejería vemos que la LE quirúrgica en CyL se amplía en 9.000 pacientes más que eran ocultados por las anteriores Consejerías.



Y más sonrojo provoca el comprobar que los pacientes que rechacen ser intervenidos en hospitales privados, que suelen estar a kilómetros de su hogar, son penalizados con esperas que superan 10 veces más la “Demora Media” que la conocida como Estructural



LE Quirúrgica DM por tipo de cita 30-06-2019



Si miramos los escasos datos que se proporcionan sobre Lista de Espera para Consulta con Especialista y la Lista de Espera para Pruebas Diagnóstica vemos que los aplazamientos decididos por el hospital o por los propios médicos superan con creces la Espera Estructural lo que parece un absurdo organizativo. Los aplazamientos provocados por los pacientes pueden estar basados en cuestiones estrictamente relacionadas con la conciliación de la vida familiar o la imposibilidad de transportes en la fecha dada. Además estas listas nada nos dicen del hospital en que se producen y las cifras dadas son a nivel de todo el Sacyl.

| LE Consulta Especialista | Estructural | Aplazamiento voluntario | Aplazamiento clínico |
|--------------------------|-------------|-------------------------|----------------------|
| Nº de pacientes | 14.388 | 1.781 | 1.412 |

Es vergonzoso que los aplazamientos efectuados por el propio hospital (aplazamiento clínico) sean 30 veces superiores a los efectuados voluntariamente por el paciente.

| LE Pruebas Diagnósticas | Estructural | Aplazamiento voluntario | Aplazamiento Clínico |
|-------------------------|-------------|-------------------------|----------------------|
| TAC | 26 | 36 | 765 |
| RM | | 23 | 631 |
| ECO | 452 | 270 | 1.741 |
| Mamografía | 97 | 22 | 241 |

Ante esta caótica situación en la accesibilidad al sistema Sacyl que indica una clara incompetencia de los gestores proponemos las siguientes medidas urgentes:

- Profesionalizar la gestión del SNS. Las direcciones de los centros sanitarios debieran estar en manos de profesionales; no podemos seguir "partidizando" todos los puestos de gestión, desde un coordinador de un centro de salud a la dirección de un hospital pasando por la coordinación de enfermería de un hospital o la simple supervisión de una planta hospitalaria. Habría que pensar en una nueva especialidad, los MIR y los

EIR en Gestión. Conocer o sufrir la gestión que a veces se hace en los hospitales revela en primer lugar la clara incompetencia de los gestores. Los contratos por horas, por día o por meses, los “corre turnos” de enfermeras y TCE, la ocultación de datos en algunas ocasiones o la inexistencia de datos en otras son claros ejemplos de la incompetencia de los gestores

- La elaboración de las listas de espera ha de ser objetiva, periódica y completa. La tecnología actual puede hacer posible esos deseos e impedir las manipulaciones que hasta ahora hemos sufrido. La información de las listas deben elaborarse aportando una mirada de **género, de edad y del ámbito rural o urbano** de procedencia de los enfermos

Los recortes y la mala gestión han provocado un insoportable y enorme dolor, que desde un punto de vista epidemiológico la Administración Central y las diferentes CCAA deben cuantificar urgentemente en términos de morbilidad para que en momentos de crisis no sigan pagado sus consecuencias los más débiles. En este caso, los enfermos.

5. Participación ciudadana. Los Consejos de Salud

Hasta ahora en casi la totalidad de los casos los Consejos de Salud son el artificio engañoso de la participación ciudadana. En el Área de Salud de Ávila se han reunido 9 Consejos de los 19 existentes en el último año. Además de tener una composición y un reglamento de funcionamiento claramente inclinados hacia la administración, solo tienen capacidad para preguntar y proponer. De todas formas las plataformas debieran estar presentes en todos los Consejos de Salud.

Las reuniones debieran ser periódicas (semestrales) y que al menos nos proporcionaran los siguientes contenidos.

