

DOCUMENTO DE POSICIÓN DE LA JUNTA DE GOBIERNO DELS CoMB SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y PROPUESTAS DE MEJORA

La atención primaria de Catalunya es una pieza clave de nuestro sistema sanitario público. Más de 45.000.000 de visitas cada año, una distribución en el territorio de 369 Áreas Básicas de Salud, una alta capacidad de resolución de problemas de salud de la población y un elevado grado de reconocimiento y satisfacción por parte de los ciudadanos.

Es un elemento fundamental para la cohesión social, donde trabajan más de 15.000 profesionales altamente cualificados, pero, a pesar de todo, la atención primaria está en crisis desde hace años. Una crisis que se ha ido agravando por la falta de un presupuesto adecuado y, en consecuencia, por la reducción drástica de las inversiones y de las retribuciones de los profesionales sanitarios, así como por la pérdida de puestos de trabajo.

El impacto de la crisis ha supuesto, en los últimos años, reducciones acumuladas en el presupuesto sanitario de hasta el 20% y en un porcentaje aún más alto a la atención primaria. Hay que recordar que, a pesar de que el presupuesto general de la Generalitat para 2017 se aprobó con un incremento del 7%, la partida para el Departamento de Salud solo ha aumentado un 4%, un porcentaje que, de manera inexplicable, se reduce hasta un 0,7% en el caso de la atención primaria.

En paralelo a la progresiva pérdida de recursos, en la atención primaria también se ha producido una pérdida de capacidad de decisión profesional y una centralización en estructuras alejadas de los equipos. Porque, si bien es cierto que faltan recursos económicos, también lo es que, sobre todo, falta un proyecto que motive e ilusione a los profesionales. Y esta es, en buena parte, la razón última del colapso que se podría producir en la atención primaria si no se actúa con celeridad

En este sentido, es una buena noticia la apuesta que el Departamento de Salud hace con la Estrategia Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria (ENAPISC), ya que supone una oportunidad de cambio. Hay que decir, sin embargo, que falta concreción en el calendario de implantación de las medidas y, sobre todo, en cuanto a la disponibilidad presupuestaria. Anteriores gobiernos también, en su momento, anunciaron planes de reforma que nunca se han visto culminados.

Los profesionales han hecho frente a los embates de la crisis, los recortes, la falta de inversión y el incremento de la actividad. Lo han hecho priorizando la atención a los pacientes por delante de los legítimos intereses profesionales y de los equipos, lo que

ha sido reconocido y valorado, en primer lugar, por los propios pacientes, y también por la administración. Pero esta situación se ha hecho ya insostenible. A pesar de tener unos resultados en salud que nos sitúan a la cabeza de los países más avanzados y de disponer de un sistema de formación especializada excelente, hemos llegado a una situación insostenible.

Es evidente que la falta de recursos ha tenido un impacto en los salarios y en la pérdida de profesionales. También se ha traducido en un aumento de la precariedad laboral, sobre todo para los nuevos profesionales que se han ido incorporando al sistema, tal como ha denunciado reiteradamente el Colegio de Médicos de Barcelona -que elaboró un informe específico sobre la cuestión -, así como el sindicato Metges de Catalunya, las sociedades científicas y otras organizaciones.

En los últimos años, se ha evidenciado una desconfianza creciente entre profesionales y Administración. Se ha producido una enorme distancia entre el discurso político y la realidad de la asignación de recursos. Ciertamente, hay que aumentar significativamente el aporte y el gasto en atención primaria, es un hecho irrefutable, pero también se necesitan reformas estructurales en profundidad y urgentes. Hay que poner más recursos y, al mismo tiempo, hay que promover reformas para hacer cosas diferentes. Hay que recuperar la confianza y hacer mejoras tangibles de manera inminente.

Sería deseable que cualquier plan o estrategia de mejora de la atención primaria partiera de unas condiciones generales necesarias:

- Incremento significativo de la asignación presupuestaria para la atención primaria (tender a las recomendaciones internacionales que sitúan el gasto adecuada en atención primaria en al menos un 20% del gasto sanitario).
- Planes de estabilización del personal y políticas de contratación que pongan fin a la precariedad laboral.
- Promoción y apoyo de los liderazgos profesionales a los cargos de responsabilidad.
- Cambios organizativos que permitan la capacidad real de compra, la gestión de listas de espera, etc.
- Apuesta por la autonomía y por la implicación en la gestión de los profesionales.

La Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Barcelona considera que la situación a la atención primaria ha llegado a un punto crítico y la señal más evidente es el desgaste y el malestar que, de manera completamente justificada, expresan profesionales que trabajan. Por ello, el Colegio ha impulsado un trabajo participativo, en el que han tomado parte más de ciento cincuenta médicos y médicas, todos ellos referentes de la atención primaria, con el objetivo de poner en común, debatir y, finalmente, formular

propuestas de mejora, algunas de las cuales podrían ponerse en práctica a corto y medio plazo y, incluso, en algunos casos, sin incrementos presupuestarios.

PROPUESTAS:

En cuanto a la organización

- Optimizar la estructura organizativa del ICS. Hay que evolucionar hacia una estructura de gestión más flexible, participativa y descentralizada.
- Descentralizar las decisiones y apostar por la participación de los profesionales en el establecimiento de los objetivos y en la organización del trabajo.
- Los Equipos de Atención Primaria (EAP) no deben depender de cargos de gestión ligados a hospitales.
- Acercar la gestión a los médicos de primaria. Suprimir las Unidades de Gestión de Atención Primaria (UGAP y UGEAP), que agrupan la gestión de dos o tres EAP y que producen distanciamiento entre el órgano de gestión y el día a día de los centros

En cuanto al entorno y las condiciones laborales

- Erradicar la precariedad laboral en los nuevos contratos.
- Aplicar medidas de fidelización para los médicos para garantizar la continuidad asistencial.
- Aplicar medidas de flexibilidad para facilitar la conciliación. Con equipos más flexibles y autónomos la conciliación es más factible.
- Mejorar y aumentar los tiempos de dedicación a los pacientes: con más profesionales o con más horas por parte de los médicos que estén dispuestos a hacerlas.
- Facilitar y promover el acceso a la formación médica continuada debidamente acreditada.
- Cubrir el 100% de las sustituciones.
- Compensar económicamente la sobrecarga asistencial o el aumento de horas de trabajo, en caso de que no se puedan cubrir las suplencias.
- Desarrollar elementos de promoción profesional. Dar un tratamiento diferencial a los profesionales a lo largo de su carrera profesional.
- Apostar por modelos organizativos que permitan la asunción de riesgos y la promoción profesional.
- Reformular las DPO o complementos de retribución variable.
- Compensar la falta de médicos de familia en las zonas rurales o semirurales con un incentivo económico.
- Equiparar, en cuanto a retribuciones, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el resto de especialidades. El sueldo base de los residente de medicina de familia es actualmente menor.
- Hacer más atractiva y prestigiar la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde las universidades.

En cuanto al presupuesto de la atención primaria y el presupuesto de los EAP

- Mejorar la asignación presupuestaria para la atención primaria pasando del 16% actual al 20-25% ideal.
- Incrementar el presupuesto de forma proporcional a las necesidades de la atención primaria.
- Homogeneizar las condiciones de contratación de los equipos por parte del CatSalut. Establecer las firmas de contratos entre el CatSalut y los EAP de forma directa y transparente, con indicadores de resultados evaluables.
- Ofrecer un presupuesto finalista para uso exclusivo del EAP ligado al cumplimiento de unos objetivos pactados previamente.
- Disponer de presupuestos reales y ajustados a las necesidades de la población asignada (nivel socioeconómico y patologías).
- Participación de los médicos de primaria en las decisiones sobre la financiación de la atención primaria. Participar en la asignación del presupuesto de los EAP a partir de indicadores socioeconómicos y de índices de comorbilidad.
- Dotar de autonomía los EAP para gestionar el presupuesto. El presupuesto se asignará directamente al equipo, no a las gerencias territoriales con integración hospitalaria, en el caso del ICS, ni a los consorcios hospitalarios. Los EAP de consorcios sanitarios públicos son cautivos de los grandes hospitales que absorben su presupuesto.
- Mejorar la flexibilidad de las partidas presupuestarias. El funcionamiento del presupuesto por capítulos es muy rígido. No hay posibilidad de mover las partidas para cubrir otras necesidades.
- Adecuar la cartera de servicios de la atención primaria en el presupuesto. Las prestaciones no pueden aumentar mientras el presupuesto va bajando.

En cuanto a la autonomía de gestión

- Capacidad del EAP para autoorganizarse en un marco y con unos objetivos y presupuesto.
- La autonomía profesional comienza por la gestión de las propias agendas de los profesionales. El profesional asume el compromiso de atender a sus pacientes con calidad y dedicando el tiempo necesario, también de garantizarle accesibilidad, es decir, de hacerlo en el plazo adecuado para su demanda.
- Simplificar muchos procesos burocráticos que no aportan valor a la gestión clínica y que limitan el tiempo dedicado a la consulta.
- Retirar el visado para las recetas de aquellos productos que ya han sido prescritos.
- Dar autonomía a los equipos que lo soliciten con incentivos reales que se puedan reinvertir en la mejora de los equipos y de los profesionales. Transferir el riesgo a cambio de autonomía.

