



3.- Consideracións

3.- CONSIDERACIÓNS

1.- Actualmente, o **gasto sanitario da Comunidade Autónoma de Galicia** non presenta uns rasgos cuantitativos moi diferentes do realizado en España ou nos demais países da Unión Europea, segundo reflicten os principais indicadores estatísticos internacionais. Non obstante, hai que ter en conta que, por mor do menor PIB *per cápita* en España e en Galicia respecto a outros países máis desenvolvidos, o gasto sanitario por persoa é menor.

2.- Como se pon de manifesto por unha análise de descomposición factorial realizada no presente informe, os datos parecen confirmar que, no período 1980-1996, a evolución rexistrada polo gasto sanitario público en Galicia estivo marcada por **dúas etapas distintas**, que se identifican por un cambio significativo na importancia relativa dos factores considerados na determinación desa evolución.

No primeiro período, que comprende desde 1980 a 1986, o gasto sanitario público nominal aumentou, aproximadamente, a

un ritmo do 13,1%, expresado en taxas anuais de crecemento acumulativo. Dese aumento, 11,25 puntos producíronse por un proceso de crecemento dos prezos e o resto, principalmente, pola ampliación da taxa de cobertura sanitaria.

No segundo período, que vai de 1987 a 1996, o gasto público nominal aumentou a un ritmo de case o 14%, expresado tamén en taxas anuais de crecemento acumulativo. Neste caso, o compoñente principal á hora de explica-la evolución do gasto sanitario público pasou a se-la prestación real media, cunha participación de 6,6 puntos porcentuais, mentres que a participación dos prezos reduciuse ata representar 5,5 puntos porcentuais. Finalmente, a contribución ó crecemento do gasto público sanitario polo comportamento do factor demográfico representativo da poboación maior de 65 anos foi significativa, cunha participación de 2,86 puntos porcentuais.

Esa grande sensibilidade actual da evolución do gasto sanitario público respecto á

prestación real media implica que o factor de utilización adquire unha importancia decisiva. En concreto, prevese un protagonismo significativo das liñas de acción relacionadas coa adecuación dos elementos seguintes:

- a) a capacidade de resolución do sistema sanitario á hora de selecciona-las alternativas asistenciais dispoñibles ó menor custo posible;
- b) o nivel de frecuentación dos servizos sanitarios;
- c) a optimización da intensidade dos cuidados asistenciais e/ou da intensidade relativa da tecnoloxía utilizada por episodio asistencial e
- d) a renovación de tecnoloxías con distinto alcance nos aspectos relacionados coas capacidades de tratamento.

3.- Unha debilidade estrutural importante do modelo de financiación da sanidade autonómica, malia o automatismo que proporciona, é a **alta vinculación** do mesmo **coa cifra relativa de poboación**. Isto significa que non se consideran aspectos tan importantes da realidade galega como son a dispersión e o envellecemento da poboación e outros indicadores que permitan resolver os desequilibrios históricos na nivelación de servizos co fin de obter a suficiencia financeira para atender os gastos reais derivados da evolución demográfica.

O proceso para establecer esa cifra relativa de poboación incorpora significativos elementos de discrecionalidade na determinación dos recursos finais de cada comunidade, que pode facer necesaria a celebración de negociacións adicionais, fóra do modelo, sobre a concreción definitiva das transferencias financeiras que den axeitada resposta á situación sociosanitaria da Comunidade Autónoma de Galicia.

En concreto, o descenso da poboación de dereito en Galicia fai que o coeficiente de participación do Sergas nos presupostos do Insalud pase do 7,03% en 1997 ó 6,91%

en 1998, por mor da aplicación do novo sistema de financiación aprobado para o período 1998-2001.

4.- Dunha maneira similar a como está a suceder nos países desenvolvidos do noso entorno máis próximo, no sistema sanitario público de Galicia se aprecia que a adopción de liñas de actuación e a posta en práctica de medidas de reforma do seu sistema de saúde están orientadas, preferentemente, á **consecución dos obxectivos** seguintes:

• Mantemento do criterio de equidade.

