

Atenció Primària en l'era post-COVID

revolució per a la
transformació



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

biblio III
capçalera

03



Informes CAMFiC /03 Projecte de maquetació coordinat per la vocalia de comunicació de la CAMFiC.

(C) Copyright Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

Barcelona, 2021.

Tots els drets reservats. Queda prohibida la reproducció total o parcial del material del present Document pels drets de propietat intel·lectual, el seu ús de qualsevol forma, per qualsevol mitjà, ja sigui electrònic o mecànic, incloent fotocòpies, enregistraments, transmissions, o qualsevol altra sistema d'emmagatzematge i recuperació d'informació, sense el permís explícit i per escrit de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).



continguts

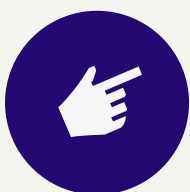
1	Redactors	05
2	Justificació	06
3	Preguntes	07
4	Dades de filiació	09
5	Sentiments durant la pandèmia	11
6	Agendes de treball	12
7	Els metges/ses de família i l'Equip d'Atenció Primària	13
8	L'Equip d'Atenció Primària i la seva composició	14
9	L'Atenció Primària i el sistema sanitari	15
10	Elements Clau	18
11	Bibliografia webgrafia	28



Us convidem a la revolució per a la transformació

És un fet contrastat que la sindèmia (més que pandèmia) de la COVID19 ha provocat canvis globals, també a l'atenció primària de salut. Ens hem replantejat prioritats i hem accelerant canvis que estàvem introduint tímidament. Ara, un any després, amb molt aprenentatge acumulat i el desig de dibuixar un full de ruta amb el que avançar, volem presentar aquest document que té dues parts ben diferenciades: la primera part recull els resultats d'una enquesta a 1051 metges de família sobre com ha de ser l'Atenció Primària en la era post-COVID, i una segona part amb una proposta de 15 elements claus fruit de l'enquesta i de la reflexió d'aquesta Junta que vol convidar a la revolució. Revolució per transformar-nos, per aconseguir ser el que som, el que estem cridats a ser.

Mònica Solanes i Esther Limón



Posicionaments CAMFiC



Actualitat CAMFiC



Biblioteca CAMFiC



espai COVID CAMFiC

1/ Redactors

Direcció del document

Dr. Antoni Sisó Almirall
President de la CAMFiC

Dra. Esther Limón Ramírez
Tresorera de la CAMFiC

Dra. Mònica Solanes Cabús
Vocal primera de la CAMFiC

Dr. Eugeni Paredes Costa
Vocal de Lleida

Redactors

Dr. Josep Basora Gallisà
Vicepresident primer de la CAMFiC

Dr. Jordi Mestres Lucero
Vicepresident segon i vocal de comunicació de la CAMFiC

Dra. Iris Alarcón Belmonte
Secretària de la CAMFiC

Dra. Irene Vezanzones Guanyabens
Vicesecretària de la CAMFiC i vocal de Girona

Dra. Laura Conangla Ferrín
Vocal segona de la CAMFiC

Dr. Xavier Cantero Gómez
Vocal de l'Anoia

Dr. Juan J. Montero Alia
Vocal del Maresme

Dra. Anna Rodríguez Ferré
Vocal d'Osona

Dr. Francisco Martín Lujan
Vocal de Tarragona

Dra. Rosa Ripollès Vicente
Vocal de les Terres de l'Ebre

Dra. Montserrat Baré Mañàs
Vocal del Vallès Occidental

Dra. Montserrat Castellet Sala
Vocal del Vallès Oriental

Dr. Marcos Sánchez Sánchez
Vocal de Residents de la CAMFiC

Dra. Yolanda Ortega Vila
Vocal de Formació i Docència de la CAMFiC

Dr. Joan J. Cabré Vila
Vocal de Recerca de la CAMFiC

Dra. Sònia Moreno Escribà
Vocal d'Innovació de la CAMFiC



2/ Justificació

La irrupció de la COVID-19 va forçar una adaptació en l'organització de tots els centres d'Atenció Primària (AP) (1). La necessitat de reduir el risc de contagi ens va obligar a desmassificar els centres i recórrer a un primer contacte telefònic o virtual (2), a partir del qual el facultatiu determinava el recurs més adient per resoldre cada necessitat: cita presencial, domicili o resolució telefònica. Amb el desconcert aliè i el propi hem posat en valor coses quotidianes, que semblaven senzilles, com atendre als pacients en consulta per l'estudi de nous problemes de salut o per descompensacions de patologia.

Haver afrontat una pandèmia ens ha canviat a nivell professional i personal; com individus i com a col·lectiu. Ho hem passat malament, usuaris i professionals, amb aquest canvi sobtat del nostre sistema habitual d'atenció (3). Però ens adonem ara, passats els mesos, que hem fet un aprenentatge important en la gestió de la consulta i dels equips de salut. Alguns dels canvis han estat profitosos; altres han estat perjudicials, són una veritable amenaça i els hem identificat (4).

Hem visitat menys presencialment i més telemàticament (5). I ens plantejem molt seriosament, com podem promoure la negociació entre ciutadans i professionals per evitar tant l'estèril immediatesa com la dilatada espera imposada. Negociar per decidir quan i de quina manera una persona precisa atenció per part dels seus professionals de referència. Reduir les demandes irracionals, evitar la presencialitat innecessària i prioritzar la sincronia quan aportí valor, mantenint la confiança de la població, i treballant intensament des d'un abordatge comunitari que tan important s'ha evidenciat durant tota aquesta pandèmia.

Amb la voluntat de generar reflexió i copsar a la vegada la opinió del col·lectiu de Medicina Familiar i Comunitària (MFiC) que estem cada dia passant consulta o dirigint qualsevol dels Centres o dispositius d'Atenció Primària, des de la Vocalia CAMFiC de Lleida es va elaborar una enquesta anònima i voluntària, que pel seu interès es va estendre a totes les sòcies CAMFiC de Catalunya. L'enquesta portava per títol: MFiC en l'era post-COVID: au fènix o extinció?

L'estructura de l'enquesta consta d'una primera part amb dades de filiació, una segona part amb 22 preguntes de resposta múltiple, i una tercera part amb una única pregunta de text lliure.



