

AGAMFEC

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA
FAMILIAR E COMUNITARIA

**DEBATE ABERTO PARA UN
MODELO GALEGO DE
ATENCIÓN PRIMARIA**

Elaborado pola Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria

versión 11/04/2019

No ano 1985 iníciase, seguindo o ronsel de Alma-Ata, a chamada Reforma da Atención Primaria. Postulábase entón un novo modelo, cunha intensa motivación profesional e unha gran ilusión social. Pronto se viu condicionada pola lentitude no cambio, a convivencia durante moitos anos con antigas estruturas e a aparición de novos os modelos de xestión centrados na atención hospitalaria. O resultado foi o seu progresivo afastamento dos postulados iniciais.

En outubro de 2018, celebrouse unha nova conferencia en Astaná, na que se reafirman os compromisos expresados na ambiciosa e visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978. Os gobernos e organizacións presentes están convencidos de que o fortalecemento da Atención Primaria é o enfoque máis inclusivo, eficaz e efectivo para a mellora da saúde, e é a pedra angular dun sistema de saúde sustentable para a cobertura sanitaria universal. Un sistema no que a saúde dos individuos non se separa da saúde das sociedades e os valores que sustentan esas sociedades.

Que pasaba nas consultas? Dous compoñentes marcan agora a atención do día a día: a situación demográfica de Galicia e o aumento da cronicidade. Non só pacientes crónicos, son tamén cada vez máis complexos, en todas as idades da vida. Dende nenos con enfermidades raras a persoas maiores que viven soas, con múltiples patoloxías, con diversos contextos sociais, económicos e culturais, nais maiores e avoas novas. Non só pacientes, son persoas que viven en comunidades múltiples: barrios, parroquias, redes, asociacións, bandas de música ou equipos deportivos.

Mentres, o financiamento de atención primaria foise comprimindo porcentualmente, pola crise e pola integración en áreas supostamente de saúde. Deterioráronse centros de saúde e/ou equipos e, sobre todo, reduciuse o número de profesionais por xubilacións ou por contratos non competitivos con outras comunidades autónomas ou países. Os maiores xubiláanse e os mozos emigran onde ofrécenlles mellores condicións laborais e económicas.

As consecuencias están na prensa: Os profesionais sanitarios mobilizáronse porque saben facer ben o seu traballo e queren facelo ben. Porque queren o tempo e a tranquilidade para atender á persoa que veu a consultarlles.

Dende AGAMFEC cremos que chegou o momento de facer cambios radicais. Queremos debater, de forma aberta, colaborativa, con profesionais e cidadáns, as bases dun Modelo Galego de Atención Primaria, con tres eixos:

- Enfocar a atención hacia a complexidade e os procesos comunitarios.
- Reestruturar a organización, profesionais, comunicación e competencias.
- Financiar atención primaria de forma completa, suficiente, independente e autoxestionada.

Este documento elaborouse incorporando as reflexións dos profesionais nestes intensos días, pero non é o fin do debate senón o principio. Presentamos unha folla de ruta, conscientes de que só o consenso permitirá deseñar e implantar un modelo de Galicia para Galicia.

1. ENFOCAR A ATENCIÓN CARA Á COMPLEXIDADE E OS PROCESOS COMUNITARIOS.

A atención á saúde debe modularse dacordo coas necesidades de persoas e comunidades. Na práctica clínica habitual, atendemos diferentes necesidades:

1. Pacientes crónicos, dous terzos das consultas en atención primaria, para seguemento, para tratar descompensacións, para aprender a vivir con elas e os seus autocoidados. Nelas, a prioridade para o paciente é a **lonxitudinalidade**; poden requirir 20-30', no propio centro.
2. Pacientes agudos, frecuentemente con patoloxías máis leves dende o punto de vista clínico, pero non exentas de preocupación para a persoa/familia, en nenos ou persoas relativamente novas. Son consultas de baixa complexidade, nas que o paciente prioriza a **acesibilidade** e a resposta rápida; frecuentemente, cun tempo curto de atención (5-10') pode ser suficiente. Ás veces precísanse probas diagnósticas ou tratamentos que requiren o desprazamento da persoa a outro centro de saúde ou ao hospital, de forma puntual.
3. Pacientes complexos, pola gravidade da súa patoloxía, polas súas frecuentes descompensacións, pola polifarmacia. Son os menos frecuentes (2-3%), pero neles o enfoque debe ser multidisciplinar, con plans individualizados, e a **integralidade** é o requisito esencial; o tempo de atención é moito máis longo, 20-30' no centro pero 60 -120' se é en domicilio e débese contar, a maiores, co esforzo de coordinación dos profesionais.
4. Pacientes en situacións de privación, pobreza, exclusión social ou estigma. Para eles, os centros sanitarios son un compoñente máis do sistema de saúde local. A atención debe **darlle a volta á lei de coidados inversos**, e facer máis a quen máis o necesita.
5. Persoas sas e moitos pacientes que, usando as súas capacidades individuais, familiares e sociais, involúcranse en **procesos comunitarios** para impulsar cambios positivos na saúde. Os profesionais pasan de ter un papel predominante ou exclusivo na toma de decisións, a ter un maior papel na facilitación e a colaboración nas decisións, potenciando o empoderamento e a participación das persoas e as comunidades.

Este enfoque esixe unha revisión profunda do que facemos, do que debémos facer e do que non debémos facer.

Este enfoque require cambios estruturais e un financiamento coherente cos obxectivos do sistema.

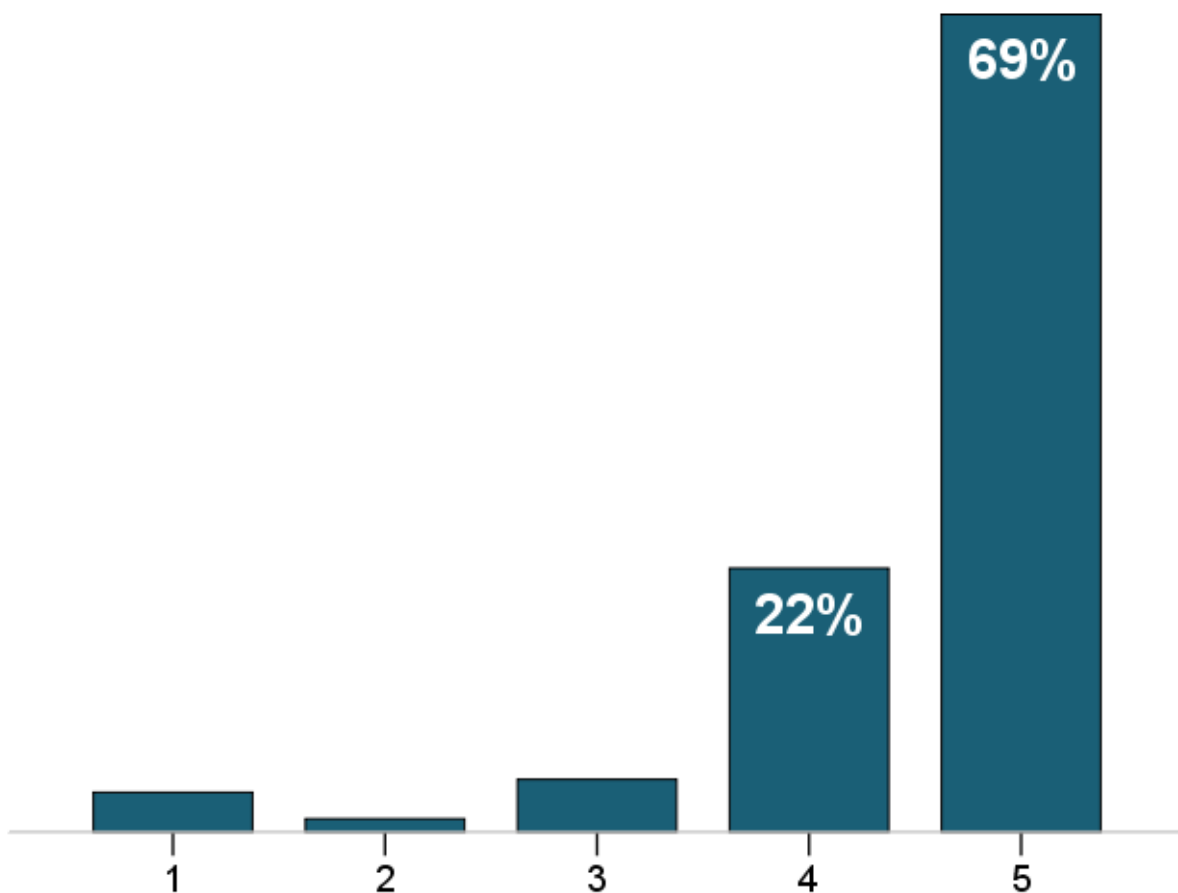
2. ESTRUCTURAR A ORGANIZACIÓN, PROFESIONAIS, COMPETENCIAS E COMUNICACIÓN.

