

# O futuro da Atención Primaria en Galicia

Pablo Vaamonde García

Médico de Familia. SAP Labañou (A Coruña). Ex-Director Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

Cad Aten Primaria  
Ano 2008  
Volume 15  
Páx. 350-355

## 1. O MEU AVÓ

Veño dunha estirpe rural e proletaria. Pasei os primeiros anos da miña vida na aldea e creime na casa dos avós paternos. Tiven con eles una relación intensa de profundo afecto. O meu avó traballou toda a vida no campo, pero nunca tivo terras de seu. Era caseiro. Traballaba nas terras do patrón, a quen entregaba a metade da colleita. Así o fixo ata que, xa de vello, a dificultade física e a ausencia dos fillos (que marcharan para a emigración) obrigárono a abandonar as leiras. Coa axuda destes pasou unha vellez digna e sen carencias, pero nunca tivo ningunha prestación pública por xubilación.

Xa tiña ben cumpridos os setenta anos cando enfermou de Parkinson. Eu escribíalle as cartas aos fillos que estaban fora cando os temblores lle impediron facelo por sí mesmo. Pouco tempo despois iniciou un lento proceso que o levou a unha demencia. Foise apagando pouco a pouco. Veuno visitar un ilustre galeno de Santiago, quen certificou a doenza e dixo que non había nada que facer. Non recordo que houbera ningunha outra atención médica a partir daquel momento.

¿A que ven todo isto? Quero lembrar que isto sucedía na década dos sesenta do século pasado. Namentras os fillos da burguesía xogaban á revolución levantando o adoquinado das rúas de París, nesta esquina do noroeste peninsular había traballadores que non tiñan ningún tipo de protección social e vellos que non recibían atención sanitaria cando lles chegaba unha doenza. Compre non esquecerlo porque hoxe existe un sistema público que protexe amplamente aos cidadáns nas situacións de desamparo e unha sanidade pública universal e gratuíta. Todos temos dereito á atención sanitaria independentemente da nosa situación social, económica e laboral.

Nada debería poñer en risco a situación actual e calquera acción que os axentes sociais ou os poderes públicos poñan en marcha deberá sempre dirixirse á mellora das prestacións e á consolidación do sistema, sen abrir flancos que poideran xenerar perigos para o futuro. A Sanidade Pública é un elemento clave e capital do estado do benes-

tar. Os dirixentes políticos teñen a obriga de fortalecelo e melloralo. Sen embargo, os sucesivos conselleiros de sanidade do Partido Popular (desde as transferencias en 1990 ata a chegada do actual goberno de progreso en 2005) dirixiron a súa atención á redución do gasto sanitario público, á privatización da xestión dos centros sanitarios (Fundacións, Medtec), e a deseñar un escenario legislativo que permitise ás empresas do sector facer negocio á conta do diñeiro público (Losga). Actualmente na Comunidade de Madrid están a adoptar medidas privatizadoras semellantes, que buscan xenerar espazos de negocio dentro da Sanidade Pública. Un dos retos principais do novo goberno galego en materia sanitaria foi o de parar estes experimentos de xestión que poderían representar un risco futuro para o propio sistema.

## 2. UN POUCO DE HISTORIA

Como xa lembrei a atención sanitaria pública non existiu sempre. A asistencia médica ambulatoria en España tivo a súa orixe na Lei do Seguro Obrigatorio de Enfermidade (SOE) de 1942 e na Lei de Bases da Sanidade Nacional de 1944. O sistema de Seguridade Social en España, ata hai uns anos, estaba sufragado basicamente con cargo ás aportacións de traballadores e empresarios. No momento actual a financiación do sistema procede dos presupostos xerais do Estado.

