

## **A LA CONSEJERIA DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.**

**EL SINDICATO DE MEDICO PROFESIONAL DE ASTURIAS (SIMPA)**, ha recibido con fecha 30 diciembre 2019, la Propuesta de Decreto /2019, de de , por el que se regula la organización y el funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, para que formule las alegaciones que estime oportunas. En base a ello, y dentro del plazo concedido, formula las siguientes

### **ALEGACIONES:**

En líneas generales manifestamos nuestro desacuerdo y rechazo con la propuesta del Decreto que regula la Organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria del servicio de Salud del Principado de Asturias, en adelante EAP. Mostramos nuestra disconformidad, en primer lugar, porque tal como está redactado no aporta nada, o casi nada, nuevo. Así, por ejemplo:

No aporta soluciones a la organización del trabajo, ni define las funciones a desarrollar por cada categoría de los trabajadores que componen el EAP.

No tiene en cuenta los cambios tan importantes que se han producido en la forma de trabajar, fundamentalmente la informatización.

No aborda la problemática debida a la escasez de profesionales médicos. En este sentido sería necesario, a nuestro juicio, que el médico se dedique a la resolución de problemas para los que él solo está formado y capacitado, liberándole de todas las cargas burocráticas, o administrativas, que pueden y deben ser resueltas por otros componentes del EAP. Así se dotaría de más contenido al resto de los profesionales del EAP, pudiendo éstos incrementar y desarrollar todo su potencial laboral y profesional.

De esta forma contribuiremos a la eficacia del sistema y a que los profesionales se sientan mejor y más identificados con sus propias labores y cometidos profesionales.

El proyecto de Decreto que se nos presenta, en nuestra opinión, se limita a repetir lo ya regulado en normativas anteriores como son: el Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, Ley 14/86, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, Real Decreto 1575/93, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en Atención Primaria, Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, Sucesivos Decretos del Mapa Sanitario del Principado de Asturias y el Decreto 66/2009 de 14 de julio, que regula la estructura y funcionamiento de la áreas y unidades de gestión clínica del SESPA. Así como diversas conferencias, convenciones, acuerdos y pactos sobre Atención Primaria de Salud y entre ellas la Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978.

En segundo lugar, porque no regula aspectos importantes de la atención Primaria. Así nada dice respecto de la organización, ni del funcionamiento, de la actividad clínico asistencial, perdiendo la oportunidad de acometer su regulación, como debería ser el objetivo de un Decreto que trata de la organización y funcionamiento de los EAP. Una cosa que debe de quedar clara, es que la misión más importante de los EAP es la atención clínica y sanitaria a la población que tiene asignada. Pues en este Decreto nada se dice de la práctica clínica, aunque a la vista de tanta cantidad y variedad de funciones que este Decreto encomienda al EAP, se duda de si tendrán tiempo para atender directamente a los pacientes. Así, por ejemplo, no se enumeran ni se encomiendan o atribuyen, las tareas y materias específicas sobre la salud, de las cuales debe de preocuparse prioritariamente (dentro de la atención integral de la Salud) la Atención Primaria. Tampoco se atribuyen los medios materiales o tecnológicos con los que debe de contar la Atención Primaria y los EAP.

No se regula nada respecto del tiempo, mínimo, que hay que dedicar a la atención de los pacientes. No se dice cómo debe de ser la programación de las agendas de cita previa, ni la organización de las consultas asistenciales de medicina y enfermería. No hay regulación ni concreción, de las funciones y actividades de las distintas categorías

de los trabajadores que forman el EAP. No están descritas las funciones y actividades clínico-asistenciales, de medicina, pediatría, enfermería, trabajador social, auxiliares clínicas y celadores. Se despacha este tema con la frase “ *... las que les correspondan de acuerdo a su categoría ...* “. No se regula la organización de la continuidad asistencial a la población que tiene encomendada el EAP, ni como se ha de efectuar, por el personal del EAP.

En tercer lugar, la pretendida autonomía de gestión del EAP queda muy limitada a las normas de otros procesos que los regulen.....

Tampoco deja claro el libre criterio clínico-asistencial de los profesionales

En cuarto lugar, no se dota de contenido, ni funciones organizativas, ni de mando al Director del EAP, limitándose, únicamente, a decir las que tenga atribuidas. Solo se recoge lo que ya decían el Real Decreto sobre estructuras básicas de Salud y el Decreto de las UGC. Tampoco define con claridad la forma de provisión y el desempeño del Director y del Responsable del EAP.

