

Aspectos non resoltos no plan de mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011 asinado o 2 de abril

Felisa Domínguez Grandal
CS Rúa Cuba. Vigo

Luis Meleiro Rodríguez
CS Coruxo. Vigo

Bernardino Pardo Teijeiro
UAP Nadela-Fingoi. Lugo

Fernando Rial Rama
CS Elviña. A Coruña

Félix Tojal del Casero
CS Moaña

Francisco Vázquez Troitiño
CS Coruxo. Vigo

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 156-159

INTRODUCCIÓN

A táboa reivindicativa inicial da "Coordinadora 10 minutos" de Atención Primaria (AP) estaba centrada na calidade da AP médica e en torno a isto movilizáronse os médicos/as en todo o Estado Español durante 2006 e continúa a facelo no 2007: esixencia mínima de 10 minutos por consulta médica cun promedio de 25 pacientes diarios; para o cal considéranse imprescindibles un incremento de recursos humanos fundamentalmente médicos e diminución da burocracia.

Na Galiza creouse unha COORDINADORA formada polos sindicatos e organizacións profesionais, centrada nunhas reivindicacións predominantemente laborais, acompañadas dunha teórica melloría na calidade en AP mediante o incremento do acceso a probas diagnósticas e un acordo sobre aumento do número de médicos. Resultado deste plantexamento predominantemente sindical e dos propios plantexamentos da Consellería de Sanidade é o "DOCUMENTO PLAN DE MELLORA DA ATENCION PRIMARIA 2007-2011" (PM) no que se plantexa unha maior capacidade de resolución dos problemas de saúde no ámbito da AP que teóricamente se levará a cabo neste periodo.

As condicións actuais nas que desenrolamos a nosa actividade na consulta de AP son precarias. Cuestións abordadas no PM como melloras no acceso a probas diagnósticas ou na relación co nivel hospitalario son importantes a nivel xeral, pero para os médicos de familia concretos o problema máis frustrante radica en non poder realizar adecuadamente as actividades tecnicamente posibles que se supón debemos facer, debido, simplemente, á escasez de tempo, e sen que esta situación sexa oficialmente recoñecida pola Administración. Por iso, a primeira cuestión a abordar, se se pretende mellorar a asis-

tencia de forma realista, debería ser acomodar as actividades a realizar nas nosas consultas aos recursos disponibles, sendo fundamental o tempo disponible, intentando definir que actividades podemos facer nas condicións actuais. E, dende logo, calquera pretensión de mellorar a calidade da asistencia prestada e de aumento dos servizos ofertados á poboación está condenada ao fracaso se non se respecta esa regra básica de organizar e planificar as actividades a partir dos recursos disponibles.

Resulta claramente positiva a proposta de mellora na dotación de recursos materiais e no acceso ás probas diagnósticas, o que podería permitir unha maior capacidade de resolución en AP; pero isto exige un aumento do tempo actual dedicado á asistencia ao paciente. De non facelo así córrese o risco de empeorar a situación na que, de feito, xa nos encontramos e "morror de éxito" novamente: máis prevención, máis detección de patoloxía sumerxida, máis servizos ofertados a poboación... pero sen tempo para facelo e finalmente colapso, desmotivación e queime profesional.

O crecemento da burocracia centrada no médico é imparable e continuamente aparecen novidades, como os recentemente solicitados Certificados das Deputacións e Xunta para viaxar, non baseados en ningún criterio médico ou administrativo e os informes médicos de valoración que debemos facer asegún a nova Lei de Dependencia (por certo non esixido noutras Comunidades e que en Galiza supón un volumen considerabel xa que existen rexistradas 133.460 persoas con invalidez superior ao 65%).

Para conseguir a mellora da calidade da atención médica, considérase obxectivo esencial estratéxico pola PLATAFORMA 10 MINUTOS o dispor, como mínimo, de 10 minutos por consulta, polo que as resolucións básicas deberían haber resolto este problema mediante a drástica diminución do tempo do médico adicado á burocracia, incremento do número de médicos de AP e con profesionais de enfermaría de AP que tivese alta capacidade resolutive, sobre todo en prevención e control de crónicos.