**A asistencia ambulatoria foi deseñada para a prestación dunha atención médica individual, curativa e reparadora.** Nunha fase posterior iniciouse a construción de ambulatorios de especialidades e de consultorios de medicina xeral e pediatría (no medio urbano) nos que os médicos pasaban consulta, na vez de facelo no propio domicilio. No medio rural aos médicos de asistencia pública domiciliaria (APD) adscribeuselle a titularidade das cartillas da Seguridade Social dos beneficiarios da súa xurisdicción. Os profesionais médicos e de enfermería traballaban ailladamente e atendían aos pacientes na consulta particular (había, polo tanto, pacientes privados e do seguro, que recibían trato diferenciado). Nestas condicións, e coa ampliación progresiva da cobertura da SS, produciuse unha masificación das consultas e unha

burocratización da actividade asistencial que provocou unha merma da calidade da atención e o descrédito dos profesionais. O deterioro do sistema ambulatorio e a súa escasa capacidade de resolución levou á insatisfacción dos usuarios que buscaron remedio aos seus males na medicina privada e na sobreutilización dos servizos hospitalarios.

### 3. A REFORMA DA ATENCIÓN PRIMARIA

Veuse así a necesidade imperiosa de facer unha reforma en profundidade da Atención Primaria (AP) para que pasase a ser o elemento central do sistema sanitario. Había que proceder a unha transformación e potenciación da figura do médico de AP, incrementando o seu prestixio científico e profesional e mellorando a súa imaxe social.

A reforma da AP levada a cabo en España a partir da década dos 80 baseouse nos principios teóricos desenvolvidos na Conferencia da Alma-Ata (OMS, 1978) que definiu a Atención Primaria de Saúde como "a asistencia esencial, baseada en métodos e tecnoloxías prácticos, cientificamente fundados e socialmente aceptables, posta ao alcance de todos os individuos e familias da comunidade, mediante a súa participación e a un coste que a comunidade e o país poidan soportar, en todas e cada unha das etapas do seu desenvolvemento con un espírito de autorresponsabilidade e autodeterminación. A AP é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde como do desenvolvemento social e económico global da comunidade. Representa o primeiro contacto dos cidadáns co sistema sanitario, leva o máis perto posible a atención da saúde ao lugar onde residen e traballan as persoas e constitúe o primeiro elemento dun proceso permanente de asistencia sanitaria".

Na reforma da AP en España houbo dous momentos legislativos que resultaron claves: a creación da especialidade de Medicina Familiar e Comunitaria (MFC) en 1978 e a publicación do Real Decreto 137/84 de estruturas básicas de saúde, que definiu e sentou as bases da actual rede de atención primaria. Este decreto estableceu a delimitación territorial das zonas de saúde, o traballo en equipo multidisciplinar, a integración de actividades de curación coas de promoción e prevención, o aumento do tempo de consulta, etc.

**A AP ten sido un elemento clave no desenvolvemento do Sistema Nacional de Saúde** e a súa reforma ten influído moi positivamente na calidade da atención sanitaria prestada á poboación. A creación dos Centros de Saúde, o fomento do traballo en equipo, a incorporación de novos profesionais ao sistema e a xeneralización das actividades de formación continuada e o incremento da carteira de servizos fixeron que a AP dese un salto cualitativo que foi percibido de maneira positiva pola poboación. En diversas enquisas realizadas refléxase que arredor do 85% dos cidadáns consideran que a atención sanitaria recibida en AP é boa.

A grandes rasgos podemos referenciar **melloras na estrutura e no proceso**. En canto á estrutura fíxose un importante esforzo moder-

nizador na construción de novos Centros de Saúde, practicamente inexistentes hai 25 anos. A dotación das consultas e o equipamento de medios diagnósticos e terapéuticos tamén mellorou de xeito notable favorecendo unha mellor atención aos pacientes. A creación dos servizos de cita previa e a dotación de sistemas informáticos tamén contribuíron a introducir a modernidade e a mellorar a atención ao público nos Centros de Saúde.

No proceso de atención tamén houbo melloras salientables. A creación da especialidade de MFC procurou a presenza de profesionais formados especificamente para desenvolver o seu labor na AP, que tiñan ademais un elevado nivel de implicación e militancia activa na reforma deste nivel asistencial. Do labor aillado do médico na súa propia casa pasouse a traballar (con horario ampliado de 2,30 a 7 horas) en equipo integrado por diversos profesionais, agrupados nos Centros de Saúde, utilizando Historias Clínica antes inexistentes, e coa aplicación de protocolos e guías clínicas, introducindo as actividades de prevención e promoción da saúde na actividade cotiá da consulta e dando un impulso á docencia e á formación continuada en AP.

