

DOCUMENT DE POSICIONAMENT CAMFiC L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN EL 2018: A PROPÒSIT DE L'ESTRATÈGIA NACIONAL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT COMUNITÀRIA

Durant tots aquests anys de crisi econòmica els Equips d'Atenció Primària han continuat assumint amb responsabilitat el seu rol en termes d'efectivitat i eficiència reduint la despesa farmacèutica (reducció del 5,5% en el 2017), apostant cada cop més per les tecnologies de la informació i comunicació, i incrementant la salut de la població. Segons les dades de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya l'any 2017 l'Atenció Primària va realitzar més de 46 milions i mig de visites. De la mateixa font però del 2015, es comptabilitzaven un total de 4.400 metges de família en el sistema públic de salut (la dada del 2017 no es reportada). En temps d'incertesa i volatilitat, el metge de família continua sent més que mai el professional de referència i confiança de les persones. Durant molt temps, i dins del context de crisi, els professionals del nostre sector han reclamat i esperat canvis que permetessin, d'una banda, dignificar la seva tasca, i d'altra banda, recuperar la centralitat del sistema. Som professionals que la darrera dècada hem fet front a una gran crisi, retallades, increments d'activitat i manca d'inversió, i tot ho hem superat gràcies a l'estímul vocacional.

En els darrers dos anys i mig el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha endegat una iniciativa esperançadora anomenada Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC). Des del primer moment aquesta Estratègia Nacional ha estat participada per molts actors i institucions del sistema, i la CAMFiC ha pogut estar present en el seu Consell Assessor i opinar en el seu desenvolupament conceptual¹.

És bo recordar que amb anterioritat a l'ENAPISC es van dur a terme altres iniciatives de reconversió desenvolupades en un entorn macroeconòmic diferent. Un exemple és l'Informe Vilardell², que ja en aquella època determinava la *Farmàcia Hospitalària* com el punt crític, és a dir, la gran font de l'increment de la despesa sanitària. Aquest mateix informe feia altres plantejaments interessants: **incrementar els impostos sobre tabac i alcohol per finançar la salut, revisar els mecanismes de copagament dels medicaments, garantir un model retributiu meritocràtic, unificar els sistemes d'informació de la xarxa sanitària pública, o actualitzar la cartera de serveis a partir de criteris d'evidència sobre el cost-efectivitat de la prestació, entre molts altres.** L'anàlisi detallat del compliment de les accions incloses en aquest informe mereixeria una reflexió més àmplia.

En el bienni 2016-2018 l'ENAPISC continua el seu desenvolupament conceptual en les següents Comissions Tècniques: (1) Salut Mental i addiccions, (2) Salut Comunitària, (3) cronicitat i complexitat, (4) atenció continuada i urgent, (5) atenció a la salut sexual i reproductiva, (6) atenció pediàtrica i (8) cartera de serveis. L'estratègia contempla aspectes importants per l'Atenció Primària:

- El desplegament de l'atenció comunitària, també des d'un punt de vista preventiu i desmedicalitzador.
- Desplegament d'una xarxa integrada de salut mental.
- Definició d'un pla de treball integral i integrat que defugui de la segmentació (especialment en població crònica complexa) i de la fragmentació de proveïdors, garantint la continuïtat assistencial que el pacient valora.
- Definició de cartera de serveis, atenció continuada i urgent, pediatria, estades i/o intensificacions formatives dels professionals, entre altres.
- Definir l'Autonomia de gestió, de la que se'n parla des de fa més de 10 anys i no sembla arribar el moment d'operativitzar-la.

A pesar d'aquests inicis esperançadors, des de fa 18 mesos els professionals no perceben cap canvi tangible derivat de l'ENAPISC, viuen amb resignació el seu dia a dia, i miren amb desconfiança un pla que el professional assistencial comença a oblidar, per incomplert i per inacció, contribuint a fer més gran la distància entre l'assignació real de recursos i el discurs polític. De fet, a data de redacció del present posicionament (3 d'Octubre de 2018) està disponible a la Web un sol document d'una de les 7 Comissions Tècniques esmentades anteriorment. Altres aspectes com Projectes i Territoris, o l'apartat Línies estratègiques, continuen sense contingut³.

Des de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), quines creiem que han de ser les properes accions?

Creiem que l'Atenció Primària catalana requereix un *tractament de fons* centrat en l'ENAPISC, però també requereix d'un **Pla de Xoc** com *tractament urgent* per resoldre els problemes del dia a dia. En relació a l'ENAPISC:

1)GOVERNANÇA. La inclusió d'una estructura fixe en el si del Departament de Salut i específica per l'Atenció Primària (com ho són altres Plans Directors) ha estat reivindicada durant anys. En el cas de l'ENAPISC caldria un Director/a Executiu amb capacitat decisòria per implantar accions immediates i també estratègiques. Si volem posar l'Atenció Primària en el centre del sistema, possiblement aquest director hauria de ser una figura interdepartamental depenent de Salut, Benestar Social i Presidència (com ja ha succeït en el passat). Tanmateix, aquesta figura s'hauria de coordinar amb la Direcció General de Planificació per tal que l'ENAPISC es pogués coordinar amb altres Plans Directors / Estratègies Nacionals.

