



8 PROPOSTES ALS PARTITS POLÍTICS

PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

ELECCIONS AL PARLAMENT DE CATALUNYA 2015

Les nostres propostes s'emmarquen en una política de salut que impregna totes les àrees del Govern (perquè els principals determinants de la salut són socioeconòmics) i que es dota d'un Sistema Nacional de Salut, finançat amb impostos i gratuït en el moment d'ús. El sistema sanitari que teníem fins fa pocs anys era un dels millors del món, però requeria un major finançament (en la línia d'altres països de l'entorn), una major orientació a l'atenció primària de salut i canvis importants per a millorar la transparència i l'eficiència.

1. Augment progressiu del pressupost destinat a l'atenció primària de salut (APS), compromís d'arribar al 17% en l'exercici del 2016 i al 25% a mitjà termini

Els sistemes sanitaris amb una APS forta tenen millors indicadors de mortalitat, són més efectius en la prevenció de malalties, milloren la satisfacció dels ciutadans, disminueixen les desigualtats en salut i contenen els costos. El sistema sanitari de les últimes dècades ha estat fortament hospitalocentrista, tot i les afirmacions de polítics i governants de que l'atenció primària és fonamental. L'APS, malgrat la seva importància, rep una petita part dels pressupostos, part que en els últims anys ha passat a ser només el 14 % dels pressupostos de salut. Les retallades, que han reduït un 16% el pressupost de salut, ho han fet en un 20 % per l'atenció primària.

2. Recuperació de personal i de les seves condicions laborals: revisar l'adequada dotació de personal en els equips d'atenció primària (EAP) i assegurar la cobertura de personal per jubilació, malaltia i/o vacances. Una bona manera de fer-ho i que assegura continuïtat i condicions laborals és augmentar la dotació per a que cada EAP sigui autosuficient. Establir estratègies per millorar l'estabilitat laboral i disminuir la precarietat. Garantir al màxim la continuïtat a l'atenció: que els ciutadans no canviïn contínuament de metge o infermera de capçalera.

Hi ha hagut dràstiques reduccions en personal i serveis que han deixat l'atenció primària molt feble. Uns 3000 professionals menys, que toquen a un promig de 8 per equip. Hi ha estudis que confirmen que per cada metge de família de més en un territori, la mortalitat de la població es redueix de forma significativa, i que als territoris amb més metges de família i menys especialistes, els resultats de salut són més bons. I a Catalunya el nombre de professionals hospitalaris duplica els d'atenció primària (40,4 i 21,2 per 100.000 habitants).

La qualitat i l'efectivitat de l'APS està lligada a que els seus serveis siguin accessibles i que els pacients siguin atesos pels mateixos professionals durant temps. L'atenció primària d'avui és menys accessible (dies de demora per veure metge o infermera), menys resolutiva (menys temps per pacient, més espera per proves) i gens longitudinal perquè la manca de personal i els contractes en precari fan que una part important de la població no tingui, de fet, metge o infermera de referència.

3. Pla de reordenació de l'atenció continuada per assegurar que tots els ciutadans tinguin el primer contacte amb serveis propis de l'atenció primària i no siguin atesos en serveis hospitalaris sense valoració prèvia de l'APS.

S'han tancat uns 60 punts d'atenció continuada i molts ciutadans han d'anar a un servei d'urgències hospitalari en primera instància. La major part de les patologies ateses en els serveis d'urgències poden ser resoltes en l'àmbit de l'atenció primària amb menys costos i major seguretat per al pacient. Els actuals serveis d'urgències hospitalaris són poc eficients i estan saturats, en molts casos no poden donar un bon servei. Cal orientar-los a l'atenció de patologia greu.

4. Major autonomia de l'APS i dels equips en particular. Blindar els pressupostos destinats a l'AP. Dotar a cada EAP de veritable autonomia de gestió: assignació pressupostària, establiment d'objectius i llibertat de cada equip en la manera de portar-los a terme. Acabar amb la direcció compartida de diversos EAPs que allunya els seus directors de la realitat quotidiana.

Hem fet esforços que han permès la reducció d'un 35% en la despesa farmacèutica de recepta, sense afectar-ne la qualitat. Però aquest «estalvi» ha anat a parar als pressupostos hospitalaris, històricament deficitaris, perquè el nostre pressupost està inclòs, sense cap protecció, en el pressupost de les gerències territorials. El Projecte Ciutat i les Unitats de Gestió d'atenció primària (UGAP) han portat a una gestió dels equips més burocràtica i vertical. Els directors dels equips són en molts casos transmissors de les directrius de les direccions i gerències territorials sense cap capacitat de lideratge ni d'innovació. Hi ha insatisfacció en els membres dels

equips per aquest motiu. La majoria dels professionals de l'AP tenen la percepció que les gerències territorials (SAP, àmbit) es troben allunyades de la realitat i es dediquen més a la fiscalització de l'atenció que a millorar-ne la qualitat o solucionar els problemes concrets.

5. Convertir el metge i l'infermera de família en actors i coordinadors de tota l'atenció, des de l'atenció domiciliària als pacients que més els necessiten fins la participació en la gestió de les llistes d'espera dels especialistes i en l'ingrés de pacients sense passar per urgències. En poques paraules: recuperar la figura del metge i infermera de capçalera que es cuiden d'una població determinada en totes les situacions vitals

Aspectes que mai es van acabar de resoldre amb la reforma de l'APS s'han de tornar a posar sobre la taula. Si bé es veritat que en els últims anys hem guanyat en certes competències tècniques (infiltracions, petita cirurgia..) també ho és que hem perdut altres competències molt més significatives com poden ser l'atenció domiciliària i l'atenció a pacients terminals en algunes zones. El programa d'atenció al pacient crònic no pivota sobre l'APS, sino en figures de gestió de casos i unitats hospitalàries.

