

Situación da Atención Primaria en Galicia

Martín García, M.

Coordenador da Plataforma Dez Minutos na Galiza

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 257-260

1.- Escaso orzamento adicado a Atención Primaria, estancado desde vai anos, que non cubre as necesidades asistenciais da mesma.

O gasto real na Atención Primaria na asistencia sanitaria (quitando o gasto de receitas, que en moitas ocasións non son decididas pola AP), mantense na **raqúitica cifra do 12,6%**, o que explica a masificación, o pouco tempo de consulta, a falla da capacidade resolutive e baixa calidade deste nivel asistenciais (no Estado Español aínda que tamen é escaso, o rededor do 16%, o que supón 4 puntos máis de porcentaxe).

Os médicos de At. Primaria son escasos, e o seu número creceu moi pouco nos últimos anos.

A taxa de médicos de At. Primaria por 10.000 habitantes sufriu un descenso progresivo e constante desde vai 20 anos (disminuíu un 28% en dito período).

A proporción de médicos de At. Primaria, a respecto do total é moi baixa (33,9%) moi lonxe da cifra recomendada, e que manteñen a maioría dos países europeos desenrolados en torno o 50% do total. Esta proporción, ademais, diminuíu de xeito constante e sostido dende vai tamen vinte anos.

Este descenso supón a perda de peso da AP no sistema sanitario, e expresa a vontade política de marxinar o nivel primario pola parte da administración do SERGAS:

O novo modelo de AP non se xeneralizou a todas as persoas, aínda resta unha importante bolsa de persoas atendidas por médicos do vello modelo (con adicación de dúas horas e meia)

TABLA 1

Crecedo e distribución do orzamento por niveis asistenciais

	2003	%	2004	%	2005	%
At. Primaria	285.534.548.	12,3	301.527.840	12,1	347.426.771	12,6
At.Especializada	1.351.654.360	58,3	1.462.266.670	58,7	1.577.465.792	57,3

Fonte: Memoria SERGAS 2003

2.- Falla de médicos de atención primaria

TABLA 2

	1983	1987	1991	1995	1999	2001	2003
Médicos Atención Primaria	2.257	2.168	1.978	2.109	2.072	1.777	1.804
Tasa por 10.000 habitantes	9,1	8,2	7,2	7,7	7,6	6,45	6,55

Fonte: Memoria SERGAS 2003

GRÁFICO 1

Tasa médicos Atención Primaria por 10.000 habitantes

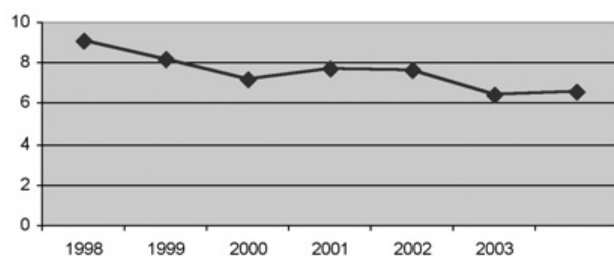


GRÁFICO 2

Médicos AP y AE

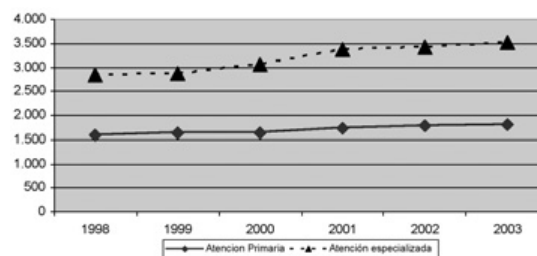


TABLA 3	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Atención Primaria	1.594	1.632	1.636	1.738	1.777	1.804
Atención especializada	2.843	2.878	3.050	3.363	3.422	3.510
% médicos AP	35,90%	36,20%	34,90%	34,00%	34,10%	33,90%

Fonte: Memoria SERGAS 2003

O novo modelo de AP só inclúe o 72% dos facultativos, o que supón que máis do 30% da poboación aínda está sendo atendida por profesionais de dúas horas e media do vello modelo de ambulatorios e cupo.

TABLA 4

	1998	1999	Δ	2000	Δ	2001	Δ	2002	Δ	2003	Δ
Facult. nuevo modelo	61,13	62,8%	2,7%	66,24	5,1%	67,9	2,4%	72,11	5,8%	72,0	-0,1%

Fonte: Memoria SERGAS 1999-2003

3.- O tempo de consulta por paciente é escaso e insuficiente para garantir un nivel de calidade axeitado e unha capacidade resolutiva que evite derivar pacientes innecesariamente o segundo nivel (incrementando as listas de espera).

