

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. JUSTIFICACIÓN ASIGNATURAS	8
3. OBJETO y OBJETIVOS	11
4. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES y ÁMBITO TEÓRICO	12
4.1. Introducción.	12
4.2. Antecedentes	14
4.2.1. La Constitución Española	15
4.2.2. La Ley General de Sanidad	15
4.2.3. La Comunidad Valenciana	16
4.2.3.1. La Agencia Valenciana de Salud	17
4.2.3.2. Estructura Servicios sanitarios Depart. de Salud	18
4.2.3.3. Departamento de Salud 09	21
4.2.3.4. Alaquas y su Centro de Salud	23
4.3. Ámbito teórico.	24
4.3.1. Las Organizaciones y Teorías de la organización.	24
4.3.2. La Demanda y la utilización de Servicios Sanitarios.	29
5. DESARROLLO, METODOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	31
5.1. Metodología	31
5.2. Diagnostico de la situación actual.	32
5.2.1. Aspecto Demográfico	32
5.2.1.1. Ratios de población y Asignación	32
5.2.1.2. Franjas de edad en la población	33
5.2.1.3. Población Activa/Pensionista	38
5.2.1.4. Pirámide de población	43
5.2.2. Recursos Humanos y Materiales	44
5.2.2.1. Recursos Humanos	45
5.2.2.2. Recursos Materiales	53
5.2.2.3. Análisis DAFO Recursos del Centro de Salud	55
5.2.2.3.1. DAFO RRHH	56
5.2.2.3.2. DAFO RR Materiales	58
5.2.3. Costes	91

6. LEGISLACIÓN APLICABLE	66
6.1. Legislación Ámbito General	68
6.2. Legislación Comunidad Valenciana	88
7. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	98
7.1. Corto plazo	99
7.2. Medio plazo	106
7.3. Largo plazo	108
7.4. Recomendaciones	108
8. CONCLUSIONES	110
9. BIBLIOGRAFÍA	113
10. PLANOS ANEXOS	116
TABLAS	
-Tabla nº 1 – Zonas básicas de salud Departamento 09	21
-Tabla nº 2 – Indicadores demográficos Población adscrita al Centro	33
-Tabla nº 3 – Indicadores demográficos Porcentajes de población	33
-Tabla nº 4 – Hombres/Mujeres Activo/Pensionista	38
-Tabla nº 5 – Personal adscrito al Centro de Salud	47
-Tabla nº 6 – Personal Mañanas	49
-Tabla nº 7 – Personal tardes	49
-Tabla nº 8 – Personal ATC	50
-Tabla nº 9 – DAFO RRHH	57
-Tabla nº 10 – DAFO RR Materiales	60
-Tabla nº 11 - Costes Plantilla Centro de Salud	63
-Tabla nº 12 – Costes ATC	64
-Tabla nº 13 – Legislación aplicable	66
-Tabla nº 14 – Planilla semanal personal del Centro	102
-Tabla nº 15 – Ratios asignación paciente/profesional	106
-Tabla nº 16 – Conclusiones	110
GRÁFICOS	
-Gráfico nº 1 – Esquema del trabajo	4
-Gráfico nº 2 – Esquema Antecedentes	14
-Gráfico nº 3 – Esquema Ámbito Teórico	24
-Gráfico nº 4 – Proceso de la Demanda	29
-Gráfico nº 5 – Esquema aspecto demográfico	32
-Gráfico nº 6 – Habitantes de Alaquas por franjas de edad	35

-Gráfico nº 7 – Porcentaje población hombres	37
-Gráfico nº 8 – Porcentaje población mujeres	37
-Gráfico nº 9 – Distribución población Activo/Pensionista	39
-Gráfico nº 10 – A/P porcentaje HOMBRES	41
-Gráfico nº 11 – A/P porcentaje MUJERES	41
-Gráfico nº 12 – Pirámide poblacional	43
-Gráfico nº 13 – Esquema recursos Centro	44
-Gráfico nº 14 – Personal Centro de Salud de Alaquas	47
-Gráfico nº 15 – Porcentaje personal	48
-Gráfico nº 16 – Esquema propuestas	98

ORGANIGRAMAS

Número 1 – El Centro de Salud Actual	51
Número 2 – El nuevo propuesto	109

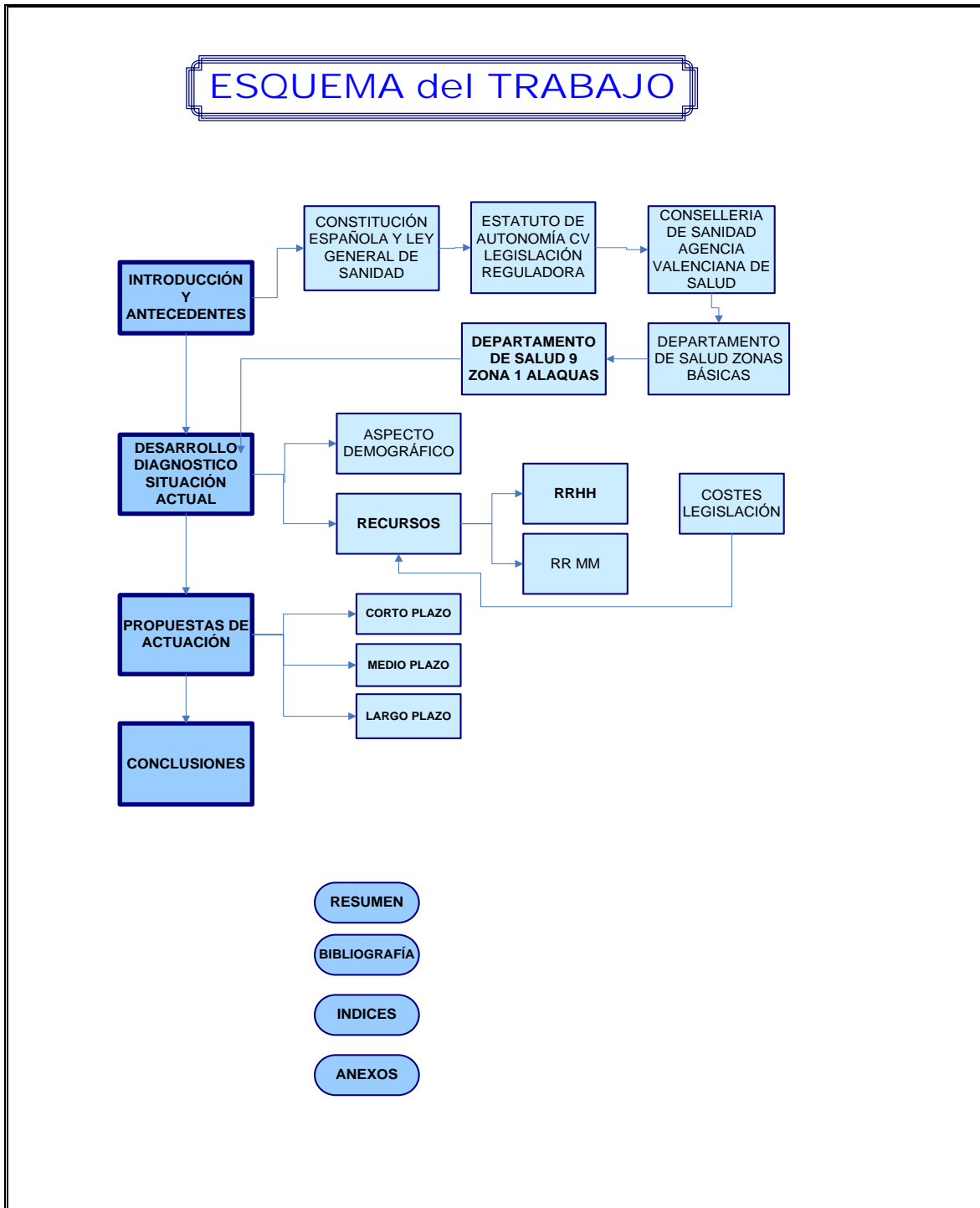
ILUSTRACIONES

Ilustración nº 1 – Departamentos de Salud.	20
Ilustración nº 2 – Departamento de Salud 09.	22
Ilustración nº 3 – Municipio de Alaquas.	23

SIGLAS

SIP- Sistema de Información Poblacional.
RRHH- Recursos humanos
RRMM- Recursos materiales
M- Mañanas
T- Tardes
N- Noches

GRÁFICO nº 1



Fuente, elaboración propia

1. RESUMEN

El **objeto** del presente trabajo es el análisis del Centro de Salud de Alaquas, sus recursos humanos y la población adscrita al mismo, con el fin de mejorar la atención al paciente.

Así lograremos cumplir los siguientes **objetivos**:

Conseguir una mejor atención al paciente a través de la reorganización de los recursos humanos del Centro de Salud, como objetivo primordial, y junto con este obtendremos otros como: mayor satisfacción del usuario, más eficiencia en la gestión y motivación de los trabajadores y por lo tanto la optimización de los recursos y de los servicios.

En un Estado de Bienestar como disfrutamos en España, cobran gran importancia los temas sociales, la sanidad es un punto esencial.

Desde la Dirección del Departamento de Salud 9 se afirma el papel de los RRHH como elemento fundamental en la prestación de los servicios sanitarios.

En la **Constitución Española** de 1978 se reconoce el derecho a la salud. Esta regulación del derecho contenida en el Capítulo tercero "De los principios rectores de la política social y económica" de la Sección 2ª "De los derechos y deberes de los ciudadanos", del Título I "De los derechos y deberes fundamentales", necesita una posterior Ley de desarrollo, que será **la Ley General de Sanidad** 14/1986. El derecho a la protección de la salud de todas las personas requiere de los poderes públicos la adopción de medidas para ser efectivo, "reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España.

Tras la aprobación del **Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana** por la Ley 5/1982, la Comunidad Valenciana va recibiendo transferencias de competencias en distintas áreas, por el RD 1612/1987 se produce el traspaso de Funciones y Servicios de Salud a la Comunidad Valenciana.

Se crea la **Agencia Valenciana de Salud**, el sistema sanitario valenciano se constituye en **Departamentos de Salud**, que son demarcaciones territoriales y se dividen a su vez en **Zonas asistenciales**.

El **Departamento de Salud 9** está formado por varias poblaciones y parte de la ciudad de Valencia. **Alaquas** se corresponde con **la Zona 1**.

El Centro de Salud de Alaquas está abierto las 24 horas del día.

Los casi treinta y dos mil habitantes de la población son atendidos por los siguientes **profesionales**: facultativos de medicina familiar y pediatría,

enfermería, matronas y fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, un equipo de salud sexual y reproductiva, otro de odontopediatría y otro más de Atención Continuada.

La Dirección del centro esta formada por una coordinadora médica, una coordinadora de enfermería y una referente administrativa.

El Centro dispone de un edificio de cuatro plantas con terrazas y sótano. Totalmente equipado de muebles, ordenadores, material médico etc.

Tras realizar un **análisis DAFO** de los recursos llegamos a la conclusión de que es un centro con importantes debilidades y amenazas pero también con grandes fortalezas y oportunidades.

No debemos olvidar la principal legislación aplicable tanto a nivel general como específica de la Comunidad Valenciana, es el Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 7/2007, La Ley de Incompatibilidades 53/1984, o el Estatuto Marco del Personal Estatutario Ley 55/2003, entre otras.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, **las propuestas** realizadas son a corto, medio y largo plazo.

- **Corto Plazo:** reorganización efectivos y actuación en ciertas áreas.
- **Medio Plazo:** ampliación plantilla y servicios, hasta más o menos los cuarenta mil habitantes.
- **Largo Plazo:** ampliación Centro (construyendo dependencias adosadas al Centro actual) plantilla y servicios

Los puntos fundamentales de las propuestas de mejora del Centro de Salud son tres:

- La reorganización de la plantilla, mejora la eficacia del Centro de Salud y se atiende mejor al paciente.
- La educación para la salud de los pacientes, ya que hay un gran uso, si no abuso, por desconocimiento en general de los servicios sanitarios, lo que genera demoras, masificación y que el paciente no se sienta bien atendido.
- Cursos de desarrollo personal y de mejora laboral para la plantilla, las personas necesitan sentirse motivadas, que forman parte de una organización en la que creen, para que la atención al paciente sea de la más calidad posible.

Como conclusión es importante haber estado trabajando en el Centro de Salud para la realización de este estudio., considero alcanzados los objetivos previstos, las propuestas son realistas totalmente factibles, fáciles de aplicar y con mínimo coste.

La terminología utilizada en este proyecto, usando lenguaje no sexista, en todo lo posible, es una aportación interesante.

En la actual sociedad del conocimiento, el mayor capital de las organizaciones son las personas, y este Centro tiene personas muy cualificadas, con buenas ideas, y muchas ganas de trabajar, solo hace falta motivarlos para que cada uno aporte lo mejor de si mismo.

2. JUSTIFICACIÓN DE LAS ASIGNATURAS EN LAS QUE SE APOYA EL TFC

El presente TFC reúne los requisitos requeridos:

Es original.

Está basado en problemas reales.

Es fundamentalmente práctico y aplicado.

Está relacionado con el trabajo profesional de un diplomado en GAP.

Es coherente con mi ejercicio profesional habitual.

Se apoya en las asignaturas cursadas tanto de forma oficial como extraoficialmente (para su realización he estudiado temas tanto de marketing en el sector público, como gestión de calidad y ética en las organizaciones) y son las siguientes:

1- INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA I Y II.

Tratamiento de la información, utilización de las herramientas informáticas, obtención y gestión de la información relacionada con las AAPP de una forma eficiente. La gestión del conocimiento fundamental en cualquier organización actual.

2- DERECHO CONSTITUCIONAL I Y II.

Los conceptos fundamentales del Derecho, el estudio de la Constitución Española, nuestra ley fundamental, no solo ha sido importante para mi TFC ya que recoge en sus artículos el derecho a la asistencia sanitaria, sino que considero que su estudio es fundamental para comprender nuestra sociedad y su ordenamiento.

3- DERECHO ADMINISTRATIVO I Y II.

El ordenamiento jurídico administrativo, la Ley de Procedimiento Administrativo a la que están sujetas todas las AAPP en sus actuaciones.
Conceptos elementales de Derecho y el régimen de la función pública.

4- ESTADÍSTICA I Y II.

El conocimiento de los conceptos básicos de la estadística y de los métodos estadísticos es de gran ayuda para la comprensión de las estadísticas consultadas.

5- INFORMÁTICA BÁSICA.

Conocimientos y habilidades básicas en temas informáticos para poder desenvolverse adecuadamente en la sociedad actual de la e-Administración.

6- TEORIA SOCIAL I Y II.

Aprender los conceptos básicos del análisis sociológico y los métodos de investigación social, así como el estudio de la estructura social y la sociedad actual, el cambio en nuestra sociedad, las clases sociales, la movilidad social ha sido fundamental.

7- GESTIÓN ADMINISTRATIVA I, II Y III.

Conocer los conceptos básicos de la Gestión Administrativa y sus técnicas así como su aplicación en la Administración Pública.

El estudio de métodos, técnicas, y herramientas básicas de la gestión de servicios públicos, el trabajo en grupo, el trabajo en equipo, el liderazgo...

8- DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES.

Entender la gestión pública como un servicio al ciudadano-cliente.

El estudio de habilidades directivas básicas. Comprender la cultura de las organizaciones.

9- GESTIÓN Y DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

El estudio de los RRHH en las Administraciones Públicas. Dos enfoques complementarios en la gestión de RRHH: la Gestión de Personal y la Gestión de las Personas.

Legislación básica para los trabajadores en la Administración Pública.

10- GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABILIDAD I, II y III.

Estudiar las técnicas de Programación y planificación financiera y su aplicación a las AAPP.

El conocimiento de los presupuestos y la contabilidad pública es imprescindible para comprender la financiación y el funcionamiento de la Administración Pública.

11- SISTEMA ECONÓMICO Y FINANCIERO I, II Y III.

Conocer los conceptos para el análisis económico, el sector público de la economía y las empresas públicas en España.

12- SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS.

El estudio de los diversos sistemas sociales y de salud que existen en la actualidad, tanto en los países de nuestro entorno, de la Unión Europea, como en los iberoamericanos, con una relación cultural e histórica con el nuestro es interesante para comprender nuestro modelo sanitario y ha sido de gran ayuda.

13- ESTRUCTURAS POLÍTICAS I Y II.

El estudio de la Administración Pública Española.

14- GESTIÓN DE PROYECTOS

Estudio de conceptos y prácticas para la planificación, programación, seguimiento y control de los proyectos.

15- GESTIÓN DE LA CALIDAD, MARKETING EN EL SECTOR PÚBLICO. Y ÉTICA EN LAS ORGANIZACIONES.

Estudios que no he cursado formalmente, pero que he estudiado de forma personal para la realización de este trabajo, y es que considero que los conceptos tratados en las mismas son fundamentales para la gestión de los servicios públicos. Hoy no podemos pensar en una Organización pública que no tenga en cuenta la calidad en su gestión, la ética en su actuación, o el marketing.

3. OBJETO Y OBJETIVOS

OBJETO.

El objeto de este proyecto es el Análisis del Centro de Salud de Alaquas, sus recursos humanos y la población adscrita, con el fin de mejorar la atención al paciente.

OBJETIVOS

Los principales objetivos que buscamos con este trabajo son los siguientes:

- Conseguir una mejor atención al paciente a través de la reorganización de los recursos humanos del Centro de Salud.
- Mayor satisfacción del usuario.
- Más eficiencia en la gestión.
- Desmasificación del Centro.
- Motivación de los trabajadores.
- Optimización:
 - de los recursos.
 - de los servicios.

4. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES y ÁMBITO TEÓRICO

4.1- INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la Atención Primaria en España, tal como la conocemos en la actualidad, se ha ido pasando por distintas etapas y diferentes concepciones.

Pero en el Estado del Bienestar de que disfrutamos, siempre se ha dado mucha importancia al servicio al paciente, un modelo organizativo de la sanidad en concordancia con las características actuales de nuestro ámbito social en el que se da prioridad a las actuaciones destinadas a la promoción, prevención, protección y cuidado de la salud y se impulsan una serie de reformas encaminadas al bienestar del ciudadano y a la búsqueda de una sanidad pública eficaz, eficiente y gratuita, solidaria y de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad.

Actualmente, cuando cobra gran importancia el paciente-cliente o la calidad en el servicio, es más necesario que nunca una revisión y análisis de las formas de gestión que se llevan en los Centros de Atención Primaria, para así poder conseguir la gestión más eficaz y el servicio más satisfactorio para el paciente.

Así pues desde la Dirección del Departamento de Salud 9 se afirma que los recursos humanos son el elemento central y fundamental de la prestación de servicios sanitarios y sin un correcto desarrollo de los mismos, no es posible el adecuado funcionamiento del sistema sanitario. Esto conlleva la necesidad de implantar mecanismos que favorezcan el rendimiento profesional.

Este proyecto es fruto de diez meses de trabajo de campo en el Centro de Salud de Alaquas, durante los cuales desempeñé mi labor, como Referente Administrativo en el mismo. El hecho de estar físicamente todos los días en el Centro que he estado estudiando me ha permitido observar y obtener datos de primera mano del tema de este proyecto, además me ha servido para realizar entrevistas con el personal de las distintas categorías profesionales y conocer sus opiniones.

La terminología utilizada en este proyecto, usando lenguaje no sexista, en todo lo posible, es una aportación interesante.

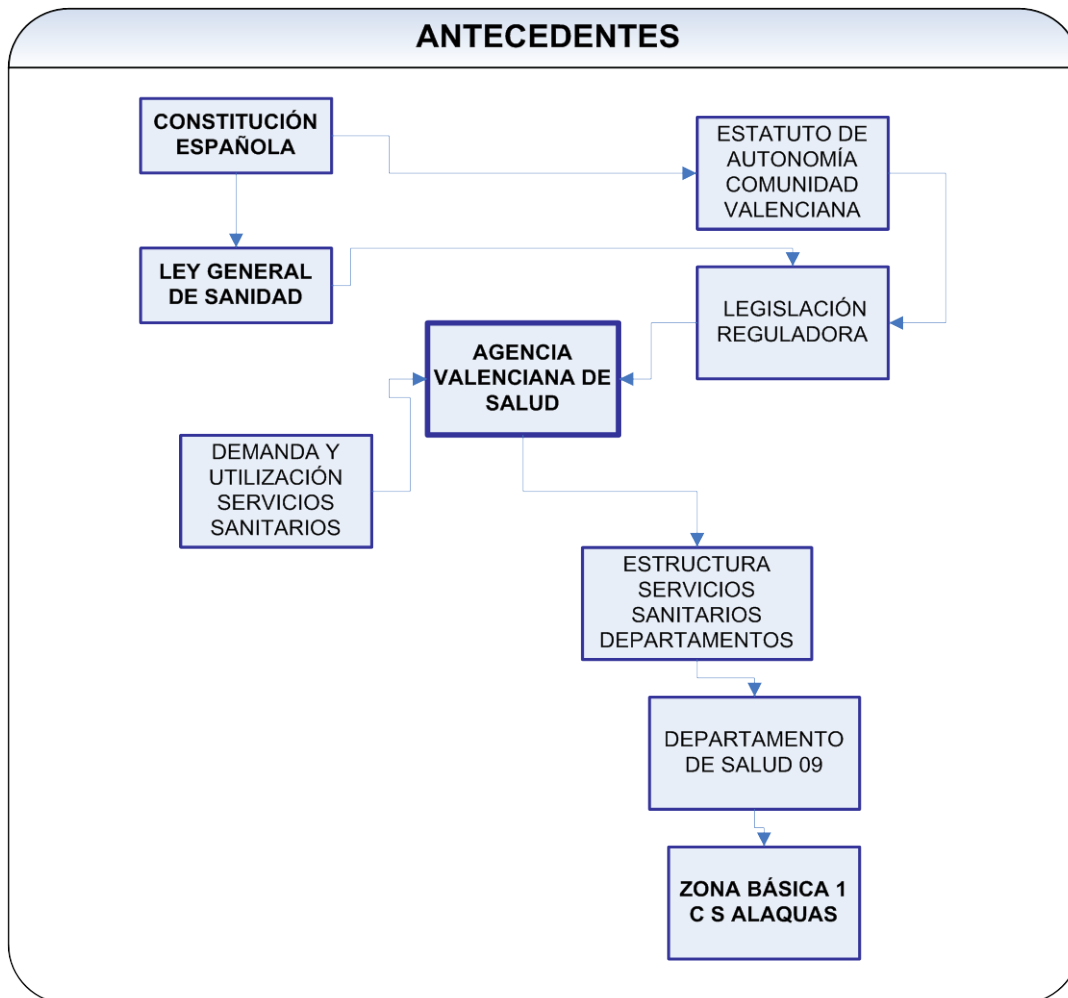
¿Se puede mejorar la gestión y el servicio al paciente en los Centros de Salud de Atención Primaria? Obviamente si.

Propuesta de Organización de un Centro de Salud de Atención Primaria

Es por lo que el objeto del presente trabajo es el Análisis del Centro de Salud de Alaquas, sus recursos humanos y la población adscrita, con el fin de mejorar la atención al paciente.

4.2- ANTECEDENTES

GRÁFICO nº 2



Fuente, elaboración propia.

En un Estado del Bienestar como el que disfrutamos en España cobran gran importancia todos los aspectos sociales, la sanidad es un pilar fundamental.