Con este criterio preténdese que tódolos cidadáns teñan acceso individual e igualitario á asistencia sanitaria pública, que é un dereito contemplado pola Constitución e maila Ley General de Sanidad. Isto deberá concretarse na garantía de accesibilidade dunha mesma oferta *per cápita* de prestacións sanitarias e tratamentos, que contarán cunha financiación pública determinada en función das necesidades de saúde, independentemente do nivel de renda.

• Contención de custos. Con este obxectivo preténdese que os servizos sanitarios consuman unha cantidade apropiada de recursos económicos, calculada como unha ratio do produto interior bruto de Galicia.

• Búsqueda de eficiencia micro-económica. Con este obxectivo se pretende compaxina-la obtención dos máximos estándares de calidade dos servizos e de satisfacción dos cidadáns-consumidores ós mínimos custos posibles.

5.- Os principais problemas de saúde na Comunidade de Galicia corresponden cos problemas das sociedades desenvolvidas, caracterizadas polo envellecemento da poboación, a contaminación medioambiental, os desprazamentos masivos desde os núcleos dormitorio aos centros de traballo e uns patróns de morbilidade e mortalidade nos que predominan as enfer-

midades específicas deste tipo de sociedades.

Os datos representativos da evolución da mortalidade indican que as enfermidades cardiovasculares, os tumores pulmonares —no caso dos homes— e os de mama —nas mulleres—, as enfermidades respiratorias, as enfermidades dixestivas e os accidentes de tráfico constitúen os principais problemas de saúde desde unha perspectiva da mortalidade xeral.

6.- En atención primaria tense mellorado notablemente a capacidade técnica dos profesionais sanitarios, ampliáronse os horarios de traballo dos facultativos, incrementáronse os tempos de consulta por paciente e realizáronse esforzos para defini-la carteira de servizos e as normas técnicas básicas.

Así mesmo, incrementouse substancialmente o número de centros de saúde, así como os equipos de atención primaria e a porcentaxe de cobertura da poboación proxima.

Sen embargo, malia eses logros, a atención primaria segue a ser en Galicia un área de insuficiente desenvolvemento. O propio Sergas recoñece que a aplicación dos cambios recollidos no Decreto 200/1993, de ordenación da atención primaria en Galicia, e o Decreto 172/1995, de aprobación do Plan de Urgencias, realízase con certo retraso en comparación co resto de España —en 1997, os profesionais integrados na nova estrutura en Galicia eran o 60,2% do total, fronte o 78% da media española—.

Para avanzar neste terreo, é imprescindible continua-las accións encamiñadas a paliar os efectos da dispersión xeográfica dos recursos, incrementa-las apoios técnicos entre profesionais, mellora-la dotación de tecnoloxía dispoñible fóra das cidades e asegurar unha atención eficiente á urxencia.

Só así poderá conseguirse que no nivel

de atención primaria se resolva a maior parte da problemática sanitaria, tanto no que se refire ás cuestións asistenciais como ás preventivas, e organizativa-xerencial, contando cos profesionais de atención primaria para a contención do gasto farmacéutico, para que a mención primaria sexa resolutiva e evite a derivación innecesaria de pacientes ós hospitais ou para impedi-la saturación dos servizos de urxencia por parte dos usuarios.

Os instrumentos básicos de actuación na reforma da atención primaria son os seguintes:

- a) profundizar na autonomía da atención primaria das áreas sanitarias potenciando a participación e implicación dos profesionais na xestión;
- b) flexibilizar e optimiza-la distribución temporal dos dispositivos da atención primaria para potencia-la súa accesibilidade;
- c) integrar como obxectivos ordinarios da actividade dos centros de atención primaria os elementos relacionados coa calidade e co consumo racional de recursos;
- d) potencia-las funcións do personal de enfermería e introducir novos perfís profesionais de apoio á atención primaria;
- e) facer posible que as áreas de atención primaria podan actuar como “demandantes” de servizos en atención especializada. Neste senso, poden ensaiarse novas formas de xestión que supoñan unha asignación presupostaria ás áreas de atención primaria para o financiamento dos servizos que demanden da atención especializada.