### 4. A SEGUNDA REFORMA

Nos últimos anos vense falando da necesidade de realizar unha segunda reforma da AP. Existe entre os profesionais unha crecente insatisfacción profesional e os usuarios expresan a súa queixa pola percepción dun deterioro na calidade asistencial. Despois dos elevados niveis de calidade e de satisfacción dos usuarios acadados pola reforma da AP hai unha serie de factores, moitos deles totalmente alleos ao sistema sanitario, que producen unha sensación de deterioro deste nivel asistencial.

Queixanse os profesionais dun crecemento espectacular da demanda asistencial que provoca saturación das axendas médicas e dificultade para prestar aos pacientes o tempo e a atención debida. Isto provoca unha redución da capacidade de resolución dos problemas de saúde e unha crecente insatisfacción dos profesionais que adican cada vez máis tempo á atención de problemas banais e á realización de tarefas burocráticas. A universalización da atención sanitaria e a máxima accesibilidade, xunto coa concepción dos servizos sanitarios como un produto de consumo e a reducións dos niveis de tolerancia ao disconfort poden explicar esta demanda crecente, en continua expansión. Estes condicionantes de tipo cultural (a obsesión pola saúde, a medicalización da vida) que provocan unha hiperutilización dos servizos sanitarios levaron a Tudor Hart a enunciar a "**leidos coidados inversos**" (prestar máis atención sanitaria a quen menos o precisa) e a J. Gérvas a enfatizar a responsabilidade do médico na "prevención cuaternaria" (prever os riscos do intervencionismo médico excesivo, por exemplo: os que pode correr un doente por acudir ao especialista sen ter necesidade real de facelo).

Pero máis aló destas consideracións, que teñen unha extraordinaria relevancia na análise de fondo dos problemas do sistema sanitario,

sí é certo que se necesitan cambios estruturais e organizativos nos Centros de Saúde para fortalecer e mellorar a AP. A **"Plataforma Dez Minutos"**, que agrupou a un elevado número de organizacións profesionais promoveu no seu día a sinatura do "Compromiso de Buitrago", no que se comprometían a colaborar e traballar para que a AP acadase a calidade e a dignidade que os cidadáns merecen a ademais reclamaban unha serie de medidas, entre elas:

- Que os presupostos destinados a AP sexan incrementados de maneira sustancial para aproximarnos á media dos países europeos desenvolvidos.
- Adecuar os recursos materiais e de plantilla ás necesidades de saúde, as características de cada poboación e zona, funcións, obxectivos e actividades pactadas.
- Dispor de sistemas informáticos que permitan unha adecuada xestión clínica, da información e do coñecemento según as características específicas da AP
- Amplio acceso á tecnoloxía diagnóstica e terapéutica, só limitada pola racionalidade científica e que se garante mediante a utilización de guías de práctica clínica baseadas na evidencia científica.
- Condicións de traballo dignas para os médicos de AP en xornada, ritmo e retribucións, acordos coa dificultade e responsabilidade do traballo realizado e a penosidade dos horarios.

Na mesma liña, e recollendo as demandas dos profesionais, o Ministerio de Sanidade buscou a colaboración das organizacións profesionais e científicas para a elaboración consensuada do documento **"Estratexias para a AP do século XXI"** (2006). En liñas xerais pódese afirmar, según se recolle neste documento, que a reforma supuxo un esforzo importante en equipamento homoxéneo para o primeiro nivel de atención, unha incorporación de servizos básicos uniforme e de calidade e un intento de organización racional da actividade. Tamén se sinala que, aínda que a valoración global da reforma é moi positiva, observanse algúns problemas que deben ser vistos como oportunidades de mellora. Son moitos os retos que ten que afrontar a AP. No documento relacionase unha serie de **cam-bios sociodemográficos** importantes que supoñen modificacións no contorno dos servizos de AP e que deben alertar sobre a dirección dos esforzos a realizar:

- O envellecemento da poboación.
- O aumento da prevalencia de patoloxías crónicas e/ou dexe-nerativas, diagnosticadas ademais nunha fase precoz da enfermidade.
- Aumento das situacións de dependencia.
- Aumento e variedade dos problemas psicosociais e das deman-das relacionadas coa saúde mental.
- Incremento da poboación inmigrante.
- Cambios na estrutura familiar.
- Incremento da morbi-mortalidade asociada aos estilos de vida non saudables.

