

# A degradación da Atención Primaria en Galicia e a "estrategia SERGAS 2014"

Jaime Gonzalez Rey<sup>1</sup>, Manuel Devesa Muñiz<sup>2</sup>, Sergio Cinza Sanjurjo<sup>3</sup>, Manuel Martín García<sup>4</sup>, Manuel González Moreira<sup>5</sup>, Lola González Lorenzo<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Presidente de AGAMFEC

<sup>2</sup> Presidente de SEMG-Galicia

<sup>3</sup> Presidente de SEMERGEN-Galicia

<sup>4</sup> Secretario General de FADSP

<sup>5</sup> Executiva CIG-saúde

<sup>6</sup> Executiva CCOO-sanidade

Cad Aten Primaria  
Ano 2011  
Volume 18  
Páx. 38-41

## RESUMO

Neste artigo inténtase analizar a situación actual da Atención Primaria (A.P.) na Comunidade Galega, e a oportunidade que se está a perder para transformala no verdadeiro condutor do autobús do cidadá polo sistema sanitario.

Nun contexto de crise, a A.P. debería de ser a principal alternativa para resolver os problemas de recursos, sen diminuír a calidade nin a efectividade do sistema sanitario.

A Estratexia AP XXI e o Plan de Mellora de A.P., baseado na mesma, están en plena vixencia e deberían ser relanzados para solucionar os actuais problemas sanitarios.

## PALABRAS CLAVE

Atención Primaria. Oportunidade. Plan de Mellora. Estratexia AP 21. Orzamentos.

## INTRODUCCIÓN

Recentemente a Xerente do Servizo Galego de Saúde presentou un documento ao que denominan "Estrategia 2014", ao parecer "centrada en la protección y la modernización del sistema sanitario público mediante la austeridad y la gestión eficiente de los recursos". Tamén refería a Sra Xerente que para a súa elaboración a administración sanitaria galega baseouse no doente como centro do sistema, o recoñecemento e a potenciación do valor dos profesionais, o papel da innovación e da nova ciencia, e o compromiso co desenvolvemento económico e social. Entre os sete eixes da Estratexia destaca que o sector sanitario actúe como motor do crecemento económico, social e de innovación. Cita que outro dos eixes é establecer un novo marco de xestión de recursos humanos, sendo os seus pilares a estabilidade laboral, o desenvolvemento e desenrolo profesional; e tamén desenvolver sistemas de información que faciliten a práctica clínica e a receita electrónica en todos os centros sanitarios.

Aos profesionais de Atención Primaria (AP) chámamos poderosamente a atención que as manifestacións da Sra Xerente non se vexan acompañadas de feitos que demostren cal vai ser o futuro da A.P.

Na anterior etapa do goberno bipartito sabíase que o futuro da asistencia sanitaria na nosa Comunidade estaba baseada na AP, pois o Presidente do Goberno asinou o Plan de Mellora de AP, onde se deixaba ben claro que a A.P. era o eixe do sistema.

Na actualidade non parece ser así. E manifestamos isto, baseándonos en feitos claramente demostrados:

## I. ORZAMENTOS

Nos orzamentos sanitarios para o 2011 o gasto sanitario reduciuse en 167 millóns no SERGAS e case 200 millóns no conxunto da Consellería de Sanidade. Ademais, a redución do gasto afecta máis á A.P. Entre os anos 2008 e 2011, mentras a redución en Atención Hospitalaria foi do 2,03%, a da A.P. foi do 21,74%, o que supón un incremento no diferencial de gasto de A.P. e Hospitalaria que medrou en 4,3 puntos pasando de 78,6% en 2008 ao 82,9% (Figura 1).

