

## El decreto sobre estructura de área sanitaria de Ferrol. Un desastre para la Atención Primaria

Martín García, M.

Médico de Familia. Secretario da FADSP (Federación de Asociacións para a Defensa da Sanidade Pública)

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 8-13

### LA NECESIDAD DE INSTRUMENTOS DE GESTIÓN INTEGRAL, NEGRADA Y DESCENTRALIZADA

Es difícil no estar de acuerdo sobre la necesidad de descentralizar la asistencia sanitaria en un Estado tan profundamente descentralizado como el Estado Español, lo mismo que negar la necesidad de mejorar la integración de los esfuerzos para atender enfermos, promocionar la salud, conseguir un medio ambiente más sano o atender a las personas con discapacidad. Para todo esto el ámbito territorial donde la población comparte recursos y riesgos para su salud parece el más apropiado.

En función de todo esto desde entidades sanitarias como la Organización Mundial de la Salud, legales como la Ley General de Sanidad o autoridades de salud pública de reconocido prestigio abogan por la necesidad de establecer un marco territorial y poblacional definido para prestar y administrar los recursos sanitarios.

De acuerdo con este esquema el sistema necesario debería contemplar una serie de principios básicos

#### 1. GESTIÓN DESCENTRALIZADA

La Ley General de Sanidad<sup>2</sup> estableció un modelo sanitario descentralizado, que transfería a las Comunidades Autónomas la responsabilidad de la ordenación, la gestión y la prestación de los servicios. Estas a su vez deberían transferir a las Áreas sanitarias la gestión de los servicios y actividades, para garantizar la cercanía a los problemas y necesidades de salud y facilitar la participación social en las actuaciones del sistema sanitario.

En este modelo las Áreas Sanitarias son las piezas básicas de los Servicios Autonómicos, que deberán organizarse de tal manera que puedan ofrecer todas las prestaciones de una manera integral e integrada. Serán las responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos y de las actividades y programas sanitarios a desarrollar en los mismos. (capítulo III, art, 56 ap 2).

Deberán tener órganos de dirección, gestión y participación (art, 57). En su territorio los hospitales deberán desarrollar sus actividades complementariamente con las actividades de la Red de Atención Primaria. Estas tareas abarca-

rán la asistencia, la promoción y prevención de salud, la investigación y la docencia, de acuerdo con los programas establecidos por los Planes de Salud del Área, (artículo 68).

#### 2. INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Frente a la fractura de las estructuras organizativas y funcionales de los servicios parece razonable buscar la integración de los recursos sanitarios a nivel de las áreas sanitarias, para acabar con la fragmentación de los cuidados de salud y el uso inapropiado de los recursos. Las consecuencias más evidentes de esta situación son la duplicación de actuaciones, despilfarro de recursos, realización de tareas innecesarias, retrasos injustificables en los diagnósticos y tratamientos o largas listas de espera

#### 3. POTENCIACIÓN DEL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE DEL SISTEMA SANITARIO

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud o de figuras de contrastado prestigio internacional como la Profesora Bárbara Starfield señalan que son los servicios de Atención Primaria los que deberían responsabilizarse de garantizar la atención integral de salud, la continuidad de la asistencia y la función de coordinar todas las prestaciones del sistema.

Para poder cumplir con este papel la AP debería:

- Ser la puerta de entrada al sistema
- Responsabilizarse de la atención longitudinal del paciente, a lo largo del proceso de salud y enfermedad. Integrar los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad
- Coordinar la trayectoria de los pacientes dentro del sistema, para garantizar la continuidad de su atención

**Desgraciadamente el Decreto de Creación de la Gerencia Única de Ferrol no sólo no va dirigido a conseguir estos objetivos, sino que tiene una finalidad absolutamente contradictoria con los mismos:**

El Decreto que establece la estructura del Área de Ferrol<sup>1</sup> tiene, junto algunos aspectos positivos, una serie de problemas que contradicen claramente lo establecido por la Ley General de Sanidad, optando por un modelo de integra-

ción basado en una gestión fuertemente centralizada, orientada a la atención de la enfermedad mediante los recursos de la atención hospitalaria especializada, marginando a la Atención Primaria.

Esta estrategia de concentrar el poder de decisión en la figura del Director del Área Sanitaria (Gerencia Única del Área), designado y controlado directamente por la Consellería, es el complemento a la Ley de Ordenación sanitaria de Galicia (LOSGA), y tienen por finalidad controlar las actuaciones de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, que integra a los hospitales privados que, por su lógica empresarial de maximizar beneficios, podrían disparar el gasto sanitario.