2)PLA DE GOVERNANÇA de l'ENAPISC. Cal definir les característiques de l'anomenat Director de la Xarxa d'Atenció Primària (XAP) i de la seva estructura de suport: nomenament, funcions i responsabilitats, jerarquia dins el sistema, gestió del pressupost etc. I sobretot la relació amb els proveïdors, evitant les duplicitats.

3) PRESSUPOST I EXECUCIÓ. En la seva presentació inicial i per al seu impuls, l'ENAPiSC contemplà 397M€ de pressupost addicional. Aquesta dada s'ha diluït amb el pas del temps. El 25% de pressupost de Salut al que es pretén arribar s'efectua en base a la concentració i sumatori de proveïdors (salut mental, rehabilitació, etc.) en una redefinició conceptual de l'Atenció Primària que s'ha assumit fora dels Equips d'Atenció Primària i que no és qüestionable: és errònia. Cal concretar de manera precisa quins són els nous perfils professionals a incorporar, i que aquests, s'incorporin als Equips d'Atenció Primària dins del seu pressupost: sabem que la seva dependència d'àmbits aliens als EAP no prioritza necessitats reals ni tampoc genera sinèrgies.

4) ORGANITZACIÓ I PROVISIÓ DE SERVEIS. La fragmentació existent del sistema públic en múltiples empreses ajuda a trencar la continuïtat assistencial i generar iniquitats territorials. Caldrà valorar la fusió de proveïdors, i en aquest sentit, la incorporació de nous perfils de professionals dins dels EAP (nutricionistes, fisioterapeutes, psicòlegs, etc.) representa una gran oportunitat d'integració funcional i jeràrquica. Per altra banda, i en el cas de l'Institut Català de la Salut, caldrà optimitzar la seva estructura de gestió més participada pels professionals i descentralitzada. Els òrgans de gestió de l'Atenció Primària han d'estar diferenciats dels òrgans de gestió hospitalaris i de les gerències territorials. Serà funció del Director de la XAP coordinar aquests àmbits.

5) CRONOGRAMA. Iniciar el desplegament de l'ENAPiSC en territoris demostratius serà l'inici de la paràlisi del propi Pla. Seria recomanable començar a tot el territori.

6) RETENCIÓ DE TALENT. Molts professionals marxen a altres sistemes de salut europeus buscant i trobant millors condicions, evidentment també retributives. L'ENAPiSC ha d'incloure quines accions es preveuen i que facin atractiu el sistema sanitari d'atenció primària.

És evident que aquestes accions no resolen els problemes del dia a dia dels nostres professionals. És per aquest motiu que cal implementar un **tractament immediat o Pla de Xoc** que serveixi no només per dignificar la professió, si no també per evitar que la inèrcia actual ens condueixi a situacions crítiques que posin en risc la salut de la població i la dels professionals. Les propostes de la CAMFiC en aquest sentit són les següents:

1) RECURSOS HUMANS. Increment de 300 professionals metges de família a tot el territori. Actualment Catalunya disposa de 7,2 metges de família per cada 10.000 habitants, sent la mitjana espanyola de 7,6. Simplement igualar la mitjana espanyola (diferencial de 0,4) implica una injecció de 300 professionals, addicionals a la taxa de reposició. Cal recordar que la taxa a la Unió Europea és de 9,5/10.000 habitants, de manera que hi ha un llarg camí per recórrer, concretament de 1700 metges de família addicionals, si volem igualar la mitjana europea. En aquest mateix sentit, les properes convocatòries públiques de noves places s'hauran d'adaptar progressivament a aquest objectiu, i a la vegada, generar el marc professional que permeti la recuperació del talent que un dia va decidir emigrar.

2) SISTEMA MiR. Incrementar fins un 50% les places de Medicina Familiar i Comunitària que ofereix el sistema MiR. L'any 1996 comptabilitzaven 1.860 places d'un total de 4.400 (42% del total). En els darrers 22 anys les places MiR de totes les especialitats s'han incrementat un 50%, arribant a les 6.600 del 2018. Per contra, les places de medicina familiar i comunitària no tan sols no han augmentat, si no que actualment són de 1774 (un 26%) del total. Caldria pràcticament duplicar l'oferta actual de places MiR de Medicina de Família a tot l'estat espanyol perquè el sistema respongui a les necessitats poblacionals. Aquesta manca greu de planificació i de desbalanç respecte altres disciplines ha de ser corregida, justament perquè el sistema segueixi sent **sostenible**.