Dirección para correspondencia:
Francisco Vázquez Troitiño. DOI 35233475
Centro de Saúde de Coruxo. Rúa José Rivas. 36331 VIGO
francisco.vazquez.troitinho@sergas.es

DEFICIENCIAS MÁIS RELEVANTES DETECTADAS NO PM

1. Burocracia

- Non se especifican as actividades burocráticas non directamente relacionadas coa calidade asistencial que deberían ser eliminadas do traballo médico e realizadas por persoal auxiliar baixo supervisión médica, tales como transporte sanitario, partes de renovación de IT, solicitude a Administración de documentos para a consulta: talonarios de recetas, etc, rexistro de códigos de enfermidades crónicas, cumplimentación de datos administrativos das carpetas... e isto a pesares de existir a figura do Persoal de Servizos Xerais no cal encadran perfectamente estas funcións (artigo 3 do Decreto 160/1996, do 25 de abril, "De configuración e introducción no Estatuto de persoal non sanitario de institucións sanitarias da Seguridade Social da categoría de persoal de servizos xerais").
- Non se garantiza o que o Persoal de enfermaría colabore activamente na renovación, control e prescrición de medicación á crónicas e mesmo se favorece que a colaboración desapareza ao centrar todo no sistema informático de prescrición polo médico. Tampouco se menciona a colaboración de enfermaría na solicitude de probas sistemáticas protocolizadas (analíticas, ECG, Espirometría...) para cumprimento dos Criterios Mínimos de Calidade nos Programas de Crónicos; nin nas interconsultas sistemáticas establecidas no Programa de Actividades Preventivas (Prevención de Ca xinecológico...).
- Non figura claramente que a Medicina Especializada fará as súas propias prescricións en receta oficial tanto na primeira consulta como en sucesivas para un periodo mínimo de 3 meses que é o que contempla a Lei (Instrucción 5/2006 de 24 de abril da Secretaría Xeral do Sergas, sobre Xestión da Dispensación Renovable. DOG 9-3-2006) e que só a AP excepcionalmente asumirá a renovación da prescrición e sempre despois de 3 meses da consulta do Especialista.
- Non se eleva a criterio de Norma que nunca AP realizará Follas de Interconsulta para as revisións de Especializada programadas por Especialistas ("consultas sucesivas").
- Tampouco contempla que é o especialista o que ten que prescribir o transporte sanitario, se se precisase, nestas consultas sucesivas de revisión (artigo 3.3 do anexo VIII do R.D. 1030/2006, do 15 de setembro "Polo que se establece a carteira de servizos os comúns do SNS e o procedemento para a súa actualización").
- Non se insta a receita de multiprescrición por un periodo mínimo de 6 meses nin se contempla que poderá ser complimentada por enfermaría baixo a supervisión do médico. Resulta difícil de entender esta demora cando nas últimas Xornadas da Agamfec do 20 -21 abril púxose de manifesto que este sistema xa está funcionando en Andalucía con posibilidade de prescrición anual.

- Non se insta definitivamente un modelo único e simple de certificado de saúde que sexa reeditable e que sirva como documento a todas as institucións (Xunta, Imsero...).

Todo indica que a burocracia vai estar cada vez máis centrada no médico e está demostrado que a informatización (aínda que se "vende" que resolve a burocracia) non significa necesariamente diminución da mesma. Incluso pode ser todo o contrario, tal como demostra o estudo publicado na Revista de Xaneiro de 2007, "Cadernos de AP" por J. Quintana e J.M. Gonzalez no que se demostra un incremento de 75 minutos diarios no tempo adicado á precrición informatizada mediante IANUS en relación co sistema de bacaladeira. É dicir, máis tempo adicado á burocracia que antes e polo tanto menos á atención médica do paciente. O plantexamento implícito de menor implicación da enfermaría na renovación da prescrición e a redución a simple desexo da posibilidade da multiprescrición agravará o problema co que teremos garantizado un menor tempo para cada consulta e paciente aínda que existise un incremento de recursos humanos.