Aunque en años anteriores ha habido intentos de regulación de los aspectos de la sanidad, es a partir de la Constitución Española de 1978 cuando se realiza la ordenación actual.

4.2.1- LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

En la **Constitución Española de 1978**, nuestra ley fundamental, se reconoce el derecho a la sanidad.

En su **artículo 43** dice:

- “1- Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- 2- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- 3- Los poderes públicos fomentaran la educación sanitaria...”

En el **artículo 49** dice:

”Los poderes públicos realizaran una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararan especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”

Estos artículos 43 y 49 están en el Capítulo tercero “De los principios rectores de la política social y económica” de la Sección 2ª “De los derechos y deberes de los ciudadanos”, del Título I “De los derechos y deberes fundamentales”, es por lo que necesitan una posterior Ley de desarrollo.

En nuestra Constitución también hay otros artículos en los que se menciona la salud, como el **artículo 50** que habla de la tercera edad y de que los poderes públicos “...promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud...”, y el **artículo 51** donde hablando de los consumidores dice que, “los poderes públicos... protegerán... la salud pública...”

4.2.2- LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La **Ley General de Sanidad** 14/1986, de 25 de abril, es la ley posterior que desarrolla estos derechos sanitarios reconocidos en nuestra Constitución.

El derecho a la protección de la salud de todas las personas requiere de los poderes públicos la adopción de medidas para ser efectivo, “reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, si bien, por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a

obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes".(Ley General de Sanidad).

El Estado, en virtud de lo establecido en el **artículo 149.1.16** de la Constitución, en el que la Ley General de Sanidad se apoya, ha de establecer los principios y criterios que permitan otorgar al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamento de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

La **institucionalización** de los temas sanitarios, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución, se ha producido en las Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado.

Respecto a los **Organismos** encargados de la gestión sanitaria, la Ley General de Sanidad prevé la organización de los Servicios de Salud bajo la exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas.

4.2.3- LA COMUNIDAD VALENCIANA

Tras aprobarse el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana por la Ley 5/1982, como el resto de Comunidades, esta va recibiendo transferencias de competencias en distintas áreas, por el RD 1612/1987 se produce el traspaso de Funciones y Servicios de Salud a la Comunidad Valenciana.

Se crea el Servicio Valenciano de Salud por la Ley 8/1987. Suprimido más tarde por la Ley 6/1993 de Presupuestos de la Generalitat Valenciana.

En el Decreto del Consell 186/1996 se crea el Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada. El Decreto 87/1999 de 30 de julio, aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat, modificado posteriormente por el Decreto 198/1999, y 46/2001, actualmente está en vigor el Decreto 116/2003, de 11 de julio.

4.2.3.1- LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD.

Dentro de la Conselleria de Sanitat, como un organismo autónomo se constituye la Agencia Valenciana de Salud.

La Ley 3/2003 la define como “el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, con la finalidad de coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud”, y tiene como finalidad prioritaria la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y la satisfacción de los ciudadanos.

Bajo la autoridad del Conseller, es el órgano al que corresponde la dirección y ejecución de la política sanitaria de la Generalitat Valenciana, desarrollando las funciones que le atribuye el artículo 74 de la Ley del Gobierno Valenciano, así como las que le asigna la Ley General de Sanidad.

Creada por la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, sus Estatutos Reguladores son aprobados por la Generalitat en el Decreto 25/2005, de 4 de febrero, 26/2005, de 4 de febrero y 77/2005, de 15 de abril.

El Decreto 74/2007, de 18 de mayo del Consell aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana.

La Ley de presupuestos para 2006 15/2005, otorga a la Agencia Valenciana de Salud presupuesto propio.

La Agencia Valenciana de la Salud es un Organismo Autónomo, de carácter administrativo, de la Generalitat, adscrito a la Conselleria de Sanitat, dependiente de la Secretaría Autonómica de sanidad, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

La organización de la Agencia Valenciana de Salud se estructura en órganos centrales y órganos periféricos.

1-Los órganos centrales son:

-Órganos Colegiados:

- El Consejo de Administración.
- El Consejo de Salud de la Comunidad Valenciana.

-Órganos Unipersonales:

- El director Gerente. Que según el Decreto 26/2005, de 4 de febrero, lo será el Secretario Autonómico.
- Los órganos de gestión que serán:
 - El director general de Recursos Humanos.
 - El director general de Recursos Económicos.
 - El director general de Asistencia Sanitaria.
 - El director general de Farmacia y Productos Sanitarios.
 - El director general de Calidad y Atención al Paciente.
 - El director general de Drogodependencias.

2-Los órganos periféricos en cada Departamento de Salud son:

- El Gerente del Departamento de Salud.
- El Consejo de Dirección del Departamento de Salud.
- El Consejo de Salud del Departamento de Salud.

La Agencia Valenciana de Salud se financia con los recursos que le son asignados con cargo a los Presupuestos de la Generalitat o de otras entidades, los rendimientos procedentes de los bienes y derechos que le hayan sido adscritos y de los propios, los ingresos ordinarios y extraordinarios que legalmente este autorizada a percibir, y las donaciones, subvenciones y aportaciones que le hagan entidades o particulares.

La Agencia Valenciana de Salud se sujeta, con carácter general, al Derecho aplicable a los organismos autónomos de carácter administrativo.

4.2.3.2- ESTRUCTURA SERVICIOS SANITARIOS Y DEPARTAMENTOS DE SALUD

En cuanto a la **Estructura** de los servicios sanitarios la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, ordena que las Comunidades Autónomas deben constituirse territorialmente en distintas áreas organizadas conforme a la concepción integral de la Sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

En respuesta, la Comunidad Valenciana en el artículo 22 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria establece que el sistema sanitario valenciano se constituye en **Departamentos de Salud**, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad.

Esta delimitación se hace atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria y sociosanitaria ágil, dinámica, eficaz y sin barreras y que garantice en todo momento la referencia de las prestaciones, de manera que, aunque pueda variar el contingente de población en cada departamento, se cumplan los objetivos marcados en la Ley General de Sanidad.

Los actuales Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana se crean por la Orden de 12 de mayo de 2005, de la Conselleria de Sanitat.

El territorio queda, por tanto, dividido en 22 departamentos, como sigue:

Departamento de Salud 01-Vinaròs.

Departamento de Salud 02-Castellò.

Departamento de Salud 03-La Plana.

Departamento de Salud 04-Sagunt.

Departamento de Salud 05-València Clinic.

Departamento de Salud 06-València Arnau de Vilanova.

Departamento de Salud 07-València la Fe.

Departamento de Salud 08-Requena.

Departamento de Salud 09- Centro de Especialidades, Juan Llorens, Torrent, Aldaia y Atención Primaria.

Departamento de Salud 10-València Doctor Peset.

Departamento de Salud 11-La Ribera.

Departamento de Salud 12-Gandia.

Departamento de Salud 13-Denia.

Departamento de Salud 14-Xativa.

Departamento de Salud 15-Alcoi.

Departamento de Salud 16-La Vila Joiosa.

Departamento de Salud 17-Alacant, San Joan.

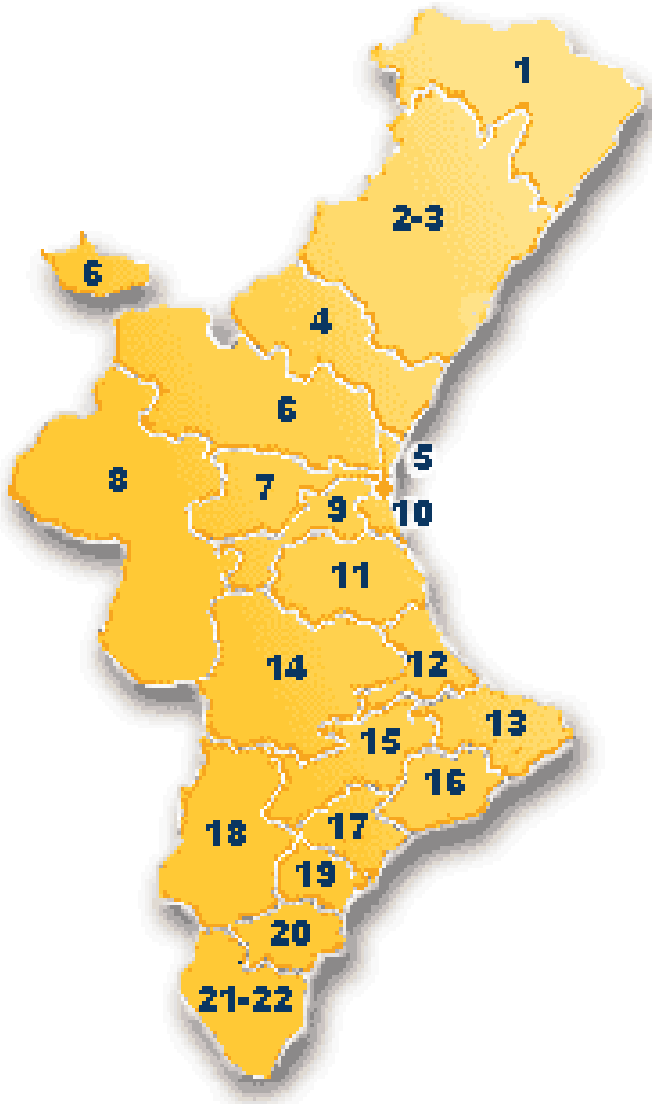
Departamento de Salud 18-Elda.

Departamento de Salud 19-Alacant.

Departamento de Salud 20-Elx.

Departamento de Salud 21-Orihuela.

Departamento de Salud 22-Torreveija.



**DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA**

Ilustración nº 1. Fuente Conselleria de Sanitat

4.2.3.3- EL DEPARTAMENTO DE SALUD 9

El Departamento de Salud 9 está formado por varias poblaciones y parte de la ciudad de Valencia.

La población es atendida por Centros de Atención Primaria, Centros de Especialidades y el Hospital General Universitario de Valencia.

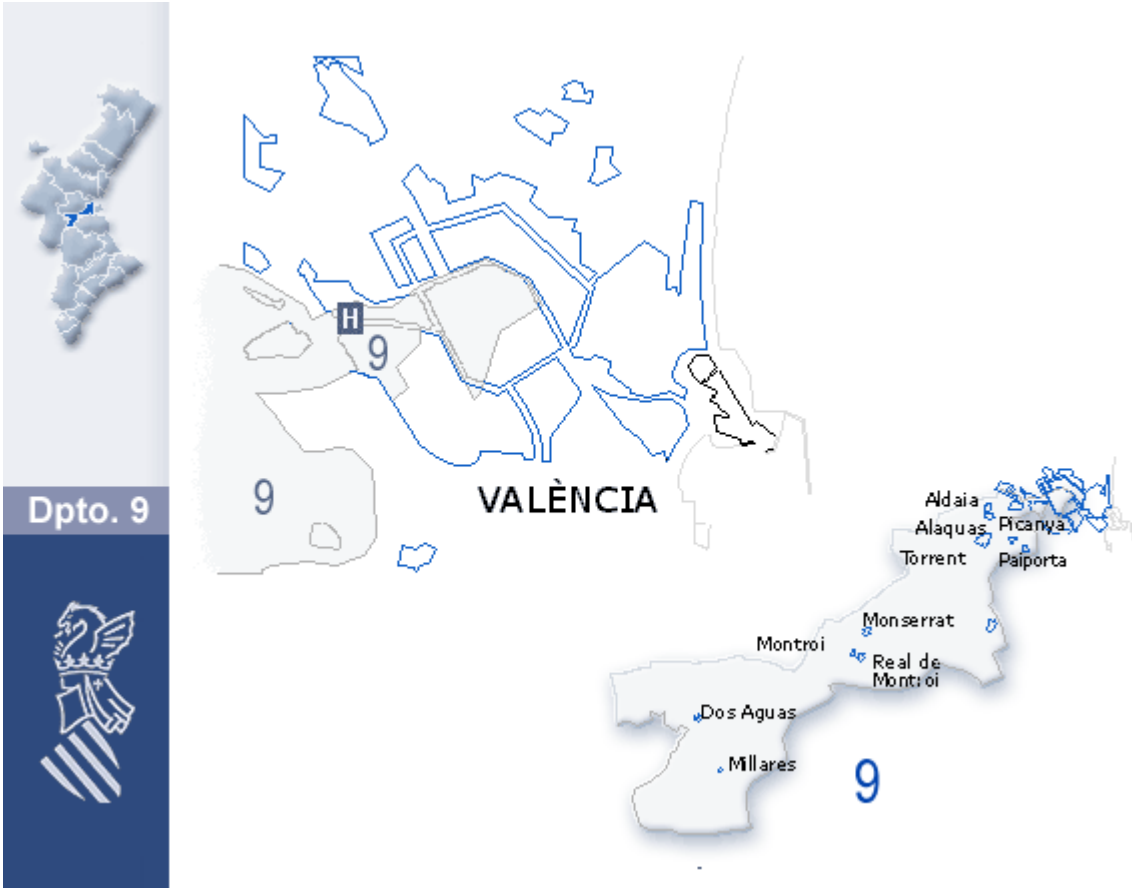
Se divide en **Zonas Básicas de Salud** en cada una de las cuales hay un Centro de Salud de Atención Primaria, que atiende a la población adscrita al mismo, generalmente la del municipio o incluso los alrededores en los pueblos, y la de una demarcación territorial en el caso de Valencia. Los Centros de Salud son los siguientes:

TABLA nº 1

CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 09

ZONA BÁSICA DE SALUD	CENTRO DE SALUD	CONSULTORIO AUXILIAR
1	C.S.ALAQUAS	
2	C.S.ALDAIA	
	C.S.BARRIO DEL CRISTO	
3	C.S.MONTSERRAT	
		C.DOS AGUAS
		C.MILLARES
		C.MONTROY
		C.REAL DE MONTROY
4	C.S.PAIPORTA	
5	C.S.PICANYA	
6	C.S.PICASSENT	
7	C,S,TORRENT II	
8	C.S.TORRENT I	
		C.VEDAT
9	C.S.XIRIVELLA	
10	C.S.NÁPOLES Y SICILIA	
11	C.S.GUILLEN DE CASTRO	
12	C.S.GIL Y MORTE	
13	C.S.PINTOR STOLZ	
14	C.S.FUENSANTA	
		C.BARRIO DE LA LUZ
15	C.S.SAN ISIDRO	

Fuente, elaboración propia.



DEPARTAMENTO DE SALUD 9

Ilustración nº 2. Fuente Conselleria de Sanitat.

4.2.3.4- ALAQUAS Y SU CENTRO DE SALUD

El municipio de Alaquas esta situado al sur de Valencia en l’Horta Sud, entre las poblaciones de Torrent, Aldaia y Xirivella, Quart de Poblet y Picanya, tiene una superficie de alrededor de 20 Km² y unos 32.000 habitantes.

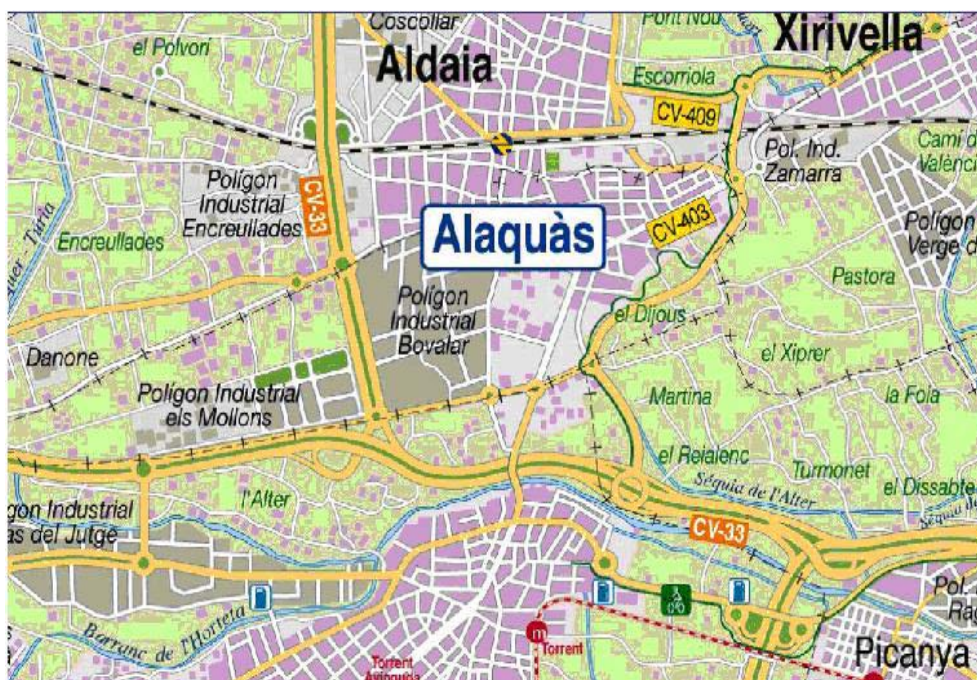


Ilustración nº 3. Fuente Ayuntamiento de Alaquas.

El Centro de Salud de Alaquas se encuentra al SE de la población, en la calle Francisco Tárrega s/n. Su forma triangular y el recubrimiento de mármol blanco de su fachada exterior lo hace fácilmente reconocible para cualquier viandante, aunque no sea de Alaquas.

Con una superficie de 4.389 m² distribuidos en sótano, planta baja, tres pisos y terrazas. Consta de consultas de medicina general y pediatría, consultas de enfermería, matronas, planificación familiar, salas de curas y extracciones, urgencias, gimnasios de rehabilitación y matronas, salas de espera, despachos de coordinación y administración, vestuarios, aseos, biblioteca y sala de juntas, sala de personal, sala de espera en admisión y cita previa, distintos almacenes y dependencias varias.

Está dotado de todo el material necesario para la correcta atención al paciente en las distintas consultas, salas y servicios.

4.3- ÁMBITO TEÓRICO

GRÁFICO nº 3



Fuente, elaboración propia

4.3.1- LAS ORGANIZACIONES Y TEORIAS DE LA ORGANIZACIÓN

Podemos **definir** las organizaciones como unidades sociales con unos objetivos particulares.

Los **elementos** fundamentales que delimitan una organización son los siguientes:

1. Un grupo de personas asociadas;
2. para el logro de un fin común;
3. con relaciones formalizadas;
4. pretensión de continuidad en el tiempo;
5. legitimadas por el sistema social externo;
6. cuyos miembros se pueden sustituir sin peligro de la pervivencia de la organización.
7. organizadas racionalmente;
8. tienen una estructura diferenciada horizontal y verticalmente;
9. presentan uno o más centros de poder

Las características principales a partir de las que podemos hablar de organización son: una formación social, orientada a un fin y configurada racionalmente (Sosa, A. 2006)

Las dimensiones que acotan la Teoría de las Organizaciones según C. Ramio son las que siguen:

1. El principal objeto de la Teoría de la Organización es la comprensión de las organizaciones.
2. La Teoría de la Organización mira el presente y el futuro.
3. La Teoría de la Organización aspira a simplificar los fenómenos organizativos.
4. La Teoría de la Organización aspira a ser una ciencia.(Ramio, C. 2000, Pág. 22)

CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS DE LA ORGANIZACIÓN

Las teorías organizativas se pueden clasificar en tres grandes grupos:

- **Enfoques Clásicos**, paradigmas teóricos clásicos sobre los que se edifica la moderna Teoría de la Organización, surgen durante la primera mitad del siglo XX.
- **Enfoques Neoclásicos**, paradigmas teóricos que modernizan la Teoría de la Organización con enfoques más globales de los fenómenos organizativos, se dan en los años sesenta y setenta.
- **Enfoques Contemporáneos**, paradigmas teóricos en los que figuran las actuales tendencias de la Teoría de la Organización.

TEORIAS CLÁSICAS DE LA ORGANIZACIÓN

Las **Teorías Clásicas** de la Organización son: la dirección científica de Taylor, la dirección Administrativa de Fayol, el estructuralismo y la escuela de las relaciones humanas.

- **La dirección científica**, impulsada por Taylor, sobre la base racionalista del hombre económico, trata de racionalizar y estandarizar todas las actividades, mediante la descomposición exhaustiva de las actividades. Se basa en la separación de la concepción y la programación de la realización del trabajo, y la superespecialización.
- **La dirección administrativa**, Fayol parte de la dirección científica y la aplica a la administración. El elemento fundamental de su pensamiento se basa en la idea de que la gestión es un proceso que agrupa las tareas de planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar.
- **El estructuralismo**, escuela weberiana o burocrática.
M. Weber desarrolló la primera interpretación sistemática sobre las organizaciones modernas. En sus estudios sugiere que para ser efectiva y eficiente una estructura de organización moderna debe ser burocrática o, lo que es lo mismo, altamente racional y cuyas características son:

1-"Una organización continua de funciones oficiales ligada por reglas".

2-"Una esfera específica de competencia. Esto implica: a) una esfera de obligaciones para realizar funciones. b) proveer al titular de un cargo de autoridad para desempeñar estas funciones. c) es esencial en una organización racional: una división sistemática del trabajo, de los derechos y del poder.

3-"La organización de oficinas sigue el principio de jerarquía.

4-"Las reglas que regulan la conducta de una oficina pueden ser reglas técnicas o normas. Su aplicación ha de ser totalmente racional, y es necesario un entrenamiento especializado.

5-"Los miembros del equipo administrativo deben estar totalmente separados de la propiedad de los medios de producción o administración.

6-Los cargos no pueden ser monopolizados por ningún titular. Han de poder ser dados y quitados según las necesidades de la organización.

7-"Los actos administrativos, las reglas y las decisiones se formulan y se registran por escrito" (Sosa, A. 2006)

- **Las relaciones humanas**, en esta escuela la motivación y la satisfacción en el trabajo, en su sentido más amplio, pasan a ser los elementos centrales que explican el comportamiento humano. Sus análisis dejan de lado los elementos normativos y centran su interés en la organización informal. Sus autores más representativos son Hawthorne, Mayo, McGregor y otros.

TEORIAS NEOCLÁSICAS DE LA ORGANIZACIÓN

Las **Teorías Neoclásicas** de la Organización son: el neorracionalismo, el neoestructuralismo y la teoría de las contingencias.

- **El neorracionalismo**, esta teoría tiene como punto central la toma de decisiones en las organizaciones, el hombre no posee una racionalidad completa, la decisión que tome nunca será la óptima, deberá conformarse con ser la más satisfactoria. Como representantes de esta escuela tenemos a H. Simon y J. March.
- **El neoestructuralismo, o institucional** parte de los planteamientos weberianos, para llegar a una teoría que tenga en consideración los aspectos formales y los informales de la estructura organizativa, así como los problemas de colaboración y consenso, el poder, y conflicto, así como las relaciones de la organización con el individuo, y entre la organización y el ambiente. Los autores de esta corriente son: Merton y Crozier.
- **La teoría de las contingencias**, adopta los enunciados conceptuales y metodológicos de la teoría general de sistemas. La organización o sistema total, es entendida en términos de un conjunto de sistemas que a su vez puede subdividirse en más subsistemas.

TEORIAS CONTEMPORANEAS DE LA ORGANIZACIÓN

La mayoría de las escuelas anteriores se mantienen en la actualidad.

