



## 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



dirección, comprobándose que aun dándose esta circunstancia los índices de actividad no experimentan variaciones significativas.

Carecemos sin embargo de información para comparar la actividad que se desempeña en jornada de tarde durante el verano y el resto del año, pues solamente se nos han remitido datos de la primera, pero hemos podido contrastar con aquellos la afirmación que se contiene en el informe administrativo, de que la actividad de tarde en los centros designados es relativamente escasa: promedio de 227 pacientes al día durante el mes de julio, lo que significa una media de 15 pacientes/día por cada profesional.

En esta tesitura, y aunque la centralización de la asistencia en determinados dispositivos durante la horquilla horaria que consideramos pueda conllevar alguna molestia para los pacientes, no parece que el nivel de actividad compense una apertura generalizada, teniendo en cuenta que por otro lado solamente supone un promedio de 1,5 tardes para cada profesional en este período.

### 1.10.2.2.3 Déficit de medios personales y materiales en el DCCU de Sevilla

El DCCU de Sevilla también fue cuestionado por algunos de los profesionales que lo integran, que protestaron por **insuficiencia de las unidades previstas para la atención** (queja 15/1165), **tanto en los dispositivos fijos (UCCU) como los móviles (EM)**, todo ello relacionado con el volumen de población asistida y el nivel de actividad.

Así, respecto de las Unidades fijas se cifraba la disconformidad en su número (7) para una población de 700.000 habitantes, y la escasez de los refuerzos, que aparecen limitados en su distribución espacial, horaria y temporal (solo fines de semana y festivos); se reclamaba un incremento del personal de seguridad, por la conflictividad detectada, y una medida específica de adelanto del inicio de la actividad de estas unidades en una hora, para evitar las aglomeraciones previas.

En cuanto a los EM se afirmaba su reducción progresiva, de los ocho con los que se contaba al principio, hasta los cinco actuales, así como la del número de equipos que los conforman, la sobrecarga asistencial, fundamentalmente en épocas de alta frecuentación, y el incremento de los tiempos de respuesta. A lo anterior se unían reivindicaciones de carácter material sobre la obsolescencia de los vehículos y el aparataje.

En el tiempo transcurrido desde la presentación de esta queja, y antes de la recepción del informe administrativo, se sucedieron las reivindicaciones de los afectados, al punto de alcanzar acuerdos con la Administración Sanitaria, que en parte han venido a subsanar la problemática puesta de manifiesto.

El informe recibido del Distrito enumera por un lado las UCCU actualmente funcionales, con explicación de los centros de salud en los que se ubican, y los que quedan dentro del área de cobertura de cada una.

Los datos de actividad que se ofrecen son generales y van referidos al período anual, por lo que teniendo en cuenta que solamente resultan fiables desde 2012, lo primero que se aprecia es que no existen alteraciones numéricas importantes, por lo que cabría decir que la actividad de las UCCU se ha mantenido en términos muy similares.

Ciertamente, las diferencias se aprecian entre centros, de manera que las cifras de algunos representan la mitad o incluso la tercera parte de las de otros. Sorprende que en principio el personal que se dispone para la atención sea el mismo en todos ellos (un equipo), a menos que dicha diferencia se justifique fundamentalmente por el incremento de actividad durante los fines de semana y festivos, que son las fechas en las que se concentran los refuerzos, pues solamente en la UCCU de Amate se prevé un refuerzo de médico y enfermero los días laborables, en horario de 20 a 24 horas.

De todas formas, realizados los cálculos oportunos, la actividad diaria incluso en las UCCU más concurridas, resulta alejada del número de asistencias que según los interesados se han llegado a atender con carácter máximo (hasta 400), lo que sin embargo no nos lleva a negar este dato, teniendo en cuenta que la información



analizada traduce datos globales, y las ratios por mes o por día no son más que medias aritméticas teóricas, por lo que es posible que se conjuguen días de escasa actividad, con otros altamente frecuentados.

Nos parece por tanto que es posible profundizar en el ajuste de medios personales, y reaccionar con prontitud ante las situaciones de saturación que pudieran presentarse, introduciendo en el análisis de los medios otras variables (períodos de alta frecuentación ligados a la estacionalidad: gripe y otros virus).

**La dotación de las UCCU con personal de seguridad** también es objeto de controversia, aunque parece razonable que en principio la cobertura se produzca en los centros que presentan mayor nivel de conflictividad.

En todo caso, por lo que hace a las concretas reivindicaciones de los interesados, se ha determinado la apertura de los puntos fijos de atención urgente con media hora de antelación respecto del horario anterior, por lo que confiamos en que así puedan resolverse los problemas de aglomeración, allí donde se presentaban.

En relación con los **equipos móviles** el informe no explica las causas de la reducción previa a la operada en 2012, pues antes de eliminar uno de estos dispositivos, se hizo lo propio con otros dos en años anteriores, arrojando esta transición un descenso de operativos desde ocho hasta cinco.

La última modificación se justifica en datos de actividad, y el exceso de jornadas como consecuencia de la modificación normativa operada en este ámbito, que aumentó la de estos profesionales desde las 1.483 horas anuales, hasta las 1.530.

A nuestro modo de ver este último aspecto podría justificar la reducción del número de equipos que conforman los dispositivos, la cual también se ha producido, llegando en la actualidad a 26, pero no necesariamente habría de conllevar la desaparición del sexto equipo móvil.

En todo caso, los datos de actividad de los últimos años son bastante parecidos, cifrándose la atención principalmente en las demandas de asistencia clasificadas con nivel de prioridad 2 (urgencias no demorables), para las que quizás los tiempos de respuesta reseñados (en torno a los veinte minutos) pueden resultar apropiados, aunque no podemos decir lo mismo si los referimos a las demandas clasificadas con nivel de prioridad 1, que aunque en menor medida, también se atienden por este tipo de dispositivos, resultando alejados de los tiempos que emplea el dispositivo de emergencias 061 para el mismo tipo de demandas en el ámbito urbano (10´13´´ en Sevilla durante 2014).

El informe administrativo nos comunica que en este punto las negociaciones con los representantes del personal han desembocado en la incorporación al DCCU de un vehículo de intervención rápida con una dotación completa de personal, para prestar servicio en el período comprendido entre noviembre y febrero, por lo que también esperamos que esta medida contribuya a descongestionar la actividad de los EM los meses que presentan mayor demanda de su intervención.

En último término, el documento que nos ha sido remitido refleja una mejora significativa en lo que se refiere a los **medios materiales**, al menos por lo que hace a la sustitución de vehículos ambulancias (se han adquirido cinco), y los desfibriladores (se incorporan también cinco nuevos), aunque las discrepancias en la ratio de utilización de las tablets en relación con otros distritos, pensamos que obliga a analizar detenidamente este asunto.

En atención a lo expuesto, creemos que la problemática sujeta a nuestra consideración se ha solucionado parcialmente, aunque sea preciso esperar al análisis de resultados de las medidas introducidas.