- Contenidos
 - Morbimortalidad del hospital y del Área de Salud
 - Listas de espera quirúrgica, de consulta con especialista y de pruebas diagnósticas referenciadas a cada Área de Salud y a cada hospital.
 - Listas de espera en Atención Primaria que ya son alarmantes

| C.A. Ávila | Numero de urgencias | % |
|----------------------------|---------------------|-------|
| Derivadas por At. Primaria | 23.960 | 54,5% |
| A petición propia | 19.941 | 45,4% |
| Urgencias atendidas | 43.901 | 100% |

Es preocupante observar como en casi el 50% de las urgencias hospitalarias no son derivadas desde Atención Primaria que todos definimos y defendemos como la puerta de entrada al sistema sanitario

- Actividad Hospitalaria: Hospitalización, horarios, urgencias, área quirúrgica, consultas externas, hospital de día, salud mental, campañas...etc.
- Actividad en At. Primaria: Horarios, consultas, pruebas, lista de espera, campañas...etc.
- Situación de la plantilla en Primaria y Secundaria

Toda esta información debiera ser remitida a todos los asistentes con anterioridad a cada reunión

6. Problemas puntuales

- Desprivatizar el Hospital Universitario de Burgos
- Hospital Clínico de Salamanca y su inauguración
- Reapertura del centro de Especialidades de Delicias
- La readaptación o modernización del Hospital Clínico de Valladolid. Como ejemplo vergonzoso de este hospital recordamos que muchas de sus plantas las habitaciones no disponen de ducha por lo que existe una sola ducha en la planta que ha de utilizarse guardando la oportuna cola.
- Radioterapia
 - Desplazamiento de los profesionales, no de los pacientes

TABLA REIVINDICATIVA DE LA PLATAFORMA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA EN EL VALLE DEL TIÉTAR

1. En Atención Primaria de Salud:

- Potenciar la promoción y prevención de la salud en colegios, residencias, comercios, medios de comunicación, etc., para lo cual los y las profesionales han de disponer del tiempo necesario y la programación pertinente.
- Participar en los cinco Consejos de Salud existentes en el Valle del Tiétar y también poder participar en el Consejo de Salud Provincial.
Actualmente en Ávila hay 22 Zonas Básicas de Salud de las que 19 tienen Consejo de Salud pero tan solo se han reunido 9; de los 5 existentes en el Valle del Tiétar solo se han reunido 2.
- Aumentar la capacidad diagnóstica y terapéutica de profesionales mediante el equipamiento tecnológico necesario: electrocardiografía, ecografía, pulsioxímetros, kits de análisis, preso-terapia, fisioterapia; además de poner en marcha cirugía menor en todas las especialidades comprometidas en las dos unidades de quirófano, actualmente inutilizados, del Centro de Salud de Arenas de San Pedro.

- Instalar desfibriladores semiautomáticos portátiles en todos los consultorios rurales del Valle del Tiétar.
- Merece atención especial la Telemedicina, que puede aportar una mayor seguridad y rapidez diagnóstica y una mayor coordinación entre el nivel primario y el nivel secundario (electro-cardiografía, retinografía, ecografía, seguimiento de protocolos, inter-consultas, etc.)
- Solucionar el deficiente y limitado funcionamiento del sistema Medora.
- Aumentar la capacidad y el personal profesional de rehabilitación en todas las Zonas Básicas de Salud: gimnasio de rehabilitación y fisioterapia.
- Implementar una consulta dental en la Zona Básica de Salud de Sotillo de la Adrada y de Candeleda, con un/a odontólogo/a y un/a enfermero/a, que preste atención a todos los/las pacientes del Valle del Tiétar.
- Terminar con las acumulaciones. Cada vez que un/una facultativo/a o enfermero/a esté ausente por enfermedad, vacaciones, asistencia a cursos, o por cualquier otro motivo, la consulta será cubierta por un/una médico/a sustituto/a.
- Aumentar en dos médicos/as y dos enfermeros/as las guardias de Urgencias en las Zonas Básicas de Salud de Arenas de San Pedro y Sotillo de la Adrada.
- Ampliar el Servicio de Rayos X del Centro de Especialidades Periférico de Arenas de San Pedro a 24 horas, todos los días del año con el personal correspondiente.
- Aumentar el número de ambulancias de Soporte Vital Básico, actualmente dos para toda la Comarca, haciéndose imprescindible una ambulancia en cada una de las cinco Zonas Básicas de Salud.
- Añadir una Unidad Móvil Medicalizada durante la temporada de vacaciones.