3/ Preguntes



L'equip m'ha transmés la força necessària per seguir endavant

p11



He sofert angoixa i/o problemes per dormir

p11



He sentit manca d'organització i coordinació, com un caos

p11



M'he sentit professionalment forta malgrat l'adversitat

p11



He sentit que malbaratava el meu temps en baixes laborals i altres tasques burocràtiques

p11



Qui seria més convenient que efectués la citació presencial dels pacients a la nostra agenda?

p12



Qui hauria de dissenyar l'agenda dels metges de família?

p12



Quina proporció de visites presencials vs no presencials creus que ha de tenir l'agenda de treball d'un MFic?

p12



Quin rol sents que estem assumint els metges/ses de família a l'AP

p13



Respecte l'atenció domiciliària

p13



Respecte l'atenció al final de vida

p13



Respecte a la composició dels EAPS

p14





Respecte a la organització dels EAPS

p14



Com perceps en l'actualitat la coordinació amb altres serveis?

p14



Si fas una projecció del sistema sanitari actual a 10 anys vista, com veus l'AP i la MFiC

p15



Com hauria d'evolucionar el sistema sanitari?

p15



És necessari impulsar la telemedicina utilitzant tot el seu potencial, amb tots els recursos tecnològics propis ?

p16



S'han d'establir mecanismes per possibilitar la contractació per part d'AP de proves complementàries i primeres visites d'atenció hospitalària.

p16



És necessari implementar un model de pagament de l'AP vinculat al nombre de ciutadans assignat, ponderat pel seu nivell de complexitat clínica i vulnerabilitat social, a la capacitat de resolució i als resultats en salut

p16



Cal integrar els equips sanitaris dels centres residencials amb els EAPs acopmanyant-los dels recursos necessaris per una atenció eficient d'aquet àmbit

p16



En termres de cost-efectivitat, cal descentralitzar procediments (i pressupost) de l'Atenció Hospitalària cap als EAPS

p17



Caldria dotar de forma progressiva els EAPs, amb o sense personalitat jurídica, d'autonomia en la gestió econòmica i dels recursos humans (respectant els drets adquirits), amb direccions i models d'assignació econòmica que afavoreixin la coresponsabilitat en els resultats assistencials i econòmics.

p17



Vols aportar alguna reflexió sobre el model de treball de les MFiC post-COVID? Núvol d'idees

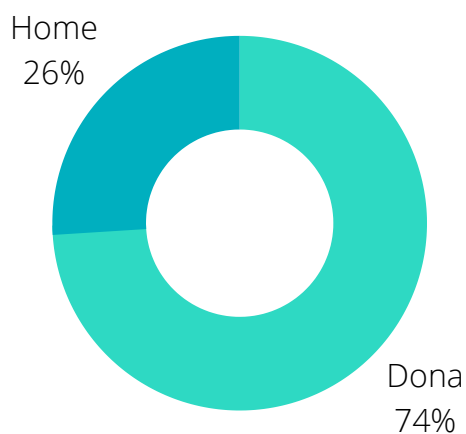
p17



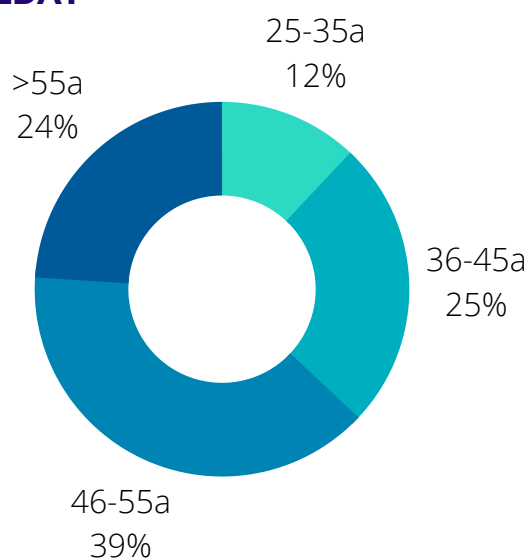
4/ Dades de filiació

Resultats de l'enquesta sobre el funcionament del treball dels metges i metgesses d'Atenció Primària en l'era post-COVID amb **1.051 participants**.

