

CONCLUSIONES PRELIMINARES DE LA FSA CCOO SOBRE MAPA SANITARIO Y NUEVO MODELO ORGANIZATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tras la celebración de las Jornadas sobre Mapa Sanitario y nuevo modelo organizativo en Atención Primaria, los días 8 y 9 de noviembre en Fuengirola, que contaron con la presencia de representantes de la Administración Sanitaria andaluza, de las distintas Sociedades Científicas y Profesionales de Atención Primaria, así como de delegados y delegadas sindicales de CCOO, estamos en condiciones de extraer algunas conclusiones preliminares, para extender su debate y poder elevar como propuesta de resolución a los órganos de dirección federales.

Estas conclusiones se podrían resumir de la siguiente manera:

✓ SOBRE EL NUEVO MODELO ORGANIZATIVO:

- a. Es una opinión mayoritaria la conveniencia de extender el modelo de Áreas Sanitarias, por considerar que aportan mayor coordinación entre niveles (Atención Primaria y Especializada). Aunque se cree que habría que hacer una evaluación previa del funcionamiento de las actuales (Osuna y Valle de los Pedroches), para corregir las deficiencias identificadas antes de su extensión.
- b. En cuanto a la estructura directiva, existe un amplio consenso en la necesidad de profesionalizar la función directiva o de gestión. Por tanto, se considera que la estructura directiva debe cumplir dos premisas: de una parte, cubrir las necesidades de la organización y, de otra, establecer el perfil profesional y los niveles de responsabilidad de los cargos, más allá de la categoría profesional de procedencia.
- c. Desde la coincidencia con la necesidad de potenciar la atención domiciliaria, se cuestiona el modelo basado en la creación de dispositivos específicos, desvinculados de los EBAPs, para atender esa actividad. Hay un amplio consenso en considerar que ese modelo rompería la filosofía de atención integral a la salud y de seguimiento del paciente, característico de la Atención Primaria. Se considera que es el propio EBAP quien debe asumir esta tarea, sin necesidad de crear otras estructuras asistenciales.
- d. En cuanto a que los dispositivos de cuidados críticos y urgencias, en determinados Hospitales Comarcales o en las Áreas Sanitarias, se integren en las urgencias hospitalarias, aún pudiendo estar de acuerdo, se señalan los serios inconvenientes que supone tener en un mismo servicio a profesionales que tienen distintas condiciones laborales y retributivas. Sin resolver el problema de fondo, que es la definición de un modelo integral de atención a las urgencias y las categorías profesionales y condiciones laborales que deben existir en ellos, se cree que esta unificación de servicios generará múltiples problemas organizativos y laborales.

- e. Se valora como positivo la figura del Director de Recursos Humanos, así como el papel que se le quiere dar a la formación postgrado, investigación y formación continuada.
- f. Se piensa que es necesario clarificar las funciones de aquellos colectivos que la Administración, por desinterés, no acaba de definir su papel en la Atención Primaria (Trabajadores Sociales, Auxiliares de Enfermería,...), vinculando esas funciones a las carteras de servicios. Igualmente, en base a la cartera de servicios, y teniendo en cuenta factores de corrección como población adscrita, bolsas de marginalidad, dispersión geográfica, etc... definir la plantilla con criterios consensuados.
- g. Los asistentes consideran que la mejora del funcionamiento de los centros de Atención Primaria, no sólo ha de basarse en mejoras en la gestión o cambios en la estructura directiva: es necesario intervenir sobre las condiciones en que se prestan los servicios, acabando con el actual nivel de saturación o masificación de los centros, con la excesiva burocratización de la actividad clínica, etc. Hubo unanimidad en cuanto a la necesidad de fijar un cupo máximo por profesional.
- h. Se considera que se establecen determinadas figuras de cargos intermedios que, en realidad, deberían ser puestos base de carácter técnico: Técnicos de Salud, Técnicos de Informática, Técnicos de función administrativa, etc...
- i. Los presentes consideran que se le debe dar un papel más preponderante a la Salud Pública y no sólo a nivel de Distrito Sanitario: debe existir una estructura directiva tanto a nivel provincial como de Servicios Centrales del SAS, que ejerza funciones de coordinación y otras actuaciones directivas en este ámbito.
- j. En cuanto a la estructura directiva de los Centros de Salud, existe consenso en que el Director del Centro de Salud pueda ser tanto del Grupo A como B, evaluando la competencia de los candidatos. Igualmente, se considera apropiado crear la figura del Subdirector de Centro, que, para mantener un cierto equilibrio corporativo, podría ser del Grupo al que no pertenezca el Director.
- k. Hubo un amplísimo consenso en definir una figura directiva ligada a la dirección de cuidados, con el objetivo de reforzar el papel de la enfermería comunitaria y evitar así la tendencia a la medicalización absoluta de la atención a la población.
- l. Los asistentes no consideran necesario ni justificado establecer diferenciaciones en la estructura directiva en función de la población asignada al Distrito.