C. Ramio teniendo en cuenta a los principales autores considera los principales modelos organizativos contemporáneos el análisis longitudinal, el análisis interorganizativo, la economía organizativa, la cultura organizativa, decisiones y ambigüedad, el poder y conflicto, y el cambio organizativo (Ramio, C. 2000, Pág. 45 y sig.)

1. **El análisis longitudinal.** O desarrollo organizativo, centra su interés en el desarrollo a través del tiempo de las organizaciones, desde su nacimiento a su desaparición.
2. **El análisis interorganizativo.** Cualquier organización está situada en un entorno con el que interactúa. Las interacciones interorganizativas son principalmente relaciones de intercambio con otras organizaciones, así el intercambio es el elemento central para comprender la naturaleza de las relaciones organizativas.
3. **La economía organizativa.** También llamado modelo de la economía institucional, tiene en cuenta las transacciones y los costes de las organizaciones, adoptando como principio rector, en todas las relaciones de intercambio el minimizar los costes.
4. **La cultura organizativa.** Se basa en una triple concepción de la cultura:
 - la cultura como variable independiente, se basa en la influencia que ejerce la cultura más general de la sociedad en las organizaciones.
 - la organización como cultura, la influencia de la propia cultura de la organización.
 - la cultura de la organización, se basa en la cultura de la organización y los procesos de aprendizaje y socialización organizativos.
5. **Decisiones y ambigüedad.** Parte de la idea de que en la organización se dan una pluralidad de racionalidades administrativas generadas por diferentes ambientes, procesos y gestores, y además esta pluralidad debe afrontarse desde la ambigüedad externa, de los objetivos, en la comprensión, en la historia y en la organización.
6. **poder y conflicto.** Autores como Mintzberg consideran que en las organizaciones hay diversas fuentes de poder, una pluralidad de actores con capacidad de ejercer su influencia en la toma de decisiones de la organización, con una pluralidad de intereses y objetivos que entran en conflicto, y es imprescindible tener en cuenta estos elementos en el estudio de las organizaciones (Mintzberg 1998, Pág. 137 y sig.)
7. **El cambio organizativo.** Esta teoría hace hincapié en el estudio de la lógica del cambio, la resistencia al cambio, los agentes del cambio entre otros.

4.3.2-LA DEMANDA y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

El **término demanda** se utiliza para hablar de la necesidad o utilización de los servicios sanitarios.

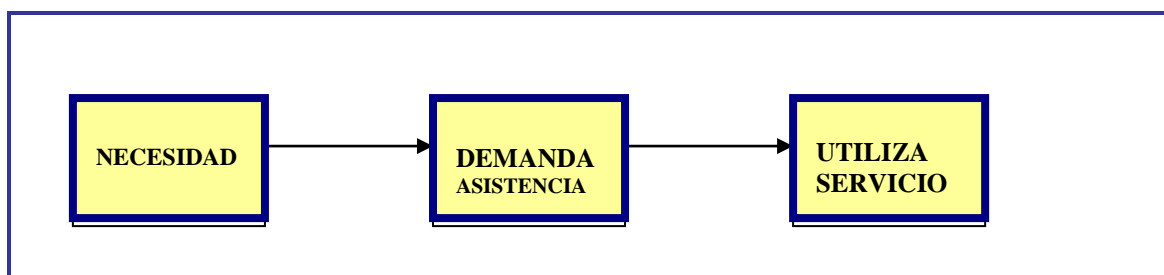
J. Matthew, en sus estudios sobre el impacto económico de los servicios sanitarios, dice que hay que distinguir la necesidad de asistencia de la demanda de asistencia, y del uso de los servicios sanitarios (Matthew, J. 1971, pág. 225).

Si se analiza veremos que la demanda tiene tres fases:

- Se inicia, primero con una **necesidad** en forma de enfermedad o dolencia.
- Continúa en segundo lugar, cuando el individuo **percibe** que su estado de salud tiene necesidad de asistencia, se pone en contacto con el sistema sanitario y **demanda asistencia**.
- Termina en tercer lugar cuando **utiliza** el servicio sanitario.

GRÁFICO nº 4

EL PROCESO DE LA DEMANDA



Fuente, elaboración propia.

TEORIAS DE LA DEMANDA

En cuanto a la demanda y utilización de los servicios sanitarios hay dos principales teorías:

- La **teoría del modelo tradicional** del consumidor, desarrollada por M. Grossman, economista estudioso de la demanda, que considera a la persona como el principal agente a la hora de demandar los servicios sanitarios, aunque este condicionado por la organización de sistema sanitario.
- La **teoría del modelo principal-agente**, desarrollada por P. Zweifel, economista estudioso de la demanda, que considera que el médico (agente) determina los servicios médicos utilizados por el paciente (principal).
- En España se usa un modelo formado por una especie de combinación entre las dos anteriores, que podríamos llamar la **teoría del modelo mixto**.

En atención primaria (médicos de familia, pediatras, matronas) la asistencia es a demanda de la persona, como en la teoría tradicional, es el paciente el que siente la necesidad de asistencia y demanda los servicios sanitarios, y después su utilización.

Cuando es necesaria la atención especializada (cardiólogo, cirujano, dermatólogo...) el médico es el que decide y controla su uso. De esta forma en especializada es el médico el que determina los servicios utilizados, como en la teoría principal-agente.

5. DESARROLLO METODOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

5.1- METODOLOGÍA

La investigación que se ha realizado para la elaboración del diagnóstico está basada en el análisis de datos primarios recogidos a través de la técnica de investigación de observación participante.

“La observación participante es una técnica de investigación empírica diseñada para trabajar directamente sobre el terreno” (Sanmartin, R. 2000, Pág. 276).

En este método de trabajo “el investigador vive con un grupo o comunidad y puede incluso tomar parte en alguna de sus actividades. Al realizar un trabajo de campo el investigador no puede limitarse a estar presente en una comunidad, sino que debe explicar y justificar su presencia a los miembros de la misma. Debe ganarse la confianza y la cooperación de la comunidad o grupo, y mantenerla durante un cierto período de tiempo si quiere conseguir unos resultados óptimos” (Giddens, A. 2003, pag 683).

Esta forma de trabajo de observar desde la participación implica al menos dos actividades observar y participar, ambas imprescindibles para poder llevar a buen término el estudio.

Es por todo lo anterior que en la propuesta que se realizará más adelante se parte de la experiencia de diez meses de trabajo, formando parte del grupo de profesionales del Centro como Referente Administrativo, y por lo tanto participando en las actividades y relacionándose con las personas tanto funcionarios como pacientes.

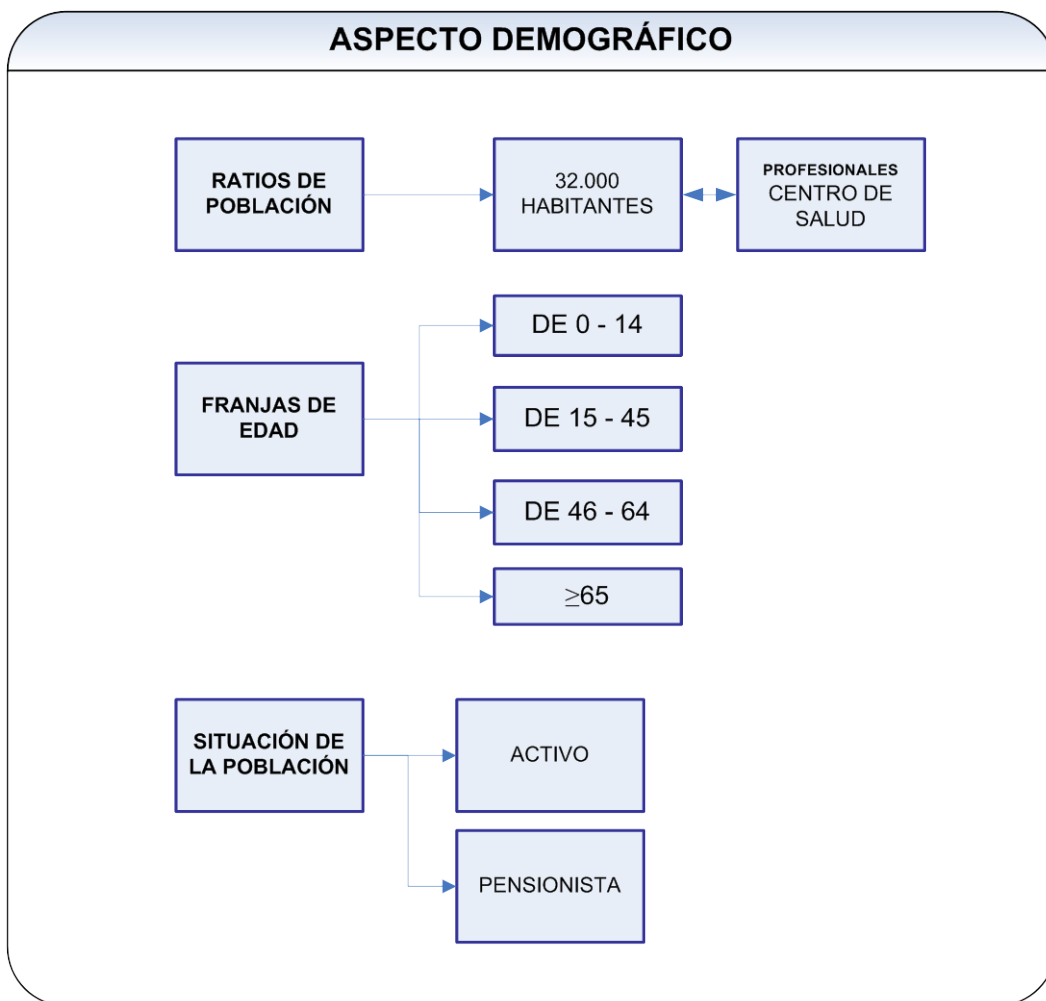
En segundo lugar el diagnóstico se completa a través de la explotación de datos secundarios extraídos principalmente de bases de datos y estadísticas de la Conselleria de Sanitat y del propio Centro de Salud de Alaquas.

El fruto de la interpretación, estudio y análisis de los datos recogidos y la presentación de todo es el presente trabajo.

5.2- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

5.2-1- ASPECTO DEMOGRÁFICO

GRÁFICO nº 5



Fuente, elaboración propia.

5.2.1-1- RATIOS DE POBLACIÓN Y ASIGNACIÓN

Los casi treinta y dos mil habitantes de Alaquas están asignados a dieciséis médicos de medicina familiar y cinco pediatras, con un cupo de alrededor de

mil seiscientos pacientes por médico y unos mil por pediatra (datos SIP, octubre/2007). Siempre que hablemos de habitantes nos referimos a empadronados, nos consta que hay una población no empadronada que se escapa al control.

El SIP, Sistema de Información Poblacional, es la base de datos y el sistema del tratamiento de la información que tiene y utiliza la Conselleria de Sanitat. Por ello utilizaré estos datos para el presente trabajo.

5.2.1-2- FRANJAS DE EDAD EN LA POBLACIÓN

La población se distribuye por franjas de edad y sexo de la siguiente forma:

TABLA nº 2

INDICADORES DEMOGRÁFICOS EN SIP CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS EMPADRONADOS

EMPADRONADOS

SEXO	0-14	15-45	46-64	≥ 65	TOTAL
HOMBRE	2.574	7.654	3.467	1.753	15.448
MUJER	2.462	7.400	3.539	2.516	15.917
TOTAL	5.036	15.054	7.006	4.269	31.365

Fuente SIP octubre/2007

TABLA nº 3

INDICADORES DEMOGRÁFICOS EN SIP CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS PORCENTAJES

PORCENTAJES

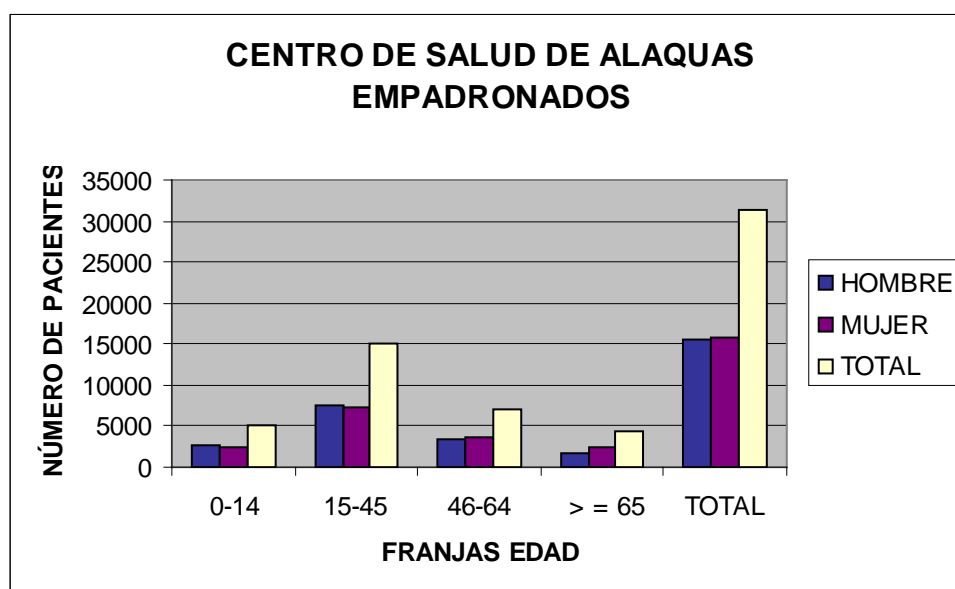
SEXO	0-14	15-45	46-64	≥ 65	TOTAL
HOMBRE	16,7	49,5	22,4	11,3	49.2
MUJER	15,4	46,5	22,2	15,8	50.8
TOTAL	16,1	48	22,3	13,16	100

Fuente SIP octubre/2007

Como podemos observar en los datos anteriores, la población está bastante igualada entre hombres y mujeres, con un ligero predominio de mujeres, hay un total de quince mil novecientas diecisiete mujeres y quince mil cuatrocientos cuarenta y ocho hombres. Lo que supone el 50.8 % y 49.2 % respectivamente. (Consideraremos el cincuenta por cien para cada sexo)

GRÁFICO nº 6

HABITANTES EMPADRONADOS EN ALAQUAS



Fuente, elaboración propia.

Por franjas de edad tenemos:

- **De cero a catorce años**, un total de cinco mil treinta y seis niños/as, con dos mil cuatrocientas sesenta y dos niñas, el 8% y dos mil quinientos setenta y cuatro niños, el 8% como vemos muy igualados en sexo. Esta se considera en sanidad la edad pediátrica, los pacientes son atendidos por los especialistas en pediatría.
- **De quince a cuarenta y cinco años**, un total de quince mil cincuenta y cuatro habitantes, de los que siete mil cuatrocientos son mujeres, el 25% y siete mil seiscientos cincuenta y cuatro hombres, el 23% también bastante igualados pero con predominio femenino con el 2% más. Esta franja de edad, por un lado es considerada edad reproductiva, con la consiguiente utilización de servicios de matronas, y salud sexual, prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, y por otro la edad laboral, donde se dan accidentes laborales, bajas por enfermedad etc.
- **De cuarenta y seis a sesenta y cuatro años**, un total de siete mil seis, de los que tres mil quinientos treinta y nueve son mujeres, el 11% y tres mil cuatrocientos sesenta y siete hombres, otro 11% como vemos están muy igualados. Se considera edad laboral, aumenta el uso de servicios

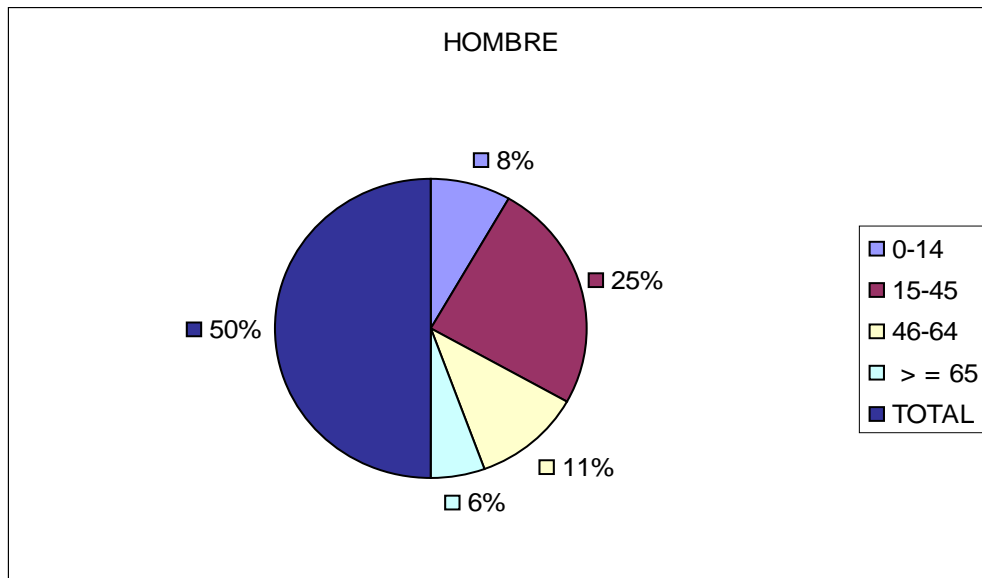
por edad y trabajo pero desaparecen los relacionados con la reproducción.

- **De más de sesenta y cinco años**, un total de cuatro mil doscientos sesenta y nueve, de los que dos mil quinientos dieciséis son mujeres, el 8% y mil setecientos cincuenta y tres hombres, el 6%, aquí vemos alguna diferencia ya que hay setecientas cincuenta y tres mujeres más que hombres, el 2%. En la tercera edad aumenta el uso de los servicios socio-sanitarios, de forma concreta y en relación con las dolencias características de este periodo.

Observamos que no hay muchas personas mayores ni niños/as y que el grueso de la pirámide poblacional se encuentra entre los quince y cuarenta y cinco años, lo que podríamos considerar edad reproductiva, y entre los quince y sesenta y cinco años considerada edad laboral (aquí aún se sigue usando la franja desde los quince años, como antes de la ley que no permite trabajar hasta los dieciséis años).

GRÁFICO nº 7

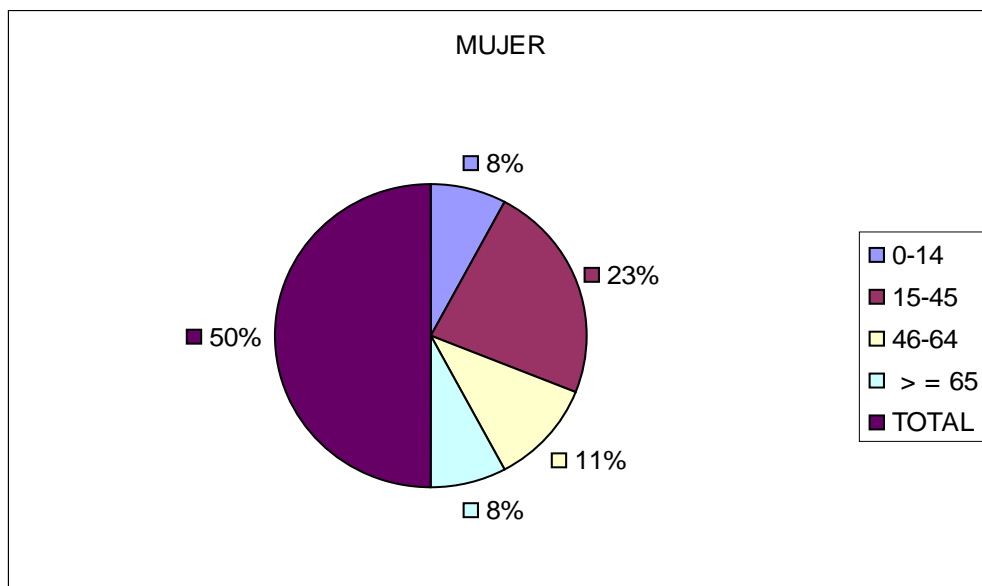
PORCENTAJE POBLACIÓN DE HOMBRES



Elaboración propia.

GRÁFICO nº 8

PORCENTAJE POBLACIÓN DE MUJERES



Elaboración propia.

5.2.1-3- POBLACIÓN ACTIVA/PENSIONISTA

En sanidad se considera población activa toda la que aporta a la seguridad social, es decir toda la que está trabajando o a cargo de otro trabajador, o parado habiendo trabajado. Todas estas personas aportan una cantidad en la compra de sus medicinas.

La población pensionista es la que no aporta una cantidad en sus medicamentos, tiene farmacia gratuita, por tener más de 65 años, por enfermedad, invalidez u otras situaciones.

En cuanto a la situación de ACTIVO/PENSIONISTA la población se reparte de la siguiente forma:

TABLA nº 4

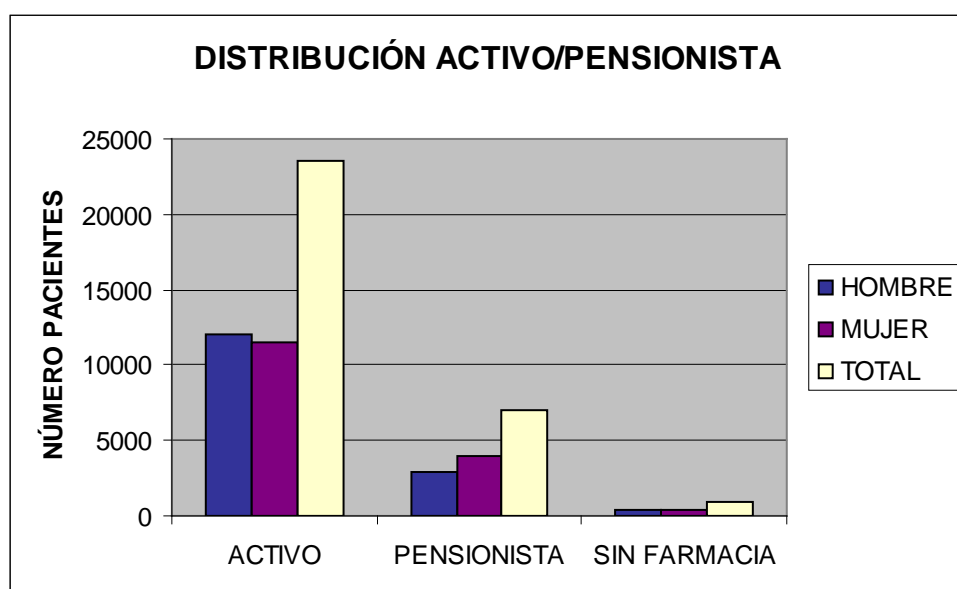
POBLACIÓN ACTIVO/PENSIONISTA

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ACTIVO	12051	11491	23542
PENSIONISTA	2945	4002	6947
SIN FARMACIA	452	424	876

Fuente SIP octubre/2007

GRÁFICO nº 9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ACTIVO Y PENSIONISTA



Elaboración propia.

