

# Organización de la Atención Primaria

Jesús Sueiro  
Vicepresidente de AGAMFEC

Cad Aten Primaria  
Año 2008  
Volumen 15  
Pág. 177-179

Este artículo es el resumen, hecho con mayor o menor éxito, de las aportaciones realizadas en 4 mesas abiertas de discusión sobre el tema que le da título en las jornadas de otoño organizadas por nuestra sociedad. En estas cuatro mesas participaron los facultativos abajo reseñados y se siguió un método participativo y de consenso con un guión previo meramente orientativo y con una posterior puesta en común que trató de volcar y unir las ideas de todos los médicos participantes. Espero que todos puedan ver su grano de arena y, al mismo tiempo, se vean identificados con el contenido global. Si así es me sentiré satisfecho si no, pido disculpas y espero que nos aporten en Cadernos sus sugerencias para que siga el debate.

## MARCO LEGAL

Parece obvio, y así se manifestó en todos los foros de debate, que el actual marco normativo que regula la atención primaria ordinaria (Decreto 200) y la atención de las urgencias (Decreto 175) han quedado obsoletos y totalmente sobrepasados por los acontecimientos y que se ha moldeado una nueva realidad a golpe de conflictos y acuerdos sindicales puntuales como respuesta a los mismos, sin haberse parado a pensar en un horizonte claro y sostenible para la organización de la atención primaria gallega de los próximos años. Lo que no está claro, o por lo menos no hay unanimidad, es si es ventajoso crear una nueva ley que pueda seguir la misma historia que sus predecesoras, aunque podría dar una mayor seguridad jurídica a los profesionales de cara a conflictos con la administración. Pero sí hay que poner de manifiesto que las propuestas que aquí se hacen no colisionan con ninguna normativa y son, así mismo, compatibles con nuestro modelo contractual estatutario que, entendemos, debe ser el modelo general de nuestra comunidad, sin perjuicio de que se puedan y deban realizar experiencias de autogestión.

Propugnamos también una OPE única para A.P, incluyendo tanto los dispositivos de urgencias como de atención ordinaria. El sistema retributivo actual debe sustituir el complemento de cartillas por las TIS con mayor ponderación por grupos de edad para adaptar las retribu-

ciones de la mejor manera posible a las características del trabajo desempeñado. Las retribuciones de los médicos de los dispositivos de urgencias deberían ser similares a las de los de jornada ordinaria, contemplando como complementos la turnicidad y el trabajo en horas nocturnas y en festivos. Es necesario incentivar la realización de guardias en el personal de las unidades incrementando la cuantía pagada por hora de guardia, con mayor retribución de la hora nocturna y de fin de semana.

Es posible que, dados los cambios demográficos y en las comunicaciones, haya que pensar de nuevo la definición y límites de las áreas de salud y aunque nadie se decida a cambiar la ineficiente organización municipal (con un 25% de los ayuntamientos con menos de 2.000 habitantes y en caída) las delimitaciones no deben mimetizar necesariamente las fronteras de los ayuntamientos, sino en función de la asignación eficiente de recursos basada en la población y sus peculiares flujos de comunicación.

A pesar de que da un poco de vergüenza ya recordarlo, seguiremos insistiendo en la unificación de toda la Atención Primaria con la integración definitiva de los APD y médicos de cupo en las unidades con las mismas funciones y deberes que los médicos de familia.

## ÁMBITO DE COBERTURA. JORNADA. HORARIOS

Descartada la jornada ordinaria de tarde tal como hoy la conocemos (de 14-15 a 21-22 horas), tanto en unidades específicas como en "horario deslizante", la propuesta que defendemos es una cobertura horaria en centro urbanos o de cabecera de comarca (sede física del Servicio de Atención Primaria) de 8 a 20 ó incluso 22 horas con agendas de los profesionales y horarios flexibles, pero con predominio de mañana. Esto se traduce en que, como base, el horario profesional es de 8 a 15 con uno ó dos días de 10 a 17; 11 a 18, ó como máximo en zonas de mucha actividad laboral (las grandes ciudades de Galicia), de 12 a 19. No parece sensato ofrecer mayor accesibilidad para la atención ordinaria y la situación actual sólo responde a una visión muy funcional de la organización sin tratar de

buscar una conciliación necesaria y factible entre la oferta a la población de servicios sanitarios y una mínima calidad de vida de los profesionales que la desempeñan. Las unidades y consultorios dependientes de esa cabecera de comarca tendrán únicamente jornada de mañana.

El Servicio urbano y la cabecera de comarca tendrán un médico de guardia hasta las ocho o diez de la noche que será realizada de manera obligada y rotatoria entre todos los profesionales del servicio, lo que no debe suponer más de una o dos guardias mensuales, dado que hablamos de dar cobertura a una población de 20-25.000 personas (15 a 20 médicos de familia) Esto dará coherencia y reforzará al Servicio de AP como centro de referencia y nivel superior de gestión en la organización sanitaria.

La urgencia nocturna, de fin de semana y festivos se ofertará voluntariamente a los profesionales con una retribución por hora mayor que la de tarde laborable. Si no puede cubrirse este tramo con la voluntariedad de los profesionales, se contratarán refuerzos que no deberán estar en esta circunstancia más de 2-3 años antes de pasar a jornada ordinaria.