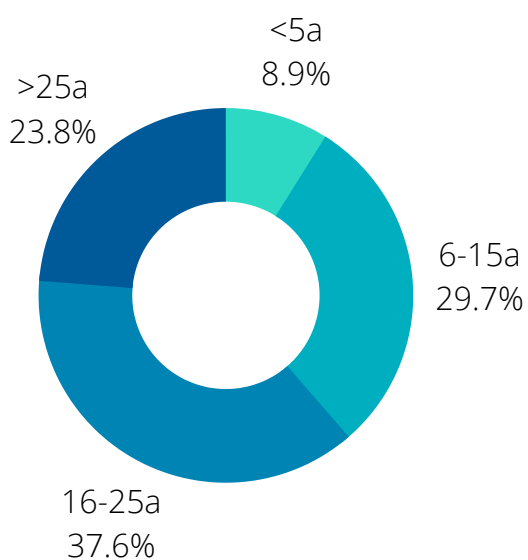
SEXE



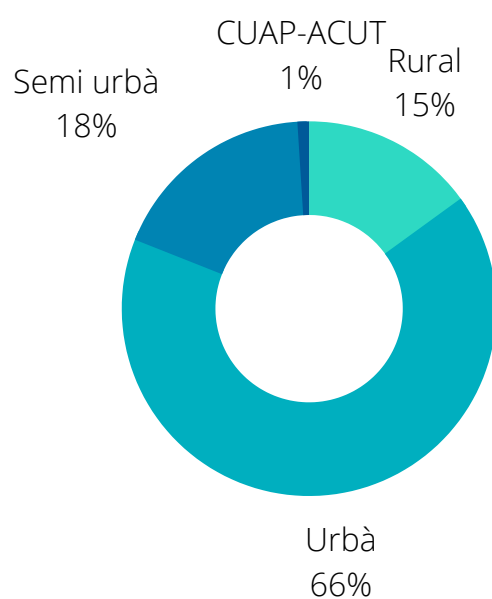
EDAT

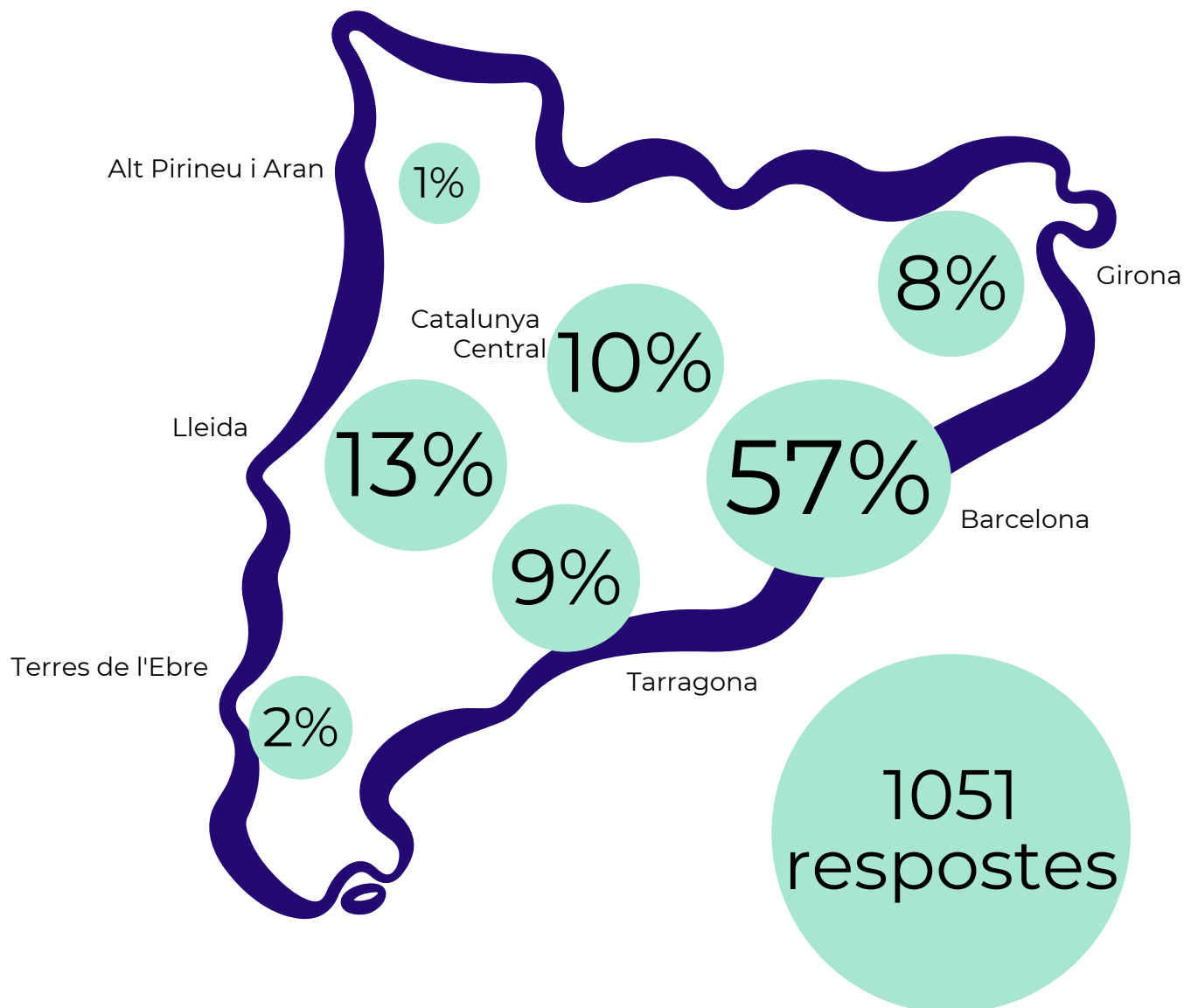


ANYS D'EXERCICI DE PROFESSION



ÀMBIT DE TREBALL



TERRITORI

La segona part de l'enquesta constava de 22 preguntes que varem proposar respondre mitjançant una escala de **Likert**, assignant un valor a escollir entre 1 (completament en desacord), 2 (en desacord), 3 (indiferent), 4 (d'acord) i 5 (completament d'acord). Hem agrupat les respostes 1+2 i 4+5 per obtenir una impressió més clara de la tendència de les respostes.

En desacord

Neutral

D'acord



En desacord

Neutral

D'acord

5/ Sentiments durant la pandèmia

?

L'equip de treball m'ha transmès tota la força necessària per seguir endavant

10%

23%

67%

?

He sofert angoixa i/o problemes per dormir

23

19

58

?

He sentit manca d'organització i coordinació, com un caos

15

27

58

?

M'he sentit professionalment forta malgrat l'adversitat

11

29

60

?

He sentit que malbaratava el meu temps en baixes laborals i altres tasques burocràtiques

5

12

83



En desacord

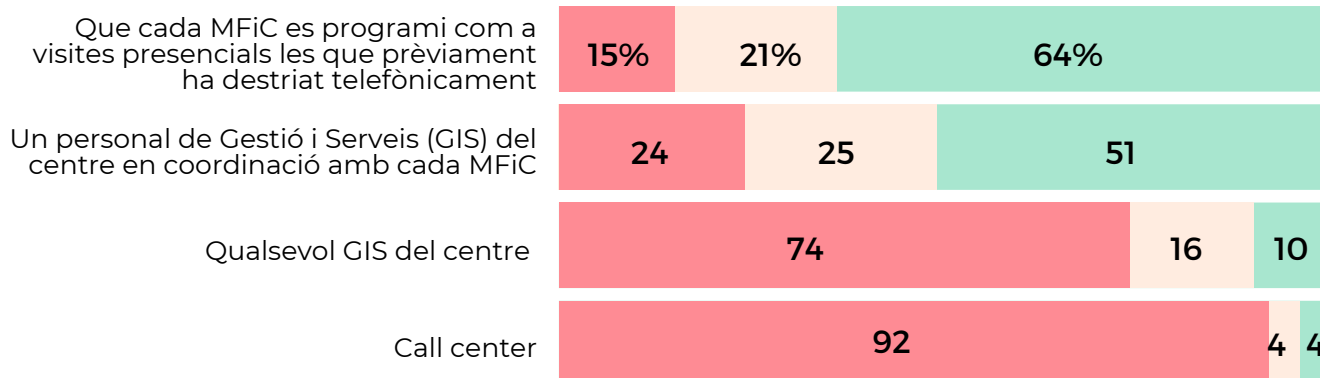
Neutral

D'acord

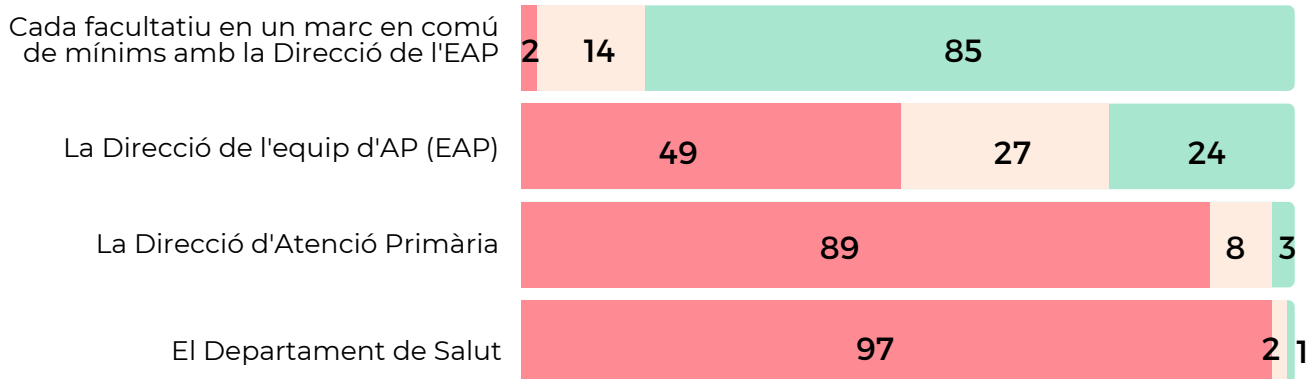
6/ Agendes de treball



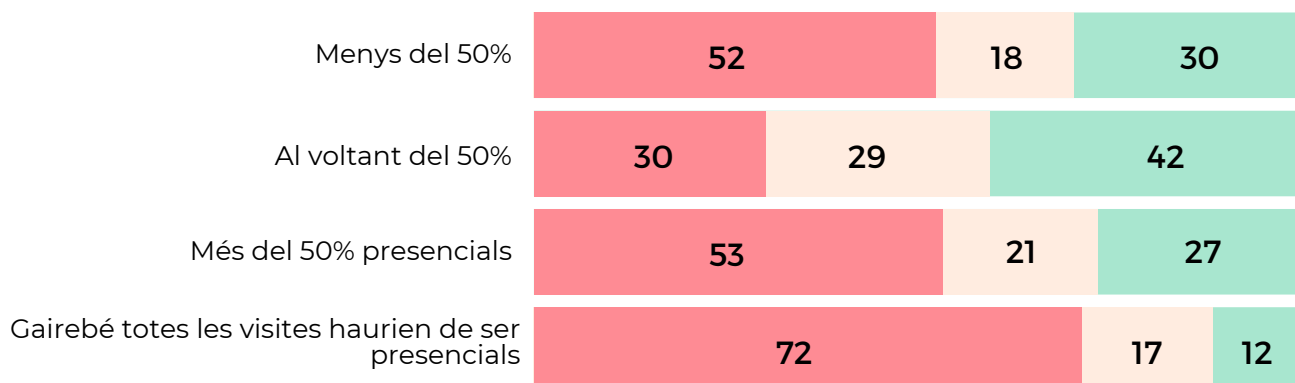
Qui seria més convenient que efectués la citació presencial dels pacients a la nostra agenda?