## ANÁLISIS DEL ÁREA DE FERROL

### 1. ESTABLECE UNA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA MUY CENTRALIZADA, CONTROLADA DIRECTAMENTE DEL DIRECTOR DEL ÁREA:

- El Director, designado por la Consellería, acumulará un poder de decisión absoluto, controlando de manera prácticamente total las decisiones sobre la estructura, la planificación, el proceso asistencial, y el control de resultados.
- En la Comisión de Dirección no participarán los representantes de las entidades municipales a pesar de lo establecido por la LGS que indica que los Órganos de Dirección de las Áreas estarán formados por representantes de la CCAA en un 60% y de las Corporaciones Locales en un 40% (*Capítulo III, art. 59 ap.2*).
- La participación profesional en la gestión se concretará únicamente en asesorar en temas asistenciales, sin ningún papel en el resto de actividades relacionadas con la salud (promoción, prevención,...).
- La participación social a través Comisión de Participación Ciudadana, tendrá un carácter meramente consultivo, sin ningún papel en la Planificación Sanitaria (su función será únicamente *conocer* el anteproyecto de Plan del Área, sin posibilidad de informarlo, como aparece en la LGS).

Por todo ello los profesionales y ciudadanos no tendrán ninguna intervención en el proceso de identificación de las necesidades y problemas de salud del área ni de proponer medidas (programas, actividades, recursos, etc.), para solucionarlas. La elaboración del Plan de Salud será responsabilidad exclusiva del Director del Área, de acuerdo a las líneas generales establecidas por el SERGAS.

### Consecuencias:

- Una estructura de gestión tan vertical, burocrática, acabará con la **autonomía real**, al no permitir la participación social y profesional en la planificación, gestión de recursos y control de los resultados. Esto dificultará que se puedan distribuir los recursos, planes, programas y actividades de manera racional y equitativa, y permitir la posibilidad de colaboración de las entidades locales y las organizaciones sociales en las actuaciones sanitarias, vulnerando uno de los principios básicos por las que se crearon las áreas sanitarias.
- **Ignora la atención integral:** La estructura organizativa y funcional del área se concentrará esencialmente en la gestión de los procesos asistenciales (gestión clínica), olvidando la promoción, prevención, salud pública y atención sociosanitaria, a la que se menciona en la introducción pero que no se concreta al final en nada.
- **Margina a la Atención Primaria**
  - No aparece como entidad específica en el organigrama de dirección del área tanto en los denominados Órganos Unipersonales de gestión, que son acaparados por la atención especializada Procesos Médicos, Quirúrgicos, Urgencias..., a los que quedarán supeditados los jefes de servicios hospitalarios y de atención primaria (artículo 9º apartado 3), como en los Órganos Colegiados.
  - La AP compartirá el espacio de gestión con las Urgencias Hospitalarias (no parece algo lógico) dentro de una de las cuatro Direcciones de Procesos, bajo la denominación de Procesos Ambulatorios. La vuelta atrás se plasma hasta en el concepto de consultas generales para caracterizarla.
  - Tendrá una escasa presencia en los Órganos Técnicos de asesoramiento a la Dirección. En las Comisiones de Calidad y Asistencial se reservan para AP el 33% de los puestos de los jefes de servicio; el 25% de los supervisores de enfermería, y el 33% de los representantes elegidos por los facultativos. Únicamente en el caso de la representación del personal de enfermería la presencia de la AP alcanza el 50%.

### En resumen:

1. Mantiene la fragmentación de los recursos al marginar los servicios de AP, y no incluir en la gestión del área sanitaria la salud pública y la atención sociosanitaria, la salud laboral, la salud medioambiental.

2. Incrementa, aún más, la burocratización y la rigidez del sistema, no incorporando a los órganos de decisión a los profesionales sanitarios y a los representantes de la población.
3. Potencia el hospitalocentrismo, en detrimento de la atención integral y la participación social. Se perpetúa así el alejamiento y la incomunicación de los hospitales con el resto del sistema, el medio ambiente y las políticas sociales, que tanta influencia tienen sobre los mismos.
4. Apuesta por una política orientada esencialmente al control férreo del sistema y la contención de costes.

### El pez grande se come al chico

Esta orientación de la Gerencia Única hacia la gestión clínica y a la atención hospitalaria, en detrimento de la atención comunitaria, conducirá inevitablemente a que la Atención Primaria incremente su situación de:

#### a. Marginación dentro del sistema:

- La AP en Galicia<sup>3</sup> solo recibe el 12,6% del presupuesto sanitario cuando debería recibir el 50%; únicamente el 33,9% de los médicos del sistema son de AP, cuando la media europea es del 50%; el nuevo modelo de AP deja fuera al 30% de la población; la falta de personal sanitario y la masificación de las consultas obliga a la AP en Galicia a atender un 43,3% más pacientes por semana que la media de los países de la UE-15, etc.
- La mayoría de los profesionales de AP no pueden solicitar pruebas diagnósticas como ecografías, TAC, RNM, y pruebas analíticas básicas para completar los procesos diagnósticos, lo que la hace depender de manera innecesaria e irracional, de los servicios hospitalarios.