- Cambios no concepto de saúde por parte dos usuarios, xenerán-dose novas necesidades e expectativas en saúde.
- Maior esixencia por parte dos usuarios na calidade dos servizos prestados.
- Importante desenvolvemento científico e tecnolóxico.

## 5. A REFORMA DA AP EN GALICIA

**A reforma da AP en Galicia iniciouse con notable retraso.** O decreto 200/93, sobre a ordenación da AP en Galicia publícase con nove anos de retraso respecto á norma estatal. Antes do traspaso das competencias en materia sanitaria á Comunidade Autónoma no ano 1990, o goberno popular de Galicia puxo todas as dificultades posi-bles para a realización da reforma da AP, impedindo a apertura de novos centros. Nesta tarefa destacou sobremaneira o conselleiro Hernández Cochón. Despois das trasferencias, con un importante desfase económico que lastrou o posterior desenvolvemento da sanidade no noso país, o goberno presidido por Manuel Fraga non fixo especial fincapé na reforma da AP, producindo un notable retra-so con respecto a outros territorios do Estado. O sistema sanitario público galego ven arrastrando desde hai anos unha situación de crise condicionada pola insuficiencia orzamentaria e pola ausencia de políticas estratéxicas.

As políticas sanitarias impulsadas polo PP levaron á realización de experimentos perigosos para o propio sistema público como o das Fundacións Sanitarias. Nos anos noventa o paradigma dominante no campo sanitario era o de impulsar a competencia entre centros e o establecemento dun mercado interno de provedores mediante a **separación de financiación e provisión de servizos**. Asumíase como un axioma que dita separación redundaba en mellorar a eficien-cia do sistema e a satisfacción dos usuarios. Baseándose nestas ideas considerouse oportuno introducir nos centros sanitarios novas for-mas de xestión. O principal impulsor foi Romay Beccaría, quen che-gou ao Ministerio de Sanidade desde a Consellería galega levando como principal bagaxe a proposta de estender a todo o territorio esta-tal as fundacións, dando a entender que eran a fórmula axeitada para mellorar a xestión da sanidade pública. Durante a década dos noventa realizouse en Galicia un rápido e pouco meditado proceso de implantación de Fundacións (Fundación do Hospital de Verín, Fundación do Hospital de Barbanza, Fundación Hospital Virxe da Xunqueira, Fundación 061), que provocou unha situación de feitos consumados dificilmente reversible. As fundacións non amosaron ser máis eficaces e eficientes; pola contra, provocaron un importante déficit económico, empeoraron a calidade da atención ofertada e produciron un deterioro na satisfacción dos profesionais. O novo goberno galego iniciou xa, como unha das tarefas prioritarias, a inte-gración das fundacións na rede do Sergas.

Namentras se realizaban estas e outras experiencias (Medtec, Losga, xerencia única de Ferrol) a AP galega quedou no furgón de cola de todo o Estado Español. Asimesmo a xestión dos recursos humanos

realizouse con mesquindade de xeito que non se convocaron oposicións para provisión de prazas no sistema público durante máis de quince anos, producindo unha **alta taxa de interinidade** (perto do 50%) e mesmo provocando a emigración de centenas de profesionais cara outras comunidades e a Portugal. Doutra banda, a concepción “patrimonial” do poder da dereita galega favoreceu que se realizasen prácticas de “ocupación” política das estruturas de xestión da sanidade pública. Se ben nos hospitais buscaron máis, en xeral, un perfil profesional dos xestores, en AP produciuse un “desembarco” nas estruturas de xerencia de cadros que tiñan como maior mérito o de ser militantes do partido no poder.