m. Para resumir, podríamos establecer el siguiente esquema de estructura directiva:

- Como Cargos Directivos:
 - ✎ Director de Distrito.
 - ✎ Director de Recursos Humanos.
 - ✎ Director Asistencial.
 - ✎ Director de Cuidados.
 - ✎ Director Económico Administrativo.
 - ✎ Director de Salud Pública.
 - ✎ Director de relaciones con el ciudadano.
 - ✎ Director de Formación, Docencia e Investigación.
 - ✎ Director de Z.B.S./Centro de Salud.
 - ✎ Subdirector de Z.B.S./Centro de Salud.

- Como Cargos Intermedios:
 - ✎ Jefe de Servicio de Farmacia.
 - ✎ Jefe del Servicio de Relaciones con el ciudadano.
 - ✎ Jefe del servicio de Epidemiología, Información y Estadísticas.
 - ✎ Jefe/Coordinador de Pediatría, en aquellos Distritos donde existan más de 10 pediatras.
 - ✎ Coordinador de Cuidados Críticos y Urgencias.
 - ✎ Coordinador de Programas.
 - ✎ Jefe de Servicio de Salud Pública.
 - ✎ Jefes de Grupo en Distritos, Z.B.S./Centros de Salud.

✓ **SOBRE EL MAPA SANITARIO:**

- a. Se está de acuerdo con los Distritos Sanitarios de capitales de provincia.
- b. Se considera un criterio demasiado rígido que se establezcan barreras provinciales, en la medida que existen determinadas zonas que pueden tener mayor accesibilidad en Distritos de otra provincia.
- c. Hay diversidad de opiniones sobre la definición de una única Z.B.S. por capital, pero, en cualquier caso, se considera imprescindible abrir un proceso de negociación sindical para regular la adscripción a zonas funcionales, revisar el modelo retributivo en cuanto al actual concepto de Dispersión Geográfica, delimitar áreas funcionales por isocronas, etc... Se trata de garantizar que los cambios organizativos que se produzcan, no deriven en un deterioro de las condiciones de trabajo ni puedan utilizarse arbitrariamente o sin justificación asistencial.

- d. El tratamiento de la asistencia domiciliaria en relación con la libre elección de médico, tiene que ser flexible, se tiene que tender a fórmulas organizativas que eviten pérdidas innecesarias de tiempo en desplazamientos.
- e. Es una opinión generalizada que, denominar Centro de Salud a todos los centros existentes actualmente en Atención Primaria, no es razonable ni se justifica. Deberían existir parámetros mínimos para que un centro fuese reconocido como Centro de Salud, no sólo basado en el número de profesionales, sino también en el de medios.
- f. Las Agrupaciones de Distrito, contienen ventajas innegables en términos de economía de escala, pero deben utilizarse factores de corrección organizativas para evitar desplazamientos excesivos y por tanto ineficacia en la propia gestión.

En cualquier caso, estas son sólo unas primeras conclusiones, que nos deben permitir seguir trabajando, a través del propio debate profesional, siempre vivo y abierto, así como de nuestras Comisiones de Acción Sindical, en la línea de elaborar un documento definitivo, sobre el que fijemos la posición de la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras de Andalucía, en torno a la llamada "*reforma de la reforma*" de la Atención Primaria de Salud.

Confiamos en que nuestras aportaciones sean útiles para nuestros delegados y delegadas y para nuestros profesionales, así como para los propios responsables de la Administración Sanitaria, en el camino de buscar los cambios más consensuados y asumidos y que mejor contribuyan a mejorar el funcionamiento de nuestra Atención Primaria y, con ella, del conjunto de nuestro Servicio Público de Salud.

Fdo. Antonio Cabrera González
Sec. Acción Sindical