En quinto lugar, no se definen los objetivos de salud que se encomiendan al EAP, ni tampoco se dota económicamente los cargos de responsabilidad y que tienen encomiendas de funciones directivas o de responsabilidad específica dentro de la organización del EAP, como son los integrantes de la Comisión de Gestión. Es más, se dice en el artículo 10.4 que no tendrán ningún derecho económico, “*salvo las indemnizaciones que correspondan por desplazamiento*”, como si dentro del EAP alguien percibiera indemnización por desplazamiento....

En sexto lugar, no se da respuesta, en nuestra opinión, a las necesidades, retos y problemáticas actuales que tiene la asistencia sanitaria. No se indican estímulos ni medios de incentivación para que las Zonas de Salud con más dificultades o que sean menos atractivas para los trabajadores sanitarios, reciban la atención sanitaria, a la que tienen derecho o resulten atractivas o estimulantes para los trabajadores sanitarios.

Ya dentro del articulado, se pasan a alegar aspectos específicos de cada artículo que nos suscitan dudas. También comentamos aspectos que, en nuestra opinión, es necesario alegar, así como modificar la actual redacción de determinados artículos. Así:

**Artículo 2.2:** Se sabe que los Decretos están para ser cumplidos, con lo cual, si se aplica a todo el EAP, ya se sabe que es de obligado cumplimiento. Se podría suprimir

**Artículo 5.3:** La creación de tres tipologías de EAP conlleva a una pérdida de atractivo para las zonas más desfavorecidas, por tener una población menor y más dispersa, que se reflejaría en las retribuciones económicas inferiores del Director. De la misma manera que en las jefaturas de servicio hospitalarias, no hay diferencias retributivas entre los diferentes jefes de servicio, independientemente del número de adjuntos del servicio (incluso con un solo adjunto) y que tampoco hay diferencias retributivas entre las jefaturas servicio de hospitales de primer nivel, con los de otros niveles; estimamos que debe de haber un trato igualitario, retributivamente, al de los hospitales, si se quiere potenciar la Atención Primaria. Todo ello, de acuerdo con una visión política de utilidad de la misma, propagada por la administración, ha de realizarse una adecuación presupuestaria. Si no, solo será una falacia.

**Artículo 5.4:** Por lo expuesto anteriormente, no ha de haber diferencias retributivas. Debería de suprimirse.

**Artículo 7.2:** La dirección del EAP ha de recaer en el personal sanitario de mayor nivel, en este caso del Grupo A (A1), ya que las funciones de dirección, gestión y coordinación que debe de asumir, exigen un mayor nivel académico y de más cualificación; es decir, en un médico. Y debe de equipararse a la categoría de Jefe de Servicio, nivel 28, como se ha indicado anteriormente.

**Artículo 7.3:** Los distintos responsables del EAP, medicina, enfermería y unidad administrativa están abocados al más rotundo fracaso sin no reciben contraprestaciones retributivas y de otro tipo. El mero nombramiento no resulta

atractivo a la hora de responsabilizarse de ninguna tarea. Se deben de especificar los niveles retributivos especiales de estos responsables. Lo mismo para los responsables que se enumeran en el **artículo 8**.

**Artículo 9.1:** En referencia a la libre elección de profesional sanitario, la redacción habilita la libre elección de médico, que ya existe y de enfermería que, hasta la fecha no está contemplada. Tal como se proponen las Unidades Funcionales se generaría, aún más, un aumento de las dificultades de coordinación con estos profesionales.

**Artículo 9.2:** La redacción que se da a lo que se llama Unidades funcionales es ambigua. Se limita solo a numerarlas y a decir que son para la consecución de objetivos, pero no se dice que son, o para que se crean, o cuál es su misión u objetivo.

