



Zaragoza a 24 de junio de 2014

Por la presente adjunto le remito las alegaciones de CEMSATSE al documento borrador de Proyecto de Decreto, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica parcialmente el Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.

Sin otro particular, atentamente,

Fdo. Teodoro Aldea Manrique
Secretario autonómico de CEMSATSE-Aragón

A/A CONSEJERO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA
Vía Universitat, 36 - 7ª planta. 50071 Zaragoza (Zaragoza)
GOBIERNO DE ARAGÓN

1. Introduction
2. Literature Review
3. Methodology
4. Results and Discussion
5. Conclusion

ALEGACIONES CEMSATSE AL PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE MODIFICA EL DECRETO 174/2010 POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS Y SECTORES DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

En la introducción del Proyecto de Decreto se habla de que *“la aplicación práctica de la mayor descentralización no ha dado los resultados apetecidos de accesibilidad y equidad, generando en cambio mayores problemas de organización, coordinación y aprovechamiento de los recursos existentes, razón por la cual, en el último trimestre del año 2011, el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia procedió a agrupar en cuatro titulares las ocho gerencias de sector mencionadas”*.

Y continúa: “transcurridos dos años de esta unificación en la titularidad de las gerencias de sector, la misma ha resultado insuficiente para los resultados pretendidos de corrección de efectos negativos que la importante descentralización llevada a efecto en el Decreto 174/2010 ha reportado”.

Se habla también de que “la actual estructura no ha contribuido a la mejora del sistema, generando, por el contrario problemas de planificación y coordinación, con una mayor indefinición de las responsabilidades de dirección y gestión, dada la multiplicidad de órganos unipersonales y colegiados que intervienen en esferas coincidentes de actuación e importantes desequilibrios en volumen y recursos asignados, lo que puede mejorarse simplificando el número de órganos directivos en el Organismo”.

El Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia plantea una modificación de la estructura y funcionamiento de las Áreas y Sectores Sanitarios basándose en los argumentos citados.

1. La mayor descentralización no ha mejorado la accesibilidad y equidad y además ha producido efectos negativos :

No se aportan datos objetivos que avalen ésta afirmación.

Sin embargo, si se revisan datos objetivos, como los recogidos y publicados por el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia en las encuestas de satisfacción y su evolución entre 2010 y 2013, todos los ítems valorados mejoran en el 2013 respecto al año 2010.

Algunos ejemplos son:

ARAGÓN	Satisfechos o muy satisfechos (%)		
	ESU 2010	ESU 2013	Dif. 2013-2010
Facilidad para conseguir cita	70,8	80,0	+9,22
Posibilidad de escoger cita	67,4	75,9	+8,52
Solución dada a la consulta	79,3	83,1	+3,76
Tiempo de espera para entrar en la consulta	49,2	61,5	+12,28

Por los datos obtenidos, parece que la descentralización ha supuesto una mejora en la satisfacción del usuario con su Servicio de salud al resultar este más accesible.

Por otro lado, el **Decreto Legislativo 2/2004** por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud recoge en su artículo 5 los principios del Servicio Aragonés de Salud: "...c) **Descentralización y desconcentración en la gestión**", por lo que el Proyecto de Decreto choca frontalmente con uno de los principios de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

2. La actual estructura ha producido *problemas de planificación y coordinación e importantes desequilibrios en volumen y recursos asignados.*

Los problemas de planificación y coordinación se achacan en el Proyecto, a la **indefinición de las responsabilidades de dirección y gestión**, dada la multiplicidad de órganos unipersonales y colegiados que intervienen en esferas coincidentes de actuación, por lo que la solución, en todo caso, sería la reducción de estos órganos y no la reducción de Áreas de Salud.

En cuanto a los **desequilibrios de volumen y recursos asignados** tampoco van a resolverse con ésta nueva distribución de las Áreas de Salud

En cuanto a dotación de recursos humanos en hospitales de agudos y socio-sanitarios la actual distribución es:

ÁREA/SECTOR	PERSONAL
I ZGZ	1.757
II ZGZ	6.424
III ZGZ	3.733
IV CLT	517
V HU	1.434
VI BRB	845
VII ALC	547
VIII TE	877

Con la nueva distribución únicamente en 3 áreas quedaría:

ÁREA/SECTOR	PERSONAL
I HUESCA	2.279
II ZGZ	11.914
III TERUEL	1.424

Evidentemente con esa distribución los desequilibrios de recursos humanos asignados tampoco se van a resolver.