3) AUTONOMIA DE GESTIÓ i ORGANS DE GESTIÓ. Els Directors dels EAP han de disposar de pressupost públic propi que han de gestionar: també per la incorporació de recursos humans. L'autonomia de gestió inclou la flexibilització de les partides pressupostàries, la conciliació professional, la desburocratització, la gestió de les agendes i l'accessibilitat, capacitat de compra de proves complementàries i atenció secundària, control de llistes d'espera, la reinversió en la millora de l'equip i fins i tot, la pròpia elecció del Director/a. Sabem que els equips amb més autonomia de gestió són aquells on els professionals estan més satisfets (dades pròpies de CAMFiC). Tenim dades per prendre decisions sistèmiques (legislatives i de gestió) basades en evidències.

4) PRESSUPOST. El pressupost cal assignar-lo als EAPs, no a les gerències territorials d'integració hospitalària (cas de l'ICS) ni a consorcis hospitalaris públics on els EAP són captius de grans hospitals que absorbeixen part del pressupost. A pesar de l'escenari de manca de recursos i de precarietat, els recursos existents no han estat distribuïts de manera equitativa. De fet, l'any 2007 el pressupost destinat als EAP era del 17%, mentre que en el 2017 era del 14%. No ha estat així en altres àmbits; àmbits que en alguns casos han perseguit una retallada competencial de l'Atenció Primària sense demostrar una millora substancial pel pacient. Cal un canvi de tendència urgent. Sobretot perquè les evidències demostren que els sistemes públics centrats en una Atenció Primària que pot exercir la seva funció reporten millors resultats en salut, més qualitat de vida, i són més eficients.

5) CONDICIONS LABORALS. És necessari aplicar mesures que afavoreixin l'increment en el temps d'atenció als pacients, la conciliació, la cobertura de totes les substitucions, reformular la retribució variable, incentivar la ruralitat, o fins i tot (en un escenari de manca de professionals), compensar econòmicament a qui vulgui assumir més càrrega assistencial. Però la millora en les condicions laborals no serà real si prèviament no es desenvolupen els punts 1-2-3-4 anteriorment esmentats.

6) CARTERA DE SERVEIS. Actualment els Equips d'Atenció Primària no poden incrementar el seu nivell de resolució. És a dir, els EAP no poden ampliar la Cartera de Serveis assumint la incorporació de noves tecnologies diagnòstiques o l'acompanyament necessari per noves terapèutiques, sense una inversió prèvia en Recursos Humans (punt 1).

7)INTERRELACIÓ I CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL. Els metges de família aportem el valor de la longitudinalitat en la nostra atenció, i habitualment som els qui derivem i rebem els pacients que fan visites hospitalàries o a altres àmbits sanitaris. És imprescindible reorientar el treball dels especialistes hospitalaris per garantir una continuïtat assistencial correcta: evitar, o com a mínim, justificar als pacients l'anul·lació de visites, oferir interconsultes àgils amb totes les especialitats, atendre les visites preferents en menys de 15 dies, treballar conjuntament els protocols i circuits que afectin l'activitat de l'atenció primària, fer recomanacions de prescripció compartides, i segons principis actius, o assumir les prescripcions fetes fins la següent visita. I òbviament, tot plegat des del respecte mutu entre especialitats i transmetent sempre a l'usuari confiança interprofessional.

En la present proposta no s'inclouen aspectes relacionats amb el desenvolupament de **la Docència i la Recerca en Atenció Primària**. Un país que vol ser és aquell país que genera coneixement; i l'Atenció Primària és un àmbit de generació de coneixement. Tant la Docència com la Recerca mereixeran per la seva importància documents de desenvolupament específics.

El tractament de xoc proposat ha d'anar acompanyat d'un tractament de manteniment o marc de desenvolupament a llarg termini, com és l'ENAPiSC. Els professionals volen abordar el present i el futur oferint una atenció de qualitat (que sense el temps necessari no és possible), equitativa, proactiva (no reactiva) i moderna (incorporant les TIC). És evident que a l'ENAPiSC s'hi arriba fruit d'un enorme canvi en l'entorn econòmic que obliga a la redimensió. Desitgem que la redimensió passi per un canvi de model: un model centrat autènticament en l'Atenció Primària és garant de la **sostenibilitat**. La CAMFiC continuarà treballant per la millora de l'Atenció Primària, l'àmbit més proper a les persones, i l'àmbit que ha permès incrementar la seva salut.

Davant una situació actual del tot insostenible, ara i avui toca cuidar els professionals, desenvolupar una estratègia moderna, modèlica i exportable, i restablir unes condicions professionals que permetin afrontar el futur amb optimisme.

Barcelona, 4 d'Octubre de 2018
Junta Directiva de la CAMFiC.

Referències Citades.

(1) Documents de posicionament anteriors de Maig del 2017

http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8108_EBLOG_3326.pdf

(2) Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària (PIAPISC):

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assis_tencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_dinnovacio_datencio_primaria_i_salut_co_munitaria/que_es/documents/piapisc11febrer2010.pdf

(3) Pàgina web de l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/