Entendemos que este cambio organizativo liberará recursos hoy dedicados a la urgencia que pasarán a dedicarse a la atención ordinaria, incrementándose con los procedentes del cierre de un porcentaje de PAC, que estimamos en torno al 25%, cuya escasa actividad o proximidad a otro dispositivo no justifique su continuidad. Esta última medida pasa por la pérdida de decisión municipal en la organización sanitaria.

También hay cada vez más defensores de volver a la denominación de estos puntos como "de urgencias" por la ambigüedad que supone la denominación de atención continuada y la posible utilización de estos dispositivos como consulta ordinaria, aunque ojalá todos los problemas se solucionasen con cambios de denominación...

Para completar este cuadro es imprescindible una reconversión del 061 en un auténtico recurso asistencial a la emergencia con personal altamente especializado en la atención al paciente crítico y la supresión de su función de consultoría telefónica que no creemos que aporte gran cosa a la población. Sin embargo no debe ser una imagen del siglo XXI movilizar a un médico de cabecera con su malefín para atender a un politraumatizado en la AP 9 o a una parada cardiaca en plena vía pública.

## ORGANIZACIÓN INTERNA

Defendiendo y respetando la autonomía de los centros, se considera por parte de la mayoría de los ponentes que debiera existir un reglamento de funcionamiento interno común para todos los servicios, así como una carta de derechos y deberes de los usuarios. Desde la administración se deben tomar medidas encaminadas a

disminuir la burocracia, como la receta electrónica y la adecuada reconversión de la gestión de la IT basándose en decisiones y parámetros clínicos. Las gerencias deben poner más medios para garantizar la investigación y la realización de estudios multicéntricos, creando una auténtica red investigadora de ámbito gallego.

Se potenciará la realización de evaluaciones y autoevaluaciones con indicadores de resultados en salud así como la certificación externa de la calidad de los centros

Las ideas aportadas para los estamentos profesionales se exponen seguidamente:

## MEDICINA DE FAMILIA

Habrà una cartera de servicios mínima para toda la comunidad, con implicaciones retributivas en su mejora y ampliación por parte de los profesionales y servicios. También contemplamos la ampliación de jornada para determinadas actividades (por ejemplo: programa de deshabituación del tabaquismo) o utilización de ciertas tecnologías (ecografías,...) con su debida retribución. La atención domiciliaria y cuidados paliativos son básicos para la Atención Primaria, sin descartar la creación, en el marco de la atención primaria, de unidades de apoyo para estos cometidos

Defendemos la potenciación de la figura del Jefe de Servicio dado su papel insustituible para la adecuación de una herramienta, como es el contrato-programa, a las características y circunstancias de su centro, tratando de reconvertir un modelo basado en la transposición vertical de directrices emanadas desde las distintas direcciones generales, hacia un verdadero contrato con los usuarios, auténticos destinatarios y protagonistas del mismo; y, aunque con detractores, se acepta que pueda ser de cualquier categoría profesional. Es deseable una cierta liberación de su labor asistencial para cumplir con su difícil cometido, incluyendo en ello la relación y conocimiento de la realidad social a la que se presta servicio.

La gestión de la cobertura de ausencias debe ser realizada en su mayor parte, una vez dimensionados los cupos adecuadamente, desde el propio servicio, dando amplia autonomía a la jefatura para su gestión eficaz.

## ENFERMERÍA

Defendemos la especialidad de enfermería de atención primaria como única vía de acceso de esta categoría profesional, estableciéndose un periodo transitorio para las profesionales de especializada que quieran trasladarse previa realización de un reciclaje a cargo del SERGAS.

Es necesaria la jefatura de enfermería en todas las unidades y servicios para velar por la calidad del servicio y la formación continua imprescindible para la carrera profesional de este colectivo.

La organización de enfermería podría hacerse de un modo mixto:

- Centrada en el cupo para aquellas actividades relacionadas con la educación sanitaria y promoción de la salud
- Por agendas de competencias profesionales en el resto: agenda de técnicas, domicilios, paliativos, Sintrom,...

El horario de enfermería deberá superponerse de manera flexible al de medicina de familia para procurar una presencia próxima al 1:1, aunque siempre teniendo en cuenta la especial importancia del programa de atención domiciliaria para enfermería.

### **ADMINISTRATIVOS**

Urge la creación de una verdadera área administrativa que asuma una mayor carga de trabajo, desde la IT, a la citación, informes, rece-

tas, etc. lo que traería consigo una adecuación de las plantillas a estos nuevos cometidos y asumiendo una parte protagonista en el contrato-programa que se establezca entre la gerencia y el centro, con incentivos proporcionales a su categoría profesional.

### **PARTICIPANTES**

Basadre Orozco, González Paradela, Pérez Cachafeiro, Rey García, Puime Montero, Timiraos Carrasco, Iglesias Losada, Tellado González, Blanco Ramos, Eiroa Patiño, Gallego Valdeiglesia, Do Muiño Joga, Sueiro Justel, Vaquerizo García, Rodríguez Estévez, Pinin García, Castaño Carou, Mosquera Nogueira, Pardo Teijeiro, Geremias Carnero, Castañal Canto, Nieto Pol, Martín Miguel, Vázquez Troitiño, Fernandez Merino, Bugarin González, Ferreira Bouza, García Soidan, Maestro Saavedra, González Rey, Molina Poch