7.- No que se refire á **atención especializada**, introducíronse numerosas ferramentas de xestión pero, por mor dunha tradición de xestión centralizada e das restricións existentes no marco legal, continúa existindo unha capacidade de xestión limitada, especialmente acusada, entre outras, nas áreas de persoal, provedores, equipamentos, xestión de tesourería e contabilidade.

Durante o período estudado, os principais rasgos característicos deste nivel asistencial foron os seguintes:

- a) un aumento do rendemento da área de hospitalización;
- b) un incremento da actividade de consultas externas, derivado do aumento na frecuentación das consultas;
- c) un notable crecemento da actividade de urxencias hospitalarias, como unha consecuencia do incremento na frecuentación do dito servizo e
- d) unha diminución no número de cidadáns mantidos en lista de espera para ingreso hospitalario. Esta diminución non puido acadarse nas listas de espera das probas diagnósticas.

No período de estudo, as actividades que maior desenvolvemento tiveron foron a cirurxía maior ambulatoria e/ou de corta estancia. Tamén teñe incrementado claramente a súa importancia o desenvolvemento de actividades como a coordinación con centros sociosanitarios, a hospitalización de día e a cirurxía menor ambulatoria.

Os instrumentos básicos de actuación para melloralas atención especializada son os seguintes:

- a) orientación cara ó paciente, co obxecto de evitar esperas e traslados innecesarios, melloralos aspectos de hostelería dos hospitais, facilitando ó acompañamento e mellorando os sistemas de información, impulsa-las modalidades de prestacións sen ingresos e incrementa-la atención domiciliaria;
- b) mantemento das accións permanentes sobre as listas de espera, co obxecto de conseguir tempos de espera razoables para cada técnica diagnóstica o terapéutica;
- c) mantemento das accións permanentes sobre o control das infeccións nosocomiais, co obxecto de consolidar unhas ratios razoables nestas actividades;
- d) potenciación dos sistemas de información, investigación e docencia;

e) potenciación da participación e implicación dos profesionais na xestión;

f) actualización e adecuación dos recursos humanos e materiais dos hospitais, como elementos básicos que definen a viabilidade dos centros e

g) flexibilización e optimización da distribución temporal dos dispositivos de atención especializada para potencia-la súa accesibilidade.

8.- Atención sociosanitaria. Tanto a atención primaria como a atención especializada vense na obriga de realizar diversos servizos e prestacións debido tanto a unha asistencia domiciliaria insuficiente como á existencia de lagoas legais na nosa política de benestar social. Os casos máis rechamantes prodúcense, na atención especializada, coa ocupación de camas de agudos por parte de enfermos crónicos, que, claramente, non deberían estar atendidos en ese nivel asistencial.

Unha posible solución a ese respecto é que, como sucede nos países escandinavos, a asistencia domiciliaria poidera ser transferida ós municipios. Cómpre promoverlo debate e o estudo sobre as actuacións do sector público e do sector privado na prestación dos servizos sociosanitarios, que, en todo caso, deben garantirlos principios constitucionais de equidade, eficiencia e economía na atención sociosanitaria.

9.- A área sanitaria considérase como o marco territorio-poboacional onde se integran e se coordinan os recursos dos diferentes niveis asistenciais, financiados publicamente, á fronte do cal debe constituírse unha autoridade sanitaria responsable de garantir a equidade e a calidade da atención integral e continua á poboación, con criterios de participación social.

A mellora continua do programa de tarxeta sanitaria constitúe un instrumento fundamental para o desenvolvemento dos procedementos de xestión da área sanitaria.