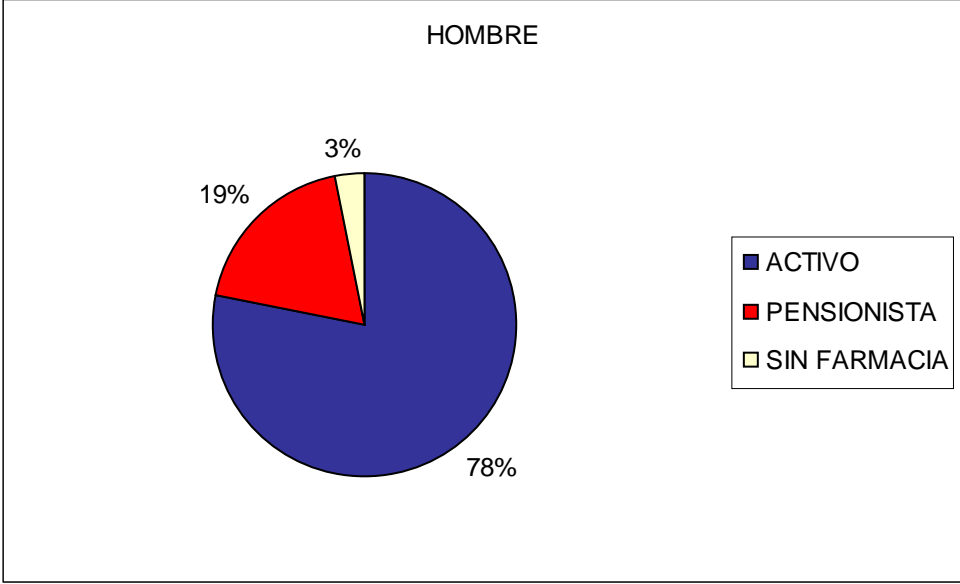
Por lo datos anteriores comprobamos que:

- **Activos**, hay veintitrés mil quinientos cuarenta y dos, de los que doce mil cincuenta y uno son hombres, el 78% y once mil cuatrocientos noventa y uno mujeres, el 72% una ligera ventaja de los hombres con el 6% más, (causas podrían ser la maternidad, dificultades para acceder al trabajo en la mujer, mujeres amas de casa...)
- **Pensionistas**, hay seis mil novecientos cuarenta y siete, de los que dos mil novecientos cuarenta y cinco son hombres, el 19% y cuatro mil dos mujeres, el 25% ahora mayor ventaja para las mujeres con mil cincuenta y siete más, un 6% (causas podrían ser mayor esperanza de vida para la mujer, mayor número de viudas que viudos ...)

- **Sin farmacia**, ochocientos setenta y seis de los que cuatrocientos cincuenta y dos son hombres, el 3% y cuatrocientos veinticuatro mujeres, el 3% también, están igualados. Este es un grupo minoritario para su estudio en otro momento, se incluyen aquí distintas posibilidades, personas de paso de otros países con los que no hay acuerdo sanitario, inmigrantes que no trabajan y aún no han solicitado tarjeta solidaria etc. Teniendo en cuenta que en España todos tienen derecho a la sanidad, estas personas no tienen médico asignado pero son atendidos como urgencia si es necesario, no tienen derecho a subvención en la medicación, se la deben pagar ellos pero se les proporciona la urgente etc.

GRÁFICO nº 10

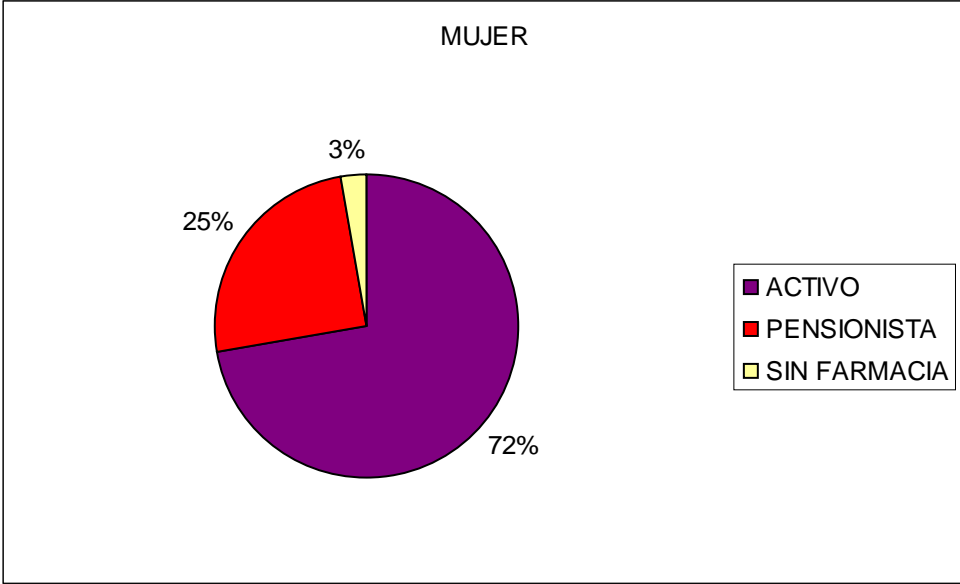
PORCENTAJE DE ACTIVO/PENSIONISTA HOMBRE



Elaboración propia.

GRÁFICO nº 11

PORCENTAJE DE ACTIVO/PENSIONISTA MUJER



Elaboración propia.

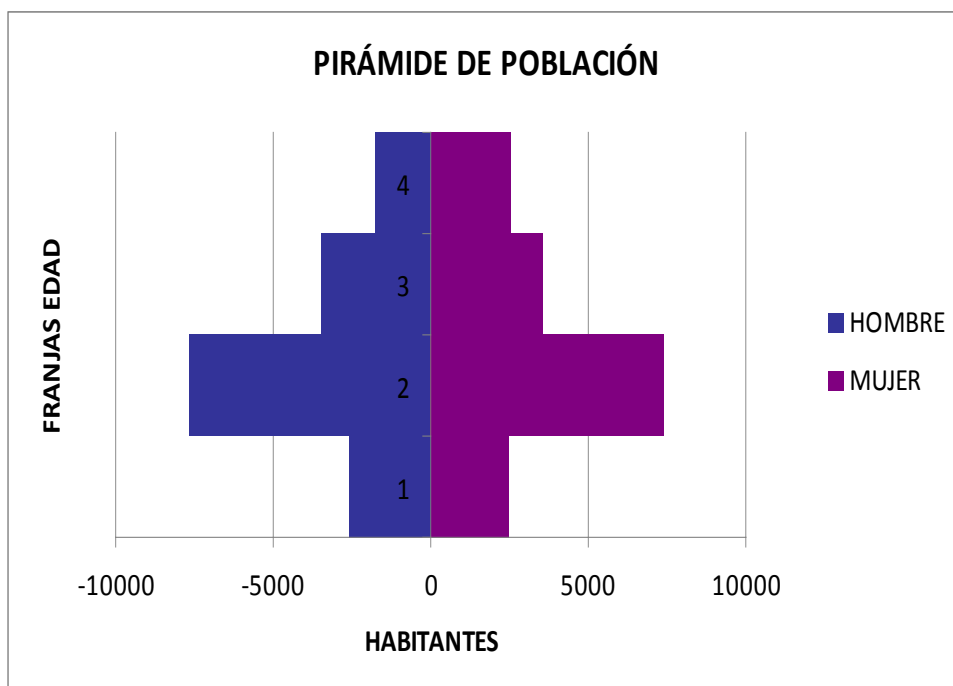
Propuesta de Organización de un Centro de Salud de Atención Primaria

Como podemos comprobar la mayor parte de la población es joven y activa. Esto será importante a tener en cuenta a la hora de promover servicios necesarios a la comunidad en la actualidad y prever servicios necesarios para el futuro.

5.2.1-4- LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

De esta forma la **pirámide poblacional** de Alaquas queda de la siguiente forma:

GRÁFICO nº 12
PIRAMIDE POBLACIONAL



1= 0 - 14 AÑOS – (16%)
2= 15 - 45 AÑOS – (48%)
3= 46 - 64 AÑOS – (22%)
4= >= 65 AÑOS – (14%)

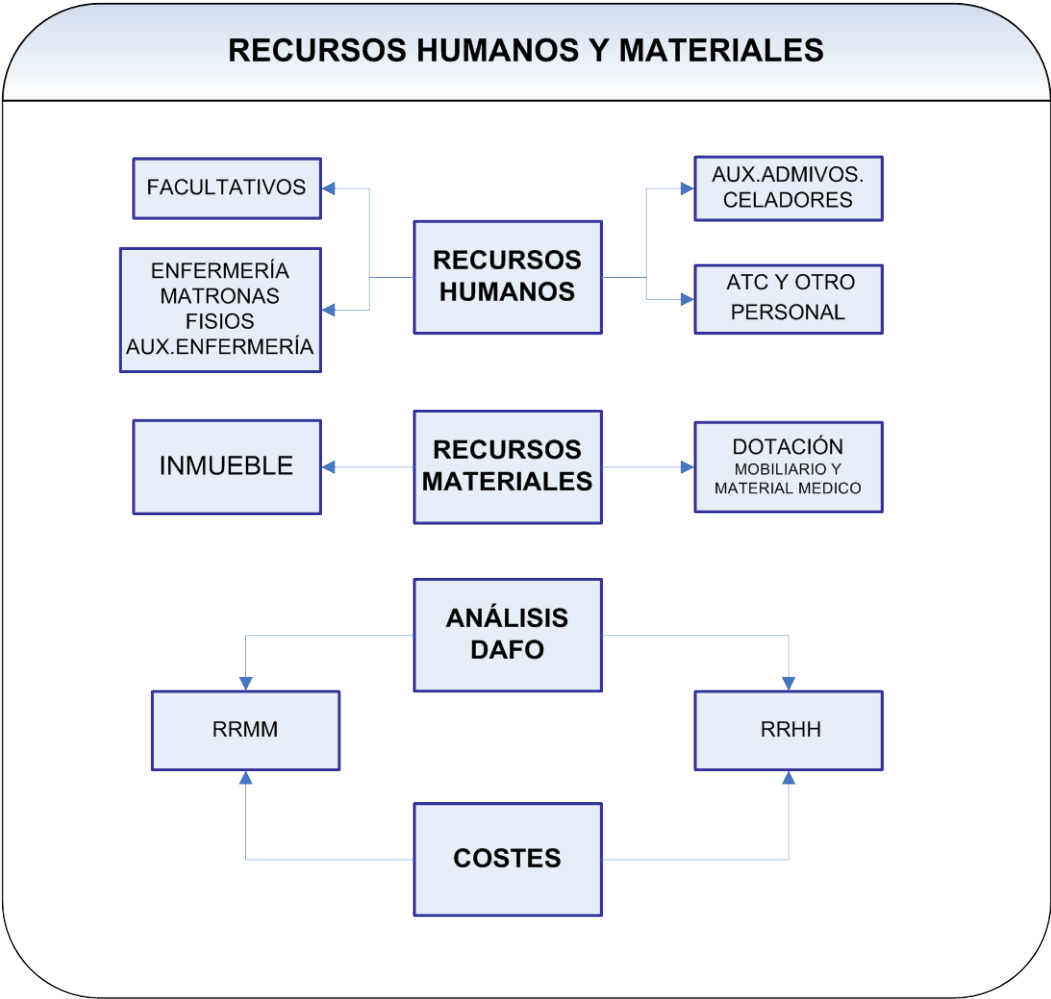
Elaboración propia.

Comprobamos que en la pirámide poblacional hay una pequeña franja de niños y ancianos, y una gran franja de adultos en situación de activo. Todo esto condicionará los servicios y prestaciones ofrecidos.

5.2-2- RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

GRÁFICO nº 13

ESQUEMA DE LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD



Fuente, elaboración propia.

5.2.2-1- RRHH DEL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS

El **Centro de Salud de Alaquas** proporciona a la población los servicios de medicina familiar, pediatría, enfermería, atención continuada por la noche, matronas, fisioterapeuta, odontopediatría y planificación familiar.

Los casi treinta y dos mil habitantes del pueblo son atendidos por dieciséis facultativos especialistas de medicina familiar con un cupo de alrededor de mil seiscientos pacientes, y cinco pediatras con unos mil pacientes cada uno, y quedan unos mil habitantes sin médico asignado por uno u otro motivo. (Datos obtenidos del SIP, octubre/2007)

Es un centro abierto las 24 horas del día, cuya atención se lleva a cabo por los siguientes **profesionales**:

- Hay dieciséis **facultativos** de medicina familiar repartidos en horarios de mañana y tarde que atienden a la población de más de 15 años.
- Hay cinco **pediatras** en horario de mañana y tarde que atienden a los niños/as hasta los 15 años.
- Las **enfermeras** en número de catorce, atienden a una población de alrededor de dos mil personas cada uno, en el Centro de Salud curas, inyectables, electrocardiogramas, extracciones, planes de salud del hipertenso y diabético, salud del menor... y a domicilio cuando se requiere por no poderse desplazar el paciente al Centro de Salud.
- Las tres **auxiliares de enfermería** ayudan a las enfermeras en sus actuaciones, análisis, manejo, reposición y esterilización del material, autoclave, reposición medicación, material y medicación en almacén...
- Los siete **auxiliares administrativos/as** llevan a cabo:
 - En admisión y cita previa, la recepción y citación de los pacientes en mostrador y telefónicamente, manejo de toda la documentación relacionada con admisión, recepción de análisis, recetas para inspección, interconsultas, consultas externas, avisos domiciliarios para médicos y enfermería, entrega de recetas y otros documentos requeridos.
 - En administración se realiza la gestión de toda la documentación relacionada con el centro y la plantilla del mismo, servicios generales, reparación y reposición de material, suministros de medicación y material fungible, gestión de recetas, permisos y documentación del personal

- Los **celadores/as** uno en horario de mañana y cuatro por la tarde y noche (uno cada día) dan información, realizan la recepción del material, reparto correo, recepción urgencias...
- **Fisioterapeutas**, hay dos uno en horario de mañana y otro de tarde para atender a la rehabilitación de los pacientes.
- **Matronas**, dos en horario de mañana y tarde, llevan a cabo todo lo relacionado con el embarazo, cursos prenatales, educación para la salud, el recién nacido... como hemos visto la mayoría de la población de Alaquas es joven y en edad de procrear.
- Un equipo de **salud sexual y reproductiva** formado por una médica, una enfermera y una auxiliar, compartidas con el Centro de Salud de Xirivella.
- Un equipo de **odontopediatría** formado por una odontopediatra y una higienista dental, solo dos días a la semana ya que se comparte con otras poblaciones, se ocupan de la salud dental de los niños/as de la población.
- El equipo de **atención continuada** hace las guardias de noches y festivos, cuando no están los demás médicos y pediatras, para que la atención en el Centro de Salud sea las 24 horas, (por las tardes conviven médicos de medicina familiar y pediatras con médicos del servicio de ATC, lo que lleva a una duplicidad en la atención)
- El **personal de limpieza** que vienen unas horas por la mañana y otras por la tarde, excepto algunos días al mes que vienen más para limpieza a fondo, se ocupan de la limpieza del centro.
- Una **coordinadora médica** que ostenta la jefatura del Centro de salud, y coordina al personal médico.
- Una **coordinadora de enfermería** que coordina al personal de enfermería.
- Una **referente administrativa** que coordina al personal administrativo y celadores.

TABLA nº 5

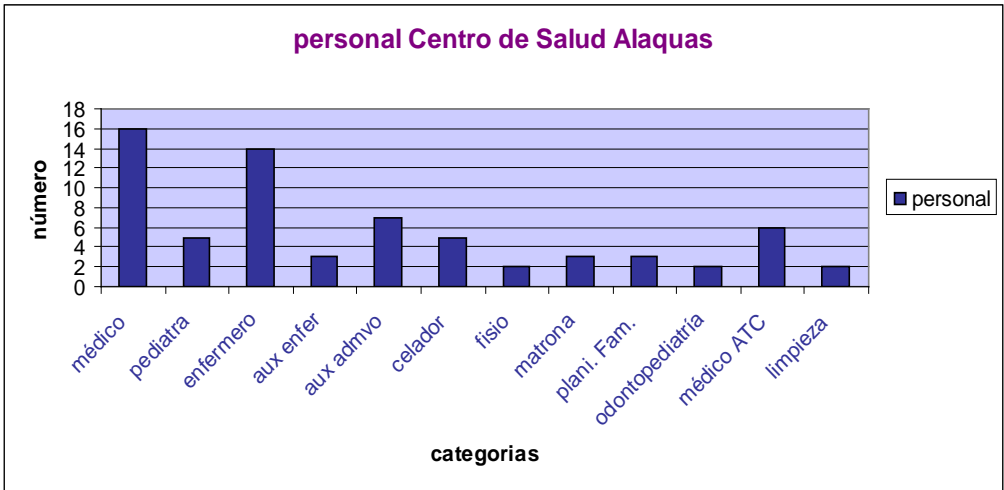
PERSONAL ADSCRITO AL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS

OCUPACIÓN	NÚMERO DE PROFESIONALES
MEDICINA FAMILIAR	16
PEDIATRÍA	5
ENFERMERÍA	14
AUXILIAR ENFERMERÍA	3
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	7
CELADOR	1+4
FISIOTERAPÉUTA	2
MATRONA	2
EQUIPO salud sexual	3
ODONTOPEDIATRIA	2
MÉDICO ATC	6
LIMPIEZA	2

Fuente, elaboración propia.

GRÁFICO nº 14

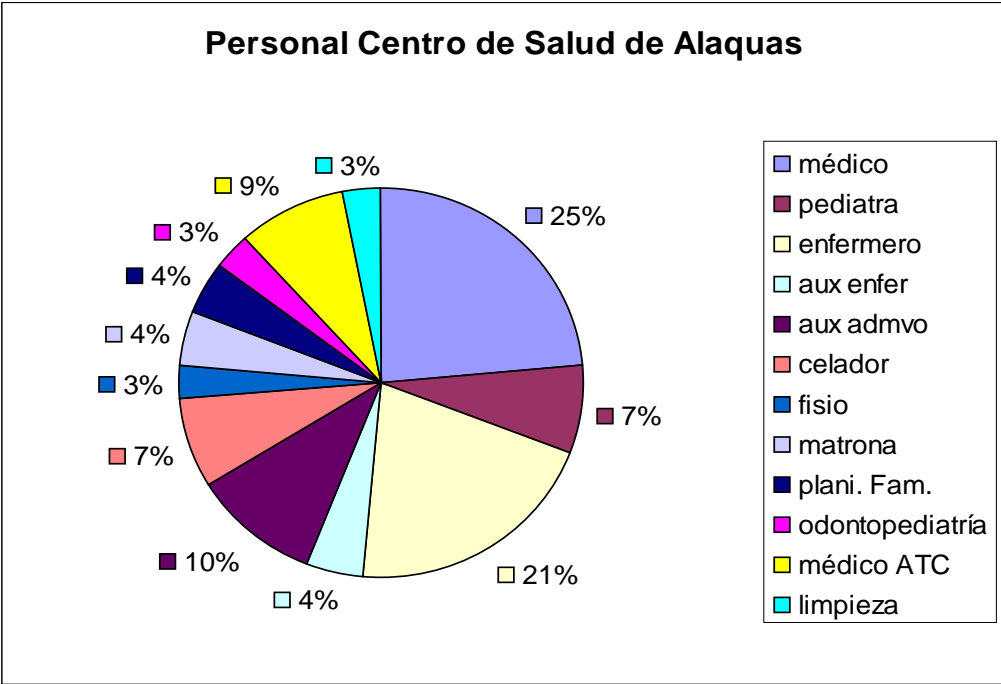
PERSONAL ADSCRITO AL CENTRO DE ALAQUAS



Fuente, elaboración propia.

GRÁFICO nº 15

PORCENTAJE DE PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS



Fuente, elaboración propia.

Como podemos observar en los gráficos anteriores el personal médico junto con el personal de enfermería componen más del 50% de la plantilla del Centro de Salud, con lo cual tienen un gran peso específico a la hora de tomar decisiones, dejando el otro 50% al resto de personal con intereses muy diversos.

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL. MAÑANA/TARDE/NOCHE

La atención al paciente se distribuye en horarios de mañana tarde y noche, de la siguiente forma:

TABLA nº 6

PERSONAL POR LA MAÑANA EN ATENCIÓN PRIMARIA ODONTOPEDIATRÍA Y SALUD SEXUAL

OCUPACIÓN	NÚMERO DE PROFESIONALES
MEDICINA FAMILIAR	12
PEDIATRÍA	4
ENFERMERÍA	12
AUXILIAR ENFERMERÍA	2
REFERENTE ADMINISTRATIVA	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4
CELADOR	1
FISIOTERAPÉUTA	1
MATRONA	1
EQUIPO de salud sexual	3
ODONTOPEDIATRÍA	2

Fuente, elaboración propia.

TABLA nº 7

PERSONAL POR LA TARDE EN ATENCIÓN PRIMARIA

OCUPACIÓN	NÚMERO DE PROFESIONALES
MEDICINA FAMILIAR	4
PEDIATRÍA	1
ENFERMERÍA	2
AUXILIAR ENFERMERÍA	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
FISIOTERAPÉUTA	1
MATRONA	1

Fuente, elaboración propia.

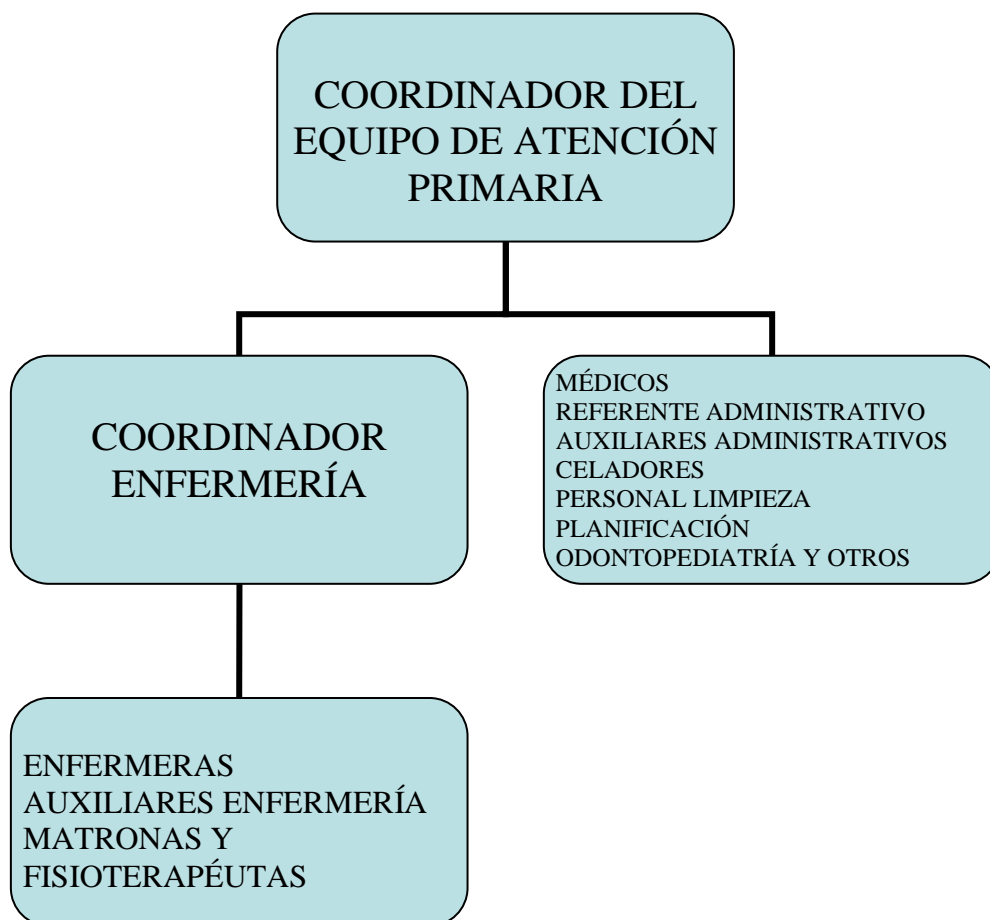
TABLA nº 8

PERSONAL POR LA TARDE/NOCHE Y FESTIVOS EN ATC

OCUPACIÓN	NÚMERO DE PROFESIONALES
MÉDICO ATC	2
ENFERMERÍA	1
CELADOR	1

Fuente, elaboración propia.