**Artículo 10. 4:** En desacuerdo en que los miembros de la Comisión de Gestión no tengan derechos económicos. Es más, si no hay estímulos económicos, dudamos que la comisión de gestión del EAP sea operativa o de utilidad funcional. Se debería de suprimir

### **CAPÍTULO III**

**Artículo 11.1 y 2: Planificación del trabajo del EAP.** Es un artículo de carácter declarativo y programático, pero en el que no se concretan ni enumeran ni definen ni orientan cuales deben de ser los objetivos comunes de los miembros del EAP y los procesos asistenciales y no asistenciales que deben desarrollarse. Tampoco se define ni se concreta, en que consiste el marco del proyecto de mejora continua. No se hace referencia a cuál debe de ser la menor variabilidad asistencial, al igual que tampoco se especifica cual o en relación a qué debe de ser la mejora de la calidad asistencial de los procesos de salud ni la satisfacción de los usuarios. Tampoco como se debe mejorar la eficiencia del sistema sanitario asturiano. En resumen, se debería de especificar y concretar cómo se debería de planificar el trabajo en el EAP y no dejarlo en una mera declaración programática.

**Artículo 12.** Al igual que en el anterior, no se especifica ni se concreta en qué consiste y cual debe de ser la integración y la continuidad asistencial.

**Artículo 13.c):** Hay que especificar claramente cuáles serían las funciones atribuidas a otros órganos (si se quiere que no las desarrolle el Director del EAP) y cuales a la dirección del centro. Es un artículo muy etéreo, -como se viene señalando repetidamente de la totalidad del Decreto que se está alegando- y sin descripciones concisas.

**Artículo 13.e):** Las directrices que se marquen desde la Gerencia del Área han de someterse a normas deontológicas, laborales, de calidad y científicas vigentes.

**Artículo 13.d):** El Director del EAP no puede ser el responsable económico de asuntos no relacionados, o en que no intervenga, o no sean realizados por el EAP, como puede ser la prescripción delegada, o la continuidad asistencial derivada de otros estamentos sanitarios como, por ejemplo, la continuidad de la atención hospitalaria de los pacientes.

**Artículo 13.e), f),g), i), j), l) y n):** Se debe de modificar la redacción, dada en tono paternalista y espiritual, de las funciones enumeradas en estos apartados del artículo 13, por una redacción concreta, concisa y clara. Los profesionales integrantes de un EAP saben y conocen cuál es su trabajo y sus funciones. No deben esperar a ser orientados, o corregidos, ni que se les hagan cumplir las directrices de los órganos superiores por el Director del EAP. Concretamente en el apartado g) se debe de eliminar la referencia de la detección e identificación de las vías de desarrollo, ya que el personal del EAP está clasificado y encuadrado en su categoría y puesto de trabajo, que no puede ser modificado por el Director del EAP. El apartado i) es de exclusiva competencia de cada médico, según su criterio clínico. El apartado j), es la Gerencia del Área la que contrata los bienes y servicios de acuerdo a la normativa presupuestaria. Como mucho el Director podría proponer las necesidades del EAP en cuanto a bienes y servicios. En el apartado l), los horarios y turnos no los puede proponer el Director del EAP. Vienen impuestos por la normativa vigente, de aplicación a todo el personal del

Servicio de Salud. No es especial para cada EAP. El apartado n) es innecesario, ya que es prerrogativa de la Gerencia asignar funciones, de acuerdo con sus decisiones, al Director del EAP y a todo el personal dependiente de la Gerencia.

**Artículo 14.b), e), g) y h):** Corregir la redacción, pues no se piensa que un EAP elabore dentro de su marco algún protocolo o guía clínica. El resto de la redacción es lógica por criterios de práctica clínica. En el apartado e) las funciones de docencia (que no todos los EAP tienen) no son determinadas por el propio EAP, sino que estarán encuadradas dentro del plan de Docencia del Servicio de Salud. Las iniciativas de los profesionales, desde luego, serán apoyadas siempre que no menoscaben la dedicación a los pacientes dentro del EAP. Los apartados g) y h) son innecesarios por incongruentes. ¿O es que el Director va a solicitar un asesoramiento; o va a designar funciones al Consejo de dirección?

**Artículo 15.2):** Suprimirlo por innecesario. ¿Quién dirige el EAP? ¿El Director, o la Comisión de Gestión del EAP?, si es el Director del EAP, no se entiende que haya que votar las decisiones del Director del EAP. ¿Qué sucede si la mayoría de la Comisión de Gestión vota en contra de lo propuesto o decidido por el Director del EAP?. Las decisiones las toma el director del EAP. O si las decisiones se toman por mayoría de la de la Comisión de Gestión del EAP; entonces sobra el Director del EAP.