10.- As liñas de actuación sobre a **prestación farmacéutica** pretenden mante-la calidade nos bens obxecto da prestación e controlar o gasto farmacéutico. Para avanzar positivamente nesta relación, e tendo en conta que as listas de fármacos excluídos non son un procedemento con capacidade suficiente para conter, por si só, ese gasto, parece conveniente recomendar a continuidade e o perfeccionamento dos instrumentos seguintes:

- a) promover aínda máis o uso racional dos medicamentos, formando ó persoal sanitario e facendo que a información sexa comprensible para os usuarios;
- b) fomentar a prescripción de medicamentos xenéricos e a información sobre prezos de referencia;
- c) impulsar a elaboración de instrumentos que axuden á prescripción e ó consumo racional de recursos e
- d) potenciar os sistemas de información exhaustiva tanto do perfil fármaco-prescriptor dos facultativos como dos consumos particulares dos usuarios.

11.- A demanda de asistencia sanitaria pública que é cuberta na actualidade, mediante financiación pública, coa provisión e produción complementaria de servizos sanitarios por parte do **sector sanitario privado** acadará o 7% do gasto sanitario público da comunidade autónoma. Coa colaboración do sector sanitario privado, o sistema público consegue absorber os excesos de demanda de asistencia sanitaria pública sobre a oferta de provisión e produción pública existente.

Considérase necesario articular mecanismos de acreditación que faciliten a avaliación da calidade asistencial do sector sanitario privado concertado e a transparencia dos indicadores cuantitativos e cualitativos dos distintos servizos sanitarios prestados, de xeito que sexa posible a súa comparación co sector público, a súa racionalización e a súa mellora.

12.- Asumindo a necesidade de introducir cambios nos sistemas de organización e

xestión dos dispositivos asistenciais que, preservando os principios de equidade e calidade da oferta sanitaria pública, signifiquen melloras na eficiencia e na lexitimación social (eficacia social) do propio sistema sanitario público diante dos cambios culturais, sociais e económicos da sociedade, considérase que a implantación ou funcionamento das **novas formas de organización e xestión** deberían garantir os seguintes requisitos:

- a) manter o carácter de servizo público;
- b) coherencia co entorno da área sanitaria onde se integren, cos seus fins e cos seus procedementos de avaliación e control público;
- c) non xeralizar a implantación das actuais experiencias destas novas formas de organización e xestión sen un exhaustivo seguimento e avaliación, comprobando se están a cumprir cos obxectivos para as que foron establecidas.
- d) desenvolvemento e aplicación do marco xurídico básico estatal e da Comunidade Autónoma, como garantía de equidade e transparencia da súa xestión.

13.- Considérase necesario que os **consellos sociais das áreas sanitarias** sexan os órganos de conexión entre as instancias sanitarias e as necesidades e demandas da sociedade que as sustentan e ás que aquelas deben servir. Os ditos consellos deberán configurarse como órganos colexiados sanitarios que garantan a participación da sociedade galega no sistema sanitario público.

As funcións dos consellos sociais das áreas sanitarias deben abranger desde a verificación da adecuación das actuacións de ditos dispositivos na área de saúde ás directrices da política sanitaria ata o estudo dos problemas específicos da mesma, co fin de lexitimar socialmente a actuación do sistema sanitario público.

14.- O sistema sanitario público, como instrumento de garantía do dereito constitucional e subxectivo á protección da saúde e o seu desenvolvemento actual a través da Ley General de Sanidad, forma parte fundamental das políticas de protección social e está sólidamente enraizado no noso acervo cultural e na nosa estrutura económica e social.

As necesarias adaptacións do sistema sanitario público ás diferentes situacións históricas (económicas, sociais e culturais), para seguir mantendo a súa lexitimidade no cumprimento dos principios constitucionais de equidade, eficiencia e economía, deben instrumentarse a través do pacto social e do consenso político. ■