2.1 A ORGANIZACIÓN

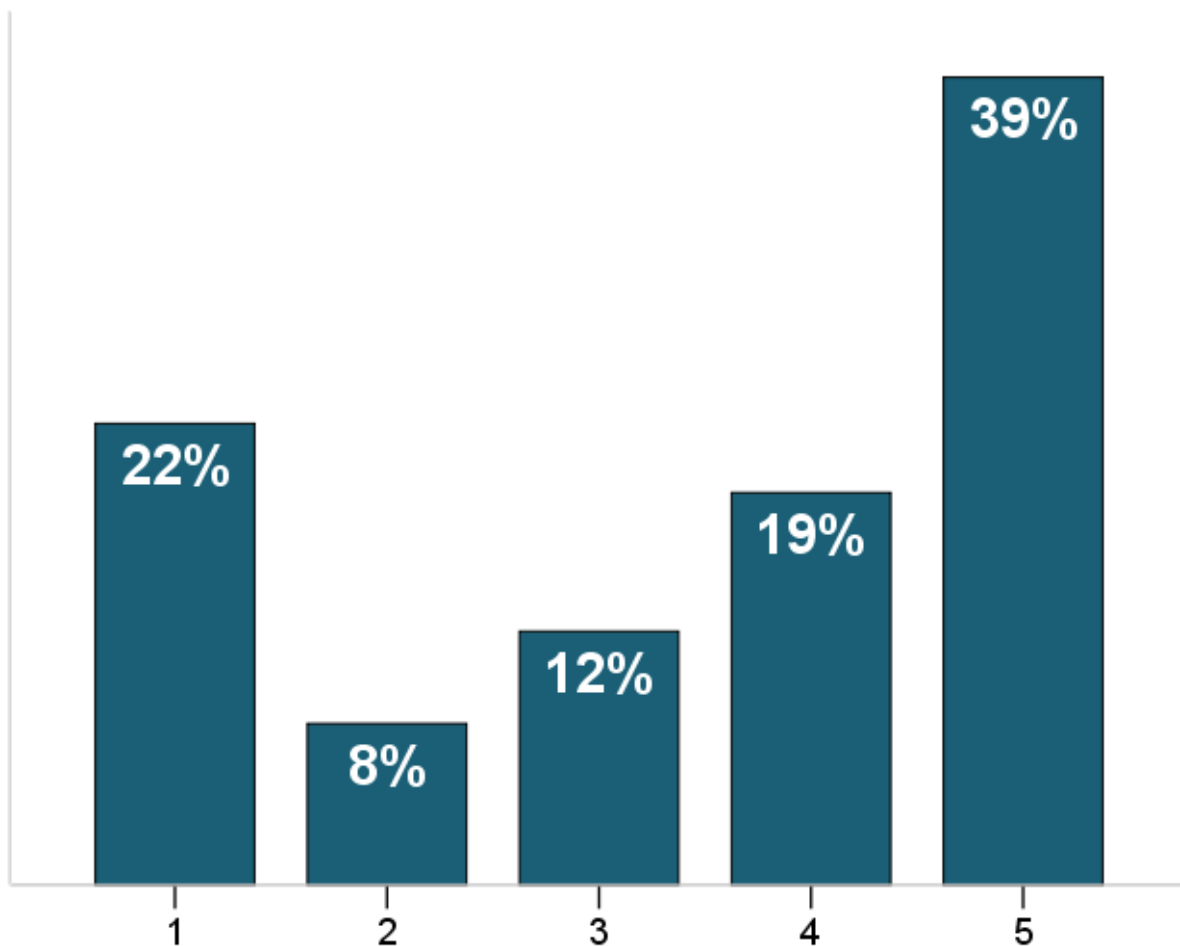
Partimos de dúas premisas esenciais:

a) Nesta situación poliédrica, non ten sentido organizar a atención seguindo unha clasificación que está marcada polas estruturas do sistema educativo, polos órganos do corpo humano, ou pola organización dos hospitais templarios. É necesario un cambio radical da forma en que nos organizamos, favorecendo a multiplicidade e o dinamismo de colaboracións.

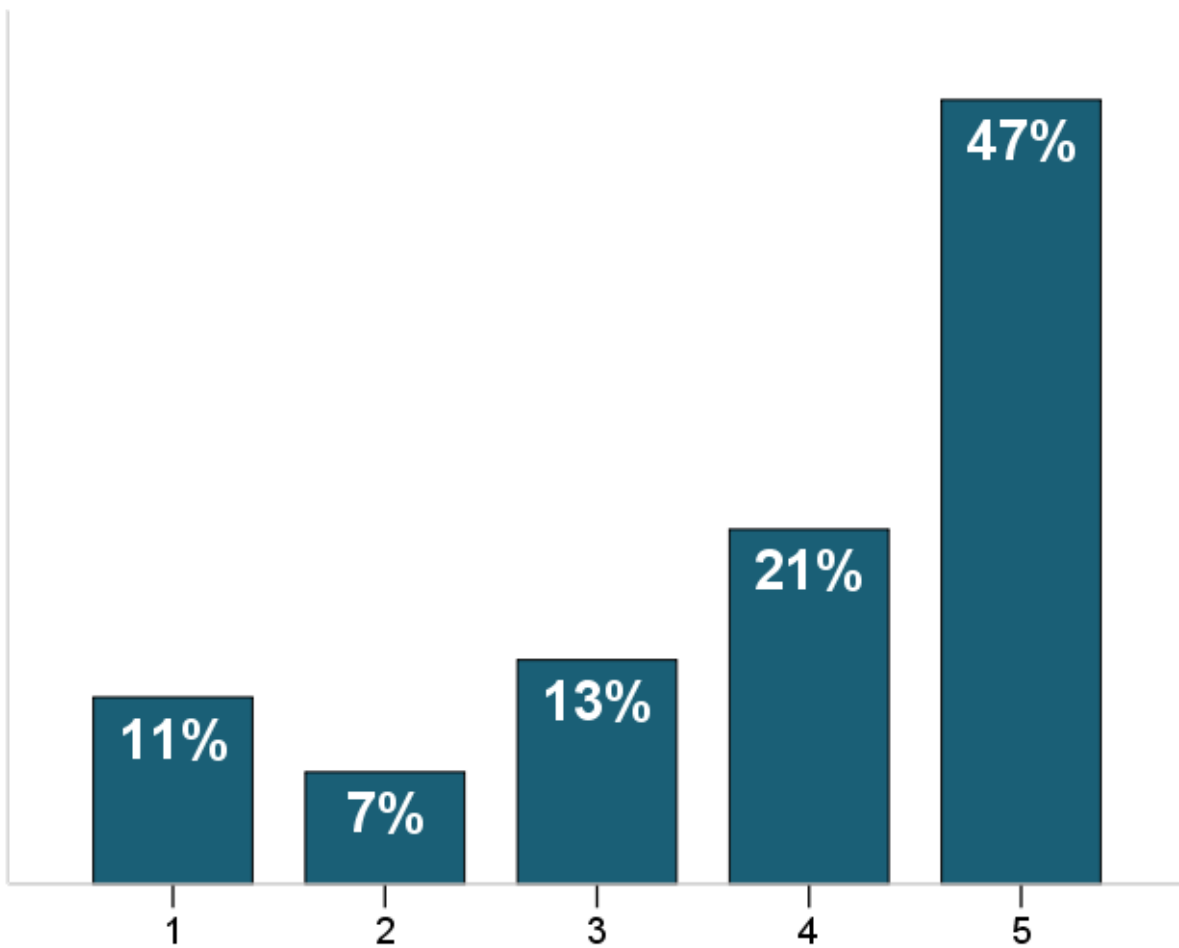
b) Atención Primaria non debe manter un modelo que se basea nunha bolsa de parados novas. Debemos facer cambios disruptivos para enfrontarnos ao reto do gran número de xubilacións que se producirán no próximos dez anos.