## 6. OS RETOS DO NOVO GOBERNO

No seu día (agosto-2005) publiquei un artigo con este mesmo título, no que se enumeraban algunhas das tarefas a realizar polo goberno PsdeG-BNG en materia sanitaria. Revisado hoxe pódese comprobar que a maioría dos enunciados están acadados ou en vías de solución. En relación coa AP decíase: Consideramos prioritario potenciar a AP, que tivo en Galicia un desenvolvemento moi lento e deficiente. É preciso informatizar os Centros de Saúde (cita previa, historia clínica, receitas), dotalos de recursos diagnósticos para aumentar a capacidade de resolución e evitar así derivación a outros niveis asistenciais, así como crear novas prazas de médicos, de enfermería e persoal administrativo para reducir a carga burocrática nas consultas.

O compromiso coa Sanidade Pública do novo goberno foi diáfano desde o primeiro momento, e entendeu que **o desenvolvemento da AP é clave para mellorar a calidade da atención ofrecida aos cidadáns**. O presidente da Xunta fixo evidente o compromiso coa AP nunha visita, nos primeiros días do seu mandato, ao Centro de Saúde de Cambre, onde anunciou a creación inmediata de 75 novos prazas en AP así como a realización de melloras orzamentarias para potenciar este nivel asistencial. Fíxose unha rápida renovación dos equipos directivos das Xerencias de AP integrando neles a profesionais cualificados e comprometidos coa reforma, e iniciouse un traballo intenso de introducción de melloras en aspectos profesionais e de cara aos usuarios (Táboa 1).

### O Plan de Mellora da AP:

A Conselleira ten sinalado en repetidas ocasións que un obxectivo prioritario do seu departamento é o de acadar unha AP máis resolutiva e eficaz. Tendo en conta este plantexamento, en abril de 2007, despois de varios meses de traballo conxunto, a Consellería de Sanidade asina cos sindicatos e organizacións profesionais un importante acordo plasmado no **“Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011”**. Neste documento a administración e as organizacións profesionais de AP comprométese a traballar conxuntamente para responder ás novas demandas sanitarias da poboación galega e mellorar os resultados en saúde, así como a mellorar as condicións de traballo dos profesionais para facilitar o seu desenvolvemento profesional. Trátase de dotar á AP de máis profesionais e con

### TÁBOA 1

PRIMEIRAS ACTUACIÓNS DO GOBERNO GALEGO EN MATERIA SANITARIA (2005-2006)

#### A) MELLORAS EN ASPECTOS PROFESIONAIS

- Resolución da OPE extraordinaria (remata un período de máis de 15 anos sen convocatoria de emprego público na sanidade galega)
- Creación de 75 prazas novas en AP
- Carreira profesional para todo o persoal do Sergas
- Integración funcional dos médicos de cota e zona de AP nos Centros de Saúde
- Melloras en materia de Docencia e Investigación
  - Creación da Oficina de apoio á investigación en ciencia da saúde en Galicia
  - Elaboración do Mapa de investigación en saúde
  - Desenvolvemento da Plataforma Mestre para favorecer a formación a distancia
- Plan de dotación de alta tecnoloxía, que supón unha previsión de orzamentos de máis de 62 mil euros no período 2006-2009

#### B) MELLORAS DE CARA AOS USUARIOS

- Incorporación de novas prestacións na carteira de servizos de AP
  - Acceso gratuíto á pílula postcoital
  - Ampliación das prestacións do programa de saúde buco-dental infantil.
- Convenio co Colexio de Ópticos-Optometristas para atención aos problemas de refracción
- Apertura de novos PACs (Santiago, Ourense e Bertamiráns)
- Elaboración e posta en marcha dun Plan Integral Galego de Coidados Paliativos
- Plan integral de atención á muller.
- Plan estratéxico de saúde mental (2006-2010)
- Melloras nos sistemas de información sanitaria: O Proxecto lanus

mellor formación, de máis recursos tecnolóxicos, de máis medios diagnósticos e maior acceso a probas especializadas, de máis medios terapéuticos e de máis tempo para poder adicar aos pacientes. Con este impulso á AP perséguese que dito nivel asistencial dispoña de máis capacidade para resolver os problemas de saúde dos cidadáns sen precisar da derivación ao nivel especializado.