A falla de médicos e a masificación das consultas, ademais de limitar o tempo de consulta a un promedio de 3-8 minutos por paciente, impide desenrolar unha atención integral (Promoción, prevención, educación sanitaria, etc), actividades formativas e investigadoras que garanten unha alta calidade e un nivel científico aceptable, e o traballo na comunidade.

TABLA 5

	Consultas profesional/día	Consultas/día para dispor de 10 minutos por paciente
Medicina	31,88	24
Pediatría	21,66	14

Fonte: Memoria SERGAS 2003

Maila estes datos, obtidos da memoria do SERGAS do 2003, non reflicten a realidade, o número de consultas o día que debe atender cada médico de AP son un **25% superiores os recomendados para garantir 10 minutos de consulta**. A consulta domiciliar necesaria para atender e proporcio-

TABLA 6

	Finlandia	Portugal	Suecia	España	Galicia
Media de pacientes por semana	94	89	90	154	160
Consultas de 10 o máis minutos	34%	35%	37%	13%	13%

	Centro de saúde	Domicilio	Demanda paciente	Programada
Medicina familia	98,8 %	1,2 %	96,4 %	3,6 %

Fonte: Memoria SERGAS 2003

nar cuidados de saúde os enfermos crónicos e discapacitados só supón o 1,2% das consultas totais dos facultativos dos centros de saúde. Namentres as actividades programadas para desenrolar os programas integrais de saúde (inclúen actividades de promoción da saúde, prevención, diagnóstico precoz, tratamento, seguimento e rehabilitación), só ocupan o 3,6% das actuacións.

4.- Esta falla de tempo afecta, tamen, ás actividades dos centros, necesarias para garantir un nivel de calidade, de racionalidade e de nivel científico axeitados.

A falla do tempo tamén afecta as actividades docentes e investigadoras que son irrelevantes na maioría dos centros de saúde da Galiza

GRÁFICO 3

Número de proxectos de investigación e financiación en AP (euros)



Fonte: FIS

A investigación na AP é ínfima (representa 4% do total de proxectos financiados polo FIS para AP en todo o estado). Na Galiza a situación aínda é peor xa que a pesares de sermos o 7,5% da poboación do Estado só desenrola do 4,07% dos proxectos financiados polo FIS. Estes datos chaman a atención si se ten na conta que na AP entre un

tercio dos profesionais sanitarios, co médico de AP xestiona o 60% do gasto na farmacia, e co 90% dos motivos da consulta resolvense neste primeiro nivel de atención.

5.- Non existe unha política de xestión do persoal incentivadora:

- Os únicos instrumentos postos en marcha como os contratos programa perderon o seu

sentido incentivador, xa que a gran maioría dos centros de saúde carecen de posibilidades de conquistar os medios precisos para cumprir cos obxetivos que se marcan, que na maioría dos casos son impostos polas xerencias e non negociados cas equipas. Isto contradi as razóns que xustifican este instrumento de xestión por ir na contra da razón de ser de todo contrato: é algo imposto, que non admite discusión. A propia terminoloxía empresarial destes instrumentos de xestión non ten nada que ver cun servizo público como a sanidade, xa cos parámetros de saúde son difícilmente cuantificables.

Os contratos programa actuais van dirixidos a reducir gastos e non a avaliar a calidade asistencial e os resultados.

TABLA 7

Servicio de Salud	Propietario sin guardias ni exclusiva		Propietario, 50 horas de guardia y exclusiva		Interino, 50 horas de guardia y exclusiva	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1. Andalucía	-309,86	-4.204,37	-67,90	-1.347,37	0,90	-470,55
2. Aragón	-126,28	-1.439,70	-125,34	-1.474,94	-56,54	-598,12
3. Asturias	-99,19	-1.114,78	-98,25	-1.150,02	-29,40	-272,50
4. Baleares	115,95	1.466,90	400,89	4.839,66	436,18	5.314,46
5. Canarias	-129,09	-1.473,58	1,35	45,18	70,20	922,70
6. Cantabria	-234,03	-2.732,86	-233,09	-2.768,10	-164,24	-1.890,58
7. Castilla y León	-168,00	-2.344,93	-167,06	-1.975,74	-98,21	-1.098,22
8. Castilla la Mancha	-324,03	-3.812,86	-323,09	-3.848,10	-254,24	-2.970,58
9. Cataluña	710,43	8.038,97	-67,34	-1.340,79	-523,49	-6.763,27
10. Ceuta y Melilla	212,67	5.318,79	484,69	5.283,55	334,79	3.536,07
11. Extremadura	-161,27	-1.859,74	-160,33	-1.894,98	-91,48	-1.017,46
12. Galicia	-303,32	-4.156,93	-212,28	-3.110,97	-143,48	-2.234,15
13. Madrid	614,91	7.454,42	-116,51	-1.369,14	-47,66	-491,62
14. Murcia	-159,55	-1.839,10	-75,01	-871,14	-6,16	6,38
15. Navarra	423,90	6.168,27	552,37	8.785,17	159,40	3.197,21
16. País Vasco	127,20	1.040,19	169,97	1.506,91	238,82	2.384,43
17. Rioja	-324,03	-3.812,86	-93,59	-1.094,10	-24,74	-216,58
18. Valencia	-46,44	-695,89	130,47	1.784,94	199,32	2.662,46