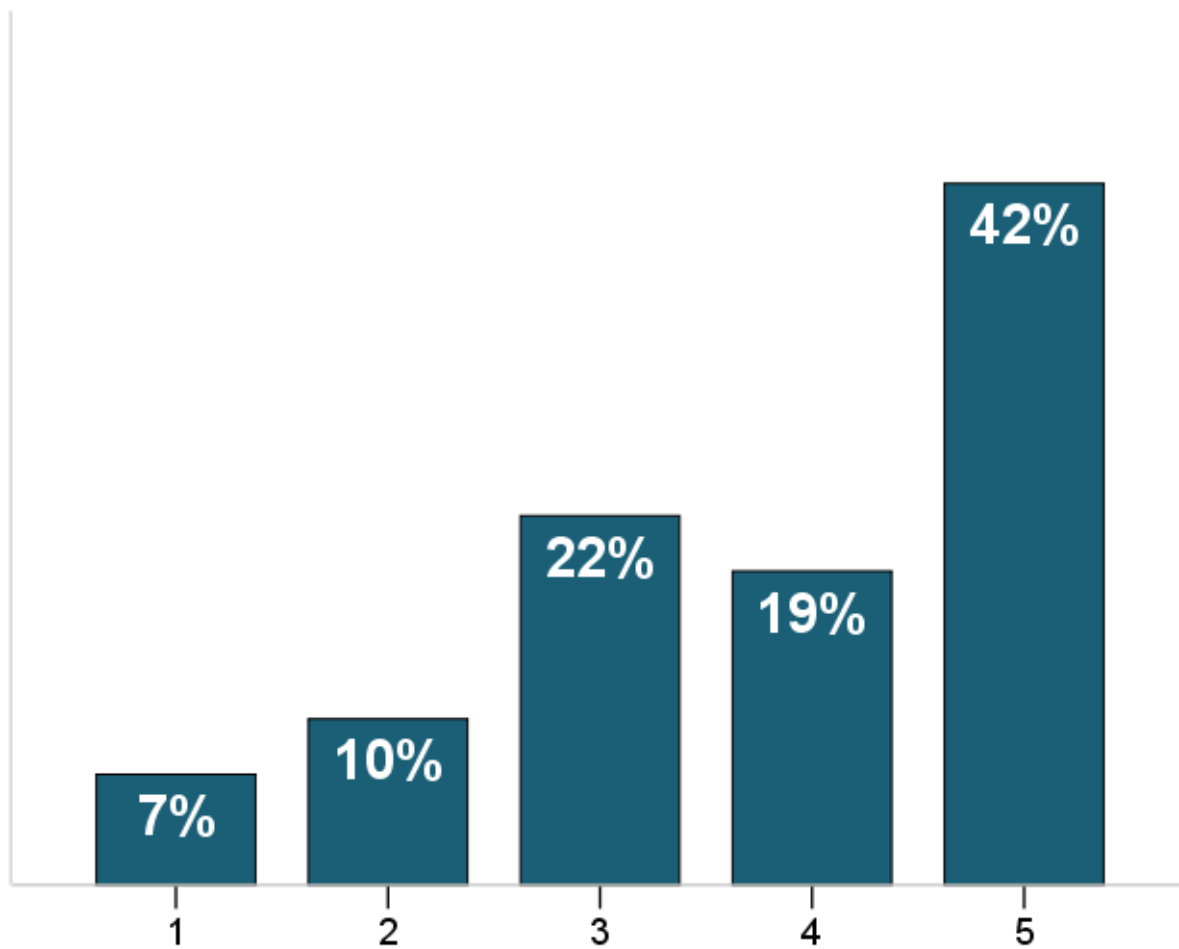
É necesario incorporar profesionais de PACs á atención ordinaria, de maneira que cada servizo poida ser autosuficiente na cobertura de gardas, vacacións, etc. Esta transformación deberá ser planificada, cos recursos (formación, desenvolvemento normativo, financiamento, etc.) adecuados, pilotada e avaliada antes da súa extensión.



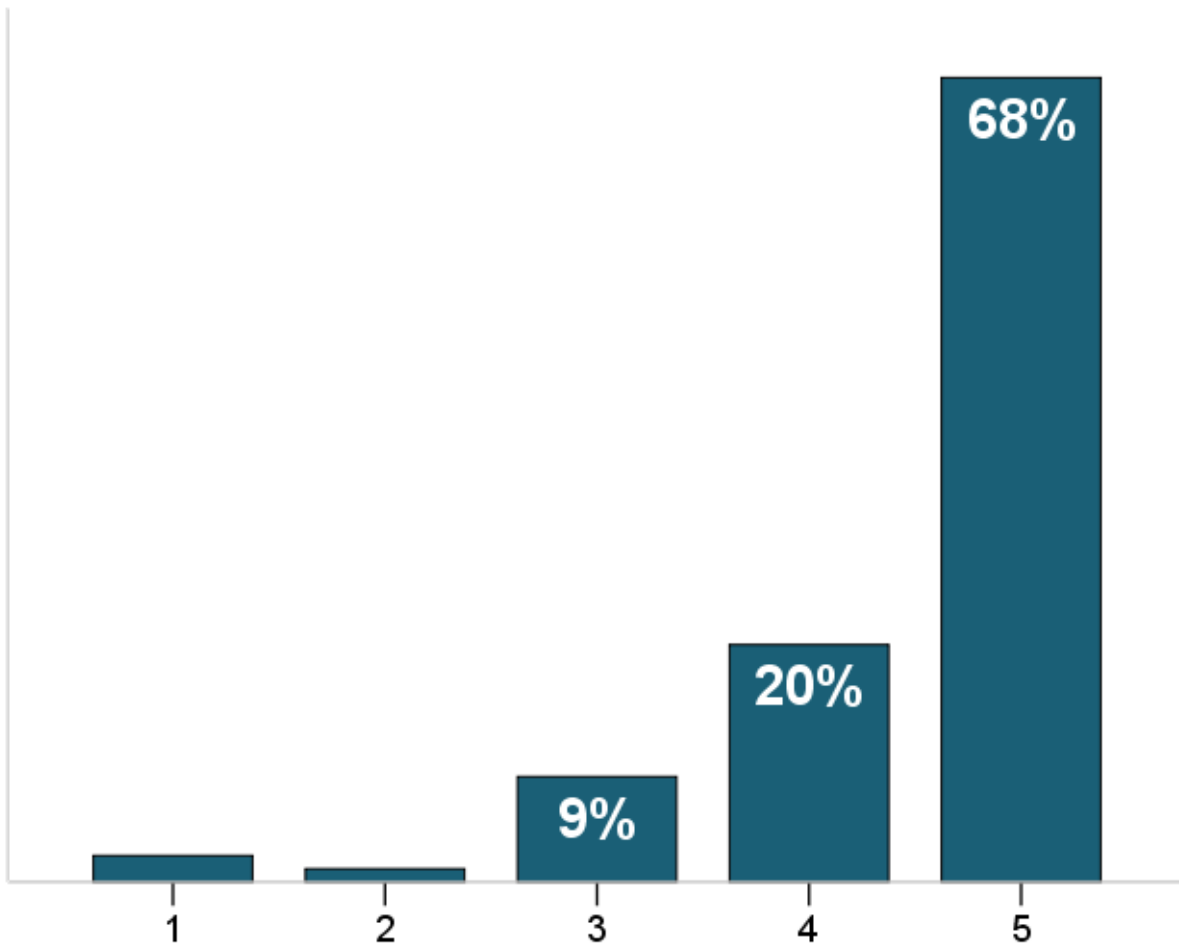
Implica reordenar os servizos de atención primaria. Deberanse planificar servizos, centros e cotas axustando por complexidade con criterios clínicos e sociosanitarios. E ter en conta para o número de cartillas por profesional: cantas substitucións (en días) solicítanse cada ano e a súa temporalidade, a cobertura da atención nocturna e fins de semana completas, entre outros aspectos.