Qui hauria de dissenyar l'agenda dels metges de família?



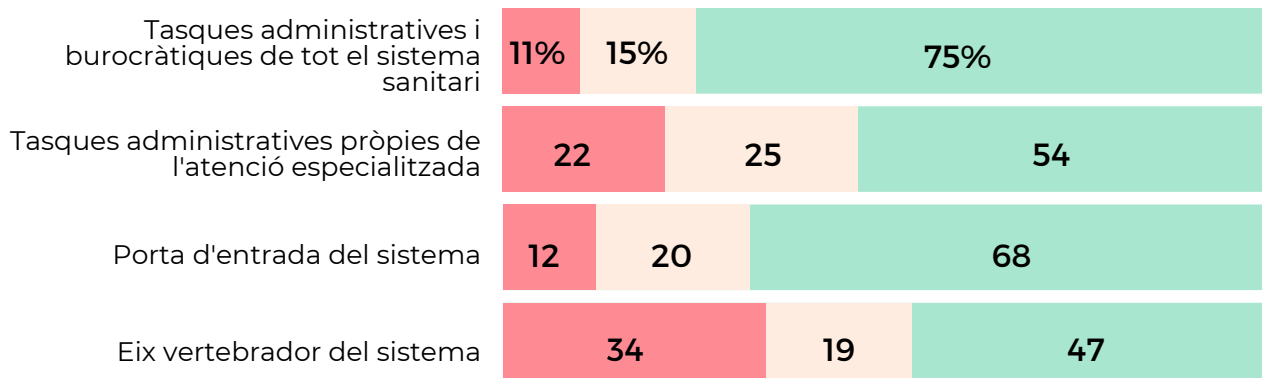
Quina proporció de visites presencials vs no presencials creus que ha de tenir l'agenda de treball d'un/una MF?



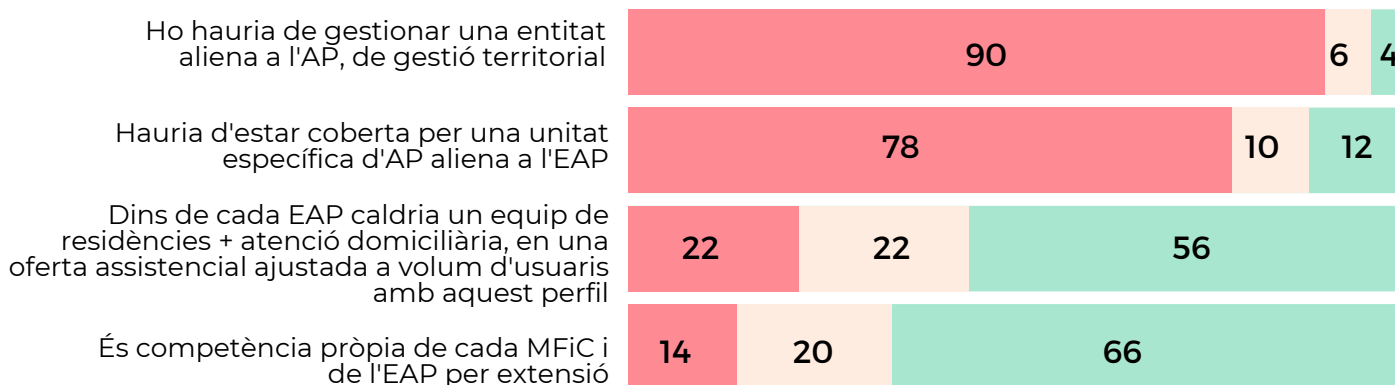
7/ Els metges/ses de família i l'EAP



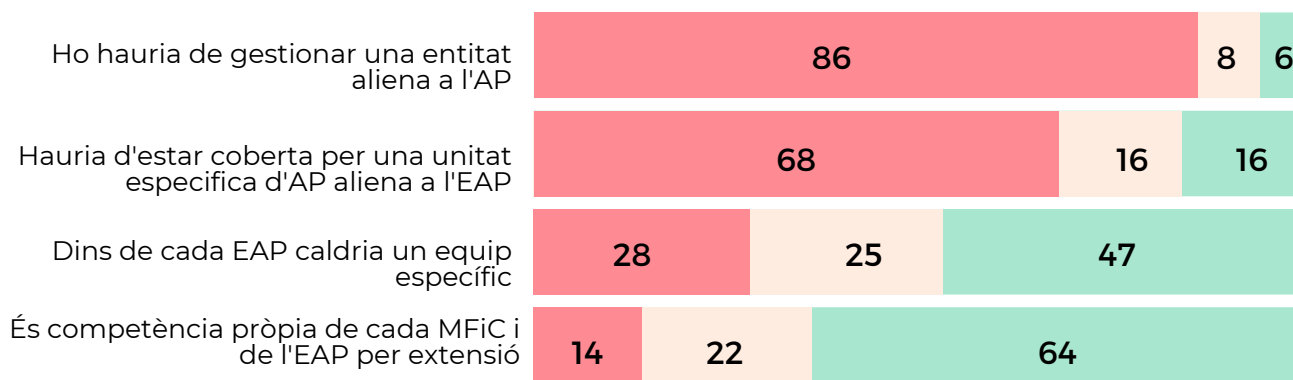
Quin rol sents que estem assumint els metges/ses de família a l'AP?



Respecte l'atenció domiciliària



Respecte l'atenció al final de vida



8/ L'EAP i la seva composició



Respecte a la composició dels EAPS

Primer cal reforçar l'estructura bàsica GIS, TCAI, INF, MFIC i després afegir altres professionals si són estrictament necessaris

12% 20% 68%

Caldria afegir nutricionistes

20 24 56

Caldria afegir fisioterapeutes

8 19 73

Caldria afegir psicòlegs als EAPS

8 17 75



Respecte a la organització dels EAPS

Model mixt, amb un equip referent i experteses dins l'equip que donin suport

18 26 56

Cal desenvolupar la figura dels TCAI en l'atenció directa a pacients tant al CAP com al domicili

20 30 50

Cal ampliar els referents sanitaris habituals de cada pacient MFIC + INF, afegint un administratiu sanitari

14 20 66

Cal evolucionar a un model sense referents sanitaris específics, sinó atesos pel conjunt d'un EAP

68 19 13

Cal mantenir els referents de cada pacient: metge + infermera. Longitudinalitat

5 17 78



Com perceps en l'actualitat la coordinació amb altres serveis? (1: molt dolenta, 5: òptima)

Salut Pública

68 23 9

Consultes externes dels especialistes d'hospital

66 24 10

Urgències d'hospital

62 25 14

Hospitalització a domicili (HADO)

47 37 16

Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES)

18 27 56

Atenció continuada i urgències territorial (ACUT)

38 37 25

Servei d'emergències mèdiques (061)