Fonte: Vicente Mata Aguilar • vmataa@medynet.com

Non deixan de ser máis que meros instrumentos burocráticos rexeitados, na súa grande maioría polos profesionais.

- *Os salarios dos facultativos son escasos* (as remuneracións dos médicos do estado están o 30% por baixo da media dos portugueses e un 50% respecto a media europea), e na Galiza estes son aínda máis baixos.

- **Tampouco existe política de incentivos económicos axeitada:**

- Non hai iniciativas de mellora da xestión, os incentivos retributivos son escasos e insuficientes:
 - O complemento de produtividade variable (cumplimento de obxetivos pactados, cousa que non ocorre na realidade) só supón un máximo de 2.494 euros/ano.
 - Os incentivos de prescripción farmacéutica (adecuación a indicadores boa práctica clínica definidos pola administración) teñen un máximo de 1.200 euros (e o seu pago faise de xeito retrasado).
- As auditorías e controis da actividade asistencial e a atención da saúde deberían estar dirixidas a resolver os problemas de saúde da poboación e non ao control do gasto como na actualidade.

- As propostas de Carreira Profesional, que levan un enorme retaso, foron rexeitadas polos colectivos sindicais e profesionais da Galiza.

6.- Escasa capacidade resolutiva

O acceso a moitas probas diagnósticas, tanto de radioloxía como de laboratorio está moi restrinxido, limitado a radioloxía simple (non se permite solicitar ecografías, TAC ou RNM) e a un número determinado de probas de laboratorio, o que reduce a capacidade para diagnosticar e tratar patoloxías que teñen que seren derivadas innecesariamente ao segundo nivel (o que supón un tempo de espera prolongado e incomodidades para as persoas).

A AP debería ter unha ampla capacidade de decisión na organización, con fácil acceso a probas diagnósticas, e actualizando a normativa vixente que axilice e minimize a burocracia.

7.- Precariedade laboral inaceptable.

- Aínda non rematou a OPE, o que supón manter en provisionalidade a casi a metade dos profesionais.
- O número de contratos temporais do persoal facultativo foi de 45.824 no ano 2003 (último do que se dispón de datos publicados polo SERGAS, o que supón unha media de 125 novos contratos temporais o día).

PETICIONS BÁSICAS POLA CALIDADE E DIGNIDADE DA ATENCIÓN PRIMARIA

- 1.- **Aumentar o orzamento adicado a Atención primaria** que mantense no raquíitico 12,6% do total do gasto sanitario na Galiza.
- 2.- **Mellorar a organización dos Centros de Saúde (incrementalas plantillas das equipas e reducilos cupos de persoas) para:**
 - Conquerilas condicións precisas para poder adicar tempo suficiente a asistencia, a promoción e prevención da saúde, a formación continuada, a docencia, a investigación, e o traballo ca comunidade.
 - Dispor dun tempo suficiente para cada visita: 10 minutos.
- 3.- **Racionalizalos contratos programa actuais ca Atención Primaria** para que avalien calidade asistencial e non a redución de gastos e o rexistro burocrático de datos.
- 4.- **Aumentala capacidade resolutiva da Atención Primaria:** Dotándolle dunha ampla capacidade de decisión na organización, con fácil acceso a probas diagnósticas, e actualizando a normativa vixente que axilice e minimize a burocracia.
- 5.- **Supresión dos contratos lixo** (reforzo, atención continuada, acumulación ...) **e dignificación dos contratos /** nombramentos de persoal eventual de acordo a cualificación e responsabilidade dos profesionais que desempeñan estas funcións.