EL ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS EN LA ACTUALIDAD



Organigrama nº 1. Elaboración propia

Según la legislación actual, el organigrama del Centro de Salud de Atención Primaria está organizado de la siguiente forma:

Como director del Centro de Salud está el **Coordinador del Centro de Salud**, Generalmente un médico/a impuesto por la Dirección.

En esta figura recae la dirección y gestión del Centro de Salud sin por ello abandonar sus tareas médicas, aunque estas se ven disminuidas al reducirse el cupo de pacientes, en el caso del Centro de Salud de Alaquas son unos 1200, y los días de atención al público, para así poder realizar sus labores de coordinación.

Dependiendo del Coordinador del Centro se encuentra, por un lado, el **Coordinador de Enfermería**, que dirige a enfermeras, auxiliares de enfermería, matronas, y fisioterapeutas, y por otro lado el resto del personal del centro.

En este Departamento de Salud 9, desde la Dirección se ha creado una figura, el **Referente Administrativo**, sin apoyo legal ni remuneración, que vendría a ser como el Coordinador de Enfermería, pero para auxiliares administrativos/as y celadores/as y que además lleva la parte administrativa del Centro de Salud.

Al no ser un puesto creado por la Consellería de Sanitat, es una figura sin ninguna fuerza a pesar de su gran responsabilidad.

El personal que trabaja en el Centro está sujeto a la Ley 53/1984 de 26 de diciembre de Incompatibilidades del Personal al Servicio de la Administración Pública, y regulado por la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público, entre otros.

5.2.2.2- RECURSOS MATERIALES DEL CENTRO DE SALUD

Aunque el objeto de estudio son principalmente los recursos humanos, estos están condicionados por el resto de los recursos de que se dispone. Por esto haré un breve recorrido por el resto de los recursos de que dispone el Centro de Salud de Alaquas.

El Centro dispone de un edificio de cuatro plantas con terrazas y sótano.

- **En el sótano** se localizan distintos almacenes, archivos, cuartos de luces, y otras dependencias.
- **En la planta baja** hay: siete consultas en pediatría, cinco para medicina y dos para enfermería, todas equipadas con el material necesario para su utilización, tanto muebles como el resto de aparatos, material, y ordenadores necesarios.
Dos consultas de curas inyectables y otros para enfermería, una sala de extracciones, una consulta para odontología infantil, una consulta para medicina familiar y una de enfermería, admisión y cita previa, salas de espera y aseos para pacientes, todo completamente equipado.
En la zona de urgencias hay una consulta para medicina otra para enfermería y otra más para electros y otras manipulaciones de urgencia, sala de estar baños y dormitorios para la plantilla de ATC y sala de espera y aseos para pacientes.
- **En la primera planta** se encuentran: la consulta de planificación familiar, dos consultas para matronas, una sala para preparación al parto y otros talleres y cursos, nueve consultas de medicina familiar y cuatro de enfermería, salas de espera y aseos para pacientes, todo completamente equipado.
- **En la segunda planta** tenemos: la consulta y el gimnasio de rehabilitación, tres consultas para medicina familiar y una de enfermería, con todo el material necesario.
- **En la tercera planta** se hallan: los aseos y vestuarios para el personal, sala de reuniones y biblioteca, el despacho de coordinador del Centro, el de coordinador de enfermería y el de administración.
- **En las terrazas** hay aparatos de aire acondicionado y otros.

Todas las salas de espera para los pacientes están equipadas con bancadas; todas las consultas tanto de enfermería como de medicina, así como las de odontología, planificación y matronas disponen de los muebles, ordenadores, teléfono y material necesario para su utilidad; el gimnasio de rehabilitación y el resto de salas también tienen lo necesario para su uso. La dotación de los Centros se hace por concurso público conforme a la ley 12/1995 de Contratos de las Administraciones Públicas.

5.2.2.3- ANÁLISIS DAFO DE LOS RECURSOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS.

Es necesario realizar un análisis DAFO de los recursos del Centro de Salud para conocer sus debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

Aunque el objeto de estudio son principalmente los recursos humanos, estos están condicionados, en cierta medida, por el resto de los recursos de que se dispone. Por todo esto es conveniente el análisis de los RRHH y RR Materiales del mismo.

Tras numerosas entrevistas con distintos trabajadores de las distintas categorías profesionales del Centro llegamos al siguiente análisis:

5.2.2.3.1- ANÁLISIS DAFO RRHH

DEBILIDADES

Los trabajadores/as no se consideran miembros de un equipo.

No son conscientes de los intereses comunes.

Hay corporativismo.

Mucho individualismo.

Hay un ambiente de desánimo generalizado, con peligro de Burnout (síndrome de trabajador quemado).

La jefatura es autoritaria y la coordinación no facilita la comunicación con el personal.

El coordinador desconoce las tareas que realizan los diferentes estamentos del Centro.

El coordinador es un médico, corporativista y comprometido con el estamento médico.

Mala organización de los recursos (conviven recursos similares, amontonamiento de recursos a determinadas horas lo que produce mayor afluencia de pacientes y aglomeraciones, etc.).

Dificultades de concentración y comunicación por ruido ambiental.

Ninguna posibilidad de promoción interna en el Centro (nº cerrado de puestos de trabajo de las distintas categorías).

Conocimiento mínimo por parte del personal de las nuevas tecnologías, utilización, normas...

AMENAZAS

Posibilidad de reingresos provisionales del exterior, con el consiguiente peligro de pérdida del puesto de trabajo para algunas personas interinas.

La Dirección/Conselleria, cada vez ordena más tareas con el mismo personal para su realización.

Crece la población adscrita al Centro pero debe ser atendida por el mismo personal.

Entre el personal hay un desconocimiento generalizado, a todos los niveles, de la normativa aplicable para las tareas realizadas, con la posibilidad de incurrir en faltas de distinta gravedad incluso sin ser conscientes de ello (firmas digitales, protección de datos...)

FORTALEZAS

La mayoría de la plantilla del Centro son personas jóvenes y con ganas de trabajar.

El personal es altamente cualificado, desde los médicos hasta el último auxiliar, la mayoría son individuos con carrera universitaria y distintos cursos de capacitación.

El personal accede por oposición.

Las personas tienen buenas ideas para mejorar el trabajo, el centro, la atención...

Desde la Dirección/Conselleria se da opciones de autoorganización a los trabajadores/as.

Posibilidad del uso de nuevas tecnologías para mejorar.

Posibilidad de hacer equipos de trabajo para mejorar.

OPORTUNIDADES

Mayoría de personas fijas sin amenaza de su puesto de trabajo.

Se pueden hacer proyectos a largo plazo.

La Dirección del Departamento de Salud da capacidad de organización y actuación.

La Dirección del Departamento de Salud apoya la aportación y puesta en práctica de ideas.

Se ofrece cursos de formación específica a los funcionarios.

Conciliación de la vida familiar y profesional.

TABLA nº 9

DAFO RRHH DEL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS

DEBILIDADES	FORTALEZAS
No equipo, falta interés común, Corporativismo, Individualismo, Desánimo, Coordinación ineficaz, Jefatura autoritaria. Dificultad para trabajar, Mala organización de los recursos No posibilidad promoción interna.	Personas jóvenes, ganas trabajar, Cualificación, acceso por oposición. Ideas, posibilidad aplicación, Uso nuevas tecnologías, Formación de equipos de trabajo.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Reingresos provisionales, Cada vez más tareas, Cada vez más población, Desconocimiento normativa-faltas	Mayoría fijos, Proyectos a largo plazo, Capacidad de organización, Dirección apoya ideas Cursos formación Conciliación vida familiar-profesional

Fuente, elaboración propia.

5.2.2.3.2- ANÁLISIS DAFO RECURSOS MATERIALES CENTRO DE SALUD

DEBILIDADES

Falta accesibilidad por teléfono (varias líneas de entrada solo una o dos personas atendiéndolo).

Largas colas y aglomeración.

Demoras

Espacio Cerrado, al ser un edificio.

Consultas y salas de espera pequeñas.

Gran afluencia de personas en determinados horarios para el tamaño del Centro.

Ruido ambiental, dificulta el trabajo, la comunicación y por lo tanto la atención al público.

Poco interés por la ergonomía en el trabajo, confort, ruido, luz espacio...

Poca capacidad para mejorar el material, (una vez al año plan de inversiones).

Problema ley protección de datos, se trabaja con datos sin las debidas medidas en su tratamiento, archivo y destrucción.

Todo abierto o fácil de abrir, problema robo material y medicación.

Información de los servicios poco clara y anticuada.

AMENAZAS

Proliferación seguros privados.

Libertad en la elección de médico y centro (Ley de Sanidad, capitación - los Departamentos cobran por personas adscritas y atendidas)

Poco interés de la dirección en proporcionar material diferente al habitual.

Gran cantidad de pacientes.

Uso de nuevas tecnologías, mucha dependencia de lo informatizado, ¿Qué pasa si cae la red?, ¿si se va la corriente eléctrica?, ¿si no funciona el teléfono?

Posibilidad ataque informático.

Falta seguridad en archivo historias clínicas en papel.

Abierto 24 horas, descontrol llaves, cualquiera puede tener copia posibilidad robo material, medicamentos, otros...

FORTALEZAS

Centro con grandes ventanales y mucha luz.

Muchas consultas y salas para usar aunque pequeñas.

Se dispone del material necesario y cuando se gasta o deteriora, se repone rápidamente por la Dirección.

Posibilidad de escuchar al ciudadano y tenerlo en cuenta, hojas de sugerencias.

Todo queda registrado, posibilidad de análisis posterior.

Utilización de nuevas tecnologías.

OPORTUNIDADES

El Local está céntrico, tiene buena accesibilidad desde todos los puntos de la población, hay tren y autobús, y el pueblo es pequeño.

Buena disposición de la Dirección a la hora de hacer pequeñas reparaciones o reponer el material habitual.

Posibilidad de educar a los pacientes, hacer educación para la salud y prevención.

Posibilidad de ofrecer más servicios

Accesibilidad para personas discapacitadas.

Sugerencias recogidas en un buzón.

Realización de estadísticas para su estudio posterior.

TABLA nº 10

DAFO RECURSOS MATERIALES DEL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS

DEBILIDADES	FORTALEZAS
Teléfono, colas, demora, Espacio cerrado, salas pequeñas, Mucha afluencia personas, ruido Poca prevención riesgos laborales, Poca capacidad renovación material, Ley de protección de datos, Todo abierto.	Grandes ventanas, luz Muchas consultas, y salas, Material mínimo necesario, Reposición material, Hojas de sugerencias, Todo queda registrado, Nuevas tecnologías.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Seguros privados, elección de centro Muchos pacientes, Poco material nuevo, Nuevas tecnologías, ataque, caída red, no electricidad, teléfono, Abierto y descontrol llaves, robo, Seguridad archivo historias clínicas	Buena accesibilidad, Accesible discapacitados, Rapidez reparar y reponer, Educación para la salud, y prevención, Ofrecer mas servicios, Sugerencias ciudadanos, Análisis estadísticas y datos.

Fuente, Elaboración propia.

5.2.3- COSTES CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS

La Ley de Presupuestos para 2006 15/2005, otorga a la Agencia Valenciana de Salud presupuesto propio.

Los Costes de un centro de salud los podemos estudiar en cuatro categorías o apartados: los costes del inmueble, los de la dotación, los del mantenimiento, y por último los de los recursos humanos.

El inmueble y su coste no es objeto de este estudio, pero puedo decir que se construyó hace unos quince años, el precio de entonces no es relevante en nuestro caso, a título informativo, la construcción de un centro de similares características, hoy en día, vendría a costar unos 4.947.300,00 euros (según datos facilitados por la Dirección del Departamento de Salud 9, Consellería de Sanitat).

La dotación del Centro de Salud, realizada también al principio de su funcionamiento, tampoco es objeto de este trabajo, baste decir que una dotación similar en la actualidad vendría a suponer unos 98.500,00 euros (según datos facilitados por la Dirección del Departamento de Salud 9, Consellería de Sanitat).

El mantenimiento del Centro de Salud se lleva acabo por empresas contratadas a tal fin mediante concursos públicos (recordemos que la administración esta sujeta a la Ley 13/1995, de Contratos de las Administraciones Públicas) personal específico contratado para tal fin y otros profesionales. El primero es el caso de la limpieza, el mantenimiento del aire acondicionado, las reparaciones eléctricas, albañilería etc. El segundo cuando esporádicamente es necesario como la colocación de carteles, algún tabón de anuncios, pintura etc. El tercero se utiliza para la reparación de determinado material médico y algún otro caso. Tampoco vamos a entrar en detalles, aunque para tener una idea su coste viene a suponer unos 143.369,00 euros (según datos facilitados por la Dirección del Departamento de Salud 9, Consellería de Sanitat).

Los recursos humanos del Centro de Salud, que si son objeto de este estudio, están compuestos por todos los profesionales asignados al Centro y que prestan sus servicios en el mismo.

En otro apartado hemos hablado de su número y categorías profesionales. Recordemos que está compuesto por dieciséis médicos, cinco pediatras, catorce enfermeras, dos fisioterapeutas, tres matronas, tres auxiliares de enfermería, siete auxiliares administrativos y un celador para la atención

primaria, en atención continuada tenemos seis médicos, cuatro celadores y la enfermería se lleva a cabo con las enfermeras del Centro.

No vamos atender en cuenta ni el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva ni Odontología Pediátrica ya que, aunque prestan sus servicios a la población de Alaquas durante algunos días a la semana, están asignados a otros centros, el caso de:

- Planificación es Xirivella y
- Odontología Paiporta.

Por lo tanto sus costes se signan a estos centros.

Aquí veremos el coste que supone a la Administración el personal asignado y que presta sus servicios en el Centro de Salud de Alaquas, según la Ley 11/2006, de 27 de diciembre de Presupuestos de la Generalitat para 2007, (de una forma aproximada ya que no se tienen en cuenta las Incapacidades Transitorias ni se diferencia entre personal interino y fijo).

En los cuadros adjuntos podemos ver como se distribuye por categorías y los totales finales, tanto para la plantilla del Centro como para el punto de Atención Continuada.

TABLA Nº 11

PLANTILLA ZONA BÁSICA 1 ALAQUAS 2007

COSTES POR CATEGORIAS

CATEGORIA	GR	N	SUELDO BASE	Complement DESTINO	C.ESP.C	C.ESP.A	TOTAL MENSUAL	S.S. 33%	TOTAL ANUAL	EXTRA	Nº T.	TOTAL
MÉDICO	A	24	1.112,85	588,00	1.489,11		3.189,96	1.052,68	42.673,96	2.197,22	16	884.897,92
PEDIATRA	A	24	1.112,85	588,00	1.489,11		3.189,96	1.052,68	42.673,96	2.197,22	5	276.530,60
ENFERMERA	B	21	944,48	477,46		416,99	1.838,93	606,84	25.189,04	1.560,94	14	454.595,68
AUX. ENF.	D	16	575,78	352,96		306,02	1.234,66	407,43	16.877,22	1.030,65	3	65.299,14
AUX. ADMIN.	D	15	575,68	330,28		324,50	1.230,46	406,05	16.793,78	1.014,13	7	151.664,66
CELADOR	E	14	525,57	307,65		315,91	1.149,13	379,21	15.666,62	938,53	1	20.217,14
FISIO.	B	21	944,48			442,07	1.864,01	615,12	25.506,72	1.569,30	2	65.776,32
MATRONA	B	22	944,48	514,17		441,96	1.900,71	627,33	26.020,66	1.606,07	2	67.097,24
SUBTOTAL COSTES PERSONAL												1.986.078,70

TURNICIDAD

PERSONAL	RECURSOS	turnicidad	EUROS	TOTAL
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	3 por 12	36	39,12	1.408,32
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	7 por 12	84	39,12	3.286,08
SUBTOTAL TURNICIDAD				4.694,40
VACACIONES 1 mes				391,2
TOTAL TURNICIDAD				5.085,60

TOTAL COSTE PLANTILLA ZONA BÁSICA 1 ALAQUAS

1.991.164,30

FUENTE Dirección Departamento de Salud 9

Propuesta de Organización de un Centro de Salud de Atención Primaria

TABLA Nº 12

PLANTILLA ATC ZONA BÁSICA 1 ALAQUAS 2007				
CATEGORIA	RECURSOS			HORAS
FACULTATIVO	2	(17 horas de lunes a sábado, 24 horas domingos y festivos)		13390
ENFERMERÍA	1	(17 horas de lunes a sábado, 24 horas domingos y festivos)		6695
CELADOR	1	NOCHES	365	FESTIVOS 140
CATEGORIA	HORAS	EUROS	TOTAL	
FACULTATIVOS	13.390,00	20,50	274.495,00	
ENFERMERÍA	6.695,00	12,00	80.340,00	
SUBTOTAL horas anuales			354.835,00	
VACACIONES 1 mes			21.790,95	
SUBTOTAL COSTE FACULTATIVOS Y ENFERMERÍA			376.625,95	
CELADORES	NOCHES	EUROS	TOTAL	
	365	26,00	9.490,00	
	FESTIVOS	EUROS		
	140	38,16	5.342,40	
	TURNICIDAD	EUROS		
5 celadores por 12	60	39,12	2.347,20	
SUBTOTAL noches y festivos anuales			17.179,60	
VACACIONES 1 mes			1.129,74	
SUBTOTAL COSTE CELADORES			18.309,34	
COSTE PUNTO DE ATC			394.935,29	
S.S. 33%			130.328,64	
TOTAL COSTE PUNTO ATC			525.263,93	

FUENTE Dirección Departamento de Salud 9

Lo que da un **Coste Total de 2.516.428,23** Euros para el Centro de Salud para los RRHH. Esta cifra es aproximada, ya que no tenemos en cuenta diferenciar al personal fijo del interino a los que se aplican algunas diferencias salariales.

6. LEGISLACIÓN APLICABLE EN SANIDAD

TABLA nº 13

LA LEGISLACIÓN EN EL TIEMPO

LEGISLACIÓN GENERAL	Comunidad valenciana
Constitución Española de 1978	
	En 1981 se inician las transferencias sanitarias a las CCAA
	Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana
Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de la Administración Pública	
Ley General de Sanidad 14/1986 de 26 de abril	
Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de Representación, Condiciones de trabajo y Participación personal al servicio de AP. Solo artículo 7 por Ley 7/2007.	Ley 8/1987, de 4 de diciembre, se crea el Servicio Valenciano de Salud
RD 1612/1987 traspaso de funciones y servicios de salud a la Comunidad Valenciana	
Ley 30/1992, 26 de noviembre, de RJAPYPAC	
	Ley 6/1993 de Presupuestos de la Generalitat Valenciana, se suprime el Servicio Valenciano de Salud.
Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas	
Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales , modificada en el año 2000	
RD Ley 10/1996 sobre nuevas formas de Gestión en INSALUD .	Decreto del Consell 186/1996, Reglamento, Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada .

Ley 15/1997 nuevas formas de Gestión en SNS.	
Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos.	
Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan en nuevo sistema de financiación de las CCAA	
Ley 41/2002, de 14 de noviembre ley básica reguladora de los derechos y obligaciones del paciente información, documentación clínica.	
Ley 16/2003 de 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.	Ley 1/2003 de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana de Derechos e información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones Sanitarias.	Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la C. V.
	Decreto 7/2003, selección y provisión personal
	Decreto 116/2003, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.	Decreto 137/2003, de 13 de julio, por el que se regula la jornada, horarios de trabajo, permisos y licencias, vacaciones del personal.
	Decreto 25 y 26/2005, de 4 de febrero del Consell por el que se aprueban los Estatutos y Reglamento Orgánico y Funcional de la Agencia Valenciana de Salud (modificados por Decreto 77/2005 y otros)
	Ley de Presupuestos para 2006 15/2005, otorga a la Agencia Valenciana de Salud presupuesto propio.
	Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, Reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.
	Ley 11/2006, de 27 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat par el ejercicio 2007(retribuciones)

	Decreto 66/2006, de 12 de mayo, por el que se aprueba el Sistema de Carrera Profesional
Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres .	Instrucciones de 16 de abril y 18 de mayo de 2007, de RRHH de Conselleria de Sanitat para hacer efectiva la Ley 3/2007.
Ley 7/2007, 12 de abril del Estatuto Básico del Empleado Público.	Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad
	Decreto 85/2007, de 22 de junio por el que se aprueba el Sistema de Desarrollo Profesional .

Fuente, elaboración propia

En este capítulo haremos un breve repaso por la principal legislación aplicable, tanto a nivel general, es decir obligatoria en todo el territorio español, como la de la Comunidad Valenciana, emanada de los órganos con poder legislativo en nuestra comunidad y por lo tanto de obligado cumplimiento en la misma.

6.1- LEGISLACIÓN GENERAL

La principal legislación aplicable de ámbito general es la siguiente:

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA 1978

Nuestra ley fundamental base de toda la legislación. En ella se constata el derecho a la sanidad.

En su **artículo 43** dice:

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
Los poderes públicos fomentaran la educación sanitaria...”

En el **artículo 49** dice:

”Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”

Estos artículos 43 y 49 están en el Capítulo tercero “De los principios rectores de la política social y económica” de la Sección 2ª “De los derechos y deberes de los ciudadanos”, del Título I “De los derechos y deberes fundamentales”, es por lo que necesitan una posterior Ley de desarrollo.

LEY 53/1984, de 26 de diciembre de INCOMPATIBILIDADES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

La regulación de las Incompatibilidades contenida en esta Ley parte, como principio fundamental, de la dedicación del personal al servicio de las Administraciones Públicas a un solo puesto de trabajo.

Las únicas excepciones que se prevén son las que demande el propio Servicio Público.

Respetando el ejercicio de las actividades privadas que no puedan impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia.

La operatividad de un Régimen General de Incompatibilidades exige, como lo hace la Ley, un planteamiento uniforme entre las distintas Administraciones Públicas que garantice además a los interesados un tratamiento común entre ellas.

Los principios generales de esta ley:

Artículo 1

1. “El personal comprendido en el ámbito de aplicación de esta Ley no podrá compatibilizar sus actividades con el desempeño, por si o mediante sustitución, de un segundo puesto de trabajo, cargo o actividad en el Sector Público, salvo en los supuestos previstos en la misma.

A los solos efectos de esta Ley se considerará actividad en el sector público la desarrollada por los miembros electivos de las asambleas legislativas de las

Comunidades Autónomas y de las corporaciones locales, por los altos cargos y restante personal de los órganos constitucionales y de todas las Administraciones Públicas, incluida la Administración de Justicia, y de los entes, organismos y empresas de ellas dependientes, entendiéndose comprendidas las entidades colaboradoras y las concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria.

2. Además, no se podrá percibir, salvo en los supuestos previstos en esta Ley, este más de una remuneración con cargo a los presupuestos de las Administraciones Públicas y de los entes, organismos y empresas de ellas dependientes o con cargo a los de los órganos constitucionales, o que resulte de la aplicación de arancel, ni ejercer opción por percepciones correspondientes a puestos incompatibles.