40 33 27



En desacord

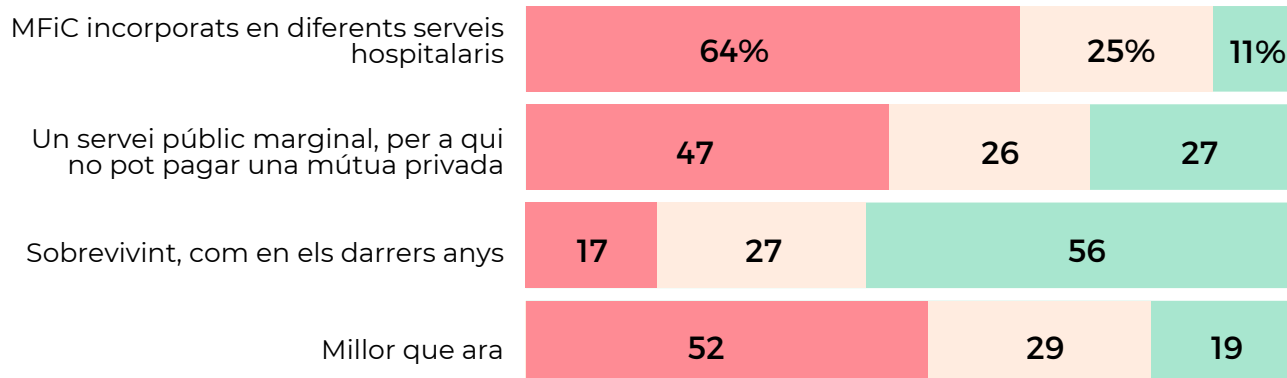
Neutral

D'acord

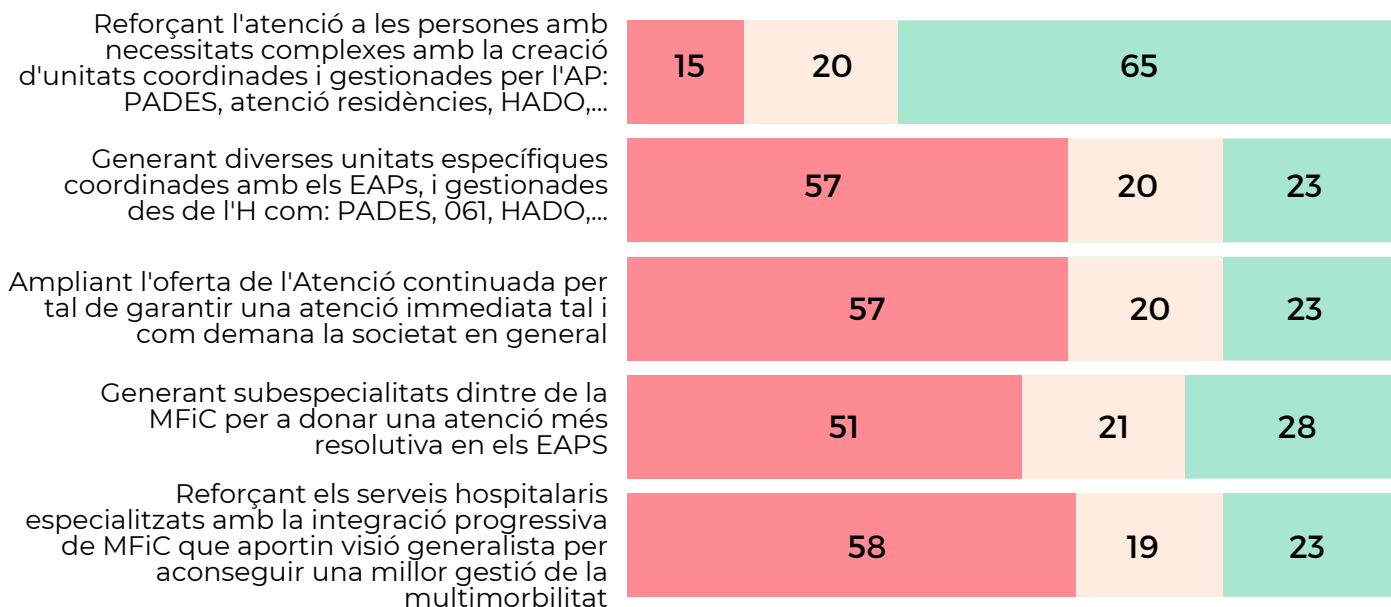
9/ L'AP i el sistema Sanitari



si fas una projecció del sistema sanitari actual a 10 anys vista, com veus l'AP i la MFiC?



Com hauria d'evolucionar el sistema sanitari?



En desacord

Neutral

D'acord

Les següents afirmacions inclouen algunes propostes per evolucionar el sistema sanitari en relació a l'Atenció Primària.

?

Es necessari impulsar la telemedicina i la telemonitorització utilitzant tot el seu potencial, amb tots els recursos tecnològics propis d'un model modern i desenvolupat.

5%

16%

80%

?

S'han d'establir mecanismes per possibilitar la contractació per part d'AP de proves complementàries i primeres visites d'atenció hospitalària.

2

6

92

?

És necessari implementar un model de pagament de l'AP vinculat al nombre de ciutadans assignat, ponderat pel seu nivell de complexitat i vulnerabilitat social, a la capacitat de resolució i als resultats en salut

14

17

69

?

Cal integrar els equips sanitaris dels centres residencials amb els EAPs acompanyant-ho dels recursos necessaris per una atenció eficient d'aquet àmbit

8

14

78



En desacord

Neutral

D'acord



En temes de cost-efectivitat, cal descentralitzar procediments (i pressupost) de l'atenció sanitària hospitalària cap als centres d'atenció primària

4%

10%

86%



Caldria dotar de forma progressiva els equíps d'atenció primària, amb o sense personalitat jurídica, d'autonomia en la gestió econòmica i dels recursos humans (respectant els drets adquirits), amb direccions i models d'assignació econòmica que afavoreixin la coresponsabilitat en els resultats assistencials i econòmics.

6

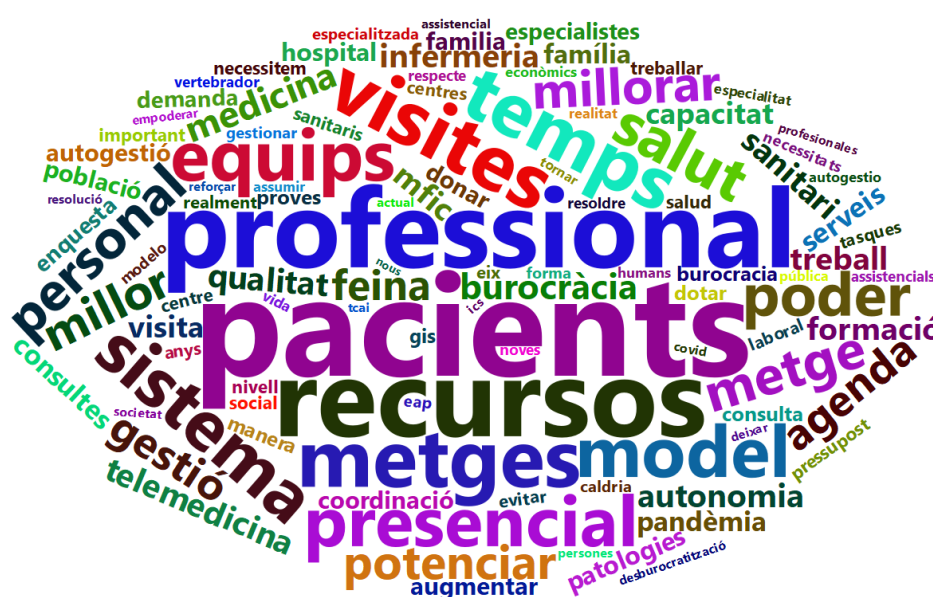
16

78



Vols aportar alguna reflexió? Expressa com creus que hauria de ser el model de treball de les MFiC post-COVID