É un proxecto ambicioso e difícil, que atopará dificultades para o seu desenvolvemento. Haberá que vencer a inercia do propio sistema, sempre reacio aos cambios, a resistencia ao cambio dos propios profesionais (que terán que asumir novas tarefas e compartir outras), e mesmo dos usuarios, actualmente instalados nun modelo conceptual que entroniza ao nivel hospitalario e que poden recelar de que moitos servizos pasen a ser ofertados no propio Centro de Saúde. Podemos dicir, polo tanto, que Galicia, que chegou tarde á primeira reforma da AP, colleu agora a dianteira. O goberno galego impulsa un ambicioso Plan que suporá unha inversión de 62 millóns de euros e prevé a contratación de 309 médicos e 65 pediatras no período citado. O compromiso está asinado. Queda moito camiño por andar e será preciso contar coa implicación dos profesionais xa que o desenvolvemento deste Plan supón un cambio radical na práctica cotiá.

A sinatura deste Plan foi acollida de xeito positivo polos distintos sectores profesionais, que ven plasmadas no mesmo as respostas a numerosas reivindicacións do colectivo. O Plan foi resultado dun **proceso previo de negociación**, inédito ata o momento polo seu carácter participativo, pola busca do consenso e pola implicación activa de todas as organizacións da AP na súa elaboración. No mesmo recóllense diferentes propostas de mellora deste nivel asistencial:

- Importantes incrementos no número de profesionais das diferentes categorías, de xeito que, á fin do proceso, cada facultativo terá unha cota de arredor de 1250 TIS.
- Melloras no equipamento dos centros de saúde.
- Eliminación das limitacións no acceso ás probas diagnósticas.
- Informatización de todas as consultas de AP e melloras nas relacións co nivel especializado.
- Introducción de guías clínicas para facilitar e racionalizar os procesos diagnósticos e terapéuticos.
- Medidas para reducir a carga burocrática das consultas médicas.
- Recursos para realizar actividades de investigación e docencia nos centros de saúde.

Entendo que **este Plan vai representar un punto de inflexión na historia da AP en Galicia** pois representa o compromiso explícito da administración e dos profesionais para camiñar conxuntamente nunha mesma dirección. Representa a creación dun novo “marco conceptual” (George Lakoff) no que se sinala explícitamente que a AP como eixo do sistema sanitario e ao médico de familia como o principal “coordinador” do proceso asistencial. Será de importancia capital manter activado este compromiso, pois nos procesos de cambio teñen moito valor os “estados de ánimo”. Sen unha implicación positiva e proactiva dos axentes implicados será máis difícil vencer as resistencia que este proceso vai atopar.

## 7. ASIGNATURAS PENDENTES

O reto principal da Consellería de Sanidade en relación coa AP nos próximos anos é o desenvolvemento de Plan de Mellora. Outras tarefas, incardinadas coa implementación deste Plan, poden ser as seguintes:

1. **O proxecto Ianus.** As tecnoloxías da información son un elemento transformador estratéxico. O proxecto Ianus pretende garantir a accesibilidade á historia clínica desde ambos niveis asistenciais, favorecer unha visión integrada da información sanitaria e axilizar os procesos administrativos. Vai ser preciso un profundo cambio cultural (para usuarios e profesionais) e modificará de xeito radical a forma de prestar asistencia sanitaria.

Este programa permitirá aos profesionais consultar a historia clínica dos seus pacientes, acceder ao resultado de probas analíticas e de imaxe, e realizar as prescricións sen precisar da receita de papel, co que se aforrará tempo e incomodidades a médicos e pacientes.