A los efectos del párrafo anterior, se entender por remuneración cualquier derecho de contenido económico derivado, directa o indirectamente, de una prestación o servicio personal, sea su cuantía fija o variable y su devengo periódico u ocasional.

3. En cualquier caso, el desempeño de un puesto de trabajo por el personal incluido en el ámbito de aplicación de esta Ley es incompatible con el ejercicio de cualquier cargo, profesión o actividad, público o privado, que pueda impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometerse imparcialidad o independencia”.

LEY GENERAL DE SANIDAD, 14/1986, de 26 de abril.

El derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos requiere de los poderes públicos la adopción de medidas para ser efectivo.

Esta es la ley de desarrollo de las bases sentadas en los artículos 43 y 49 de la Constitución Española.

Dice así:

Artículo 1

1. “La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2 Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan. ...”

Artículo 2

1.” Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula.

2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía”.

Artículo 7

“Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.”

Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía

LEY 9/1987, de 12 de junio, de ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN, CONDICIONES DE TRABAJO Y PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. (Modificada en varias ocasiones posteriormente) Derogada por la Ley 7/2007, excepto el artículo 7, se mantienen algunos artículos como ley básica mientras se aprueban los consiguientes decretos de desarrollo.

El artículo 103.3 de la Constitución ha establecido la regulación por Ley de las peculiaridades del ejercicio del derecho de sindicación de los funcionarios públicos.

En este marco, atendiendo a los convenios de la Organización Internacional del Trabajo, a los planteamientos de las Organizaciones Sindicales y a sus demandas de los propios funcionarios públicos, la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical, dio un tratamiento unificado en su articulado al contenido esencial del derecho de libre sindicación reconocido en la Constitución, incluyendo en su ámbito de aplicación a los funcionarios públicos.

Queda de esta forma, en virtud de la Ley Orgánica de Libertad Sindical, regulado el ejercicio del derecho de libre sindicación a los funcionarios públicos, sin otros límites que los expresamente establecidos en ella.

La ratificación por España de los convenios números 151 y 154 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la protección del derecho de sindicación y los procedimientos para determinar las condiciones de empleo en la Administración Pública, y sobre el fomento de la negociación colectiva, respectivamente, llevan a considerar la urgencia de determinar con claridad en un texto legal, a semejanza de lo establecido para los trabajadores por cuenta ajena en el Estatuto de los Trabajadores, aquello que deba ser de aplicación a los funcionarios públicos en cuanto a los órganos de representación, aspecto esencial de su régimen estatutario.

El proyecto pretende conjugar el principio de competencia exclusiva del Estado para determinar las bases de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del régimen estatutario de sus funcionarios con la potestad autoorganizadora de las Comunidades Autónomas. A tal fin, se realiza una regulación de esta materia que, sin menoscabo de la capacidad de las Comunidades Autónomas para ordenar sus respectivas funciones Públicas, permita garantizarla igualdad de todos los funcionarios en el ejercicio de sus derechos.

REAL DECRETO 1612/1987 TRASPASO DE FUNCIONES Y SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Por este Real Decreto se traspasan las funciones del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Valenciana, así como los correspondientes servicios e instituciones y medios personales, materiales y presupuestarios precisos para el ejercicio de aquéllas.

.Los traspasos a que se refiere este Real Decreto fueron efectivos a partir del día 1 de enero de 1988, como se señalaba en el Acuerdo de la Comisión Mixta constituida para el traspaso de competencias.

LEY 30/1992, de 26 de noviembre, de RÉGIMEN JURÍDICO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN.

La Constitución recoge en el título IV los principios que inspiran la actuación administrativa y garantizan el sometimiento pleno de su actividad a la Ley y al Derecho, y configura al Gobierno de la Nación como un órgano eminentemente político que dirige la Administración y ejerce la potestad reglamentaria.

La Constitución garantiza el sometimiento de las Administraciones Públicas al principio de legalidad, tanto con respecto a las normas que rigen su propia organización, como al régimen jurídico, el procedimiento administrativo y el sistema de responsabilidad.

Las Comunidades Autónomas dictan sus propias normas siempre que se ajusten a estas bases estatales.

La Ley recoge esta concepción constitucional de distribución de competencias y regula el procedimiento administrativo común, de aplicación general a todas las Administraciones Públicas y fija las garantías mínimas de los ciudadanos respecto de la actividad administrativa.

La eficacia en el resultado de la actuación de esa realidad plural y compleja que son las Administraciones Públicas, hace que la cooperación entre ellas resulte un principio activo, no sólo deseable, sino indispensable en su funcionamiento.

Las nuevas corrientes de la ciencia de la organización aportan un enfoque adicional en cuanto mecanismo para garantizar la calidad y transparencia de la actuación administrativa.

Dice en sus artículos:

Artículo 1. Objeto de la Ley.

“La presente Ley establece y regula las bases del régimen jurídico, el procedimiento administrativo común y el sistema de responsabilidad de las Administraciones Públicas, siendo aplicable a todas ellas”.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1.” Se entiende a los efectos de esta Ley por Administraciones Públicas:

A) La Administración General del Estado.

B) Las Administraciones de las Comunidades Autónomas.

C) Las Entidades que integran la Administración Local.

2. Las Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica propia vinculadas o dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas tendrán asimismo la consideración de Administración Pública. Estas Entidades sujetarán su actividad a la presente Ley cuando ejerzan potestades administrativas, sometiéndose en el resto de su actividad a lo que dispongan sus normas de creación”.

Artículo 3. Principios generales.

1.”Las Administraciones públicas sirven con objetividad los intereses generales y actúan de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la Constitución, a la Ley y al Derecho.

Igualmente, deberán respetar en su actuación los principios de buena fe y de confianza legítima.

2. Las Administraciones públicas, en sus relaciones, se rigen por el principio de cooperación y colaboración, y en su actuación por los criterios de eficiencia y servicio a los ciudadanos.

3. Bajo la dirección del Gobierno de la Nación, de los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas y de los correspondientes de las Entidades que integran la Administración Local, la actuación de la Administración pública respectiva se desarrolla para alcanzar los objetivos que establecen las leyes y el resto del ordenamiento jurídico.

4. Cada una de las Administraciones públicas actúa para el cumplimiento de sus fines con personalidad jurídica única.

5. En sus relaciones con los ciudadanos las Administraciones públicas actúan de conformidad con los principios de transparencia y de participación”.

LEY 13/1995, de 18 de mayo, CONTRATOS DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

El artículo 149.1,18 de la Constitución Española atribuye al Estado la competencia exclusiva para promulgar la legislación básica sobre contratación administrativa.

La Ley de Contratos de las Administraciones Públicas no pretende abarcar toda la normativa de la contratación pública de manera uniforme, sino recoger un común denominador sustantivo que asegure, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, los intereses generales de todos los españoles, pero reconociendo, al mismo tiempo, a las Comunidades Autónomas que puedan introducir en la regulación de la materia, las peculiaridades que las competencias de su propia autonomía les permite.

Al pertenecer España a la Comunidad Europea exige la adecuación de nuestra legislación interna al Ordenamiento Jurídico Comunitario, recogido, en materia de contratación administrativa, en diversas Directivas sobre contratos de obras, suministros y servicios, aplicables, precisamente por su carácter de Derecho Comunitario, a todas las Administraciones Públicas.

Los contratos que celebren las Administraciones Públicas se ajustarán a las prescripciones de esta Ley.

Se entiende por Administraciones Públicas a los efectos de esta Ley:

- a. La Administración General del Estado.
- b. Las Administraciones de las Comunidades Autónomas.
- c. Las entidades de la Administración Local.

Deberán asimismo ajustar su actividad contractual a esta Ley los Organismos Autónomos en todo caso y las restantes entidades de derecho público con personalidad jurídica propia, vinculadas o dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas, siempre que en aquéllas se den los siguientes requisitos:

1. Que hayan sido creadas para satisfacer específicamente necesidades de interés general que no tengan carácter industrial o mercantil.
2. Que se trate de entidades cuya actividad esté mayoritariamente financiada por las Administraciones Públicas u otras entidades de derecho público, o bien, cuya gestión se halle sometida a un control por parte de estas últimas, o cuyos órganos de administración, de dirección o de vigilancia estén compuestos por miembros más de la mitad de los cuales sean nombrados por las Administraciones Públicas y otras entidades de derecho público.

LEY 31/1995, de 8 de noviembre, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, (modificada en el año 2000).

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y es el pilar fundamental de esta Ley.

Con la presencia de España en la Unión Europea es necesario armonizar nuestra política con la naciente política comunitaria en esta materia, preocupada, cada vez en mayor medida, por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo.

Las Directivas más significativas son, sin duda, la 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo; y las Directivas 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE, relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal.

La presente Ley tiene por objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales.

Esta norma se aplicará también en el ámbito de las Administraciones públicas, razón por la cual la Ley no solamente posee el carácter de legislación laboral sino que constituye, en sus aspectos fundamentales, norma básica del régimen estatutario de los funcionarios públicos.

Dictada al amparo de lo dispuesto en el artículo 149. 1, 7 de la Constitución Española, por ello el ámbito de aplicación de la Ley incluye tanto a los trabajadores vinculados por una relación laboral en sentido estricto, como al personal civil con relación de carácter administrativo o estatutario al servicio de las Administraciones públicas, así como a los socios trabajadores o de trabajo de los distintos tipos de cooperativas, sin más exclusiones que las correspondientes, en el ámbito de la función pública, a determinadas actividades de policía, seguridad, resguardo aduanero, peritaje forense y protección civil cuyas particularidades impidan la aplicación de la Ley, la cual inspirará, no obstante, la normativa específica que se dicte para salvaguardar la seguridad y la salud de los trabajadores en dichas actividades.

LEY 15/1997, de 25 de abril NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN EN SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

Con el objeto de ampliar las formas organizativas de la gestión de los centros sanitarios, el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, vino a establecer que la administración de los mismos pudiera llevarse a cabo, no sólo directamente, sino indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

Con la presente Ley se procede a dar nueva redacción al artículo único del mencionado Real Decreto-ley, transformado ahora en Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

En esta Ley se establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y socio-sanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones -en los mismos términos a las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.

LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

Artículo 1. Objeto

“La presente Ley Orgánica tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar”

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. “La presente Ley Orgánica será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptibles de

tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado.

Se regirá por la presente Ley Orgánica todo tratamiento de datos de carácter personal:

a) Cuando el tratamiento sea efectuado en territorio español en el marco de las actividades de un establecimiento del responsable del tratamiento.

b) Cuando al responsable del tratamiento no establecido en territorio español, le sea de aplicación la legislación española en aplicación de normas de Derecho Internacional público.

c) Cuando el responsable del tratamiento no esté establecido en territorio de la Unión Europea y utilice en el tratamiento de datos medios situados en territorio español, salvo que tales medios se utilicen únicamente con fines de tránsito.

2. El régimen de protección de los datos de carácter personal que se establece en la presente Ley Orgánica no será de aplicación:

a) A los ficheros mantenidos por personas físicas en el ejercicio de actividades exclusivamente personales o domésticas.

b) A los ficheros sometidos a la normativa sobre protección de materias clasificadas.

c) A los ficheros establecidos para la investigación del terrorismo y de formas graves de delincuencia organizada.

No obstante, en estos supuestos el responsable del fichero comunicará previamente la existencia del mismo, sus características generales y su finalidad a la Agencia de Protección de Datos.

3. Se regirán por sus disposiciones específicas, y por lo especialmente previsto, en su caso, por esta Ley Orgánica los siguientes tratamientos de datos personales:

a) Los ficheros regulados por la legislación de régimen electoral.

b) Los que sirvan a fines exclusivamente estadísticos, y estén amparados por la legislación estatal o autonómica sobre la función estadística pública.

c) Los que tengan por objeto el almacenamiento de los datos contenidos en los informes personales de calificación a que se refiere la legislación del régimen del personal de las Fuerzas Armadas.

d) Los derivados del Registro Civil y del Registro Central de penados y rebeldes.

e) Los procedentes de imágenes y sonidos obtenidos mediante la utilización de videocámaras por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, de conformidad con la legislación sobre la materia.”

LEY 21/2001, de 27 de diciembre, NUEVOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE LAS CCAA.

El objeto de la presente Ley es acometer las reformas necesarias de la regulación del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas desde 1 de enero de 2002, del régimen general de la cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, de la participación de las Comunidades Autónomas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, de las asignaciones de nivelación de los servicios públicos fundamentales y la adaptación de la Ley General de Sanidad y del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.

El nuevo Sistema de financiación se fundamenta en los principios de: generalidad, estabilidad, suficiencia, autonomía, solidaridad, coordinación, participación en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y participación en los Tribunales Económico-Administrativos

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, LEY BÁSICA REGULADORA DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

La relevancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto en el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia, como la UNESCO, la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, y UNIÓN EUROPEA u otras.

Hay que remarcar la importancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997.

Tengamos en cuenta también que la regulación del derecho a la protección de la salud está recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios.

Esta Ley destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación

Artículo 1. Ámbito de aplicación

“La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

LEY 16/2003, de 28 de mayo, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Esta Ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:

- a. Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
- b. Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.
- c. Participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

La Ley define los ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas.

Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por esta Ley son:

- Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud;
- La farmacia; los profesionales sanitarios;
- La investigación;

- El sistema de información sanitaria,
- La calidad del sistema sanitario.

Estos seis ámbitos representan para el ciudadano la seguridad de las prestaciones en todo el territorio del Estado, que los profesionales sanitarios tendrán las mismas garantías de competencia profesional, que la investigación se orientará a las necesidades de salud de la población, que la información sanitaria fluirá en todo el sistema y que la calidad será un objetivo común dentro del Sistema Nacional de Salud.

El objeto de la Ley es el establecimiento del marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias que permitirán garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

LEY 44/2003, de 21 de noviembre DE ORDENACIÓN DE PROFESIONES SANITARIAS.

Esta Ley es fruto de la necesidad de una ordenación actual de las profesiones sanitarias. Estas habían sido reguladas en distintas ocasiones en el pasado, pero en la actualidad esto estaba anticuado.

La Ley de Sanidad requiere una nueva ordenación, junto con las normativas europeas y unida a la íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias.

LEY 55/2003, de 16 de diciembre, ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Esta ley nació porque era necesario actualizar y adaptar el régimen jurídico del personal estatutario, tanto en lo que se refiere al modelo del Estado Autonómico como en lo relativo al concepto y alcance real de la asistencia sanitaria.

Ha sido una Ley primordial hasta la aprobación de la Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público.

El objetivo que afronta esta Ley es el establecimiento de las normas básicas relativas a este personal y mediante la aprobación de su estatuto-marco, todo ello conforme a las previsiones del artículo 149.1.18. a de la Constitución Española.

Artículo 1. Objeto.

“Esta Ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal”.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1.” Esta Ley es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado.

2. En lo no previsto en esta Ley, en las normas a que se refiere el artículo siguiente, o en los pactos o acuerdos regulados en el capítulo XIV, serán aplicables al personal estatutario las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.

3. Lo previsto en esta Ley será de aplicación al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los centros del Sistema Nacional de Salud gestionados directamente por entidades creadas por las distintas comunidades autónomas para acoger los medios y recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del Insalud, en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación y si así lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos aplicables al personal laboral de cada comunidad autónoma”.

En el capítulo I de la Ley se establece con nitidez el carácter funcional de la relación estatutaria.

El capítulo III enumera los mecanismos de ordenación y planificación del personal de cada uno de los servicios de salud.

Los requisitos y condiciones para la adquisición de la condición de personal estatutario, los supuestos de su pérdida, la provisión de plazas, la selección de personal y la promoción interna se regulan en los capítulos V y VI de la Ley.

En el capítulo IV se enumeran los derechos y deberes de este personal, determinados desde la perspectiva de la esencial función de protección de la salud que desempeñan.

El principio de libre circulación y la posibilidad de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud, se consagra en el capítulo VII.

La sección I del capítulo X tiene gran importancia, pues en ella se lleva a cabo la transposición al sector sanitario de dos directivas de la Comunidad Europea relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos, las Directivas 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y 2000/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000.

La regulación de las situaciones del personal, el régimen disciplinario, las incompatibilidades y los sistemas de representación del personal, de participación y de negociación colectiva se realiza en sus capítulos XI a XIV,

LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, IGUALDAD EFECTIVA DE HOMBRES Y MUJERES.

El artículo 14 de la Constitución española proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo.

Por su parte, el artículo 9.2 consagra la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sea real y efectiva.

La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos.

La igualdad es, asimismo, un principio fundamental en la Unión Europea.

“El pleno reconocimiento de la igualdad formal ante la ley, aun habiendo comportado, sin duda, un paso decisivo, ha resultado ser insuficiente. La violencia de género, la discriminación salarial, la discriminación en las pensiones de viudedad, el mayor desempleo femenino, la todavía escasa presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad política, social, cultural y económica, o los problemas de conciliación entre la vida personal, laboral y familiar muestran cómo la igualdad plena, efectiva, entre mujeres y hombres, aquella “*perfecta igualdad que no admitiera poder ni privilegio para unos ni incapacidad para otros*”, en palabras escritas por John Stuart Mill hace casi 140 años, es todavía hoy una tarea pendiente que precisa de nuevos instrumentos jurídicos”.

La mayor novedad de esta Ley radica, con todo, en la prevención de esas conductas discriminatorias y en la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad.

Artículo 1. Objeto de la Ley.

1. Las mujeres y los hombres son iguales en dignidad humana, e iguales en derechos y deberes. Esta Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural para, en el desarrollo de los artículos 9.2 y 14 de la Constitución, alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria.

2. A estos efectos, la Ley establece principios de actuación de los Poderes Públicos, regula derechos y deberes de las personas físicas y jurídicas, tanto públicas como privadas, y prevé medidas destinadas a eliminar y corregir en los sectores público y privado, toda forma de discriminación por razón de sexo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. Todas las personas gozarán de los derechos derivados del principio de igualdad de trato y de la prohibición de discriminación por razón de sexo.

2. Las obligaciones establecidas en esta Ley serán de aplicación a toda persona, física o jurídica, que se encuentre o actúe en territorio español, cualquiera que fuese su nacionalidad, domicilio o residencia.

LEY 7/2007, de 12 de abril, del ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO.

“El Estatuto Básico del Empleado Público establece los principios generales aplicables al conjunto de las relaciones de empleo público, empezando por el de servicio a los ciudadanos y al interés general, ya que la finalidad primordial de cualquier reforma en esta materia debe ser mejorar la calidad de los servicios que el ciudadano recibe de la Administración”.

Artículo 1. Objeto.

1.” El presente Estatuto tiene por objeto establecer las bases del régimen estatutario de los funcionarios públicos incluidos en su ámbito de aplicación.

2. Asimismo tiene por objeto determinar las normas aplicables al personal laboral al servicio de las Administraciones Públicas.

3. Este Estatuto refleja, del mismo modo, los siguientes fundamentos de actuación:

- a. Servicio a los ciudadanos y a los intereses generales.
- b. Igualdad, mérito y capacidad en el acceso y en la promoción profesional.
- c. Sometimiento pleno a la Ley y al Derecho.
- d. Igualdad de trato entre mujeres y hombres.
- e. Objetividad, profesionalidad e imparcialidad en el servicio garantizadas con la inamovilidad en la condición de funcionario de carrera.
- f. Eficacia en la planificación y gestión de los recursos humanos.
- g. Desarrollo y cualificación profesional permanente de los empleados públicos.
- h. Transparencia.
- i. Evaluación y responsabilidad en la gestión.
- j. Jerarquía en la atribución, ordenación y desempeño de las funciones y tareas.
- k. Negociación colectiva y participación, a través de los representantes, en la determinación de las condiciones de empleo.
- l. Cooperación entre las Administraciones Públicas en la regulación y gestión del empleo público”.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1.” Este Estatuto se aplica al personal funcionario y en lo que proceda al personal laboral al servicio de las siguientes Administraciones Públicas:

- La Administración General del Estado.
- Las Administraciones de las Comunidades Autónomas y de las Ciudades de Ceuta y Melilla.
- Las Administraciones de las Entidades Locales.
- Los Organismos Públicos, Agencias y demás Entidades de derecho público con personalidad jurídica propia, vinculadas o dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas.
- Las Universidades Públicas.

2. En la aplicación de este Estatuto al personal investigador se podrán dictar normas singulares para adecuarlo a sus peculiaridades.

3. El personal docente y el personal estatutario de los Servicios de Salud se regirán por la legislación específica dictada por el Estado y por las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias y por lo previsto en el presente Estatuto, excepto el Capítulo II del Título III, salvo el artículo 20, y los artículos 22.3, 24 y 84.

4. Cada vez que este Estatuto haga mención al personal funcionario de carrera se entenderá comprendido el personal estatutario de los Servicios de Salud.

5. El presente Estatuto tiene carácter supletorio para todo el personal de las Administraciones Públicas no incluido en su ámbito de aplicación”.

En el Título II regula el personal al servicio de las AAPP.

En el Título III se habla de los Derechos y Deberes y el Código de Conducta de los Empleados Públicos, la carrera profesional, los derechos retributivos, el derecho a la negociación colectiva, la jornada laboral permisos y vacaciones.

La adquisición y pérdida de la relación del servicio se encuentra en el Título IV.

El Título V habla de la ordenación de la actividad profesional, y la Planificación de los Recursos Humanos. En los artículos 69, 70 y 71 se contemplan los objetivos de planificación, la Oferta de Empleo y los Registros de Personal.

En los Títulos VI y VII se regula las Situaciones Administrativas y el Régimen Disciplinario.

La cooperación entre administraciones está recogida en el Título VIII.

6.2- LEGISLACIÓN de la COMUNIDAD VALENCIANA

La principal legislación aplicable desarrollada en la Comunidad Valenciana es la siguiente:

LEY ORGÁNICA 5/1982, de 1 de julio, ESTATUTO DE AUTONOMIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

En su primer artículo sienta las bases de lo que es esta Ley, dice lo siguiente:

Artículo 1

“Uno. El pueblo valenciano, históricamente organizado como Reino de Valencia, se constituye en Comunidad Autónoma, dentro de la indisoluble unidad de la nación española, como expresión de su identidad histórica y en el ejercicio del derecho de autogobierno que la Constitución reconoce a toda nacionalidad, con la denominación de Comunidad Valenciana.

Dos. La Comunidad Valenciana es la expresión de la voluntad democrática y del derecho del autogobierno del pueblo valenciano, y se rige por el presente Estatuto, que es su norma institucional básica.

Tres. La Comunidad Valenciana tiene por objeto reforzar la democracia y garantizar la participación de todos los ciudadanos en la realización de sus fines.”

LEY 8/1987, de 4 de diciembre, CREA EL SERVICIO VALENCIANO DE SALUD.

Tras la Ley General de Sanidad, las Comunidades deben dar una respuesta normativa para el desarrollo de sus principios.

El Servicio Valenciano de Salud, recogiendo los fines y objetivos de la norma básica del Estado, constituirá el sistema único y armonizador de los recursos y dispositivos sanitarios de carácter público existentes en la Comunidad Valenciana, aplicados y orientados a garantizar y hacer efectivo para su población el derecho constitucional a la protección de la salud.

