



1.10.2.2 Atención Primaria

La **atención primaria** entraña el primer nivel de la asistencia sanitaria del sistema con visos de integralidad, y por tanto, constituye el punto de referencia fundamental de los usuarios para la demanda de asistencia y el seguimiento de sus procesos a lo largo de toda su vida. Al mismo tiempo se configura como filtro que facilita el acceso a otros niveles asistenciales cuando las circunstancias del caso lo requieren

Con carácter general este nivel asistencial viene representando un foco para el planteamiento de quejas con un contenido muy heterogéneo, aunque en el último año han prevalecido las que tratan de poner de manifiesto los **déficits de determinados dispositivos en relación con las necesidades de sus zonas de referencia, tanto en el ámbito material, como fundamentalmente, en el de la dotación de los distintos profesionales que integran los equipos.**

Así se han concluido actuaciones iniciadas el año pasado, como la queja 14/2936 por **déficit de calidad en el centro de salud de Guillena**, o la queja 14/2785, por **infradotación de facultativos en el centro de salud de Lepe**, y han surgido otras nuevas, como la que reivindica **mejoras en la atención sanitaria en la localidad de La Palma del Condado** (queja 15/5600).

1.10.2.2.1 Déficit de matronas en atención primaria

Después de algunos años de nuestra primera consideración del asunto, hemos retomado la cuestión relativa a la **escasez relativa de matronas** en este nivel de atención, merced a una denuncia del **colectivo "matronas andaluzas en paro"**, muy similar a la que fue objeto de tramitación en la queja 07/2272, y que después se ha instrumentado a través de la queja 13/6808.

De esta cuestión también dábamos cuenta el año pasado, pues se ponía de manifiesto las **diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los centros de salud**, de lo que las promotoras derivaban una situación desigual en la atención a la salud de las mujeres.

Teniendo en cuenta los antecedentes aludidos, consideramos interesante retomar su análisis desde el momento en que lo dejamos, para constatar los avances o retrocesos que se hubieran producido, y el grado de cumplimiento de las conclusiones del estudio elaborado por la propia Administración Sanitaria para evaluar las necesidades formativas de matronas, cuyas previsiones quisimos extender en orden a la creación de nuevas plazas para cubrir las necesidades detectadas, por lo que llegamos a recomendar que se articulara el incremento de la plantilla de atención primaria con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según aquel, estableciéndose un calendario para su dotación presupuestaria, priorizando las provincias más deficitarias, al objeto de que a la mayor brevedad contaran con uno de estos profesionales en todos los distritos sanitarios de Córdoba y Almería

En la respuesta a nuestra recomendación, la Administración apuntó que la necesidad de optimización de las plantillas de matronas vendría dada por la confluencia del estudio de necesidades comentado, y la aplicación de determinadas variables, a saber, demográficas, epidemiológicas, de necesidades de salud, oferta de servicios, y recursos humanos, entre otras.

Ahora bien, en el nuevo análisis efectuado hemos apreciado en primer lugar un descenso significativo del número de efectivos (si bien desde 2008 a 2013 solo se aprecia una reducción de tres matronas, la cuenta desde el estudio realizado a finales de 2006 arroja un saldo negativo de 24 profesionales), y además hemos advertido que los criterios conforme a los cuales la Administración considera que debían determinarse las necesidades (índice de natalidad, envejecimiento de la población, dispersión geográfica,...) no han ofrecido ningún atisbo de crecimiento en la presencia de las matronas en atención primaria, ni siquiera en aquellas provincias en las que los desequilibrios se hacían más evidentes.

Seguimos por ello sin entender las enormes diferencias de matronas de atención primaria entre las distintas provincias, y lamentamos sinceramente no encontrar entre las argumentaciones ofrecidas hoy y anteriormente, ninguna que pueda justificarlo razonablemente.



En definitiva, y dado que la misma Administración Sanitaria reconoce que en el conjunto de profesionales que pueden llevar a cabo las funciones previstas en el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio, las matronas conllevan un valor añadido, emitimos una **Recomendación** para que se realice un estudio sobre la plantilla de matronas que tenga en cuenta los criterios que se consideren idóneos para hacer eficiente este recurso, y que las actuaciones futuras se ajusten al mapa que resulte del mismo.

En la medida en que la respuesta recibida no incorpora novedad significativa, ni referencia alguna a la propuesta, esta Institución no ha podido considerar aceptada nuestra resolución, circunstancia que entre otras cosas justifica la exposición obligada en este Informe de dicho expediente.

1.10.2.2.2 Plan de verano 2005 en atención primaria de Sevilla

Modificaciones de plantilla con repercusión asistencial fueron igualmente esgrimidas por un **grupo de profesionales que presta servicios en centros de salud de la ciudad de Sevilla, con especial repercusión en la época estival** (queja 15/3003).

Así, a las reivindicaciones tradicionales relacionadas con la exigencia de un tiempo mínimo de 10 minutos para atender a cada paciente, la denuncia de implementación de los cupos asignados por encima de los óptimos, e incluso de los máximos; y la disminución progresiva de profesionales por amortización de sus plazas (jubilaciones) y falta generalizada de sustitución de las ausencias reglamentarias (bajas laborales, vacaciones, formación obligatoria,..); se unía la medida de cierre de la mayoría de los centros de salud durante las tardes del verano.

En este sentido, referían que desde principios de julio hasta el 11 de septiembre, la mayoría de los centros de salud cerrarían a las 15 horas, y solamente ocho permanecerían abiertos hasta las 20 horas, continuando posteriormente la atención sanitaria de urgencia a través del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Afirmaban que la organización dispuesta conlleva la disponibilidad de un médico para cada 70.000 ciudadanos aproximadamente en dicha franja horaria, el cual se ve obligado a atender a pacientes de centros de salud distintos, e incluso a población pediátrica, para la cual señalaban no encontrarse preparados. Además al parecer solo se destinaba un facultativo a la realización de la asistencia domiciliaria.

De ahí que durante las mañanas los médicos que trabajan en cada centro de salud tenían que atender las citas de los compañeros que estaban de vacaciones, y a partir de las tres, tenían que repartirse la atención a urgencias de adultos y niños en los ocho centros que permanecían abiertos, estimando que este estado de cosas resultaba injusto tanto para los ciudadanos como para los trabajadores.

El informe administrativo recibido desde la Dirección del Distrito Sanitario ofrece respuestas a problemas generales relacionados con el funcionamiento de la atención primaria (régimen de sustitución de vacaciones, ILT y cobertura de jubilaciones), así como explicaciones para justificar el sistema de atención diseñado en el ámbito del Distrito durante las tardes del verano, aparte de profusos datos de actividad y dotación de personal por centros.

Por lo que hace a la problemática general que afecta al desenvolvimiento de la atención primaria, esta Institución es plenamente consciente, y de hecho en mayor o menor medida, ha venido tratando esta materia en sus informes anuales al Parlamento.

Ahora bien, en cuanto al **diseño de la atención durante el verano**, la Administración Sanitaria nos ha ofrecido datos de actividad de todos los profesionales de los distintos centros de atención primaria del distrito, sin que se puedan extraer conclusiones generalizadas en relación con la oscilación de la actividad en la temporada veraniega en horario de mañana, pues si bien en algunos casos se aprecia descenso significativo, en otros no se presentan diferencias con la actividad registrada en otros meses del año.

En todo caso, la cobertura de las ausencias por vacaciones se produce a veces por sustitución de jornadas contratadas, y en otros, por reparto entre los compañeros con atención a los criterios establecidos por la