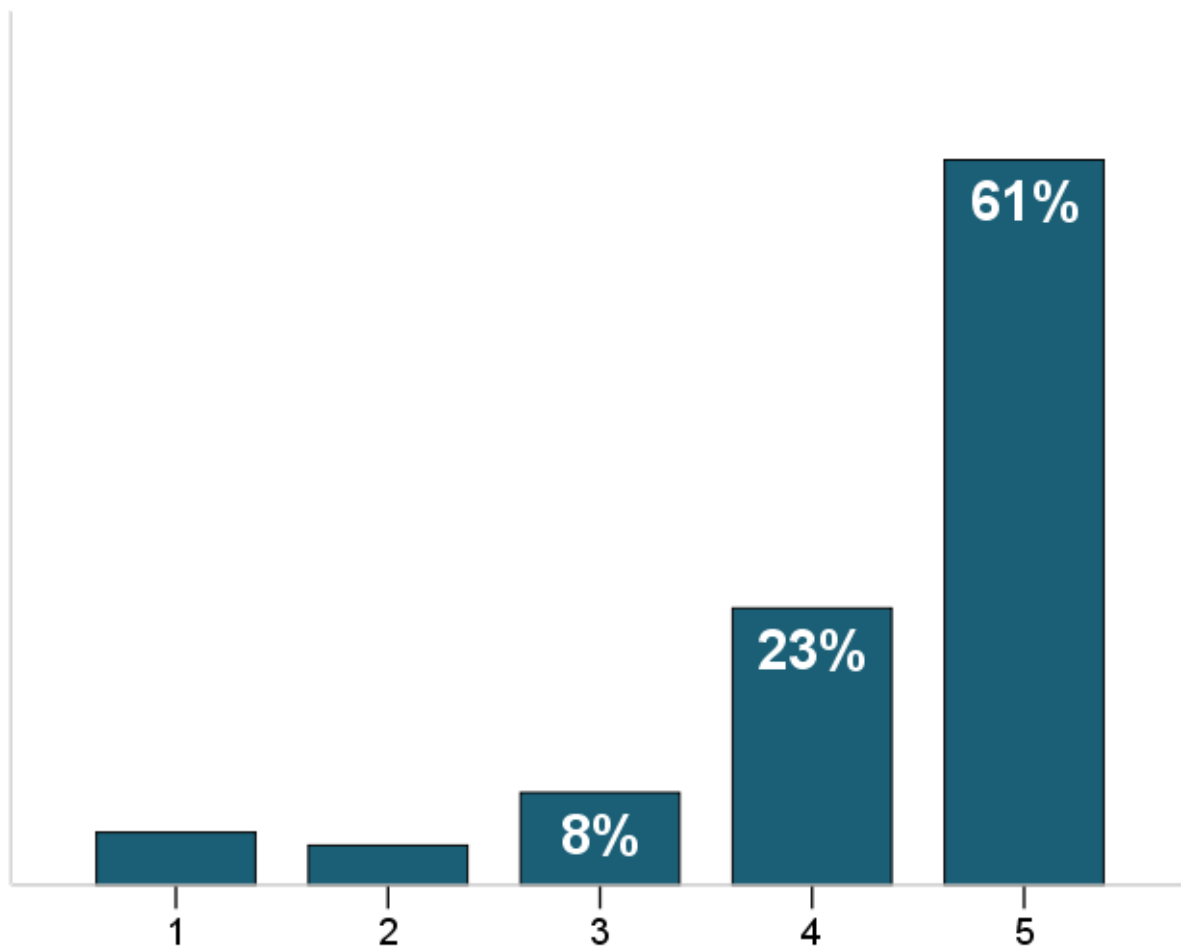
O tamaño dos centros de saúde deberase axustar ás necesidades da atención e non establecer quendas para dar máis cabida á mesma estrutura de atención nun mesmo espazo físico. Podes supoñer a ampliación dos centros existentes ou o seu número, tendendo a un horario de 8:00 am a 8:00 pm, flexible, tanto para facilitar as actividades comunitarias e a atención domiciliaria, como a conciliación familiar, a titoría docente e as xornadas adaptadas (xubilación, enfermidade, coidado de nenos, coidado de familiares).



A planificación ha de ser flexible, relacionada coas características sanitarias, demográficas e sociais. Non pode ter o mesmo modelo unha cidade que o rural. Tamén articular medidas dinámicas, previsibles por perda de poboación rural e cambios estacionais en zonas de veraneo.



Proponse unha XERENCIA DE ÁREA organizada nunha Xerencia/Dirección de atención primaria e unha/ s Xerencias/Direccións de hospital. Como apoio, a subdirección de tecnoloxías da información, servizo de comunicación e servizo de atención ao paciente e relacións coa comunidade.



Para a XERENCIA/DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA propónse a seguinte estrutura:

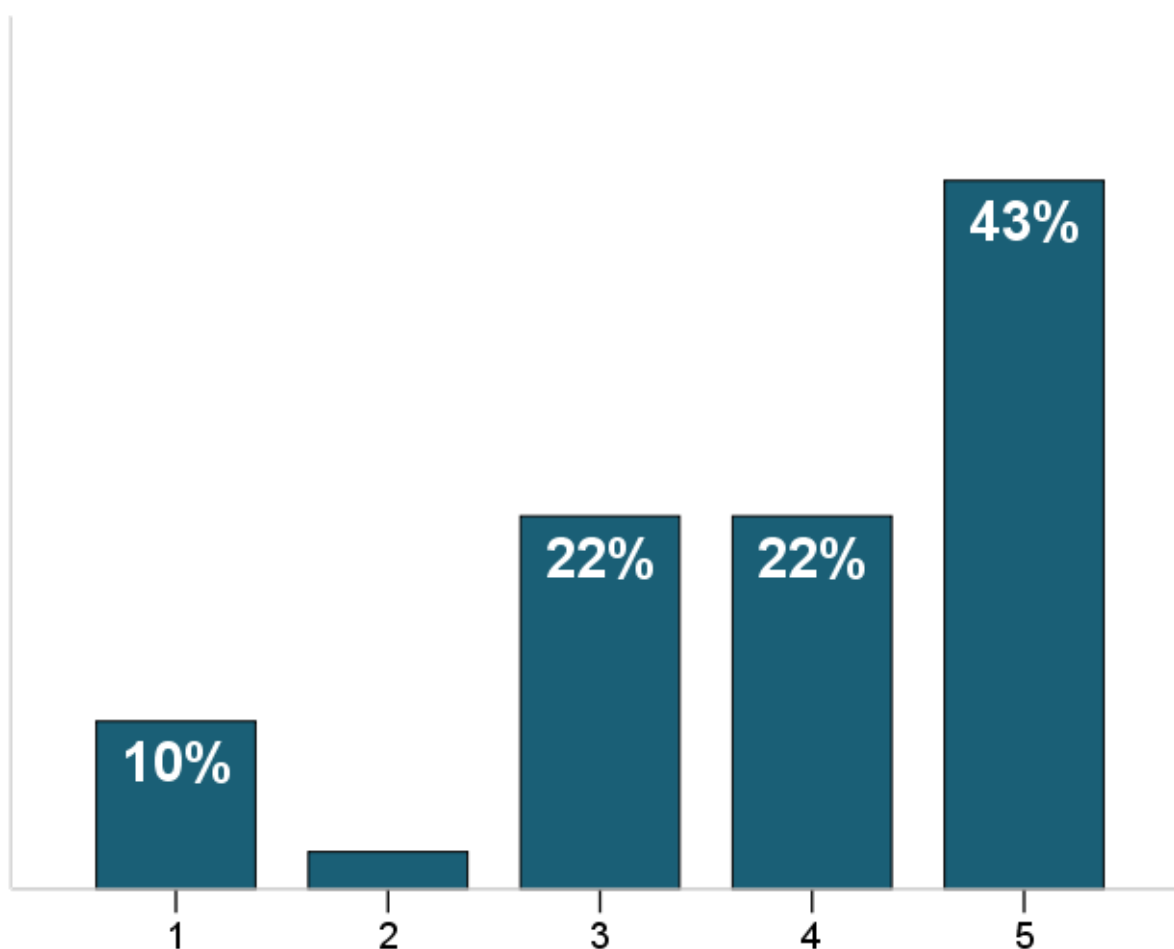
Dirección de Servizos de AP: con funcións de planificación, xestión e avaliación dos Servizos de AP. Inclúe servizo de farmacia.

Dirección de Coidados: para a organización dos coidados, incluíndo fisioterapia e matronas.

Dirección sociosanitaria: inclúe a organización e integración de actuacións sociosanitarias, como atención a domicilio (inclúe agudos, atención ao alta, paliativos, centro de día, coidados continuados...), traballo social, coordinación con servizos sociais, atención a grupos con dificultades especiais.

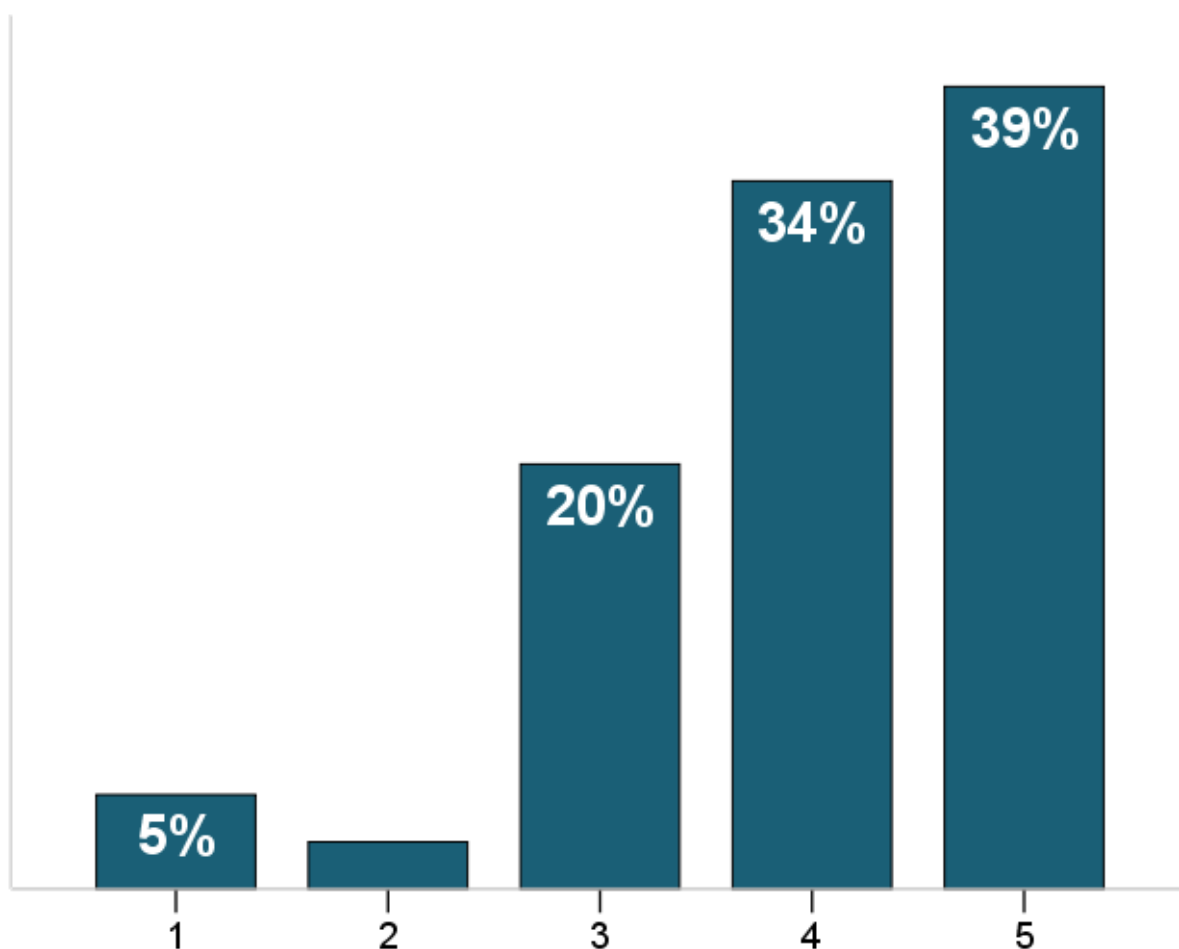
Dirección de urxencias: inclúe a organización e integración da atención á urxencia nos centros de saúde (incluíndo triaxe), a atención á urxencia en horario nocturno e fin de semana, atención ás emerxencias (relación, xestión de incidencias e coordinación con servizo de emerxencias sanitarias de Galicia (061).

Como estruturas que informan e modulan as direccións anteriores: Subdirección de Recursos Económicos, Subdirección de Recurso Humanos, Servizo de información e avaliación (de resultados asistenciais, de actividade, de seguimento do gasto, etc.), Servizo de formación e docencia, Servizo de investigación e innovación.