- Elección de los directores de los EAP por parte de los profesionales. Los directores deben ser líderes aceptados y no deberían desligarse de la asistencia.
- Establecer una limitación de los mandatos del director de EAP.
- Si la atención primaria es la puerta de entrada del sistema sanitario, debe tener capacidad de compra de la atención secundaria y de las pruebas complementarias.
- Capacidad de intervenir en las listas de espera de derivaciones a la atención secundaria y en las exploraciones complementarias. Los EAP deben poder decidir si asumen la gestión de estas derivaciones, deben tener una asignación directa por estos conceptos y tienen que encontrar la fórmula de colaboración más accesible y eficiente en su territorio. Los EAP de consorcios sanitarios públicos también deben poder derivar a otros hospitales, además del de referencia.
- Disponer del 100% de la lista de consultas externas y poder decidir quién se visita al hospital. Disponer del 50% de la lista para pruebas complementarias.
- Establecer nuevas formas de compra de servicios intermedios más transparentes.
- Participar en el diseño de las rutas asistenciales. La atención primaria debe tener capacidad de decisión de qué servicios y qué tipo de relación debe tener con el proveedor.

El ENAPISC es una oportunidad para generar los cambios que la atención primaria reclama y que los profesionales demandan desde todos los foros (colegiales, científicos, sindicales, etc.). Una reforma como la que propone el ENAPISC debe generar, en primer lugar, credibilidad para superar el desencanto actual. Habría que empezar aplicando medidas que no impliquen más gasto y que reflejen una verdadera voluntad de cambio. Destacamos algunas ya propuestas anteriormente:

1. Los EAP no deben depender de cargos de gestión ligados a hospitales.
2. Acercar la gestión a los médicos de primaria. Suprimir las Unidades de Gestión de Atención Primaria (UGAP y UGEAP), que agrupan la gestión de dos o tres EAP y que producen distanciamiento entre el órgano de gestión y el día a día de los centros.
3. Erradicar la precariedad laboral en los nuevos contratos.
4. Apostar por modelos organizativos que permitan la asunción de riesgos y la promoción profesional.
5. Homogeneizar las condiciones de contratación de los equipos por parte del CatSalut. Establecer las firmas de contratos entre el CatSalut y los EAP de forma directa y transparente, con indicadores de resultados evaluables.
6. Adecuar la cartera de servicios de la atención primaria en el presupuesto. Las prestaciones no pueden aumentar mientras el presupuesto va bajando.

7. La autonomía profesional comienza por la gestión de las propias agendas de los profesionales. El profesional asume el compromiso de atender a sus pacientes con calidad y dedicando el tiempo necesario, también de garantizarle accesibilidad, es decir, de hacerlo en el plazo adecuado para su demanda.
8. Retirar el visado para las recetas de aquellos productos que ya han sido prescritos.
9. Elección de los directores de los EAP por parte de los profesionales. Los directores deben ser líderes aceptados y no deberían desligarse de la asistencia.
10. Dar a los EAP capacidad de compra de la atención secundaria y de las pruebas complementarias para que la atención primaria sea realmente la puerta de entrada del sistema sanitario.

El éxito en la aplicación de estas medidas está condicionado a la implicación de:

- **la Administración**, que tiene un papel fundamental con el desarrollo del ENAPISC en los próximos meses, con la asignación de recursos y el establecimiento de plazos en los que se deberá llevar a cabo esta nueva reforma atención primaria que la consolide como el eje vertebrador del sistema de salud y social. En esta tarea, será imprescindible aprovechar el conocimiento y la experiencia de los profesionales.
- **los profesionales**, que debemos tener y reivindicar más autonomía y implicarnos en la gestión de forma decidida, con responsabilidad y asumiendo riesgos en la toma de decisiones sobre la organización y la gestión clínica.
- **los ciudadanos** que, cada vez más, son personas informadas que desean participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud, desde una nueva posición de apoderamiento, desde la que participan activamente en las decisiones que hacen referencia a las políticas sanitarias, y también a la creación de servicios orientados a mantener y mejorar la propia salud, individual y colectiva.

Barcelona, 6 de junio de 2017