En este orden, se sigue la tendencia a generalizar la gratuidad de las prestaciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, en un proceso que irá

materializándose gradualmente al ritmo de la recuperación económica y en consonancia con el avance de la reforma sanitaria valenciana.

De momento, se trata de una Ley cuyo único fin es implantar el marco instrumental y organizativo que ha de acoger a la red pública sanitaria valenciana.

Por el Decreto 87/1999 de 30 de julio se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat, reformado posteriormente en varias ocasiones y derogado más tarde por el Decreto 116/2003 por el que se aprueba un nuevo Reglamento Orgánico y Funcional.

LEY 6/1993, de 31 de diciembre, LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES PARA 1994 (SUPRIME EL SERVICIO VALENCIANO DE SALUD).

La presente ley propone “una doble medida que se incluye dentro de un Capítulo creado al efecto, la supresión de las Entidades Autónomas de carácter administrativo, y su simultánea integración en la estructura administrativa, y la autorización al Consell para que transforme o suprima Entidades Autónomas y Empresas Públicas. A esta medida, en el marco de las competencias que en materia de política económica tiene atribuidas la Generalitat”.

Esta medida tiene tres objetivos básicos:

- 1- Obtener una mejor utilización de los recursos humanos y materiales existentes, que redunde en una mejora de la prestación de los servicios a los ciudadanos.
- 2- Reducir los costes unitarios de prestación de los servicios públicos, de forma que permita un incremento de los mismos sin mayor coste, o una reducción de gastos sin merma de los servicios prestados al público.
- 3- Clarificar y racionalizar las estructuras de prestación de la Administración frente a usuarios de servicios públicos.

DECRETO DEL CONSELL 186/1996 de REGLAMENTO, ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

“El objetivo primordial del presente reglamento es incidir en una mejora sustancial de la gestión de los centros de Atención Especializada.

Por ello, el modelo que se introduce tiende a incrementar la descentralización de la gestión sanitaria en favor de los servicios asistenciales, a los que se dota de una mayor autonomía en la gestión y, como consecuencia, se les hace más partícipes de la toma de decisiones y de la responsabilidad que ello conlleva.

La descentralización transfiere de las direcciones de los hospitales a las restantes direcciones el control directo sobre determinados órganos de gestión, que ahora pasan a depender de las correspondientes direcciones.

Además, el esquema organizativo diseñado se ha dotado de un alto grado de flexibilidad, de modo que se establecen unas estructuras básicas que después tendrán su adaptación concreta para cada centro, configurándose así el organigrama preciso que la dimensión, población a asistir, emplazamiento y demás condiciones aconsejen para cada caso.”

LEY 1/2003, de 28 de enero, de la GENERALITAT DE DERECHOS E INFORMACIÓN AL PACIENTE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

En el ámbito nacional se crea la Ley 41/2002 de los Derechos y Obligaciones del paciente, Ley básica del Estado.

En la Comunidad Valenciana se elabora la presente Ley. al amparo del **artículo 31** del Estatuto de Autonomía que atribuye a la Generalitat Valenciana el desarrollo legislativo de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos y obligaciones que en materia sanitaria tienen los pacientes en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente Ley será de aplicación a todo tipo de actuación sanitaria que se preste en la Comunidad Valenciana, tanto en los centros públicos como privados.

Entre otros aspectos cabe destacar que:

- Recoge una relación de los derechos de los pacientes.
- Articula el derecho a la información tanto para los centros públicos como privados
- Se regula, por primera vez en la Comunidad Valenciana, el derecho de los pacientes a emitir voluntades anticipadas.

LEY 3/2003, de 6 de febrero, de ORDENACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, define a la Agencia Valenciana de Salud como el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, con la finalidad de coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud.

La Agencia Valenciana de Salud debe buscar prioritariamente la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y la satisfacción de los ciudadanos, beneficiarios del sistema.

Las reformas que pretende impulsar esta Ley están encaminadas al bienestar del ciudadano, buscando una sanidad pública eficaz, eficiente y gratuita, solidaria y de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad, que permita e impulse la participación ciudadana y desarrolle la humanización de la sanidad.

Esta Ley establece que el sistema sanitario valenciano se constituye en Departamentos de Salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad.

Esta delimitación se hace atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria y sociosanitaria ágil, dinámica, eficaz y sin barreras y que garantice en todo momento la referencia de las prestaciones, de manera que, aunque pueda variar el contingente de población en cada departamento, se cumplan los objetivos marcados en la Ley General de Sanidad.

Los actuales Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana se crean por la Orden de 12 de mayo de 2005, de la Conselleria de Sanidad

DECRETO 7/2003, de 28 de enero, de selección Y PROVISIÓN DEL PERSONAL

El presente Decreto, a partir de la normativa legal en la materia, aborda la regulación de los sistemas de selección y provisión de plazas del personal estatutario de las instituciones sanitarias dependientes de la Conselleria de Sanitat.

DECRETO 116/2003, DE 11 DE JULIO POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO ORGÁNICO Y FUNCIONAL DE LA CONSELLERIA DE SANITAT. (Modificado por la Orden 31 de julio de 2003 y Decretos 25 y 26/2005)

Artículo 1

La Conselleria de Sanitat es el máximo órgano encargado de la dirección y ejecución de la política del Consell de la Generalitat en materia de sanidad, ejerciendo las competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria a la dependencia que legalmente tiene atribuidas a estos efectos.

Artículo 2

El conseller es la superior autoridad de la conselleria, siendo su máximo órgano ejecutivo.

Artículo 3

Bajo la autoridad del conseller, el nivel directivo de la Conselleria de Sanidad está integrado por las siguientes unidades:

- Secretaría Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud.
- Subsecretaría.
- Dirección General de Recursos Humanos.
- Dirección General de Recursos Económicos.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Dirección General de Atención a la Dependencia.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Dirección General de Calidad y Atención al Paciente. Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria

DECRETO 137/2003, de 13 de julio POR EL QUE SE REGULAN LA JORNADA, HORARIOS DE TRABAJO, PERMISOS Y LICENCIAS, Y VACACIONES DEL PERSONAL

Por Decreto 34/1999, de 9 de marzo, el Consell de la Generalitat Valenciana reguló las mismas materias que son objeto de la presente norma pero con destino al personal de la Administración del Consell, excluyendo expresamente de su ámbito de aplicación al personal destinado en instituciones sanitarias, por la especial consideración a la labor sanitaria de aquí la necesidad del presente Decreto.

Artículo 1.- Ámbito de aplicación:

“El presente Decreto será de aplicación a todo el personal, cualquiera sea la naturaleza de su relación de empleo, que se halle adscrito o dependa de instituciones sanitarias de la Generalitat Valenciana de pendientes de la Conselleria de Sanidad, en las que se incluyen tanto las de atención primaria como especializada, las Áreas de Salud, los Centros de Salud Pública y las respectivas unidades de dirección y gestión, así como los dispositivos de atención sanitaria urgente y el Centro de Transfusiones de la Comunidad Valenciana, y cualquier otra unidad o servicio que, integrado en el dispositivo sanitario público, guarde dependencia orgánica y funcional de la Conselleria de Sanidad. No será de aplicación al personal destinado en Servicios Centrales y Direcciones Territoriales de la Conselleria de Sanidad.”

En el presente Decreto se regula la jornada de trabajo, el horario, los turnos, los permisos y las vacaciones,

DECRETO 25 Y 26/2005, de 4 de febrero, SE APRUEBAN LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTO ORGÁNICO Y FUNCIONAL DE LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD, (modificados por decreto 77/2005).

Se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud Dice que se constituirá el Consejo de Administración de la Agencia Valenciana de Salud y se procederá al nombramiento del director Gerente y de los directores de los órganos de gestión de la Agencia.

“La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o

convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

Se regula la naturaleza jurídica, estructura y organización, funciones, plan de gestión y otros.

LEY ORGÁNICA 1/2006, de 10 de abril, REFORMA DEL ESTATUTO DE AUTONOMIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

El Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, promulgado por Ley Orgánica 5/1982, de primero de julio, fue fruto del consenso de las principales fuerzas políticas valencianas que quisieron recuperar el autogobierno de nuestro pueblo, haciendo uso del derecho a la autonomía que la Constitución Española reconoce a toda nacionalidad.

Este Estatuto ha garantizado, como norma institucional básica de la Comunitat Valenciana, la recuperación del autogobierno del pueblo valenciano y sus instituciones, ejerciendo las competencias asumidas dentro del marco constitucional, como corresponde a su condición de nacionalidad histórica.

En estos veintidós años el Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana ha demostrado de sobra su validez y efectividad. Hasta este momento, Les Corts han llevado a cabo dos reformas del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana.

Ahora lo que se pretende, mediante esta reforma, es hacer una renovación más profunda, que permita disponer de un Estatuto que, dentro del marco constitucional, esté equiparado al más alto nivel.

La realidad vigente es muy distinta a la del año 1982 cuando se aprobó el Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana. Por eso es necesario que se incorporen aquellas competencias, acompañadas de la financiación adecuada, que permita a nuestro autogobierno gozar de un techo competencial lo más alto posible, tanto añadiendo en el Estatuto todas aquellas competencias asumidas desde 1982 y que ahora no figuran como aquellas otras emergentes.

De forma exhaustiva se incorporan los derechos de las ciudadanas y de los ciudadanos valencianos, la promoción y defensa de éstos por los poderes públicos y la mención expresa de una serie de valores y derechos universales de las personas entre los que destacan los derechos sociales, derechos de los ciudadanos ante la administración de justicia y aquellos otros derechos emergentes a los cuales la sociedad valenciana ni renuncia ni quiere renunciar.

Son los referidos a las nuevas tecnologías, defensa de los consumidores y usuarios entre otros, incluso el derecho al asociacionismo.

LEY DE PRESUPUESTOS 2006, 15/2005 OTORGA A LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD PRESUPUESTO PROPIO.

LEY DE PRESUPUESTOS 2007, 11/2006 DE 27 DE DICIEMBRE, (SE APRUEBAN LAS RETRIBUCIONES PARA 2007, utilizadas en este trabajo)

DECRETO 66/2006, de 12 de mayo, SISTEMA DE CARRERA PROFESIONAL.

Para gestionar un sistema sanitario que tenga como objetivo básico la calidad en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes de la Comunitat Valenciana es fundamental la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales que prestan sus servicios en las Instituciones Sanitarias por ello esta mejora es uno de los objetivos prioritarios de la Conselleria de Sanitat.

El artículo 40 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, prevé el establecimiento de mecanismos de carrera profesional para el personal de sus Servicios de Salud, que supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

En los artículos 6 y 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias también se contempla este aspecto.

En el artículo 35 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, se reconoce el derecho a la carrera profesional de nuestros profesionales sanitarios.

En relación a todo lo anterior se desarrolla este Decreto par todo el personal que requiera titulación universitaria.

INSTRUCCIONES DE 16 abril y 18 mayo, DE RRHH DE LA CONSELLERIA DE SANITAT PARA HACER EFECTIVA LA LEY 3/2007.

Llevar a efecto en la Comunidad Valenciana lo regulado en la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres.

DECRETO 74/2007, de 18 de mayo, se aprueba el REGLAMENTO SOBRE ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD.

Es un objetivo prioritario de la Agència Valenciana de Salut la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y la coordinación de todas las entidades administrativas con responsabilidad en el campo de la salud.

Los centros para la prestación de servicios asistenciales, pertenecientes a la Agència Valenciana de Salut, podrán dotarse de un nuevo modelo organizativo que permita una mayor descentralización y autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos, mayores cotas de participación y corresponsabilidad por parte de sus profesionales y una mayor orientación hacia el paciente.

Se pretende un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita la coordinación ágil y rápida de todos los recursos utilizando las herramientas actuales de la gestión avanzando tanto en la descentralización de la gestión sanitaria como en la integración de los distintos niveles asistenciales.

En el ámbito de cada Departamento de Salud se tenderá a la máxima integración de las acciones de promoción y protección de la salud, de las de prevención y curación de la enfermedad y de rehabilitación, a través de la coordinación de los diferentes recursos existentes una adaptación de la oferta a las nuevas necesidades provocadas por un progresivo envejecimiento de la población y un cambio en el patrón epidemiológico.

Habla de las nuevas formas de gestión y de los nuevos modelos organizativos. Abarca temas de Salud Pública en la Comunitat Valenciana, Investigación, Docencia y otros.

La introducción en todas las organizaciones de la filosofía de la calidad conlleva la puesta en práctica de un conjunto de actividades dirigidas a que estas organizaciones participen en el proceso de mejora continua, en el presente Decreto se regulan distintas mejoras para aumentar la calidad asistencial.

DECRETO 85/2007, de 22 de junio, por el que se aprueba el SISTEMA DE DESARROLLO PROFESIONAL.

Como complemento y continuación al Decreto 66/2006, de 12 de mayo, de Carrera Profesional, se establece este otro Decreto 85/2007.

Artículo 1. Ámbito de aplicación

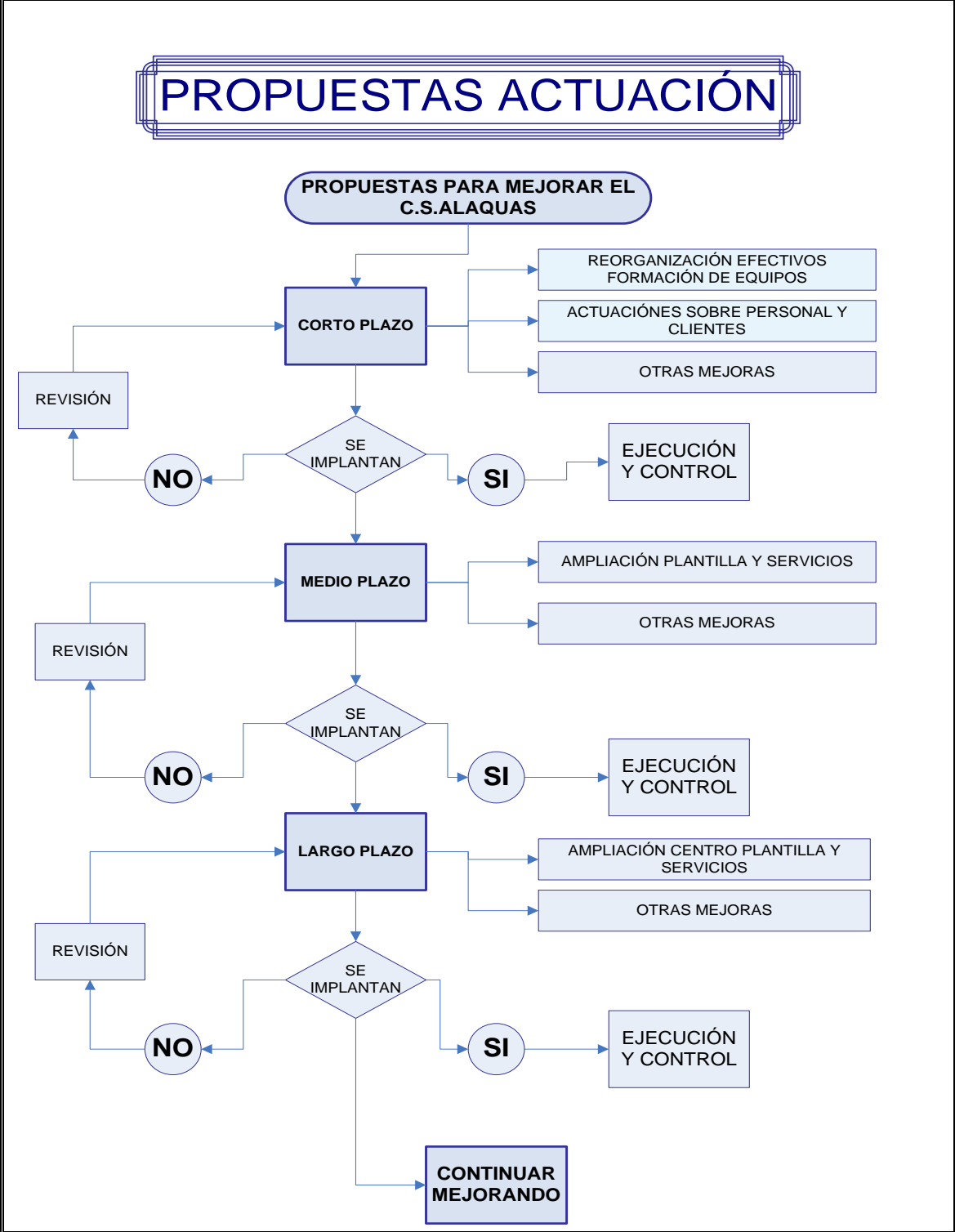
Se reconoce el derecho al desarrollo profesional del personal fijo de las categorías no sanitarias y de aquellas sanitarias que no requieren titulación universitaria, en los términos recogidos en los artículos 2.3 y 40 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, adscrito a la Conselleria de Sanitat o a alguno de sus Organismos Autónomos, y que ostente la consideración de personal sanitario, conforme a lo dispuesto en el Decreto 71/1989, de 15 de mayo, del Consell.

Artículo 2. Definición

1. Se entiende por desarrollo profesional la progresión de las personas integradas en las categorías no sanitarias y de aquellas sanitarias que no requieren titulación universitaria y que permite el reconocimiento público del trabajo realizado y el estímulo en el logro de los objetivos marcados, así como la promoción de la competencia profesional desde el punto de vista cualitativo que debe implicar la mejora continua de la calidad.

2. La progresión a un grado superior del desarrollo profesional requerirá un período mínimo de permanencia en el grado anterior, así como la evaluación favorable de los méritos que establezca la Conselleria de Sanitat. Tales grados se definen, una vez adquiridos, como consolidados e irreversibles.

7. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN



Fuente, elaboración propia.

GRÁFICO nº 16

Un Centro de Salud es un buen ejemplo de organización, donde hay un conjunto de personas, estructurado de una forma racional determinada y con el fin de alcanzar una serie de objetivos.

Las Propuestas consideradas son a corto, medio y largo plazo.

Corto Plazo: Se propone la reorganización efectivos y actuación en ciertas áreas.

Medio Plazo: Se realizaría una ampliación de plantilla y servicios, hasta más o menos los cuarenta mil habitantes en la población.

Largo Plazo: Sería necesario una ampliación del Centro (construyendo dependencias adosadas al Centro actual) plantilla y servicios

7.1- PROPUESTAS A CORTO PLAZO

Consideraremos corto plazo un año.

A corto plazo propongo reorganizar los efectivos de que se dispone en el Centro de Salud, para que la atención sea mejor y de más calidad y la gestión más eficaz.

En la actualidad la mayoría de **facultativos** pasan consulta por la mañana, como hemos podido observar anteriormente, lo que produce en el Centro de Salud masificación, grandes aglomeraciones y demoras.

Además la mayoría de los pacientes son activos con lo que a menudo reclaman incremento de servicios asistenciales durante la tarde.

Muchos padres y madres con niños y niñas pequeños en edad pediátrica deben pedir permiso en su trabajo o enviar al menor al Centro con familiares u otras personas, por lo que reclaman más **pediatras** por la tarde, (en la actualidad solo hay uno por la tarde, y los viernes ninguno).

A primera hora de la mañana hay extracciones para analíticas por lo que es necesario alguna **enfermera** y **auxiliar de enfermería** más que por la tarde.

Dado el número de usuarios atendidos diariamente en el Centro de Salud, pasan por admisión una media de 1500 personas y se atiende por teléfono una media de 500 llamadas, (Fuente de los datos del Centro de Salud de Alaquas),y aunque no hay norma oficial al respecto, habitualmente se viene considerando por RRHH en Sanidad la ratio de cuatro mil habitantes por auxiliar administrativo, como máximo, en los Centros de Atención Primaria, por lo que es imperativo a corto plazo un **auxiliar administrativo** más.

En la actualidad la **ATC** que empieza a las tres de la tarde, coincide en su horario de urgencias con el horario normal del Centro (de ocho de la mañana a nueve de la tarde) cuando hay personal para proporcionar cuidados a los pacientes que demanden atención urgente, duplicando los servicios cuando realmente no es necesario.

Por esto propongo repartir los actuales recursos en horario de mañana, tarde y noche de la siguiente forma:

Por la mañana (de ocho a tres):

- 8 médicos de familia.
- 2 pediatras.
- 8 enfermeras.
- 1 matronas.
- 1 fisioterapeuta.
- 2 auxiliares de enfermería.
- 4 auxiliares administrativos.
- 1 celador.

Por la tarde (de dos a nueve):

- 8 médicos de familia.
- 3 pediatras.
- 6 enfermeras.
- 1 matrona.
- 1 fisioterapeuta.
- 1 auxiliar de enfermería.
- 4 auxiliares administrativos.
- 1 celador.

Por la noche Atención Continuada, que es la atención urgente, (de ocho de la tarde a ocho de la mañana):

- 2 médicos.
- 1 enfermera.
- 1 celador.

Trabajando un equipo cada tres días, se cumplen las normas de horas y descanso del Decreto 137/2003, en vez de cada cuatro días como se hace ahora.

Todo el personal se repartiría:

Durante la semana, la mitad del personal trabajaría lunes, martes, miércoles, de mañanas jueves y viernes de tardes, y la otra mitad, lunes, martes, miércoles de tardes y jueves y viernes de mañanas.

El Decreto 137/2003, de 13 de julio, por el que se regula la jornada, horarios de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal, dice que no existen turnos fijos de mañana o tarde y el reparto de las tareas debe ser equitativo entre el personal, de esta forma todos ruedan, salvo cambios internos con los compañeros.

Los **médicos de familia** tendrían atención por la mañana unos días y por la tarde otros para un mejor servicio al paciente.

Los **pediatras** lunes, martes y miércoles habría dos por la mañana y tres por la tarde, jueves y viernes tres por la mañana y dos por la tarde.

Los **auxiliares administrativos/as** y **celadores/as**, unos tres días por la mañana y dos por la tarde, y otros al contrario.

Las **enfermeras** irían por la mañana o tarde junto a los médicos a que están asignadas, y las dos de más de las mañanas rodarían semanal o mensualmente.

La **auxiliar de enfermería** de más por las mañanas rodaría semanal o mensualmente.

Los sábados turnos de guardia establecidos como hasta ahora con dos facultativos, dos enfermeras y dos auxiliares, hasta que se apruebe la jornada de treinta y cinco horas semanales y ya no serán necesarios.

La **Atención Continuada** del servicio de urgencias sería de doce horas, todos los días de ocho de la tarde a ocho de la mañana, entre semana y veinticuatro horas los domingos y festivos, los sábados diecisiete horas de momento, de tres de la tarde a ocho del día siguiente.

La planilla semanal quedaría de la siguiente forma:

TABLA nº 14

PLANILLA SEMANAL DE TURNOS DEL PERSONAL

OCUPACIÓN		LUNES	MARTES	MIERCO	JUEVES	VIER	SABADO	DOM
MEDICINA FAM.	M	8	8	8	8	8	2	2
	T	8	8	8	8	8	2	2
	N	2	2	2	2	2	2	2
PEDIATRÍA	M	2	2	2	3	3	1	-
	T	3	3	3	2	2	-	-
ENFERMERÍA	M	8	8	8	8	8	2	1
	T	6	6	6	6	6	1	1
	N	1	1	1	1	1	1	1
AUX. ENFERMER.	M	2	2	2	2	2	-	-
	T	1	1	1	1	1	-	-
AUX. ADMINIS.	M	4	4	4	4	4	1	-
	T	4	4	4	4	4	-	-
CELADOR	M	1	1	1	1	1	1	1
	T	1	1	1	1	1	1	1
	N	1	1	1	1	1	1	1
FISIO.	M	1	1	1	1	1	-	-
	T	1	1	1	1	1	-	-
MATRONA	M	1	1	1	1	1	-	-
	T	1	1	1	1	1	-	-

Fuente, elaboración propia.