La coordinació assistencial és inexistent en molts llocs, els malalts van d'un servei a altre i tenen indicats múltiples tractaments no sempre compatibles i no sempre convenients. La coordinació assistencial, en especial en pacients complexos es fa millor quan es fa des de la proximitat i el coneixement del pacient i del seu entorn. Per això s'està reclamant des de molts àmbits que aquesta tasca la facin els metges i les infermeres d'APS, però només ho poden fer si tenen els recursos (temps, canals de comunicació...), condicions (estabilitat en el lloc de treball i en l'atenció als pacients) i poder (última paraula sobre tractaments, decisió sobre ingressos, accés fàcil als especialistes hospitalaris, capacitat d'elecció de centre i professional..). Aquesta estratègia pot tenir un impacte considerable en la reducció de llistes d'espera, racionalització de proves complementàries i en fer una atenció més beneficent per a les persones.

6. Disminuir la medicalització i potenciar l'atenció comunitària i la coordinació amb serveis socials desenvolupant plans realistes, generalitzables i amb recursos suficients.

L'actual tasca dels equips és gairebé exclusivament assistencial i individual. La consulta consumeix la major part del nostre temps. Les activitats comunitàries acostumen a ser voluntaristes, fora d'horari i portades a terme per professionals especialment motivats. No s'han integrat en el conjunt de les activitats dels equips ni en la seva orientació de treball.

Els determinants de la salut són múltiples i de diversa naturalesa: econòmica, social, cultural, educació, condicions laborals. El sistema sanitari no pot deixar de

considerar-los si vol contribuir a la millora de la salut. Actualment tenim un sistema sanitari que prioritza l'enfoc a la malaltia entesa com a procés biològic i margina els aspectes socials i subjectius relacionats amb el fenòmen d'emmalaltir i/o gaudir de salut.

L'elevat nivell de medicalització de la vida i dels problemes de salut en el nostre entorn, que s'ha esperonat des del propi sistema sanitari, agreugen de manera molt important la situació descrita. L'anàlisi d'aquest problema és complex perquè depèn de molts actors i causes però el seu abordatge és un dels reptes més importants que hauria d'afrontar l'APS a Catalunya.

7. Potenciar el lideratge de l'APS dins del sistema, començant per augmentar la representativitat i poder de decisió dels seus professionals (i no només dels seus gestors) en el disseny dels programes i en els òrgans de govern, on hauria de tenir un rol clarament preeminent. Buscar mecanismes de participació dels professionals en les decisions de govern i gestió dels centres i potenciar el lideratge de l'APS en la cura del pacient, amb major capacitat de gestió dels processos assistencials en el propi àmbit i de coordinació amb altres àmbits.

L'enfoc excessivament centrat en la visió hospitalària dels problemes de salut porta a polítiques sanitàries centrades en les malalties i en les intervencions farmacològiques i tècniques

8. Revisar el sistema d'incentius basant-los en el compromís, en l'avaluació i millora de la qualitat i en els resultats en salut. Dotar els EAPs de major autonomia per decidir indicadors i objectius, de manera que cada centre pugui prioritzar en funció de les seves necessitats, mancances i punts forts. Incentivar les estratègies innovadores i la participació activa en els processos de millora per part dels professionals.

La pressió cap als professionals perquè compleixin els objectius indueix al registre sistemàtic de les dades, que molt sovint es prioritza de manera excessiva en l'atenció als pacients. Tot i que és un tema complex i de difícil consens, molts professionals considerem que és positiu disposar d'indicadors d'avaluació de la nostra activitat, però la incentivació de la seva millora pot distorsionar els motius de visita i desviar els nostres esforços cap a activitats que poden no ser les prioritàries per al pacient o pel propi professional i que, per tant, poden no tenir un veritable impacte en la qualitat de vida dels pacients.

ENLLAÇOS RECOMANATS AL NOSTRE BLOC:

La medicina de família del futur: tornem el pacient al centre.
<https://focap.wordpress.com/2014/12/16/la-medicina-de-familia-del-futur-retornem-el-pacient-al-centre/>

Atenció a la cronicitat: fer-ho millor, fer-ho diferent.

<https://focap.files.wordpress.com/2014/10/resum-latencic3b3-als-pcients-crc3b2nics-de-les-parts-al-tot-catalc3a0.pdf>

L'atenció primària no es recupera en el pressupost del 2014.

<https://focap.wordpress.com/2014/01/09/latencio-primaria-no-es-recupera-en-el-pressupost-del-2014/>

Més infermeres amb mes competències i més responsabilitats.

<https://focap.wordpress.com/2015/06/04/mes-infermeres-amb-mes-competencies-i-responsabilitats/>

Precarietat laboral, precarietat d'atenció.

<https://focap.wordpress.com/2015/05/20/precarietat-laboral-precarietat-datencio-atencionprecaria/>

Atenció primària, alternativa a la crisi dels sistemes sanitaris

<https://focap.wordpress.com/2015/05/13/latencio-primaria-alternativa-a-la-crisi-dels-sistemes-sanitaris/>