

PROPUESTA DEL GRUPO DE GESTION RELATIVO A REGULACIÓN DE LA FIGURA DEL JEFE DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Siguiendo con la dinámica de trabajo acordada por el grupo de gestión en su primer informe y ante la intención de la Consellería de regular la figura del Coordinador de Equipo otorgándole nuevas funciones y capacidad de gestión, se presenta el informe con las recomendaciones que hace el grupo referente a las características que han de definir la figura del coordinador, sus competencias, funciones y sistema de designación.

El modelo de atención primaria tiene su base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que son los encargados de cumplir la misión y visión del Equipo de Atención Primaria (EAP) y que han de compartir el logro de objetivos comunes bajo la figura de un responsable: el coordinador del EAP. La necesidad de que exista un último o máximo responsable médico del equipo es compartida por nuestro Grupo de Trabajo de Gestión, considerando que en la actualidad sus atribuciones e instrumentos de los que esta dotado el cargo no han evolucionado de acuerdo con las demandas sanitaria y desarrollo de la atención primaria, quedando actualmente mermada la figura del coordinador, y deteriorada su capacidad de liderazgo.

Esto afecta a la verdadera capacidad de logro de recursos y mejoras para satisfacer las necesidades de la población y de los propios miembros del EAP, por lo que actualmente, la cuestión de su denominación puede tener importancia por su connotación en relación a sus funciones y relevancia social que le atribuyen tanto los propios trabajadores sanitarios como los propios usuarios del sistema y la relación con otros niveles asistenciales.

Aspectos como los cauces establecidos para su nombramiento, la temporalidad del cargo, la disminución de la carga asistencial, el grado de autonomía, funciones y su capacidad de gestión, están totalmente condicionados a criterios que varían según las comunidades autónomas, y dentro de la Comunidad Valenciana entre los distintos departamentos e incluso de unos Centros de Salud a otros con independencia, en la mayoría de los casos, del grado de implicación del propio profesional.

El coordinador, teóricamente, dispone de enormes posibilidades de influencia que podrían aumentar la satisfacción y el rendimiento de los trabajadores y disminuir el estrés laboral. Pero la realidad desmiente estas atribuciones, situando el papel del coordinador en el humilde ras del suelo, influyendo más en el rendimiento del EAP por sus propias habilidades que por el refuerzo que su figura recibe de la Administración. Por otra parte, la “separación de poderes” (médicos, enfermeros y administrativos) que se propicia al no establecerse claramente la jerarquía y las dificultades de comunicación que conlleva el trabajo en EAP grandes, dificulta una buena labor de coordinación que garantice una asistencia sanitaria digna que integre actividades de promoción y prevención y donde términos como diagnóstico de salud, participación comunitaria, consejos de salud, medio ambiente, salud laboral, etc. han ido perdiendo vigencia.

Los coordinadores tienen asociadas todas las funciones propias del director de un grupo de trabajo: planificar, dirigir, organizar, delegar, coordinar y evaluar. Concediéndose más

importancia por parte del resto de miembros del equipo a las de evaluar, dirigir y organizar. Entre las soluciones aportadas por los expertos para resolver la problemática de los Coordinadores de EAP, figuran las siguientes:

- Modificar el sistema de elección del Coordinador
- Articular formas que permitan adecuar el tiempo dedicado a la gestión, sin detrimento de la actividad asistencial y sin sobrecargar a otros profesionales del EAP
- Suficiente motivación e incentivación
- Potenciar la Comisión Directiva del Centro de Salud
- Mayor capacidad de dirección y decisión, con más competencias y asunción de responsabilidades sobre el resultado final del EAP
- Liderazgo, con estilo participativo y motivante
- Mejorar la formación en gestión económica, organización y manejo de grupos

Desde el Grupo de Trabajo de Gestión Clínica realizamos la siguiente propuesta:

- **Denominación:**

Se propone como la más adecuada la denominación de Jefe de Servicio de Atención Primaria, no obstante la denominación de Jefe de Zona Básica de Salud, podría definir acertadamente las funciones de esta figura.

- **Sistema de acceso:**

El sistema de nombramiento actualmente vigente contempla la selección por parte de la dirección de un médico de entre una terna propuesta por el equipo. No obstante las gerencias, de forma habitual, suele nombrarlos sin propuesta por el equipo vulnerando así la legislación vigente.

El puesto de Jefe de Servicios de Atención Primaria, ha de ser una plaza distinta a las asignadas a cada EAP, que deberían tener además de las plazas actuales de facultativos, otra con la categoría jefatura de servicio a la que se accedería por concurso de méritos abierto a cualquier médico con plaza de la Comunidad Valenciana independientemente del departamento al que pertenezca, en el que se valore la trayectoria profesional, experiencia y capacidad en gestión fundamentalmente.

- **Duración del cargo:**

Actualmente la duración del cargo no está definida y depende de la combustión del propio coordinador o de las desavenencias que este pueda tener con la dirección.

Proponemos que su nombramiento lleve implícita la renovación del cargo cada 4 años con criterios similares a las jefaturas de servicio de especializada. La evaluación para la renovación se basará en el cumplimiento del porcentaje mínimo pactado de los objetivos del Contrato de Gestión establecidos para su EAP durante el periodo de su mandato, del cumplimiento de los objetivos específicos para el Jefe de Servicio de Atención Primaria y de la valoración recibida al final del periodo tanto por parte de la dirección como por parte del equipo.

- **Funciones asistenciales del Jefe de Servicio de Atención Primaria:**

Actualmente la legislación posibilita la liberación de la actividad asistencial del coordinador. La mayoría tienen algún tipo de liberación pero se realiza muchas veces de forma encubierta o a costa de los compañeros que asumen su carga asistencial sin compensaciones de ningún tipo, y siempre según los criterios y preferencias de cada dirección de atención primaria o gerencia.