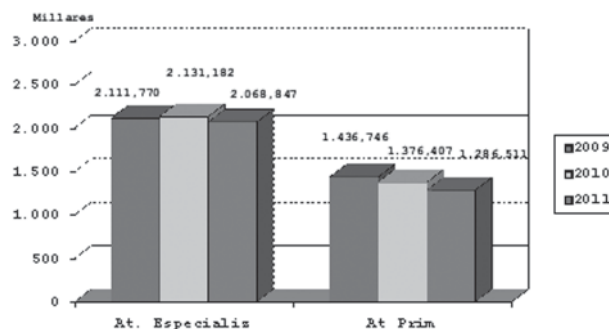
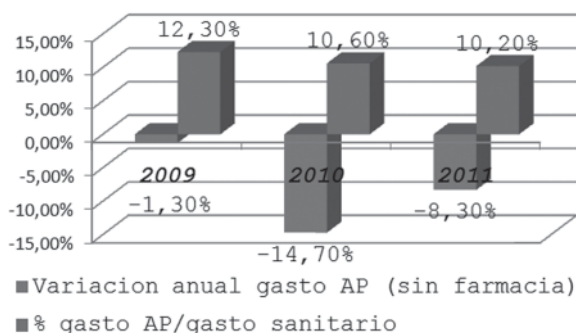
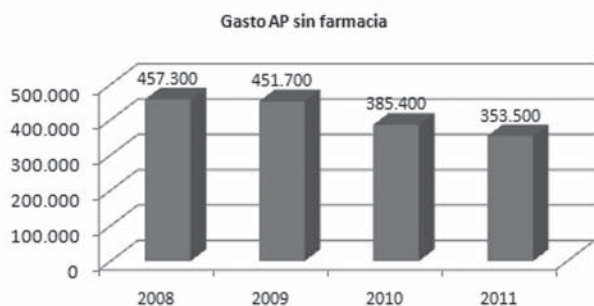


FIGURA 1

Orzamentos 2009-2011. Servizo Galego de Saúde



**FIGURA 2**  
Diminución do gasto sanitario en A.P. de Galicia anos 2009-2011



**FIGURA 3**  
Diminución do gasto en A.P. en Galicia

A participación da A.P. no orzamento sanitario global redúcese notablemente, pasando do 12,3% en 2008 ao 10,2% en 2011 (Figuras 2 e 3). Todo isto nun contexto no que as propostas da Estrategia AP XXI consensadas polo Foro de A.P., co Ministerio de Sanidade e no Consello Interterritorial fixou a porcentaxe mínima necesaria para AP nun 25% (a A.P. atende máis do 90% da demanda asistencial).

## II. RECURSOS HUMANOS

A paralización do Plan de Mellora de A.P. supuxo, entre outras cousas, a diminución no incremento de recursos humanos en A.P.. Perdéronse un total de 915 prazas de todas as categorías, das cales 193 eran de médicos (figura 4). Aínda que, debido á diminución da demanda como consecuencia da implantación da receita electrónica, poidera ser necesario renegociar os criterios de creación de prazas de medicina de familia, non vemos lóxica a supresión total de prazas e aínda se entende menos o do resto de categorías. ¿É así como se pretende que "o sector sanitario actúe como "motor del crecimiento económico, social y de innovación"?

## III. INFRAESTRUTURAS

Nas infraestruturas sanitarias pasa algo parecido, as inversións perdidas pola parálisis do Plan de Mellora en equipamento de Centros de AP ascenden a 6.185.333 euros, o que supón o 60% do previsto

	Total
Méd.de familia	193
Enfermería	385
PSX	39
Pediatras	40
Matronas	23
Fisioterapeutas	79
Odontólogos	18
Hixienistas	43
Traball.sociais	50
Auxil.clinica	62
<b>Total</b>	<b>915</b>

**FIGURA 4**  
Pérdida de prazas en A.P. a raíz da interrupción do Plan de Mellora

no Plan. Os novos Centros de Saúde redúcense de 66 a 21, o que supón 45 menos dos previstos (68,2%). Ademais, a súa financiación modifícase ao recorrer ao Financiamento Privada (modelo PFI), saíndo máis caros por estar gravados cun IVA do 18% e porque as concesionarias privadas (que os financian e constrúen) repártense uns beneficios do 20-30%. Esta maneira de construír os novos centros de saúde, incluíndo a posibilidade de que nos mesmos se ubiquen actividades comerciais, aumentará de maneira importante os seus custos finais (5-6 veces máis que pola vía pública, e que se deberán pagar con cargo ao gasto corrente). Todo isto suporá recortes de personal, deterioro das actividades dos centros e políticas de aforro para facer fronte aos elevados custos.