#### b. Dependencia de los hospitales:

- Los jefes de servicios, de unidad, coordinadores, etc de la AP carecen de capacidad y autonomía para gestionar los recursos de los centros.

**Sin resolver previamente estas carencias, la integración que se plantea en la gerencia única de área, supondrá que la AP no solo no podrá ocupar el papel de coordinación de recursos y eje del conjunto del sistema que la LGS y los organismos internacionales le asignan, sino que se verá relegada a un mero apéndice de la atención hospitalaria, poniendo fin definitivo al actual modelo sanitario.**

La actual propuesta de Gerencia Única de Área supone, en la práctica, un cambio de modelo sanitario, ya que abandona la concepción de atención integral a de salud, para pasar a otro centrado en la gestión clínica de la enfermedad y en el control de los recursos.

## ALTERNATIVAS A ESTA PROPUESTA DE GERENCIA ÚNICA

La situación de debilidad y subordinación de la AP hace necesario que, paralelamente al desarrollo de las estructuras de gestión de las áreas sanitarias, se deberían contemplar una serie de medidas destinadas a solucionar algunos de los grandes déficit que presenta este nivel asistencial:

### 1. Identificar los principales problemas y necesidades de los servicios de AP, mediante un estudio riguroso de:

- Presupuestos destinado a la AP
- Situación y necesidades de las plantillas de los centros de salud
- Situación y necesidades de recursos materiales y equipamiento tecnológico
- Cartera de servicios, planes, programas, actividades desarrolladas en los servicios de AP
- Actividades docentes, investigadoras que se realizan en cada centro

### 2. Establecer, en base al análisis anterior, un Plan de Actuación Urgente que contemple una serie objetivos prioritarios

- Incrementar los presupuestos de AP a corto y medio plazo.
- Aumentar las plantillas de personal de las diferentes categorías
- Construcción y ampliación de nuevos centros
- Mejorar su equipamiento tecnológico
- Desarrollar sistema de información, homogéneo, informatización de todos los centros y coordinaron con los de hospital
- Ampliar la accesibilidad de la AP a los recursos tecnológicos y pruebas de laboratorio.
- Realizar cambios organizativos y funcionales: Dar mayor capacidad de gestión, autonomía, reforzar instrumentos de gestión de los centros
- Resolver el problema de las Atención de Urgencias Extrahospitalarias
- Planificar la formación continuada e la investigación: Mayores recursos económicos y materiales
- Potenciar la coordinación de la AP con los servicios de Atención Hospitalaria
- Poner en marcha una política de personal incentivadora:
  - Incrementos salariales
  - Incentivos económicos
  - Carrera Profesional

### Se debería aprovechar el desarrollo de las Áreas Sanitarias como estructuras integradas para:

- Resolver los viejos problemas de la AP en Galicia mediante un impulso a la descentralización, planificación, participación y la integración de las actividades sanitarias y de salud pública
- Consolidar a la AP como eje coordinador de las actuaciones del sistema centradas en los pacientes y su medio.
- Acabar con sus déficit estructurales

Aspectos claves sería el desarrollar sobre el acceso de todos los profesionales del sistema al historial clínico y la información disponible de los pacientes; la elaboración de Guías Clínicas y Farmacológicas comunes para AP y AE, etc.

### Criterios a tener en cuenta en la estructura de gestión de las áreas sanitarias:

1. El órgano de dirección debería contemplar en su estructura los niveles asistenciales y los servicios de apoyo, a coordinar para garantizar la integralidad de la atención:
  - Dirección de Atención Primaria.
  - Dirección de Atención Hospitalaria.
  - Dirección de Salud Pública.
  - Dirección de Atención Sociosanitaria.
2. Descentralizar la gestión implicando a la población y a los profesionales los cuidados de salud, dándoles parti-

cipación directa en la estructura de gestión y quitando poder de decisión absoluto al Director de Área.

- La participación de la población debería estar garantizada mediante su presencia en los órganos de gestión del área.
  - Los órganos de participación deberían conocer, informar y participar en el proceso de planificación, control del desarrollo de programas y actividades, y evaluación de los resultados.
  - En los nombramientos y ceses de los puestos de gestión deberían participar los ciudadanos y profesionales, a través de sus representantes.
3. Cambiar la estructura de cuidados orientándolos a la promoción y la prevención de la salud mediante un Plan Integrado de Salud.
  4. Reforzar el papel de la AP como eje y centro de la atención de salud.

### NOTAS

1. Decreto 15/2005, de 3 de febrero, por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol. DOGA 7 de febrero de 2005
2. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE núm, 102, de 29-4-86
3. Cadernos de Atención Primaria 2004; 11: 25-260.