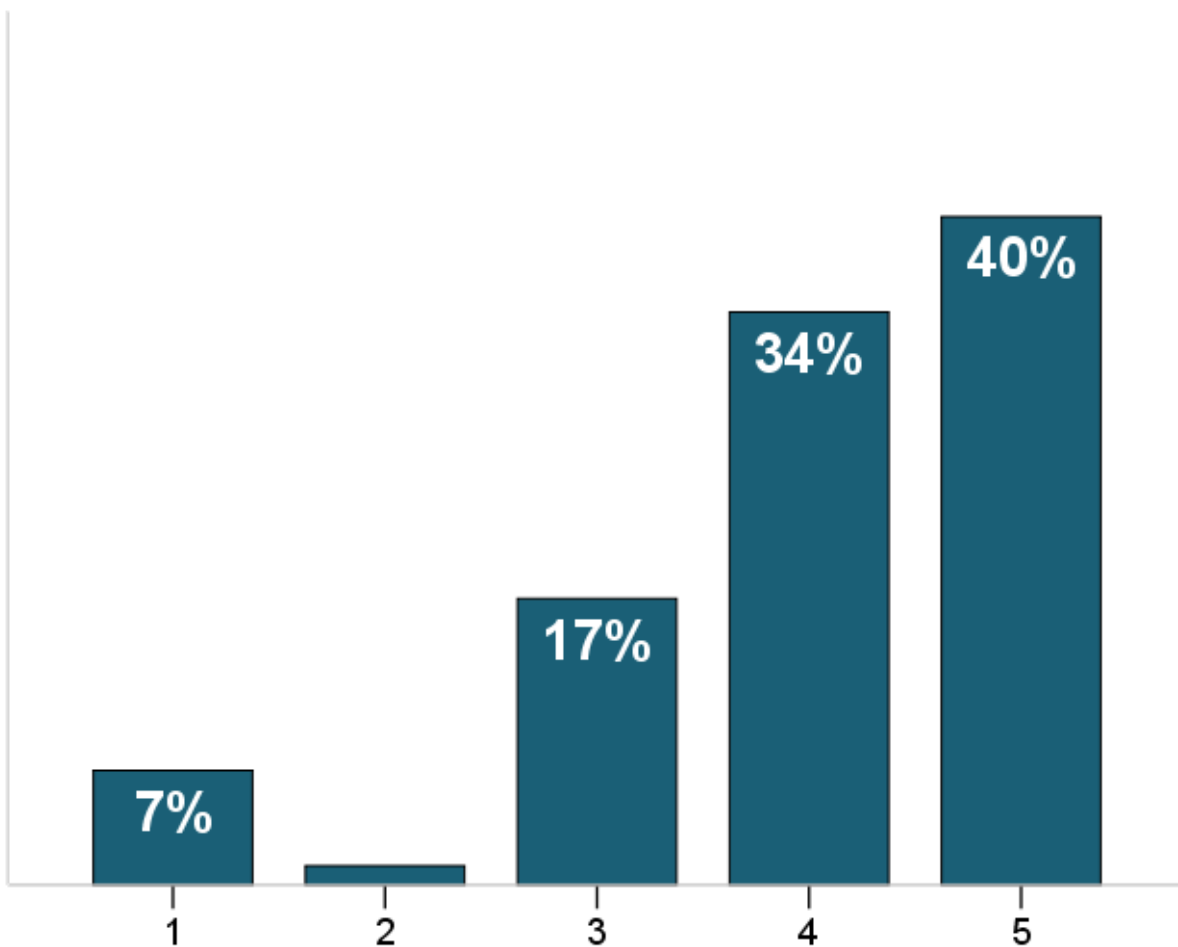
Os procesos comunitarios han de ter reflexo no día a día do centro de saúde, nas súas axendas, na súa actividade, nos seus recursos; que o teña tamén no organigrama, dependerá das necesidades e evolución en cada servizo e área.

Elementos externos a atención primaria son esenciais para atender complexidade e comunidade. Un mecanismo pode ser o establecemento de contratos programas con enfoque por área con: 061 (que debe contar con medios propios), Servizos sociosanitarios, en aspectos relacionados coa saúde pública e a educación para a saúde, con sociedade civil.



XEFATURA DE SERVIZO. A estrutura da Xerencia terá o seu reflexo na estrutura dos servizos de AP. Será responsable da planificación, xestión asistencial e económica, avaliación, e das relacións coa Comunidade.

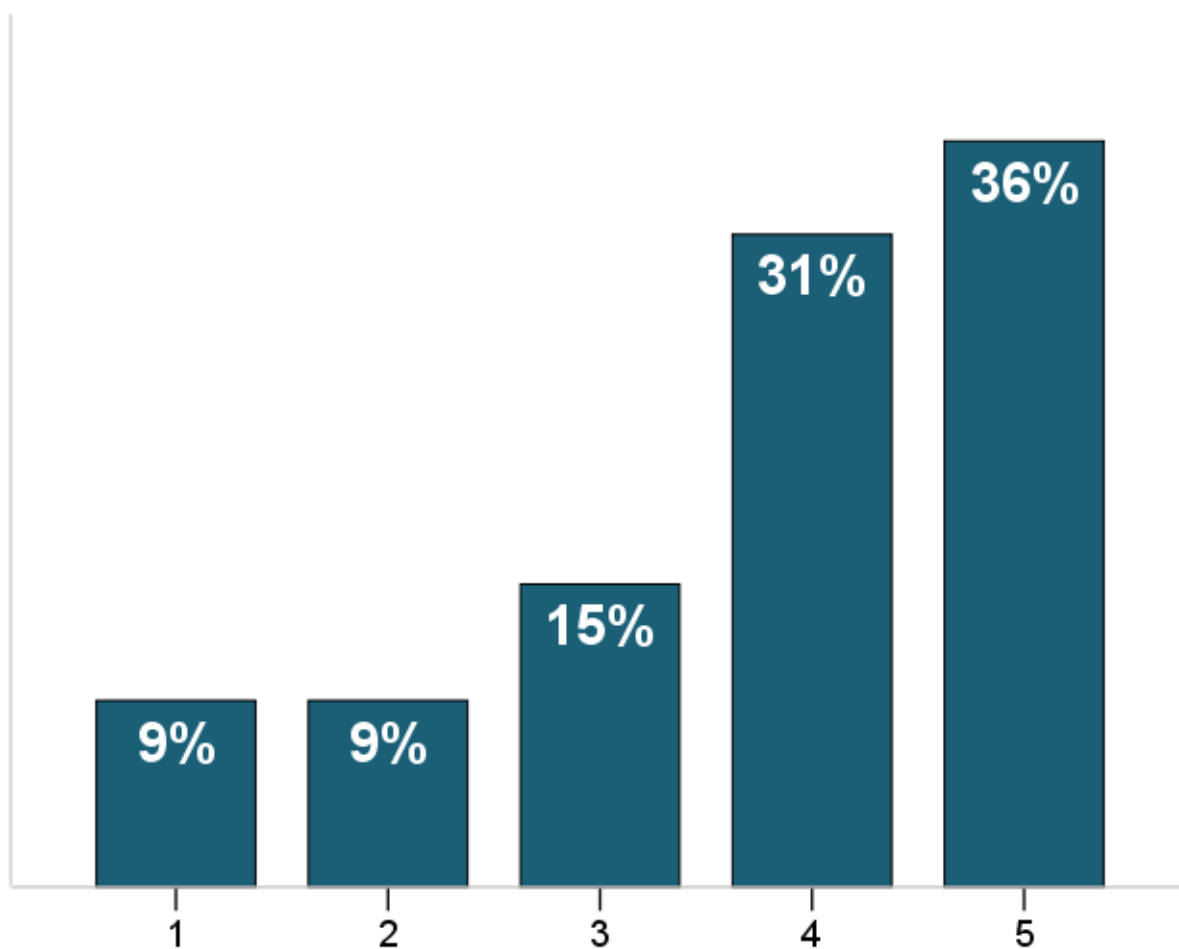
Acompañado por: Coordinadores de centros de saúde (baixo o suposto de que se coordinen varios centros e que puidese existir o agrupamento de diversos servizos de pequeno tamaño), farmacéuticos, e unidades de saúde buco-dental, Coordinación de coidados, Coordinación sociosanitaria, Coordinación atención urxente, Coordinación da área administrativa. Como apoio, responsables de Docencia, formación, investigación, Información e avaliación.