## IV. PROBAS COMPLEMENTARIAS

En AP son frecuentes as consultas por problemas menores, con elevada tendencia á resolución espontánea, aínda que tamén pode ser a forma de inicio ou a primeira manifestación dunha enfermidade grave. A capacidade de valorar adecuadamente ao doente, sen pasarse por exceso nin defecto na utilización de probas diagnósticas é importante, e é un dos aspectos diferenciais entre a AP e a hospitalaria. Na poboación xeral a prevalencia de enfermidade é moito menor que na poboación hospitalaria, e polo tanto a rendibilidade e fiabilidade das probas diagnósticas e a súa intensidade de uso, tamén.

Neste contexto, outro dos grandes problemas asociados á paralización do Plan de Mellora son as limitacións para o **acceso á solicitude de probas complementarias desde a AP**. A nova administración paralizou a posta en marcha da Lista B de probas diagnósticas accesibles desde AP (instrución 17/2007), que estaban baseadas en protocolos comúns á AP e AE, e foran elaboradas por Grupos de Traballo coa participación de profesionais de ambos niveis: Dispepsia, Test do alento, ERGE/endoscopia dixestiva alta, rectorraxia/colonoscopia, ENG/Síndrome do canle carpiano, Densitometría,

ecocardiografía e, o acceso as probas diagnósticas de imaxe (TAC, RMN, etc.) segundo protocolo da UE (con participación de profesionais galegos).

Na actualidade a **inequidade** impera nas áreas sanitarias galegas, dado que existen usuarios que se poden beneficiar da solicitude dalgunhas destas probas por parte do seu médico de familia, mentras na maioría das áreas non existe esta posibilidade, precisando á derivación ao nivel secundario para solicitar a proba (aumento de listas de espera, do gasto e do tempo de diagnóstico). A solicitude de probas complementarias debe de marcala a sospeita diagnóstica, a patoloxía, non o tipo de profesional. ¿Porqué un traumatólogo, reumatólogo, neurólogo..., poden pedir, por exemplo, unha RMN ou unha densitometría ... etc, e un médico especialista en medicina de familia non o pode facer?. Curiosamente os nosos residentes poden facer peticións durante a súa formación, e cando teñen o título non o poden facer. Tamén chama a atención que probas que son de screening coma densitometría, a mamografía e mesmo, as veces, a colonoscopia, non poidan ser solicitadas dende a AP cando é o ámbito natural e lóxico da prevención primaria, trasladándose ésta o contexto hospitalario nunha mostra de ineficiencia absoluta do sistema.

Todo isto nun contexto no que xa está creada a nova estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde, que se pretende poñer en marcha inmediatamente nas áreas de A Coruña e de Santiago. ¿Cómo se lle pode explicar a un usuario de Santiago que o seu médico de familia non pode solicitar para a mesma patoloxía unha determinada proba e se fose en A Coruña sí podería facelo?. Na actualidade os compañeiros da área de A Coruña poden solicitar, segundo protocolos similares aos propostos no Plan de Mellora, endoscopias dixestiva alta, colonoscopia, test do alento, RMN en determinadas patoloxías, ... ¿Porqué no resto das áreas non se pode?. Isto chámase inequidade.

A realización de probas e exploracións complementarias ten que estar racionalizada, baseada na evidencia científica (MBE), dirixida pola patoloxía do doente, solicitada polo profesional que a precise en cada momento, (indiferentemente sea de AP ou AE), coa mesma lista de espera orientada por prioridades similares para ambos niveis, evitando duplicidades e, se fose a caso, establecendo o cronograma de realización (MBE).

## V. IANUS AP

A historia clínica de AP (IANUS AP) estaba chamada a ser unha ferramenta básica para a A.P. E decimos que “estaba” porque na actualidade o que temos é unha ferramenta lenta e de moi pouca operatividade. Ademais, cóstanos que continuamente e dende moitos centros e por diferentes profesionais da Comunidade se están a enviar continuamente suxestións para a súa mellora. Parece ser que as propostas de mellora dos profesionais soamente valen para facer número e ser arquivadas.