El 52,6% dels participants en l'enquesta han respost a la pregunta oberta, obtenint per tant 553 comentaris que hem agrupat i representat en format "wordcloud":



10/ Elements clau:

Ara caldrà saber transformar aquesta vivència en una oportunitat, atrevint-nos a incorporar canvis que hem avaluat positius. Això dependrà de nosaltres individualment, de la direcció de cada equip, i del sistema de Salut que haurà de facilitar-ho i posar-hi recursos. Altrament, la inèrcia i la demanda ens podrien retornar a la dinàmica prèvia d'una AP ja sobrepassada, i en l'eterna espera d'uns canvis profunds que mai s'han dut a terme.

Novament la CAMFiC vol ser una Societat impulsora de la transformació que precisa l'Atenció Primària i, per extensió, el Sistema de Salut. Atenent els resultats de l'enquesta i la valoració de la Junta Directiva, identifiquem 15 elements clau amb els que projectar el model d'Atenció Primària en l'era post-COVID.

1/ Comunicació amb la població

Durant la pandèmia hem experimentat la desorientació dels usuaris davant la dificultat d'establir contacte amb els professionals de referència i davant els canvis en els circuits habituals.

És imprescindible un pla de comunicació amb la població per informar els circuits interns de cada centre i alhora per posar èmfasi en la capacitat de resolució de l'Atenció Primària, en l'impacte de la prevenció, i en evitar la medicalització. I caldrà fer-ho amb un sistema multicanal (tríptics de paper, xarxes socials, agents socials locals, múltiples idiomes...) perquè donem servei a població molt diversa i volem arribar a tothom.

2/ Administratiu Sanitari ("Clinical Assistant")

La burocràcia i la demanda sanitària han anat creixent en les darreres dècades. La burocràcia ocupa aproximadament un 30% de l'agenda dels facultatius implicant pèrdua de temps assistencial i d'autoestima professional. La demanda sanitària és molt àmplia i la rellevància clínica variable. Actualment l'usuari adreça al seu MFiC la majoria de les consultes, quan potser un altre professional podria donar resposta. Això posa de relleu la necessitat del gestor de salut que visualitzem com l'enllaç directe



amb l'usuari des d'on es generin els fluxos de treball intern per resoldre la necessitat de l'usuari. El gestor de salut coneix els circuits interns del centre i el sistema de salut, i esdevé el referent d'un determinat volum de població **integrant-se en cada equip de metgessa i infermera amb una agenda pròpia diària**. Lluny dels models de citació centralitzats, gestionaran des de la proximitat cada necessitat i resoldrà tasques delegades (gestió IT, ambulàncies, productes ortopèdics...), entretant s'habiliten accions en l'eCAP que ho permetin.

Cal reconèixer en la figura de l'administratiu sanitari l'oportunitat d'un sistema amenaçat per la manca de facultatius (també infermers). És precís incrementar l'equip d'administratius dels EAPs i generar una formació específica (reconeixement com a professió sanitària) per garantir-los els coneixements necessaris.

3/Sistemes de connexió amb usuaris i amb companys hospitalaris.

S'imposa un salt qualitatiu en **sistemes de connexió incorporant l'atenció no-presencial i asincrònica amb els usuaris**. Ens hem d'adaptar de forma progressiva al canvi generacional de la ciutadania i hem d'aplicar els avenços tecnològics disponibles (videoconsulta, econsulta,...) **mantenint les visites presencials quan aportin valor**. Els treballadors hem de rebre formació i l'organització ha d'oferir sistemes de contacte vàlids per als diferents segments de la població (6).

En relació al **diàleg amb l'atenció hospitalària**, cal replantejar les diferents modalitats d'interconsulta. Actualment cada especialitat ha decidit unes condicions per a les mateixes. Cal establir una relació de suport i servei. Els canvis en el model assistencial hauran de permetre un reconeixement mutu i reciprocitat entre Atenció Primària i atenció hospitalària.

4/Tecnificació de l'Atenció Primària

Cal dotar l'AP de **tecnologia diagnòstica i de seguiment**, perquè els usuaris i els professionals volem i podem fer més coses que l'anamnesi i l'exploració física. Volem tecnificar l'AP per aconseguir una major capacitat resolutiva (ecògrafs, dermatoscops, sistemes d'anàlisi compactes, etc).

També cal incorporar sistemes de monitoratge domiciliari/ambulatori connectats



amb l'AP, que permetin detectar i incidir en les descompensacions de patologies cròniques (ICC, HTA, DM2, asma...). L'atenció domiciliària connectada i tecnificada és indispensable per l'APS.

5/Gestionar la pròpia agenda.

L'accessibilitat és un atribut de l'Atenció Primària de Salut. La bibliografia extensa sobre el tema recolza el fet que per ser accessibles el que hem de fer és modificar la nostra manera de treballar com a professionals i com equip. Hi ha diferents models i preferències personals/professionals, tot i que el que sembla més oportú és implementar models d'accés avançat i explorar noves formes de relació professional-usuari **dotant les visites presencials del màxim valor afegit** (7). Tanmateix no creiem oportú retornar a l'atenció a la immediatesa que regia la nostra activitat prèvia a la pandèmia. **Tenir el control de l'agenda per respondre a les demandes de la manera oportuna** (presencial o telemàtica, sincrònica o asincrònica) és fonamental per poder desenvolupar la nostra tasca assistencial amb satisfacció per pacients i professionals (quàdruple Aim) (8,9,10)

6/Autonomia organitzativa

La COVID-19 ha obligat als EAPs a prendre decisions àgils i de forma autònoma en la seva organització segons els professionals que disposava, la seva particularitat arquitectònica, el volum de les residències dins del seu territori, del tipus de població, i del context epidemiològic que era canviant, etc. S'ha evidenciat que **el màxim rendiment de cada equip i de cada professional s'ha aconseguit ampliant la seva autonomia de gestió**.

Traslladar a l'AP el poder de compra en base territorial la converteix en actor central, i pot estimular el sector envers la integració, l'eficiència i eliminació de duplicitats. Tenint en compte les diferències territorials, aquesta transformació pot ser d'instauració progressiva aplicant-se a unitats territorials homogènies.