**Artículo 16.4):** Cambiar la redacción, ya que las responsabilidades nunca son compartidas entre los profesionales. Las responsabilidades siempre deben de ser individuales, nunca compartidas. ¿Acaso asumirán los miembros que comparten una responsabilidad, el incumplimiento de uno de los miembros, cuando ellos han cumplido con su responsabilidad?

**Artículo 17.1.a):** Añadir, en el sentido en que está redactado el artículo, a la atención directa, continua y continuada.

**Artículo 17.2.3 y .4:** Ya que el punto 2 diferencia la atención directa asistencial y no asistencial, y las describe en los punto 2 y 3 deben de ser, el punto 3, apartado 2.a) y el

punto 4, apartado 2.b). El artículo 17.3.c). Se debe definir y especificar que es una consulta urgente y los motivos no demorables. En su actual redacción seguro que todo puede tener un motivo no demorable, según quien esgrima el motivo pasar ser atendido urgentemente.....

**Artículo 17.3 y .3.c).** Diferenciar la participación del EAP en la Comunidad, de la participación de la Comunidad en el EAP, puesto que puede haber una participación excesiva de la Comunidad que interfiera en el funcionamiento del EAP. Debe de ser el EAP el que se debe de ofrecer y poner sus normas a la Comunidad, para su buen funcionamiento. También en el artículo 17.3.c) se debe de especificar, y explicitar, que se entiende y cuáles son los agentes de salud.

**Artículo 17.6 y .7).** Entra en colisión con el artículo 14.e), en las cuestiones de docencia e investigación. Si las funciones competen a la Comisión de Gestión del EAP, a los profesionales del EAP, o a los otros niveles asistenciales o a organismos docentes o de investigación. Se deben de clarificar cómo y por quien se van a realizar las funciones docentes y de investigación, en, y del EAP. En el punto 7 no se dice nada de las actuaciones en que ha de basarse la asistencia sanitaria y la atención a los usuarios del EAP, siendo la asistencia sanitaria y la atención a los usuarios las principales actuaciones del EAP.

**Artículo 18.1:** El médico de familia también es médico **“especialista”** en Medicina Familiar y Comunitaria, al igual que el médico especialista en pediatría lo es en Pediatría y sus áreas específicas del EAP.

**Artículo 18.1.a)** Es necesario especificar claramente cuáles son las actividades que corresponden a cada categoría; de la misma manera que hay que especificar, con la misma claridad, cuáles son las actividades que corresponden al resto de las categorías que integran el EAP, y no ponerlas en abstracto como se hace en los siguientes apartados: **Artículo 18.1.a)** actividades del personal médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y al personal médico especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas del EAP, **Artículo 18.2.a)**, actividades que corresponden al personal de enfermería, **Artículo 18.3.a)** actividades correspondientes al personal Técnico en



Cuidados Auxiliares de enfermería, **Artículo 18.4.a)** actividades correspondientes al Trabajador Social del EAP ,**Artículo 18.5.a)** explicitar las actividades correspondientes a la categoría del personal administrativo del EAP, y por último en el **Artículo 18.6.a)** enumerar las actividades correspondientes al personal Celador del EAP.

**Artículo 18.1.c):** La acogida y acompañamiento de la personal y su familia. Este apartado está más enfocado y debería de corresponder a otras categorías de los componentes del EAP, ya que si no, siempre acaban recayendo todas las actividades del EAP en el personal médico. De todas formas, se requiere una agenda no masificada, que no se ha cumplido desde el acuerdo establecido en el año 2002, con Consejería responsable en materia de Salud, de 10 minutos por paciente.

**Artículo 18.2.a):** Incluida la atención directa al paciente, el triaje de casos que demandan urgencia, o atención no demorable.

**Artículo 18.2.d):** Hay serias dudas de que la Enfermería pueda liderar la gestión de casos complejos en la atención domiciliaria. Estimamos que una redacción más adecuada sería que el personal de enfermería fomentará y promoverá la atención domiciliaria de los pacientes, comunicando al facultativo, cuando sea necesario, los problemas que detecten más complejos, para que el médico tome la decisión más pertinente, de acuerdo a las necesidades, dada la complejidad del paciente.

**Artículo 18.4.b):** Suprimir en la redacción de acuerdo con su formación, competencias y habilidades ya que la atención directa de carácter social es propia y entra de lleno en las actividades y funciones propias de los Trabajadores Sociales.