2. **Coordinación asistencial.** Galicia, igual que o resto do Estado, estrutura os seus servizos sanitarios, a partir da Lei Xeral de Sanidade de 1986, en dous niveis asistenciais: un nivel de AP, que actúa como porta de entrada principal ao sistema asistencial, e outro de especializada, que inclúe a hospitalización. Esta organización, que ten moitos beneficios engadidos, presenta tamén algún inconveniente: non hai unha adecuada integración dos dous niveis e prodúcese unha discontinuidade na atención aos pacientes cando estes circulan dun nivel a outro. Os sistemas informáticos integrados e a facilidade de compartir información por estes medios poden ser unha chave para mellorar no futuro inmediato a necesaria coordinación asistencial. Pero será preciso impulsar outros mecanismos (atención por procesos, especialista consultor, consultas de acto único, etc.) para conseguir unha mellor coordinación de AP e hospital.

3. **O papel da enfermería.** Os profesionais de enfermería teñen unha formación ampla e unha elevada cualificación profesional. As tarefas que desenvolven nos Centros de Saúde están, en moitos casos, por debaixo do que o seu perfil profesional permitiría. Será preciso, no futuro inmediato, redefinir o papel da enfermería en AP, pois un maior aproveitamento das súas capacidades profesionais poderá aportar grande beneficio ao funcionamento dos Centros e á mellor atención dos usuarios.

4. **Os Puntos de Atención Continuada.** Os PAC son froito dunha larga e complicada negociación realizada entre a Consellería de Sanidade, en tempos do Partido Popular, e os representantes dos profesionais. A falta de definición dun modelo previo provocou que, na actualidade, estes dispositivos ocupen unha grande cantidade de recursos humanos (perto de 500 médicos de familia traballan como “reforzos” nos PAC), e que non realicen unha atención verdadeiramente resolutive. A grande maioría dos PAC, sobre todo no medio rural, presentan unha actividade relativamente baixa, e son utilizados pola poboación para realizar consultas de baixa complexidade e escasa urxencia fora dos horarios establecidos nos Centros de Saúde. Ademais, a carencia de medios diagnósticos fai que estes puntos de atención sexan pouco eficaces para resolver problemas de saúde de certa relevancia. A actual carencia de profesionais acentúa o problema e plantexa un auténtico reto para a administración sanitaria: os profesionais adicados a traballar de “reforzos” nos PAC non están dispoñibles para a atención ordinaria en AP. A medio prazo será preciso abordar unha reforma deste sistema de atención ás urxencias extrahospitalarias que produce unha elevada ocupación de recursos humanos cun rentabilidade social e sanitaria moi cuestionable. A posible conflictividade de calquer cambio no actual reparto xeográfico dos PAC fai que as medidas a adoptar neste terreo teñan que ir avaladas por un estudio previo en profundidade e apoiadas nun amplo e xeneroso pacto político.

5. **A normalización lingüística na sanidade.** A normalización do idioma non atinxe estrictamente ao sector sanitario, máis ten moito

que ver coa situación global de saúde dun país. Entendemos que un goberno de progreso debe impulsar a normalización da lingua na vida cotiá, incluíndo os servizos de saúde. O Plan de Normalización Lingüística foi aprobado por unanimidade no Parlamento de Galicia e é asumido polo actual goberno como un elemento clave da súa estratexia política. A utilización da lingua na sanidade contribúe a fortalecer o galego e a impulsar o seu uso noutras áreas, dada a consideración social que teñen os servizos sanitarios; por eso, as medidas que se poñan en práctica neste sector resultarán exemplares e terán un profundo impacto positivo na sociedade.

Na próxima lexislatura os responsables sanitarios deberán replantexar como obxectivo: Concienciar aos persoal sanitario e non sanitario da necesidade de atender e prestar os seus servizos utilizando prioritariamente o galego e, no seu caso, o idioma en que o usuario estea instalado. Débese potenciar o galego na sanidade e asegurar que ningún cidadán galego se sinta discriminado ou obstaculizado por utilizar o galego nas súas relacións con servizos sanitarios, respectando os seus dereitos lingüísticos e culturais. No Plan de Normalización Lingüística figuran diversas propostas de actuacións concretas para acadar estes obxectivos.

*A Coruña, 30 de outubro de 2008.*