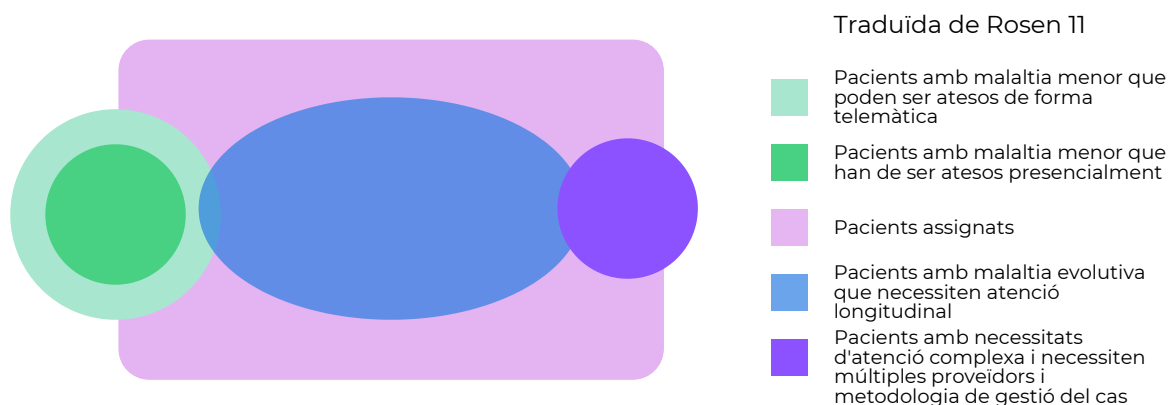
7/Revisió del model arquitectònic i funcional dels centres

La Pandèmia ens ha mostrat que hi ha molts centres obsolets, però fins i tot els actuals poden no estar adequats per un nou enfocament del model d'atenció. Necessitem deixar enrere els Ambulatoris, i generar **Centres integrats en la Comunitat**, amb característiques funcionals polivalents que permetin realitzar activitats grupals i comunitàries, amb proximitat als Serveis Socials i amb una elevada tecnificació. On les visites puguin ser més personalitzades, amb espais de disseny sostenible que contemplin les necessitats i benestar dels treballadors.

8/Longitudinalitat

Els professionals d'Atenció Primària durant aquesta crisi sanitària hem atès residències, Hospi-hotels, dispositius fora dels caps (com carpes) i hem cobert companys de baixa. Això només ha estat possible renunciant a la longitudinalitat i la continuïtat.

Cal defensar i preservar la longitudinalitat com a principi de qualitat assistencial i de seguretat del pacient. I hem de saber conjugar-la amb l'expertesa clínica; perquè sumant i compartint el coneixement de l'equip serem més forts. L'enfoc humanista i biopsicosocial estan en joc. Tot i que sabem que no totes les persones necessiten ser ateses de la mateixa manera (11-14).



9/Principi de subsidiaritat

Tota demanda o necessitat ha de ser resolta per aquell professional més proper a l'usuari que sigui capaç de fer-ho; i les situacions més complexes han de ser resoltes per un professional assistencial amb una formació més específica.



Aquest principi hauria de ser aplicat a qualsevol dels processos que tenen lloc a l'Atenció Primària: gestió de la demanda, realització d'informes, petició d'ambulàncies, productes ortopèdics, entre altres. El mapa de rols proposat recentment pel Fòrum de Diàleg Professional del Departament de Salut pot ser un primer pas per avançar en la seva definició (15)

10/Equips multidisciplinaris

Cal una Atenció Primària amb nous perfils **professionals integrats dins del mateix equip**, sobretot psicòlegs, fisioterapeutes, i nutricionistes. La incorporació de nous rols professionals (ja contemplada al Pla d'enfortiment i transformació de l'Atenció Primària del Catsalut (16), afavorirà el ple desenvolupament del rol del personal mèdic i infermer, centrant-se on aporten valor.

11/Reconeixement docent i investigador

El compromís de la Medicina de Família i l'Atenció Primària amb la docència durant aquesta crisi ha estat exemplar, mantenint les activitats docents i universitàries en el grau i el postgrau. Els centres que fan docència als alumnes universitaris de grau mereixen el reconeixement de Centres Universitaris. Tanmateix aquest vincle i reconeixement s'hauria de traduir en una major presència de la Medicina de Família al grau, ara escassa, seguint els estàndards europeus (17).

La Recerca i la Innovació, com a motors del canvi en l'Atenció Primària, són indispensables per assolir un major nivell de resolució; amb més transferència al Sistema Nacional de Salut en benefici dels ciutadans i incorporant la visió de les persones, propiciant canvis. Amb models predictius i personalitzats, implementant la Big Data.

12/Reconeixement de la resolució de cada centre

Incentivar als centres per assolir la màxima resolució implica reconèixer i dotar les activitats que es van incorporant, així com reconèixer la contenció en productes intermedis o derivacions per aquesta major resolució. Cal **traspasar pressupost a l'EAP quan assumeix activitats** anteriorment ateses en altres àmbits. En cas contrari,



penalitzava als equips que ho fan.

Cal fugir de l'actual sistema de cartera de serveis, indefinida i perpètuament ampliable, sense una compensació directa per les innovacions que comporta l'evolució sanitària: espirometries, controls d'anticoagulants, cribatge ocular en els diabètics (CROC), monitorització ambulatoria de la tensió arterial (MAPA), ecografies, petita cirurgia ... , que sens dubte volem assumir per mantenir la confiança dels usuaris, mentre seguim donant resposta com a professionals de referència.

13/Millores en condicions laborals

Per evitar la fuga professional i pèrdua de talent cal un **pla de fidelització**; per exemple: contractes anuals, prestigi, regulació de la càrrega de treball, conciliació, teletreball, formació i recerca dins la jornada laboral, oportunitats de creixement professional, major accés als nivells de carrera professional (18).

14/Revisió del model de salut

"Que els fets acompanyin les paraules"

Hem escoltat els missatges de centralitat i vertebració al voltant de l'AP per la seva posició privilegiada en l'acollida, prevenció, i resolució d'un elevat percentatge de les necessitats dels usuaris. Ara cal que això esdevingui real (19-23).

Les professionals d'AP demanem que els fets acompanyin les paraules; és a dir:

- Major presència MFiC a la Universitat i major % places MIR de MFiC
- Autonomia organitzativa als EAPs i de les pròpies agendes
- Avenç en els sistemes de comunicació amb pacients i altres nivells assistencials
- Facilitar ampliació cartera de serveis per ser resolutius AMB pressupost
- Equips multidisciplinaris
- Modernització de les infraestructures d'AP
- Colideratge en els circuits AP-hospital
- Compra de consultes i productes des de l'AP



15/Pressupost per Atenció Primària

Imprescindible. Un nou model que doni resposta a l'envelliment poblacional i la demanda de salut creixent, defensant un sistema públic de salut, sostenible, només és factible amb un increment real del pressupost a l'AP actualment infrafinançada, fins al reconegut 25% del pressupost sanitari (23,24).

L'assignació per l'AP no ha de competir amb llampants projectes hospitalaris, perquè l'essència de l'AP és la orientació diagnòstica inicial, el maneig de la patologia crònica, l'acompanyament emocional, l'atenció domiciliària (inclòs final de vida), l'activitat preventiva i de promoció de la Salut, el diagnòstic i la resolució en la proximitat. La davallada persistent del pressupost per l'AP i les condicions laborals han deixat uns equips molt mermats en personal.

Lamentablement la rellevància de la feina que es fa a l'AP s'ha evidenciat quan s'ha deixat de fer durant aquesta pandèmia (25).