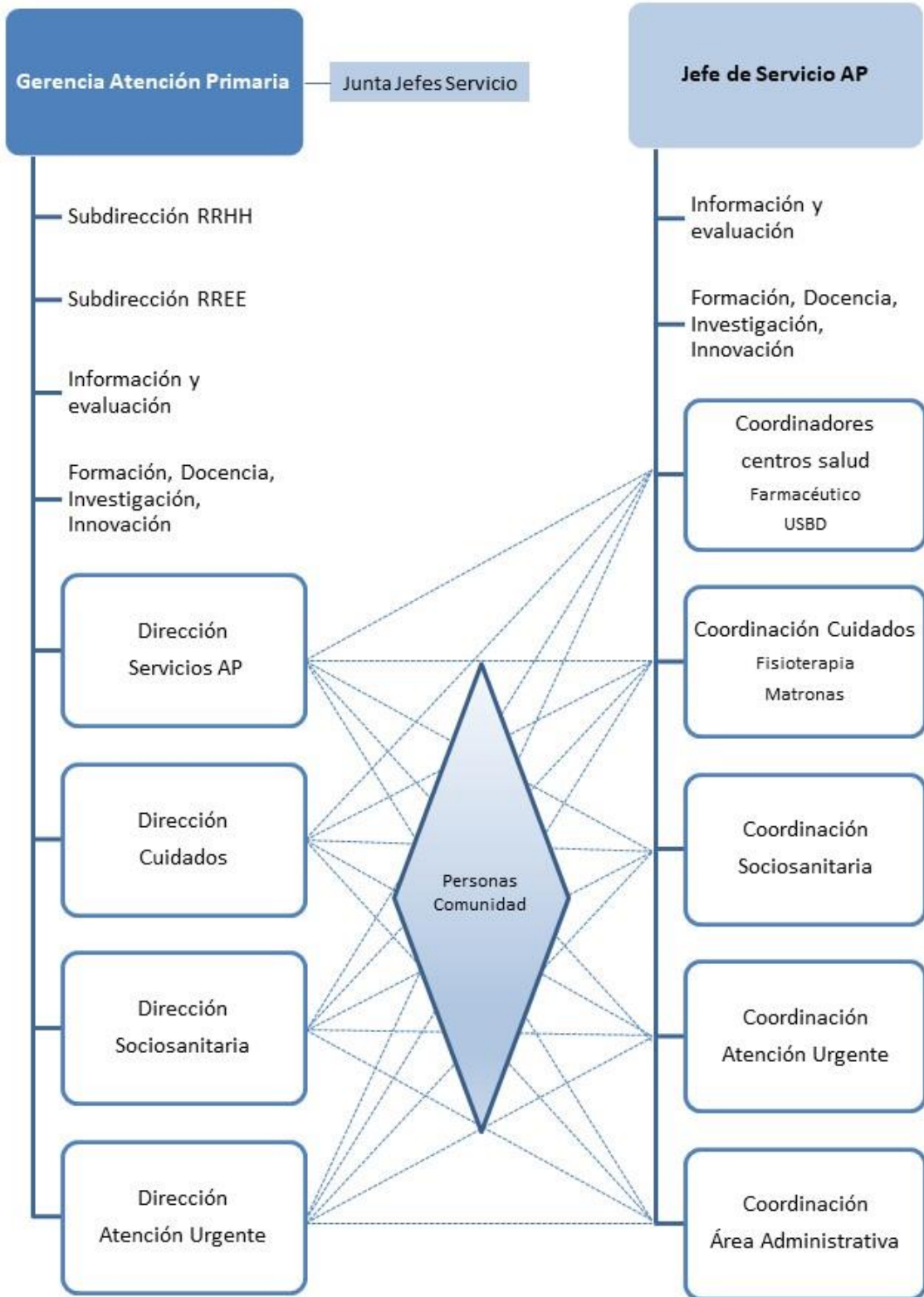


A agrupación de diversos centros nun servizo xa existe actualmente. Proponse estender as agrupacións de servizos rurais de pequeno tamaño co mesmo ámbito comarcal/PAC. En cidades, poderíanse agregar servizos con atención urxente ata os 20:00; implicaría, por tanto, a zonificación das cidades.

É necesario incrementar a dispoñibilidade e traballo conxunto con unidades de saúde mental, atención ás adicións e centros de atención á violencia de xénero.

A relación entre as direccións e os coordinadores será económica a través do xefe de servizo, pero con configuración funcional múltiple entre as diversas direccións e coordinadores.





2.2. PROFESIONAIS E COMPETENCIAS

Premisas:

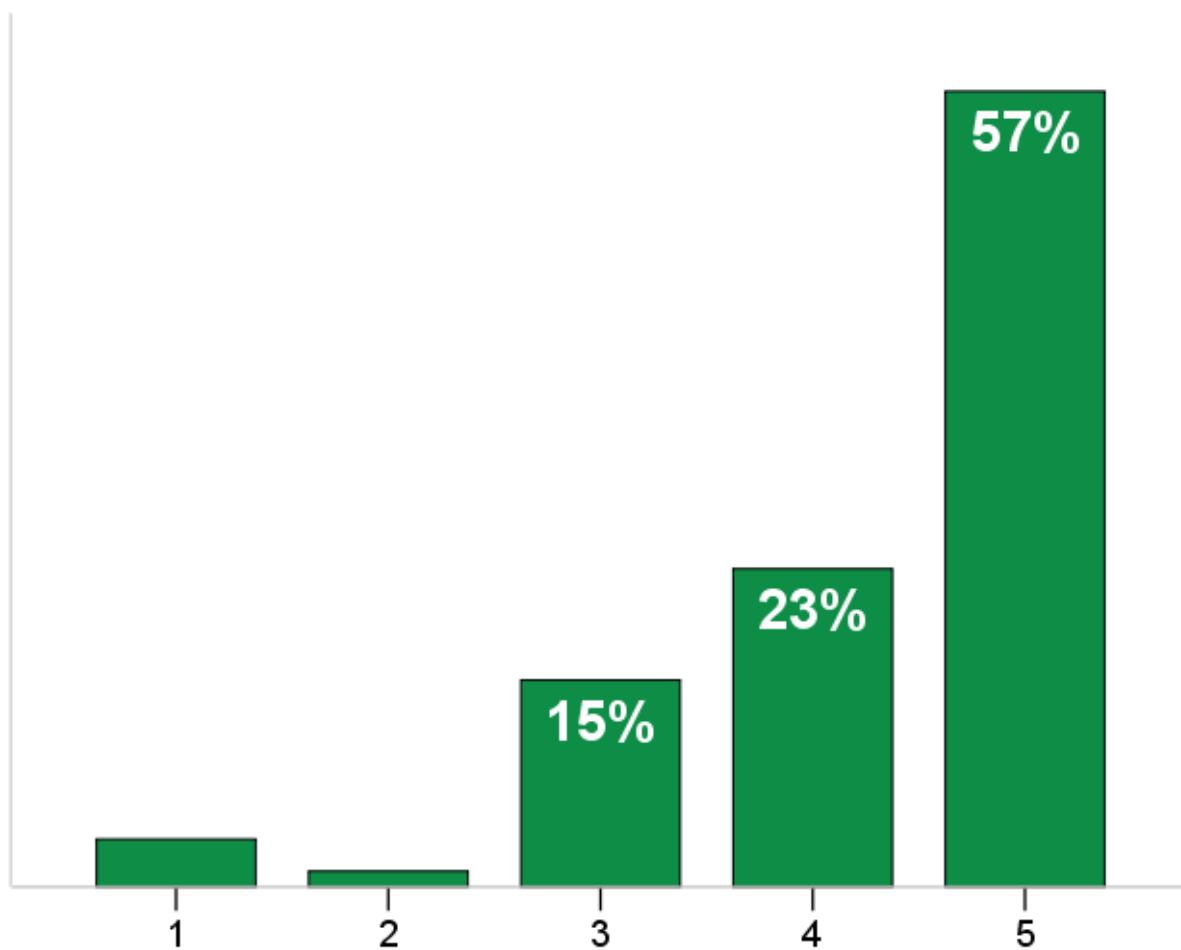
Se as consultas están saturadas agora, cada ano que pase será peor. É necesario un cambio radical na distribución da atención programada e urxente.

A carteira de servizos, polos avances tecnolóxicos increméntase de forma continua en cantidade e complexidade. Progresivamente, técnicas diagnósticas ou terapéuticas ata hai pouco de ámbito hospitalarios, realízanse en atención primaria (cirurxía menor, retinografías, etc.) ou se utilizan por profesionais de atención primaria (RMN, endoscopias...).