CEMSATSE

En cuanto a atención primaria la distribución actual de centros es:

ÁREA/SECTOR	ZBS	CS	CONSULTORIOS
I ZGZ	13	13	36
II ZGZ	22	19	24
III ZGZ	22	22	120
IV CLT	10	9	106
V HU	14	14	175
VI BRB	15	14	147
VII ALC	12	12	83
VIII TE	17	16	182

Si se produce la unificación de áreas quedará:

ÁREA/SECTOR	ZBS	CS	CONSULTORIOS
HU I	29	28	322
ZGZ II	67	63	286
TE III	29	28	265

Respecto a recursos humanos, actualmente se distribuyen:

ÁREA/SECTOR	Médicos+ Pediatras	Enfermeras+ otros diplomados sanitarios	Otros
I ZGZ	151	139	63
II ZGZ	287	278	134
III ZGZ	242	214	100
IV CLT	74	57	18
V HU	109	102	53
VI BRB	112	104	48
VII ALC	86	69	28
VIII TE	108	88	42

Con tres áreas quedará:

ÁREA/SECTOR	Médicos+ Pediatras	Enfermeras+ otros diplomados sanitarios	Otros
HU I	221	206	101
ZGZ I	754	688	315
TE III	194	157	70

Cada dato estudiado confirma que se va a crear un macrosector que corresponde a Zaragoza y provincia, que será muy difícil de gestionar por la gran cantidad de población y recursos humanos asignados, en consecuencia el desequilibrio de volumen y recursos asignados se va a incrementar.

3. La Ley 14/1986 General de Sanidad establece en su artículo 56:

4. *Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.*

5. *Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área.*

La Ley General de Sanidad es una normativa básica, no sólo de obligado cumplimiento en cuanto a la delimitación de las Comunidades Autónomas en áreas de salud, sino también en cuanto a los criterios de delimitación.

La Ley 14/1986 establece la población que debe abarcar cada área de salud, y solamente admite excepción a este criterio si se basa en factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área.

Además, la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón en su artículo 46 Estructura territorial insiste en los factores para establecer las áreas de salud:

“El Sistema de Salud de Aragón se organiza en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes y teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por el Gobierno de Aragón y los criterios definidos en la Ley General de Sanidad”

En el Proyecto de Decreto sólo se habla de factores y criterios de gestión y dirección de centros y ninguno de estos responde a lo previsto en la normativa vigente para delimitar las áreas de salud y además, en absoluto se razona la mejora en la asistencia, atención o accesibilidad que ésta nueva organización de las áreas le va a suponer al ciudadano.

Actualmente la distribución de la población entre los 8 Sectores es la siguiente:

ÁREA/SECTOR	POBLACIÓN
I ZGZ	188.539
II ZGZ	379.225
III ZGZ	293.892
IV CLT	56.549
V HU	113.008
VI BRB	108.587
VII ALC	74.787
VIII TE	82.132

Con la modificación propuesta las nuevas Áreas asumirían la siguiente población:

ÁREA/SECTOR	POBLACIÓN
I HUESCA	221.595
II ZGZ	918.205
III TERUEL	156.919

Actualmente las Áreas de salud tienen la siguiente extensión territorial y densidad de población:

Área de Salud	Extensión en Km ²	Densidad de población hab./ Km ²
ZGZ I	3.210,70	58,7
ZGZ II	2.537,78	149,43
ZGZ III	7.139,6	41,2
CALATAYUD IV	4.065,7	8,8
HUESCA V	8.149,9	13,9
BARBASTRO VI	8.162,8	13,3
ALCAÑIZ VII	7.134	10,5
TERUEL VIII	9.341	8,8

La desigualdad de densidad de población entre Áreas no se resuelve en absoluto con la nueva distribución propuesta:

Área de Salud	Extensión en Km ²	Densidad de población hab./ Km ²
HUESCA I	16.312,70	13,58
ZGZ II	16.953,78	54,15
TERUEL III	16.475,00	9,52

Es evidente que con ésta nueva distribución de la población no se cumplen los requisitos poblacionales establecidos en la Ley General de Sanidad ni en la Ley de Salud de Aragón para establecer las áreas de salud.

Por otro lado, tampoco se resuelven los desequilibrios de volumen y recursos asignados que el propio Proyecto de Decreto dice que existen actualmente, más bien todo lo contrario, no parecen bien distribuidas las áreas sanitarias cuando a una se le adscriben casi un millón de habitantes y a otra apenas 150 mil.

Además, resulta anacrónico que mientras el Gobierno de Aragón ha apostado por la ordenación territorial con la creación de las Comarcas para descentralizar la organización por provincias sea el mismo Gobierno, el que apueste por una centralización de la asistencia sanitaria al pretender organizarla por provincias.

4. Se otorga la gestión de los recursos humanos a la figura del Director de Gestión y Servicios Generales del Sector.

Asumiendo que efectivamente el control presupuestario es fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema, no es justificable que la gestión de los recursos humanos de un servicio público, cuya misión fundamental es dar a la población asistencia sanitaria, se deje en manos de un gestor económico que no conoce la dotación de los recursos humanos necesarios para dar esa asistencia sanitaria.