Propuestas para mejorar

Para los **pacientes** realizar:

- programas de educación de la salud, como alimentación y vida saludable, así como enseñar el uso adecuado de los servicios de salud,
- programas sanitarios además de los que ya existen de diabéticos e hipertensión en el adulto o vacunas en el niño, como específicos para la tercera edad o el adolescente.

Este tipo de programas son importantísimos ya que de esta forma se educa a las personas, posibles consumidores de los servicios sanitarios, realizando más

prevención y enseñando el adecuado uso de los servicios sanitarios, y disminuiría el uso excesivo cuando no es necesario.

La implantación de estos programas eliminaría, en parte, las aglomeraciones de pacientes y la demora.

Los programas de educación se pueden llevar a cabo mediante charlas a los usuarios, talleres en colegios, centros de mayores etc. y por folletos informativos.

Para el **personal** realizar:

- equipos de trabajo,
- equipo de calidad,(en aplicación del modelo EFQM de Excelencia y Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud)
- equipos de programas de educación de la salud y sanitarios.
- equipo medio ambiente

Para optimizar el trabajo y mejorar la actitud personal, charlas, talleres y cursos de desarrollo personal y de mejora laboral a la plantilla, como:

- Atención al público,
- Habilidades sociales.
- Motivación.
- Desarrollo personal (afrentar el estrés, autoestima, inteligencia emocional...)
- Normativa.
- Nuevas tecnologías.
- Respeto al medio ambiente

Este tipo de actividades de atención al público y habilidades sociales son necesarias para el reciclaje del personal que trabaja en contacto con el público, ya que con el paso del tiempo se olvidan las normas del trato entre los trabajadores/as y con los pacientes, recordemos la ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, Información y Documentación Clínica, desarrollada en la Comunidad Valenciana por la Ley 1/2003, de 28 de enero de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente.

El personal de las AAPP está sujeto en su actuación a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico Administración Pública y Procedimiento Administrativo Común, y pocos la conocen, ocurre lo mismo con la Ley

Orgánica 15/1999, de Protección de Datos, hay una normativa básica que es imprescindible conocer, recordar y aplicar.

Con el uso de las nuevas tecnologías aparecen nuevos programas y aparatos que es necesario aprender a utilizar, o recordar la correcta utilización de otros que ya se usan.

Es primordial la educación en el respeto al medio ambiente, en el lugar de trabajo también se pueden hacer cosas en este sentido, separación del plástico, papel para reciclar, dejar los ordenadores apagados por la noche, regular la calefacción etc.

Los cursos de desarrollo personal son importantes para el progreso individual de los trabajadores, en la actualidad cobra gran importancia la práctica y desarrollo de la inteligencia emocional del personal en toda organización que pretenda mayor eficacia y calidad (Goleman, D. 2003, pag. 136 y sig.)

Por último la motivación es la piedra angular en toda organización que se precie, es importantísimo que los trabajadores estén motivados, se pueden poner en práctica algunas técnicas de motivación como por ejemplo:

- cambios en el ambiente de trabajo;
- a través del rediseño de los Puestos mediante rotación (cambio de puesto);
- expansión horizontal (varias tareas),
- enriquecimiento (mayor control y participación en la planificación y ejecución);
- administración por objetivos;
- modificación de la conducta;
- reconocimiento del empleado;
- participación del empleado como en los círculos de calidad; etc. (Robbins, E. 2004 cap.6,7).

Para mejorar la labor de la Coordinación del Centro de Salud, el coordinador debería hacer los cursos de habilidades sociales y de gestión necesarios, (realmente se deberían utilizar gestores profesionales) y ver las ventajas de la dirección participativa y el trabajo en equipo, (Robbins, E. 2004 cap.11)

Las Reuniones de Equipo son importantes para poner ideas en común, hablar de los problemas y plantear soluciones, aprovechando las ganas de trabajar y buenas ideas de las personas, esto junto con la formación de equipos de trabajo ayudaría a la motivación.

Es muy necesario tener estas reuniones por lo menos una vez al mes, para mantener el contacto y reforzar la idea de equipo (ahora los facultativos que quieren se reúnen una vez a la semana y el resto del personal una vez al año, lo que es claramente insuficiente).

Es primordial la realización de protocolos de actuación para las tareas sanitarias y no sanitarias de todos los estamentos (para las sanitarias si que hay bastantes realizados, pero para las no sanitarias ahora solo hay un protocolo para la recepción de las llamadas telefónicas).

Además la elaboración de listados de tareas por estamentos, consensuadas por el Equipo, ya que todos forman parte del mismo, y hay que involucrar a todos, hacerles sentir que forman parte del Equipo es una forma de conseguir que el personal participe y se entregue más en el trabajo (no existen en la actualidad, ahora estás tareas son fruto de decisiones improvisadas por la coordinación).

Promover la formación de un equipo de trabajo que revise y controle el tema de prevención de riesgos laborales, este es un aspecto que desgraciadamente no se toma con demasiado interés en las AAPP, cuando es de vital importancia para el buen funcionamiento en todo tipo de trabajos, recordemos que la Administración está sujeta a la Ley 318/1985, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, modificada en el año 2000.

Para el **Centro**:

Analizar la distribución de los servicios y localizarlos de forma más eficiente, agrupar consultas de medicina familiar, pediatría, urgencias....
Colocar carteles informativos, visibles, y actualizarlos cuando corresponda.

7.2- PROPUESTAS A MEDIO PLAZO

La normativa vigente habla de **ratios** de población atendida por medicina familiar y pediatras, en el caso de facultativos $\pm 20\%$ de 1500 y en pediatras $\pm 20\%$ de 900. (Fuente, Resolución de 21 de febrero de 2005, de la Conselleria de Economía y Hacienda, DOJV 10 de marzo de 2005.)

Con el resto del personal no hay normativa aplicable a ratios. La práctica de los años que viene funcionando la Atención Primaria en nuestro país ha demostrado que en el caso de Enfermeras la cifra ideal es una por médico. Con respecto a los auxiliares administrativos como máximo unos cuatro mil habitantes por auxiliar, aunque con la cantidad de trabajo administrativo y que va en aumento, lo ideal sería menos de tres mil. Con el resto del personal depende de los centros. (Fuente datos Servicio RRHH dirección Departamento de Salud 9).

TABLA nº 15

RATIOS DE ASIGNACIÓN PACIENTES/PROFESIONALES

MED. FAMILIAR	PEDIATRÍA	ENFERMERÍA	AUX. ADMVO.
$\pm 20\%$ 1500	$\pm 20\%$ 900	$\pm 20\%$ 1500	± 3000

Elaboración propia. Fuente Resolución c. Hacienda y Servicio RRHH Dep. Salud 9.

En el Centro de Salud de Alaquas se cumplen estas ratios en **medicina familiar y pediatría**, y será necesario ir ampliando poco a poco según crezca la población, unos cuatro médicos de familia y dos pediatras, hasta llegar a los cuarenta mil habitantes en la población, atendidos en el Centro de Salud.

Recordemos que hay siete consultas en la zona de pediatría y veinte en medicina general, por ello se puede ir adaptando los servicios a este aumento de la población a medio plazo sin necesidad de grandes reformas en todo caso algún leve acondicionamiento.

Las **enfermeras**, aunque de momento para las tareas que realizan son suficientes, a medio plazo sería necesario ampliar su número, incluso antes, si empiezan a llevar programas de educación para la salud y otros programas sanitarios a demás de los habituales de hipertensión y diabetes, hasta llegar al ideal de una por médico. Y después ir aumentando su número conforme al crecimiento de la población.

Sería necesario dotar al Centro de Salud con un **administrativo** a medio plazo pero lo antes posible, dada la gran cantidad de trabajo administrativo que hay en el mismo y que aumenta de forma imparable.

En la actualidad este trabajo lo realizan los auxiliares administrativos y el referente administrativo, quitando tiempo para las tareas que realmente deben desempeñar.

El **resto del personal** se iría aumentando conforme a las necesidades del Centro de Salud según vaya aumentando la población.

En cuanto a los servicios sería necesario dotar al Centro de los servicios de **Odontopediatría** y **Salud sexual y reproductiva** a tiempo completo, no compartido con otras poblaciones.

Los Centros de Salud disponen habitualmente de un **trabajador social**, este no es el caso de Alaquas, lo que supone una carencia importante que debería ser subsanada. (En la actualidad esta labor la realiza el trabajador social del Ayuntamiento, con la consiguiente carga extra de trabajo para él y las incomodidades para los pacientes que no disponen en el Centro de Salud de este Servicio)

Continuando con las propuestas para mejorar que se empezaron a corto plazo y aumentando las actuaciones.

7.3- PROPUESTAS A LARGO PLAZO

A largo plazo será necesaria la ampliación del Centro de Salud con nuevas dependencias que pueden ser adosadas al mismo.

Ya que los terrenos inmediatos al Centro, son del Ayuntamiento del pueblo solo sería necesaria la cesión de los mismos y la construcción por parte de la Consellería.

El personal se ampliará paulatinamente conforme a las necesidades que se produzcan según se prevea el aumento de la población. (Al construir hay que dotar las nuevas dependencias y servicios, no es como en los puntos anteriores en los que ya hay personal pero que llega un momento que resulta insuficiente).

Con esto se podría seguir atendiendo a la población de forma eficaz, ampliando instalaciones, servicios y personal, hasta cincuenta mil habitantes o más, antes de pensar en la construcción de otro nuevo Centro de Salud.

Continuando con las propuestas para mejorar que se empezaron a corto plazo y aumentando las actuaciones.

7.4- RECOMENDACIONES GENERALES

Cada cierto tiempo se debería revisar la población en relación al personal existente para su atención, prever los aumentos de habitantes y dotar del personal necesario.

Realizar un Análisis periódico de los servicios ofrecidos y aumento de los mismos, si es necesario.

Los equipos de trabajo que se formen harán propuestas para mejorar, las que se decida implantar necesitan un seguimiento y control posterior.

Muy importante tras la ejecución de cualquier actuación, implantación de servicio, aumento de recursos... hacer un seguimiento y control posterior, yo propongo un control de 360º mediante encuestas a los usuarios/clientes, reuniones con el personal y entrevistas con la Dirección.

Tratar al Centro de Salud como una organización, tratar de que las personas que trabajan en él sientan que forman parte de un equipo, dotarlo de una **misión** y una **visión**.

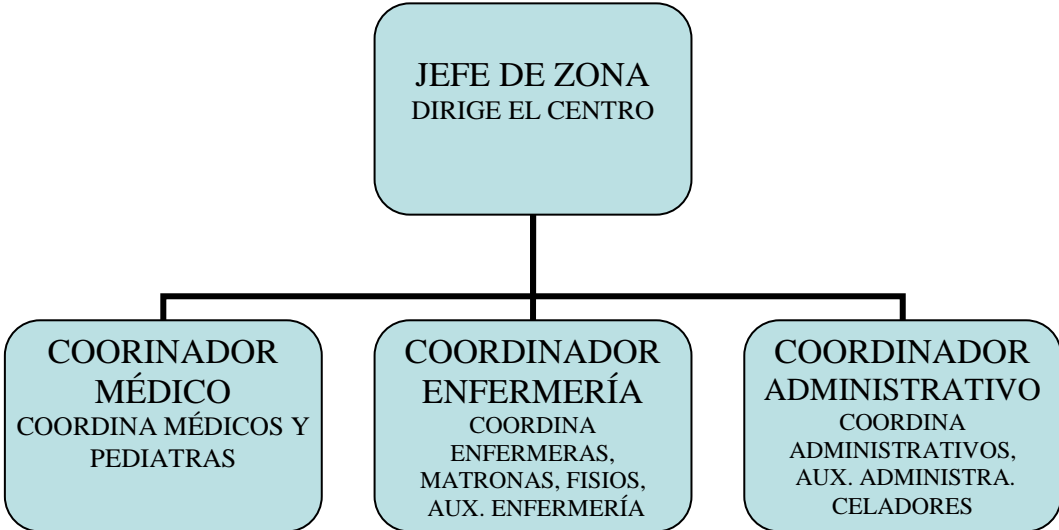
Recomiendo hacer un estudio similar a este en cada Centro de Salud.

El coordinador del Centro de Salud debe ser una figura objetiva, que no este comprometida con ningún estamento. Su finalidad es la dirección del centro, debe ser un buen gestor del Centro de Salud, desde la Consellería de Sanitat se habla de un Jefe de Zona, es por lo que recomiendo la figura de los Gestores Profesionales.

En estos momentos se esta trabajando para dar forma jurídica a la figura del referente administrativo como un coordinador administrativo.

Por todo esto yo propongo el siguiente organigrama del Centro de Salud, que aportaría mayor eficiencia a la gestión:

NUEVO ORGANIGRAMA PROPUESTO DEL CENTRO DE SALUD



Organigrama nº 2 elaboración propia.

De esta forma hay un director profesional (debe estar cualificado para la gestión y conocer el funcionamiento del centro y las tareas de todos los trabajadores) que gestiona el centro, y que está por encima de todos.

Por debajo del Jefe de Zona y en un mismo nivel, un coordinador médico, un coordinador de enfermería y un coordinador administrativo, elegidos de acuerdo con el Decreto 74/2007 por la Dirección del Departamento, según el Capítulo VII del Decreto 7/2003 . Y para ser Coordinadores deberían tener capacitación en gestión, o hacer cursos formativos).

8. CONCLUSIONES

La propuesta de intervención sobre la organización de los recursos humanos en el Centro de Salud de Alaquas que aquí se recoge, parte de entender el servicio sanitario en la Comunidad Valenciana a través de un modelo mixto que asume las dos perspectivas principales que recoge la Teoría de la Demanda: el modelo tradicional y el modelo principal-agente.

Bajo esta sustentación epistemológica, junto con los deberes y derechos que se contemplan desde la Constitución Española y la legislación en Sanidad de la Comunidad Valenciana, se analiza el recurso humano presente en el Centro de Salud objeto del proyecto, junto a la población adscrita al mismo, con el fin de conseguir la optimización de los recursos en pro de mejorar la atención al paciente y su satisfacción.

TABLA nº 16

CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES
1- La población igualada entre sexos
2- El 75% población es activa
3- Ratios de profesionales suficientes
4- Análisis DAFO muestra importantes debilidades y fortalezas
5-1- Reorganización plantilla
5-2- Educación para la salud
5-3- Cursos desarrollo laboral y mejora personal
6- Conseguidos los objetivos propuestos
7- Fases de las propuestas y eficiencia
8- Propuestas realistas
9- Bajo coste de las mejoras
10- Actual sociedad del conocimiento y capital humano

Fuente, elaboración propia.

Así pues concluimos este trabajo con los siguientes puntos fundamentales:

- 1- La **RATIO** de **SEXO** de la población adscrita al Centro de Salud de Alaquas, con casi treinta y dos mil habitantes, se encuentra muy igualada, dividida casi al 50% entre ambos sexos.

- 2- La mayoría de la población se encuentra en situación de ACTIVO, con cerca del 75%.
- 3- Los profesionales que atienden a la población, en general, son suficientes en la actualidad, según los ratios proporcionados por la Conselleria de Sanitat y la práctica habitual en RRHH. Siendo necesario un aumento paulatino según vaya aumentando la población.
- 4- El Análisis DAFO realizado pone de manifiesto un Centro con importantes debilidades, como la falta del sentimiento de equipo, el individualismo, el corporativismo o las graves deficiencias en la coordinación, pero posee además grandes fortalezas, las personas que trabajan aquí están altamente cualificadas, tienen buenas ideas y serían fácilmente motivadas.
- 5- los aspectos fundamentales de las propuestas de mejora del Centro de Salud son tres:
 - o La reorganización de la plantilla, mejora la eficacia del Centro de Salud y se atiende mejor al paciente.
 - o La educación para la salud de los pacientes, ya que hay un gran uso, si no abuso, por desconocimiento en general de los servicios sanitarios, lo que genera demoras, masificación y que el paciente no se sienta bien atendido.
 - o Cursos de desarrollo personal y de mejora laboral para la plantilla, las personas necesitan sentirse motivadas, que forman parte de una organización en la que creen, para que la atención al paciente sea de la más calidad posible.
- 6- Con las propuestas se alcanzarán los objetivos previstos:
 - o Conseguir una mejor atención al paciente a través de la reorganización de los recursos humanos del Centro de Salud, al repartir de forma más eficiente las tareas se evita la masificación y las aglomeraciones, más satisfacción del paciente-cliente y mayor eficiencia en la gestión.
 - o Mayor satisfacción del usuario, al aplicar las propuestas mencionadas: reorganización de la plantilla, cursos formativos etc. el usuario se siente mejor atendido, y mediante la educación para la salud conoce mejor los servicios y su adecuada utilización.
 - o Más eficiencia en la gestión, ya que se rentabilizan mejor los servicios y el trabajo, y no se duplican servicios etc.

- Desmasificación del Centro, con la reorganización de la plantilla y la educación para la salud.
 - Motivación de los trabajadores, con la formación de equipos, racionalización de las tareas, reuniones del Equipo, participación en la toma de decisiones, cursos...
 - Optimización:
 - de los recursos al tener un reparto racional de los mismos
 - de los servicios al no duplicarse estos, y normalizar su utilización.
- 7- Al dividir en tres fases la realización de las propuestas, su implantación resulta más eficiente y facilita el control.
- 8- Por todo lo anterior las propuestas son realistas y totalmente factibles en relación con el día a día que se vive en el Centro estudiado.
- 9- Son mejoras fáciles de aplicar y con mínimo coste
- 10-En la actual sociedad del conocimiento, el mayor capital de las organizaciones son las personas, y este Centro tiene personal cualificado, con buenas ideas, y muchas ganas de trabajar, solo hace falta motivarlos para que cada uno aporte lo mejor de si mismo.

Dice María Zambrano “*antes de realizar las cosas, primero, las soñamos*”
(discurso Premio Cervantes 1988)

9. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, J., HERCE, J.A. (1999): "El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas". En XIX Jornadas de Economía de la Salud. Necesidad sanitaria, Demanda y utilización. Zaragoza, Boletín nº35 Junio 1999. Ed. *Asociación Economía de la Salud*.

BALLAR, X. y RAMIO, C. (2000) *Ciencia de la Administración*, Valencia: Editorial Tiran lo Blanch-Ciencia Política.

CLAVERO BARRANQUERO, A. y GONZÁLEZ ÁLVAREZ, M^a L. "La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente", Departamento de Economía Aplicada (Estadística y Econometría) Universidad de Málaga. Disponible en:

http://www.ine.es/revistas/estaespa/158_2.pdf , (2007)

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, Disponible en:

<http://www.gva.es/cidaj/cas/c-normas/constitucion.pdf>, (2007)

DIEZ DE CASTRO, J. REDONDO LOPEZ, C. (1996) *Administración de empresas*, Madrid: Editorial Pirámide.

ESTATUTO DE AUTONOMIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, Disponible en:

<http://www.cidaj.gva.es/c-normas/5-1982.htm> , (2007)

FOURGOUS, J. y LAMBERT, H. (1993) *Evaluar a las personas (Inteligencia, Personalidad, Eficacia, Clima Social y Motivación)*, Madrid: Editorial Deusto.

GARCIA, M. IBAÑEZ, J. y ALVIRA, F. (2000) *El análisis de la realidad social, métodos y técnicas de investigación*, Madrid: Editorial Alianza Editorial.

GENE, J. y CONTEL, J. (2001) *Gestión en Atención Primaria*, Madrid: Editorial Masson

GIDDENS, A. (2000) *Sociología*, Madrid: Editorial Alianza Editorial.

GOLEMAN, D. (2003) *La Inteligencia Emocional*, Barcelona: Editorial Kairos-Ensayo.

GOLEMAN, D. (2003) *La práctica de la Inteligencia Emocional*, Barcelona: Editorial Kairos-Ensayo.

INSALUD. (1997) *Plan Estratégico del INSALUD*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

LEGISLACIÓN en GENERAL, Disponible en:

<http://www.docv.gva.es/portal/>

<http://www.boe.es/g/es/>

LEY GENERAL DE SANIDAD, Disponible en:

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html, (2007)

Ley 7/2007, del ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO, Disponible en:

http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2007/07788, (2007)

LÓPEZ, G. (2000): "*La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómica, territorial y funcional*". En AES (2000). *Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*. XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, Mayo 2000. boletín nº 38 Ed. Asociación Economía de la Salud.

LUNDIN, S.C. PAUL, H. y CHRISTESEN, J. (2001) *Fish*, Barcelona. Editorial Urano-Empresa activa.

MARAVI MUSTTO, G. (2006) "Los recursos humanos en la Administración Pública" wikilearning.com, Recursos Humanos. Disponible en:

http://www.wikilearning.com/articulo/los_recursos_humanos_en_la_administracion_publica-la_gestion_de_los_rrhh_en_la_administracion_publica/15905-1 (2007)

MARTIN ZURRO, A. y CANO PÉREZ, J. (2003) *Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica*, Madrid. Editorial Elsevier Science

Métrica versión-3, Disponible en:

<http://www.csi.map.es/csi/metrica3/>, (2007)

MINTZBERG, H. (1998) *El Proceso Estratégico*, Madrid. Editorial Prentice-Hall.

MINTZBERG, H. (1998) *La estructura de las organizaciones*, Barcelona. Editorial Ariel-Economía

Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre "*Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España*", en el marco de conmemoración del XXV aniversario de

Alma-Ata. *La Atención Primaria como eje conductor del Sistema Nacional de Salud*.

Biblioteca Las casas, 2006; 2. Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0083.pdf>, (2007)

PEIRO, J. M. (1986) *Psicología de la Organización*, Madrid. Editorial UNED.

PONTI, F. y otros autores. (2005) *Tanto creces tanto vales*. Barcelona. Editorial Granica.

PRIETO, C. (1999) *Las relaciones de empleo en España* Madrid. Editorial SIGLO XXI

PUIG-JUNOY, J. (2007) "La eficiencia en Atención Primaria de Salud", Revista Española de Salud Pública, nº 74 Septiembre 2000, Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000500005 ,(2007)

RAMIO, C. (2000) *Teoría de la Organización y Administración Pública* Barcelona. Editorial Tecnos

ROBBINS, E. (5ª ED. 1998 y 10ª ED. 2004). *Comportamiento Organizacional* Madrid. Editorial Pearsons Educación.

RODRIGUEZ FERNANDEZ, A. (1996) *Los recursos humanos en las Administraciones Públicas*. Madrid. Editorial Tecnos

SAINZ MORENO, F. (2004). *Estudios para la reforma de la Administración Pública* Madrid, Ed. Instituto Nacional de Administración Pública.

SOSA ESPINOSA, A. (2006) *Teoría social, teoría de las organizaciones*, Apuntes de Sociología.

10. PLANOS ANEXOS

PLANOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS

Propuesta de Organización de un Centro de Salud de Atención Primaria

Propuesta de Organización de un Centro de Salud de Atención Primaria

Propuesta de Organización de un Centro de Salud de Atención Primaria