2. En Atención Especializada:

- Mejorar de inmediato el Centro de Especialidades de Arenas con más especialistas, mayor y mejor dotación tecnológica, ampliación del horario, garantizando la necesaria continuidad de los profesionales y reduciendo así el doloroso calvario de las listas de espera.
- Acabar con la ambigua situación de que nuestra Atención Especializada esté bailando entre el Área de Salud de Talavera de la Reina (Toledo) o el Área de Salud de Ávila.

- Poner en funcionamiento un **hospital comarcal**, dependiente del Complejo Asistencial de Ávila, apropiado a las necesidades y características de la población del Valle del Tiétar, con mayor incidencia en las patologías ligadas al tremendo envejecimiento de la población.
- Revertir el servicio de transporte sanitario a la Administración Pública. El traslado de pacientes a un hospital requiere con frecuencia atención sanitaria urgente y especializada, por lo que el transporte urgente debe ser gestionado y financiado por el SACYL, quien debe asumir la formación continuada que ahora depende del sector privado y que parece ser inexistente. Además, mejorarán las condiciones de trabajo de los contratados, el exceso de horas trabajadas y la precariedad del salario.
- Supervisar las revisiones de los vehículos de transporte sanitario y su puesta a punto en las óptimas condiciones de seguridad vial, corrigiendo la obsolescencia de algunos materiales y la carencia de fármacos necesarios para realizar tratamientos durante los desplazamientos.

3. En convenios sanitarios con CCAA limítrofes:

- Ampliar el Convenio Sanitario con la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, en el sentido de incluir todas las especialidades objeto de tratamiento en el Hospital Nuestra Señora del Prado en Talavera de la Reina (Toledo).
- Resolver definitivamente la incompatibilidad de los sistemas informáticos de ambas Comunidades en la transmisión de los historiales clínico de los/las pacientes.

4. En aspectos administrativos:

- Es urgente ampliar en número y calidad el servicio público de transporte para todos los días de la semana entre los pueblos del Valle del Tiétar y el hospital de referencia en Ávila capital. El escaso y deficitario transporte público entre dichas localidades es lamentable y repercute muy negativamente en la accesibilidad a la atención hospitalaria. El tiempo empleado por los y las vecinos y vecinas del Valle del Tiétar en coche particular para llegar al hospital de Ávila es va desde 75 minutos hasta más de 150 minutos en condiciones climatológicas adversas (lo que suele ser habitual en invierno).
- Asegurar la continuidad de médicos/as y enfermeros/as de cabecera. La libranza post-guardia interrumpe esta atención continuada y personalizada; si a ello le sumamos las otras causas mencionadas que motivan su ausencia, estaríamos en el umbral de la desaparición de los llamados “médicos de familia” o “médicos de cabecera”.

- Disminuir drásticamente los contratos temporales e interinidades dando una mayor estabilidad a los trabajadores sanitarios de las cinco zonas de salud del Valle del Tiétar. El abuso de contratos temporales e interinidades hacen que los sanitarios ni se arraiguen socialmente ni se comprometan con planes sanitarios más allá de la previsión del fin de su contrato. Lo mismo podemos decir sobre la necesidad de implantar el concurso de traslados permanente durante todo el año.
- Implementar programas de formación en horario laboral para los sanitarios y técnicos de transporte sanitario, diseñados y ejecutados por el SACYL.
- Ofrecer desde la administración formación continuada a los trabajadores de Atención Primaria ya que son ahora los laboratorios quienes principalmente la llevan a cabo en base a sus propios intereses. Las videoconferencias, pizarras digitales e interactivas deberían ser de uso común en todos los centros sanitarios.