Atenció Primària en l'era post-COVID

revolució per a la transformació

- 

Comunicació amb la població
És imprescindible un pla de comunicació amb la població
- 

Administratiu Sanitari
Creació de la figura del Gestor de Salut ("Clinical Assistant"), enllaç directe amb l'usuari
- 

Sistemes de Connexió amb usuaris i amb companys d'hospital
Sistemes de connexió incorporant l'atenció no-presencial i asincrònica
- 

Tecnificació de l'AP - eSalut
Cal dotar a l'Atenció Primària de tecnologia diagnòstica i de seguiment
- 

Gestió de la pròpia agenda
Dotant les visites presencials del màxim valor afegit



Atenció Primària en l'era post-COVID

revolució per a la transformació

6



Autonomia organitzativa

Per augmentar al màxim el rendiment de cada equip i de cada professional

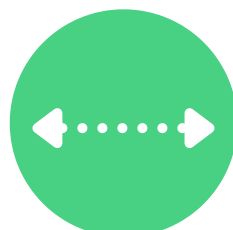
7



Revisió del model arquitectònic i funcional dels centres

Generar Centres integrats en la comunitat, polivalents i comunitaris

8



Longitudinalitat

Principi de qualitat assistencial i de seguretat del pacient

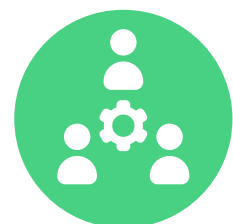
9



Principi de Subsidiaritat

Tota demanda o necessitat ha de ser resolta per aquell professional millor capacitada per fer-ho

10



Equips multidisciplinaris

Una Atenció Primària amb nous perfils professionals integrats dins del mateix equip



Atenció Primària en l'era post-COVID

revolució per a la transformació

11



Reconeixement docent i investigador

Major presència de la MFiC al grau i la Recerca i innovació, com a motors en l'AP

12



Reconeixement de la resolució de cada centre

Cal traspassar pressupost a l'EAP quan assumeix activitats ateses abans en altres àmbits

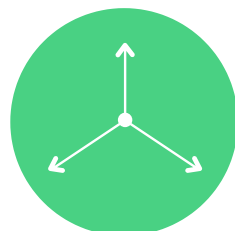
13



Millores en les condicions laborals

Per evitar la fuga de professionals i pèrdua de talent cal un pla de fidelització

14



Revisió del model de Salut

Que els fets acompanyin les paraules: Atenció Primària-eix del sistema

15



Pressupost

La rellevància de la feina feta s'ha evidenciat quan s'ha deixat de fer durant la pandèmia



11/ Bibliografia / webgrafia

1/ Resultats enquesta directors davant la COVID-19

http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_13019_EBLOG_4057.pdf

2/ Greenhalgh T, Choon Huat Koh G, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020; 368:m1182

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213507/>

3/ Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. Lancet Psychiatry 2021 Feb; 8(2):141-149.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33308420/>

4/ Schers H, van Weel C, van Boven K, Akkermans R, Bischoff E, Hartman TO. The COVID-19 Pandemic in Nijmegen, the Netherlands: Changes in Presented Health Problems and Demand for Primary Care. Ann Fam Med 2021;19:44-47

5/ López F, Walsh S, Solans O, Adroher C, Ferraro G, García-Altés A, et al. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2020 Sep; 22(9): e19149. Published online 2020 Sep 17. doi: 10.2196/19149

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7530682/>

6/ Mestres, J. eConsulta, solució o problema? Àgora mèdica.

<http://agoramedicat.blogspot.com/2021/02/econsulta-solucio-o-problema.html>

7/ Varela J. Five recommendations to increase the value of clinical practice. Med Clin (Barc). 2021 Feb 26;156(4):187-190. doi: 10.1016/j.medcli.2020.04.020. Epub 2020 Jun 13.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32546317/>

8/ Minue S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19 (AMF 2020) No todo es clínica.

https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717

9/ Ferran M, Alapont M. Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día (AMF 2018) Cómo nos organizamos

https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2275



- 10/ Comité Editorial. «En un lugar de la Mancha...» Todo para el paciente, pero ¿sin el paciente? (AMF 2021) Editorial
https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2868
- 11/ Rosen R. Divided we fall: getting the best out of general practice. Research report, Nuffield Trust. February 2018.
<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/divided-we-fall-getting-the-best-out-of-general-practice>
- 12/ Dionne S. Kringos, Boerma W, van der Zee J et al. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. Primary Care. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242 HEALTH AFFAIRS 32, NO. 4 (2013): 686–694 ©2013 Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23569048/>
- 13/ Schäfer, W, Boerma, W, Van den Berg, M, et al. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. Published online by Cambridge University Press: 01 July 2019. Primary Health Care Research & Development, 20, E104.
doi:10.1017/S1463423619000434
<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/are-peoples-health-care-needs-better-met-when-primary-care-is-strong-a-synthesis-of-the-results-of-the-qualicopc-study-in-34-countries/5C72ABE885EE055159FA867E863C2998>
- 14/ Cerdón F. Atención primaria y longitudinalidad: más necesarias que nunca. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria Volume 28, Issue 2, February 2021, Pages 65-67
<https://www.sciencedirect.com/science/journal/11342072>
- 15/ Principals conclusions del Fòrum de Diàleg Professional.
https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_dialeg_professional/documents/conclusions-forum-dialeg-professional.pdf
- 16/ Pla d'enfortiment i transformació de l'atenció primària. Catsalut.
<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-estrategics/pla-enfortiment-transformacio-atencio-primaria/>



- 17/ Verónica Casado Vicente, Pablo Bonal Pitz, José Manuel Cucalón Arenal, Elena Serrano Ferrández, Félix Suárez Gonzalez. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012, Gaceta Sanitaria, Volume 26, Supplement 1, 2012, Pages 69-75, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.018>
- 18/ Amnistia Internacional, La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la atención primaria en España. Febrero 2021
- 19/ Watson J, Salisbury C, Jani A, Gray M, et al. Better value primary care is needed now more than ever. BMJ 2017;359:j4944 doi: 10.1136/bmj.j4944 (Published 2017 November 10) <https://research-information.bris.ac.uk/ws/files/139273178/bmj.j4944.full.pdf>
- 20/ Kringos D, Boerma W, Hutchinson A et al. Building primary care in a changing Europe - WHO/Europe 38. Observatory. Studies Series. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
- 21/ González B. Family medicine in the crossroad. Risks and challenges. Atención Primaria, 2020, 52 (2), pp. 65 - 66. <http://dmc.ulpgc.es/en/art%C3%ADculos/1495-family-medicine-in-the-crossroad-risks-and-challenges.html>
- 22/ Informe sobre demografia col·legial 2019 <https://www.comb.cat/pdf/demografia-informe2019.pdf>
- 23/ López-Casanovas G, Casanova M. La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança. Cercle de salut. Editorial Profit 2020
- 24/ Intervenció de la Sra. Beatriz González López-Valcárcel en la comissió de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. (12/06/2020) <https://youtu.be/XTFNDW-8HiU>
- 25/ Sisó-Almirall A, Kostov B, Sanchez E, Benavent-Àreu J, Ginzález-de-Paz, L. The impact of the COVID-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 to 2020. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/167403> Preprint





biblio III
capçalera

informes CAMFiC

www.camfic.cat

www.twitter.com/camfic

Atenció Primària en l'era post- COVID

2021