2. Aumento de recursos medicos de primaria

- Nº de Tarxetas Sanitarias: Aínda que se pon como horizonte cupos médicos de 1.500 TIS por médico, non ten en conta que a poboación maior consume moitos máis recursos sanitarios; isto implica que os cupos con proporción importante de persoas de 3ª idade orixinarán unha sobrecarga laboral médica. Un Nº de TIS horizonte axustado de forma que cada persoa-paciente maior de 65 anos equivala a 2 TIS, permitiría un reaxuste dinámico e continuado dos cupos e así distribuír as TIS de forma moito máis equitativa que un nº rixido. Cabe resaltar que en Galiza o 22% da poboación (598.247 persoas) é maior de 65 anos.
O nº de prazas ofertadas para médicos/as de AP na OPE de Galiza (142) resulta alarmante comparado coas 1.027 convocadas en Andalucía ou as 237 convocadas en Canarias.
- Non existe compromiso de Oposición e Concurso anual de traslados para médicos e enfermaría de AP para facilitar así o reaxuste continuo de cupos e redistribuír os recursos existentes en Galiza (mesmo en localidades con escasa poboación compartir o profesional con outra próxima). Non se favorece así a incorporación de profesionais nin o regreso dos emigrados a Portugal nin a incorporación dos de outros países.
- Non se convocan as numerosas prazas dos Puntos de Atención Continuada (PAC) o cal fará que este servizo fagocite a todo profesional recén especializado en Medicina de Familia que non teña praza definitiva; desaparecerá, na práctica, a posibilidade de calquera substitución. Dados os escasos recursos médicos previsibles nos próximos anos posiblemente o persoal dos Equipos teña que asumir boa parte deste traballo. Ao non convocar prazas definitivas e específicas para os PAC potenciase a provisionalidade destes profesionais; perde-

se a oportunidade de atracción dunha praza fixa e ter persoal altamente cualificado. Isto resulta incomprensible, sobre todo nos PAC con sobrecarga de traballo onde o persoal de Equipos dificilmente poderá asumir este traballo sen menoscabo do traballo co propio cupo. Paralelamente o SCS en Canarias acaba de convocar 79 prazas específicas de Urxencias extrahospitalarias para médicos de Familia (BOC 8 xuño).

- Non se cuantifica o incremento de prazas de MIR de Medicina Familiar.

3. Problemática da enfermaría de AP

Os médicos/as xa teñen, e no futuro terán, que asumir máis traballo no control de crónicos, que podería asumir unha enfermaría cualificada; pero a enfermaría que na actualidade chega a AP, maioritariamente procede dos hospitais a través dun concurso de traslado xeral previo, preparada para outros cometidos pero sen adestramento e cualificación nos campos "estrela" da AP: control continuado de pacientes crónicos, seguimento de inmobilizados, programa de actividades preventivas (PAPPS), actividades comunitarias etc en AP. Arguméntase, por parte de algúns que será preciso ter Especialidades de Enfermaría para diferenciar as Oposicións e Concursos de Enfermaría de AP e de Especializada. Este argumento non é real xa que o posto de traballo é diferente da formación académica e ademais historicamente existiron separadas Enfermaría de Primaria (APD e Enfermaría de Institucións Abertas diferenciadas da Enfermaría de Especializada/ Institucións Pechadas) sen que existiran espacialidades previas. Sí existían Oposicións (Temarios e exames específicos) e Traslados separados. Tamén no pasado recente creouse o corpo de PSX (persoal de servizos xerais) mediante un Decreto e non porque existise unha carreira ou especialidade senón porque se precisaba. Corrobora esta idea a recente convocatoria en Canarias de 79 prazas de enfermaría específica de urxencias extrahospitalarias (BOC 8 xuño).