**Artículo 18.4.g):** Nos asaltan serias dudas sobre la legalidad del acceso a la totalidad de la historia clínica del paciente, según la legislación vigente, del personal Trabajador Social del EAP. Quizá habría que excluir al menos, sino la totalidad de los aspectos clínicos de la historia del paciente.

**Artículo 18.5.1.2º:** El sistema de citación y ordenación de la agenda será realizada de acuerdo a las indicaciones recibidas y a la normativa vigente.

**Artículo 19:** Es de carácter declarativo, abstracto, programático y redundante. Así en el **apartado a)** si el artículo hace referencia al personal del EAP, que la participación de forma activa sea para el resto de los profesionales es redundante, puesto que inicialmente ya afecta a todo el personal del EAP. El **apartado b)** es redundante que las intervenciones sean individuales y grupales. En cambio, en el **apartado c)** las actividades a desempeñar, se debe de explicitar que son en la Zona de Salud. **Apartado d)** Suprimir activamente ya que la cooperación implica una actividad. **Apartado e)** Es excesivo que el EAP conozca los recursos sociales y comunitarios ya que estos dependen de otros organismos. Se piensa que no es misión del EAP participar en los sistemas de gobernanza local existentes. **Apartado g)** la accesibilidad se debe de facilitar en equidad, por igual a todos los ciudadanos, sin que ningún grupo tenga preferencias especiales a la accesibilidad por encima del resto de los ciudadanos. Quizá algún grupo, o persona, no desee, dentro de su libertad, accesibilidad alguna al sistema.

**Artículo 20:** Igualmente de carácter declarativo, abstracto, programático y, quizá, hasta pretencioso. Así en el **apartado c)**, en nuestra opinión, serán escasos los EAP que participen en proyectos de investigación y, en caso de participar, ya sabrán la metodología a emplear sobre los problemas y los determinantes que influyen en la salud. En el **apartado d)**, la participación en estudios epidemiológicos no se deberá de limitar a cumplimentar las encuestas que así lo requieran.

**Artículo 20.f):** Lo consideramos de especial interés y en base a eso se debe de añadir a la redacción. *“Para ello, la administración sanitaria, habilitará los medios y condiciones necesarias para la actualización y la formación del personal del EAP dentro de la jornada laboral”.*

**Artículo 21:** Es igualmente de carácter declarativo, abstracto y ambiguo. Por ello se propone: **En el apartado b)** si tiene que asumir la coordinación de protocolos ha de ser

voluntaria, no obligatoria. **En el apartado e)** suprimir la unidad funcional de las sesiones clínicas, por ser abstracto el concepto de unidad funcional. **En el apartado g) y sucesivos**, se debe de explicitar quien se hará cargo de la labor asistencial, en casos de designación o participación, de un miembro del EAP en cualquiera de los diversos órganos de participación, o colaboración ciudadana, o de otros estamentos ajenos al EAP.

**En el apartado l) y sucesivos.** En los casos de cumplimentación y elaboración de documentos, informes y certificaciones, se habilitará el tiempo suficiente en la agenda correspondiente.

**Disposición adicional segunda. Adaptación de la plantilla orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.** La plantilla orgánica se adaptará para crear una dirección de EAP con nivel 28, equiparable, a todos los efectos, con las jefaturas de servicio hospitalario.

Se debe de especificar los criterios con que se adaptará la plantilla orgánica del Servicio de Salud

**Disposición final primera. Párrafo segundo del punto 1.1.** Se debe de añadir Los puestos Directivos del EAP y de responsable del EAP, serán provistos entre el personal de la correspondiente categoría, **del Grupo A (A1)** que preste servicios en el mismo equipo.....

**Disposición final segunda. Primera modificación del Decreto 2/2006, de 12 de enero, por el que se regula la constitución y funcionamiento de los consejos de salud de zona.**

“a) La persona titular de la Dirección del Equipo de Atención Primaria, en su defecto, un miembro del equipo designado por la Gerencia del Área de Salud entre el personal sanitario **médico** del Equipo de Atención Primaria.”

Esto es lo que el Sindicato Médico Profesional de Asturias alega a la actual redacción de la Propuesta de Decreto /2019, de de , por el que se regula la organización y el

funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Oviedo, 27 de enero de 2020.