Se deberán articular formas que permitan adecuar el tiempo dedicado a la gestión, sin detrimento de la actividad asistencial y sin sobrecargar a otros profesionales del EAP. Dependiendo las dimensiones y estructura interna de la o las Zonas Básicas de Salud (ZBS) sobre las que ostente la responsabilidad, pudiendo así tener un carácter mixto de gestor y asistencial o, por el contrario, un único carácter de gestor en situaciones que dependerán de:

- Número de profesionales en el EAP
- Población asignada
- Unidades de apoyo integradas en la ZBS
- Servicios de Atención Continuada
- Prestación de asistencia por segundo nivel asistencial

Esta reducción de carga asistencial oscilará en una horquilla entre 30% de reducción y 75%. Para dicho cálculo se establecerán 3 categorías de Centros de Salud según complejidad, números de miembros y los otros factores previamente indicados y reducir el cupo en consecuencia. Nuestra propuesta inicial en razón al número de facultativos es la siguiente:

- Categoría 1:..... hasta 5 facultativos:..... reducción de un 30%.
- Categoría 2:..... entre 6-11 facultativos: reducción de un 50%.
- Categoría 3:..... 12 o más facultativos:..... reducción de un 75%.

A la hora de contabilizar facultativos para establecer la categoría del EAP se contabilizarán tanto los médicos de familia como los pediatras de equipo.

- **Retribuciones:**

El coordinador, además de ser el superior jerárquico de muchos más profesionales que un jefe de servicio tiene funciones como director de centro que un jefe de servicio nunca tiene (*ejemplo: a ningún jefe de servicio lo llaman a casa porque no funciona el ascensor ni tiene que contratar a un profesional por teléfono un sábado por la tarde*). Por lo que proponemos una remuneración acorde al grado de responsabilidad para ello se deberá pasar del Nivel 26 al Nivel 28 con sueldo anual superior al de un jefe de servicio (58.990 €/año para 2007). El complemento capitativo, al tener previsiblemente una reducción de cupo, se sustituiría por la media del EAP.

- **Estructura orgánica del E.A.P: Comisión de Dirección de zona básica**

Dependiendo jerárquicamente del Jefe de Servicio de Atención Primaria, formarían parte de la **Comisión de Dirección de la zona básica**:

- Responsable Docente (grupo A. Nivel 26, como un jefe de sección)
- Responsable de Calidad (grupo A. Nivel 26, como un jefe de sección)
- Responsable de enfermería (grupo B)
- Jefe de grupo de personal no sanitario (grupo D)

Del jefe de servicio de AP dependen jerárquicamente todos los trabajadores del Centro, incluidos los profesionales de las unidades de apoyo (psiquiatra, rehabilitador, etc...), que al ser asignados al C. de Salud, dependerán por tanto directamente del Jefe de Servicio de Atención Primaria. En el caso de profesionales que compartan su actividad entre Atención Primaria y Servicios Hospitalarios, durante el tiempo que tengan asignada su actividad en Atención Primaria dependerán jerárquicamente del Jefe de Servicio de Atención Primaria. La comisión de dirección, con estos miembros debería existir en todos los EAP con 10 o más facultativos de atención primaria (médicos de familia y pediatras), lo que supone al menos 30 trabajadores. En los de menor tamaño solo compondrían la comisión de dirección el jefe de servicio de AP y un responsable de enfermería.

- **Ampliación de competencias:**

En concordancia a la dimensión de esta figura con una mayor capacidad de dirección y decisión, se deberán asignar más competencias y asunción de responsabilidades sobre el resultado final del EAP. Para obtener mayores competencias habrá que avanzar en el camino descentralizador del sistema sanitario. La figura del Jefe de Servicio de Atención Primaria, quedaría reforzada si se confirieran responsabilidades en las decisiones: presupuestarias, de personal e inversiones que afectan al Centro de Salud, entre ellas destacamos inicialmente las siguientes:

- Disponibilidad de efectivo para gastos corrientes hasta una cantidad determinada (vía caja o vía firma).
- Selección directa de personal para contratos inferiores a un mes o bajas
- Al igual que ocurre con el resto de especialidades, se deberá solicitar al Jefe de Servicio de Atención Primaria el visto bueno para la contratación de personal en contratos de larga duración al margen de la bolsa.
- Iniciar expedientes administrativos.

Valencia a 27 de abril de 2007
Grupo de Gestión de la SVMFyC

Bibliografía consultada:

1. Buitrago F. La evolución de la figura del coordinador del equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 1999;5(4):153-7.
2. Izquierdo C. Coordinador de Centro de Salud. Pasado, presente y futuro (legislación). Centro de Salud. 2001;8:500-4.
3. García JM, Arrabal C, Vázquez F, et al. Descripción de la gestión de los directores de centros de salud. Cuadernos de Gestión. 1997; 3(3):141-6.
4. Alcaráz F, Otero A, Iglesias F, LA figura del coordinador vista por los profesionales del equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 1996;2(1):11-8.
5. Rodríguez MA, Ruiz de Adana R, Illana F, Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación. MEDIFARM. 2001;11(5):265-274.
6. Gutierrez F, Carpintero JL, Análisis del procedimiento actual de nombramiento/cese de coordinadores de atención primaria en el área Sanitaria de Toledo y Talavera de la Reina (periodo 1993-1999). Cuadernos de Gestión. 2001;7(1):44-53.
7. Recio J, Reig A, Coordinadores de Centros de Salud y burnout. ¿Es patogénica la labor directiva?. SEMERGEN. 2003;29(9):459-67.
8. Menarguez JF, Saturno PJ, Características de liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. Atención Primaria. 1998;22(10):636-641.