No único que parece “avanzar” o IANUS AP é nos aspectos relacionados coa receita electrónica, e incluso neste ámbito con manifestas inequidades na Comunidade, entre áreas e incluso no mesmo centro (asombroso). ¿Onde están os aplicativos imprescindibles para o seguimento e control dos doentes: neno san, odontograma, enfermaría, PAPPs, crónicos ... etc? Os centros que dispoñían do sistema OMI AP deben de estar “tirándose dos pelos” polo que perderon ao pasar ao IANUS AP (xa dispoñían da maioría destes aplicativos e quedáronse sen eles a cambio de promesas incumplidas). Ademais, a explotación de datos por parte das áreas e dos servizos centrais ofrece moitas dúbidas, e como exemplo dicir que para coñecer o número de crónicos o que se está a facer é unha extracción do seu rexistro nos episodios, e non nos condicionantes e problemas ou, incluso, nos antecedentes persoais. É unha vergoña que na actualidade, “era da informática”, non se poida saber con certeza o número de enfermos crónicos captados en cada cupo, nin por parte dos usuarios de IANUS nin da administración. Aínda por riba, a primeiros do presente ano recibimos nos centros os “papelillos” para facer as declaracións obrigatorias, ¿non sería máis lóxico que a explotación fose directa do IANUS?.

## CONCLUSIÓNS

Actualmente a crise económica, ou a súa utilización, está poñendo en perigo a A.P., nembargantes, a A.P. debería de ser a principal alternativa a nivel sanitario á mesma, pois, se se fixera pivotar a asistencia sanitaria sobre a A.P. e se aumentase o gasto neste nivel asistencial e alcanzase como mínimo o 25% proposto polo Foro de A.P., diminuírían os custos da mesma, aumentaría a equidade dos usuarios, e diminuíría o paro sanitario nun momento de crise.

Por outro lado, a A.P. é fundamental para desenvolver as estratexias de promoción de saúde e prevención da enfermidade (moito menos caras que as baseadas no uso intensivo de tecnoloxías), para poñer en marcha a integración dos procesos asistenciais e para garantir a participación cidadá como base para o control de calidade do sistema sanitario.

Nun contexto de crise, a A.P. debería de ser a principal alternativa para resolver os problemas de recursos sen disminuír a calidade nin a efectividade do sistema sanitarios.

A Estratexia AP XXI e o Plan de Mellora de A.P. baseado na mesma están en plena vixencia e deberían ser relanzados para solucionar os actuais problemas sanitarios.

Basado no anteriormente dito, a Comisión de Seguimento do Plan de Mellora de A.P. solicitou dende o primeiro momento e en repetidas ocasións entrevistas coa Conselleira de Sanidade para intentar poñer en valor os argumentos antes expostos. Ante a falta de resposta por parte da Consellería, actualmente estase a solicitar unha entrevista co Presidente da Xunta de Galicia para manifestarlle as nosas inquietudes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento "Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI, 2007-2012". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. Estrategia Sergas 2014. La Sanidad Pública al Servicio del Paciente.
3. Consellería de Sanidade. Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde.
4. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. División de Asistencia Sanitaria. Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011. Benvidos + Benvidas á boa saúde. Santiago: Xunta de Galicia; 2008.
5. Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais. Servizo Galego de Saúde. Propuestas de transformación de la Atención Primaria en Galicia. Informe técnico. Santiago: Escola Galega de Administración Sanitaria (Fegas); 2009.
6. Jesús Rey García, Ana Clavería Fontán, Manuel Do Muiño Joga, Bernardino Vázquez Abal. Plan de Mellora de Atención Primaria 2007-2009. Valoración das actuacións aos 2 anos. Cadernos de Atención Primaria. 2009;16:230-234.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Oferta de Servicios en Atención Primaria. Procedimientos diagnósticos. Procedimientos Terapéuticos. Acceso a pruebas diagnósticas. Sistema Nacional de Salud. Mayo 2010.
8. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2010 (VII informe). Septiembre 2010.
9. Navarro V, Martínez-Zurro A, Violán C (ed.). La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Proyecto de investigación. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2009.
10. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC). Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. 2009.
11. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La sostenibilidad del Sistema Sanitario Público: 12 propuestas para garantizarla. Enero 2011.
12. Minué S. Perspectivas organizativas de la Atención Primaria, ¿en el asiento del conductor o repartiendo billetes?. Eidon. 2007;25:12-18. MMP.
13. Palomo L (coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: FADSP/ CCOO: Fundación "1º de Mayo", Ediciones GPS; 2010.
14. Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad. Recomendaciones finales; 27 de septiembre 2010.
15. Gervás Camacho JJ, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández R, Rubio C. Problemas acuciantes en Atención Primaria. Aten Primaria 2001;28:472-7.