Se non se resolve este problema a capacidade resolutive do médico para a súa labor de prevención, diagnóstico e tratamento estará limitada polo escaso tempo que lle reste do control continuado dos cada vez máis numerosos pacientes crónicos.

4. Actuación sobre os usuarios

Non se contemplan programas de educación sanitaria e de medicina comunitaria que intenten potenciar a responsabilidade no consumo de recursos médicos por parte dos usuarios e mellorar a súa autonomía nos autocoidados da saúde, promocionando estilos de vida saudables (dieta, tabaco, exercicio...).

5. Ecesidade de psicólogos e traballadores sociais

Non se valora a necesidade de incorporar aos psicólogos clínicos na AP, tendo en conta o enfoque biopsicosocial dos problemas de saúde dos usuarios do sistema. E isto a pesares de que a carencia de médicos/as debía levar a recurrir a estes profesionais capacitados.

Por estes motivos no Reino Unido tense contratado por centos recentemente para SNS. Aquí destináronse recursos a contratación de farmacéuticos cuia mellora na Calidade está por demostrar.

Os psicólogos clínicos son profesionais demandados mesmo pola poboación para resolución de problemas psicolóxicos leves ou moderados. Até agora precísase unha derivación previa aos psiquiatras das Unidades de Saúde Mental. Son profesionais mellor adestrados para dirixir as terapias grupais dos pacientes con patoloxía crónica relacionadas con modificación de estilos de vida (obesos, diabéticos, fumadores.....). Estas terapias grupais combinadas co tratamento médico ten demostrado ser moi eficientes.

A disponibilidad actual dos traballadores sociais e moi limitada (comparten a súa actividade entre varios centros de saúde ou incluso varios SAP, co consecuente deterioro das súas expectativas profesionais e mesmo da poboación atendida). Coa posta en marcha da lei de dependencia contratáronse algúns máis pero só realizan labores de información e asesoramento relacionado con esas axudas, sen que pareza preverse a súa "recolocación" para realizar tarefas xerais.

CONCLUSIÓNS

1. Co PM a calidade da AP en Galiza pode mellorar nos próximos anos naqueles escasos centros de saúde con recursos suficientes, como algúns centros docentes con MIR ou centros con cupos reducidos.
2. Co PM a calidade da AP na maior parte de Galiza deteriorarase, fundamentalmente por:
 - a. Non se presta suficiente atención á regra básica de correspondencia entre as actividades a realizar e os recursos disponibles (básicamente o tempo de consulta)
 - b. O aumento de expectativas na poboación e o avance do coñecemento médico incrementarán as actividades clínicas a realizar cunha esixencia de maior calidade.
 - c. O persoal médico adicará unha boa parte do seu escaso tempo, necesario para os pacientes, a labores burocráticos.
 - d. Existirá unha carencia progresiva de médicos para asumir con garantías de calidade os traballos en AP e PAC.
 - e. A enfermaría que ocupe prazas en primaria estará adestrada para outros cometidos diferentes dos que desempeña en AP e polo tanto o médico terá que asumir a maior parte do traballo de control de crónicos.
 - f. Por todo o anterior, a actual situación de falta de tempo na consulta non mellorará, e aínda poderá empeorar, polo que o médico de familia traballará baixo presión e acabará "queimado."

As posibilidades da mellora da AP son impresionantes pero se non se planifican a partires da mellora real nas condicións asistenciais das

nosas consultas, nunca as apreciaremos como realistas nin poderemos esperalas con confianza.

Polo tanto, apelamos aos máximos responsables da Consellería de Sanidade para que desenrolen novas estratexias, con gran coraxe, de forma que os propósitos do plan poidan ter un cumprimento e non

se desenvolvan como una mera operación de marquetin que des-
emboque, a medio prazo, nun maior desencanto profesional.

Neste camiño poden estar seguros que contarán cos que sempre nos movemos pola calidade do noso traballo e do servizo a poboación de Galiza.