Ello supondrá con toda seguridad, una infradotación de recursos humanos y como consecuencia una merma en la calidad asistencial prestada a la población.

5. También dice que se logrará favorecer el derecho de los usuarios, a la libre elección de médico de atención primaria dentro del área de salud y al aumentar los hospitales vinculados al área de salud, se garantizará una mejora en la asistencia de la población adscrita a ésta

El ejercicio del derecho a la segunda opinión médica está ya recogido en el Decreto 35/2004 por lo que no precisa de una nueva regulación .

En cuanto a la mejora en la asistencia al aumentar los hospitales vinculados al área de salud es una falacia ya que al unificarse servicios se disminuirá la oferta en todos los hospitales y por tanto, al ciudadano que viva más lejos del centro hospitalario que oferta los servicios que precisa no se le mejora la asistencia sino más bien al contrario se le empeora claramente.

En resumen, las únicas dos novedades que aporta este decreto son la creación de una única área de salud por provincia y la creación de la figura Director de Gestión y Servicios Generales con nuevas competencias.

Dos novedades que evidentemente tienen consecuencias importantes y que difícilmente encajan en la estructura de los sectores. Estructuras diseñadas para mejorar la accesibilidad en sectores más pequeños, tanto por población, como por número de trabajadores, como por centros de trabajo.

Así pues, y a primera vista, parece evidente, por ejemplo, que la atención primaria se configura, a efectos de gestión, como un único centro de trabajo por provincia, aspecto que directamente destruye el objetivo propuesto en el Decreto 174 de favorecer la continuidad asistencial.

Pero donde verdaderamente hay que fijarse, porque seguramente ese es el objetivo del legislador, es en la transcendencia que supone la creación de un área única por provincia con especial repercusión en la provincia de Zaragoza donde se crea una macro área con casi un millón de habitantes, cinco hospitales y 63 centros de salud.

Parece evidente que el principal objetivo, porque si no es así no se entiende la necesidad de este decreto, es salvar el artículo 87 de Ley General de Sanidad que limita la movilidad forzosa de los trabajadores al ámbito del área de salud. Algo que con este decreto se va a poder hacer. Eso sí, con consecuencias no siempre deseables.

Así, según se puede interpretar al leer la justificación del texto y el hecho de cambiar la estructura de los sectores, cada provincia y a estos efectos, se comportará como si hubiera un único hospital, lo que va a suponer sin duda la unificación de servicios agrupados por especialidades y con un único jefe de servicio. Un gran error, ya que numerosos estudios demuestran que unidades de menor tamaño tienen mucho mejores resultados.

Como consecuencia de todo ello va a haber:

- Una **pérdida de calidad** para profesionales, usuarios y centros, por la reducción de servicios ofertados por centro, puesto que determinadas prestaciones solo se van a ofertar en determinados centros para toda la provincia.
Lo que supondrá que se **reduce la oferta** al centralizar servicios y por tanto, reducir el número de los mismos.
- Un **alejamiento de los servicios** a los usuarios, fruto de esta centralización provincial de determinadas prestaciones: ya no serán accesibles en el hospital del sector, ya que se ofertarán en un solo punto de la provincia.
Es decir, se **reduce la accesibilidad y la equidad**, dependiendo del lugar de residencia del usuario, tendrá menos oferta de servicios y además menos accesibles.
- Y para **los profesionales**, además de la **desmotivación** que supone trabajar en centros limitados en su oferta asistencial, se añade la **pérdida de derechos laborales**, ya que podrán trabajar en cualquier punto del área de salud (es decir, de la

provincia), lo que en la práctica supondrá movilidad continua entre los diversos centros de Zaragoza, Huesca y Teruel...

Y no es de menor importancia otra consecuencia ligada a la instauración del área única, la reducción de la representación de los trabajadores, para así aumentar la desprotección de los mismos.

En cuanto a la figura del Director de Gestión y el hecho de que asuma de forma centralizada la gestión de los recursos humanos quitándosela a los Gerentes, no hace sino profundizar en esa idea de hacer todo más grande para, entre otras cosas no de menor importancia, que se dificulte el control sindical en aspectos de tanta transcendencia como, por ejemplo, las contrataciones.

Todo esto va a llevar sin duda alguna a un ahorro económico con un alto coste social por la pérdida de calidad asistencial, dificultad en la accesibilidad y desaparición de la equidad.

En consecuencia: no encontramos en el decreto ningún aspecto positivo y sí sin embargo mucha confusión por lo que pedimos la retirada total del proyecto de decreto.