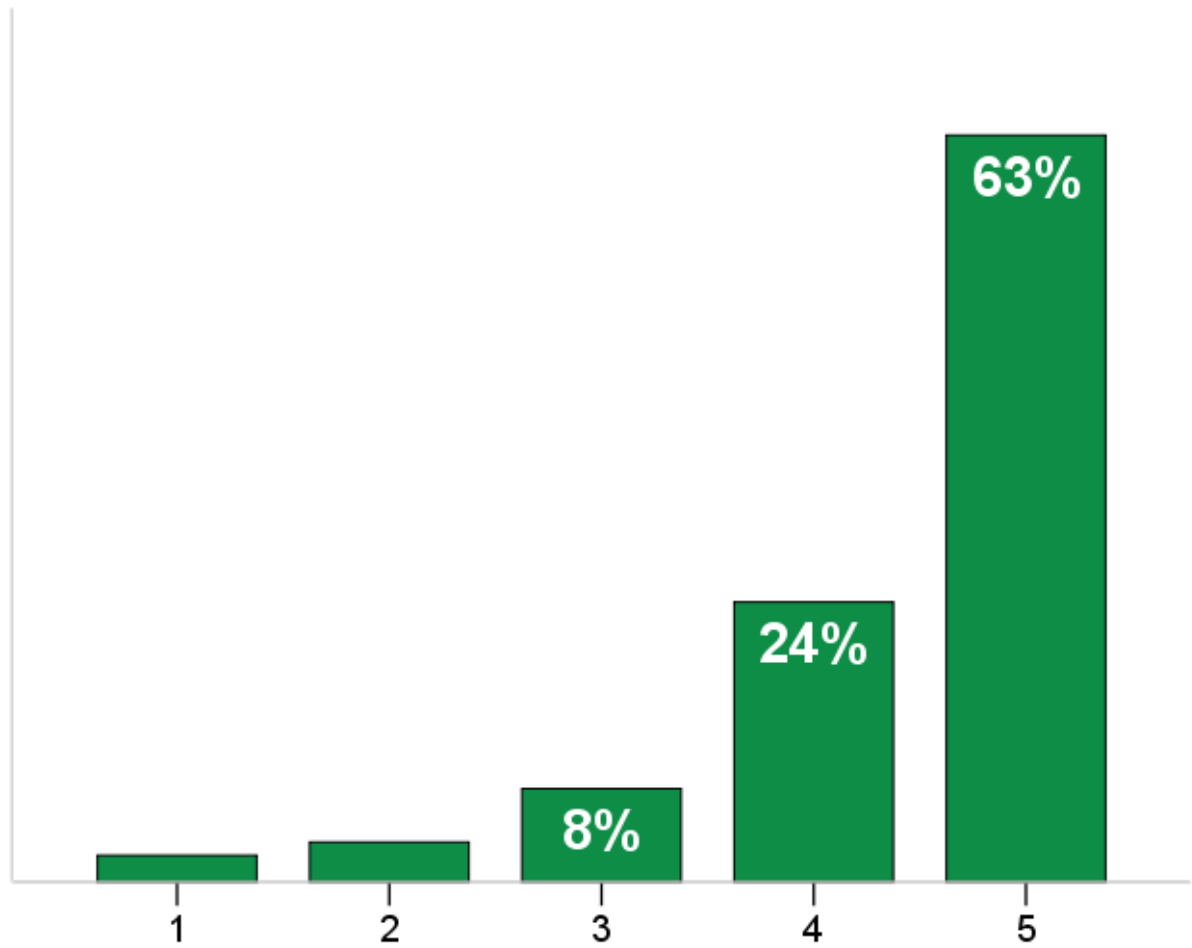
Débense adecuar as cocientes de profesionais, tendo claramente a foto final, e tentar ir a ela.

Necesítanse profesionais con competencias acreditadas:

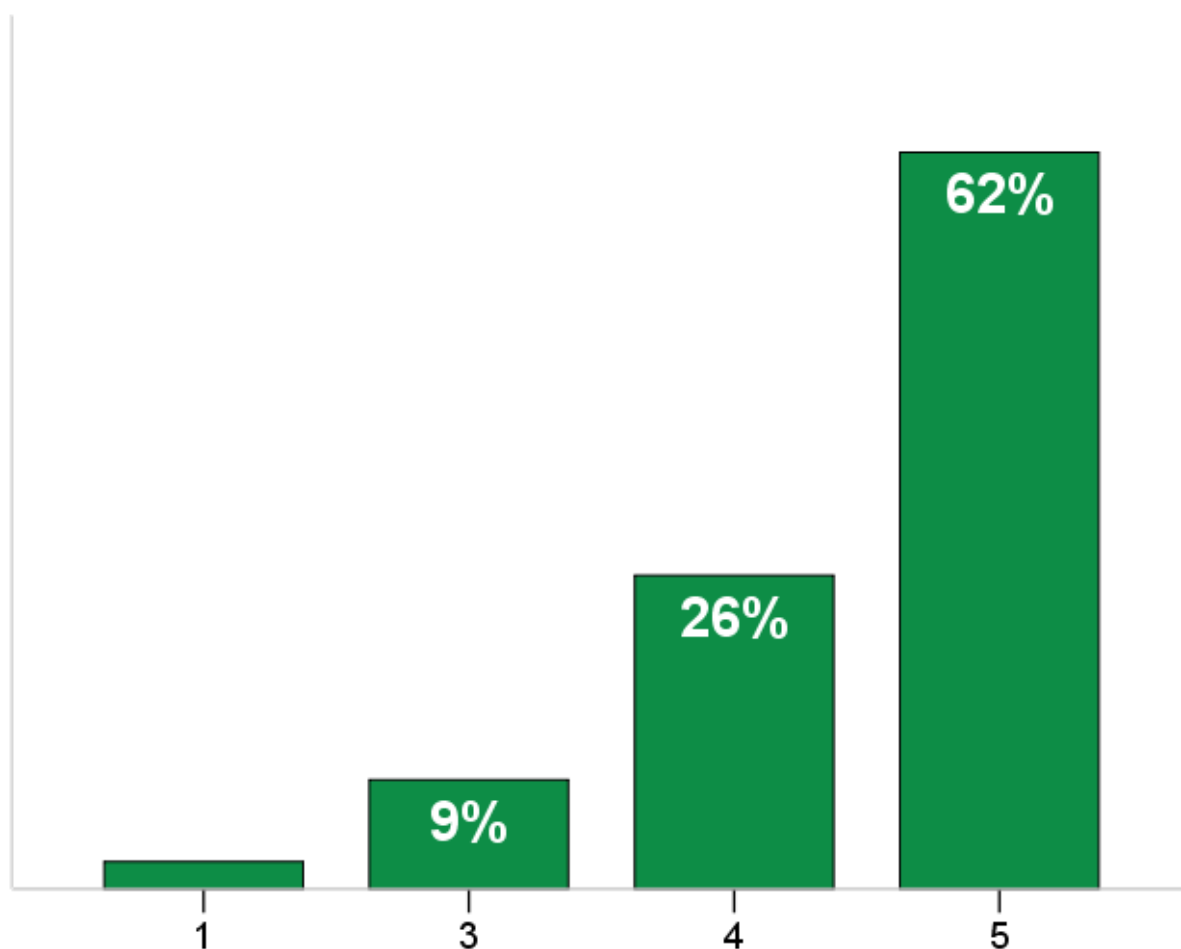
- Nos médicos de familia: coordinación e comunicación con estruturas alleas á sanitaria, actualización en técnicas diagnósticas e terapéuticas, actualización na atención a pacientes complexos, paliativos, atención comunitaria e avaliación de calidade.



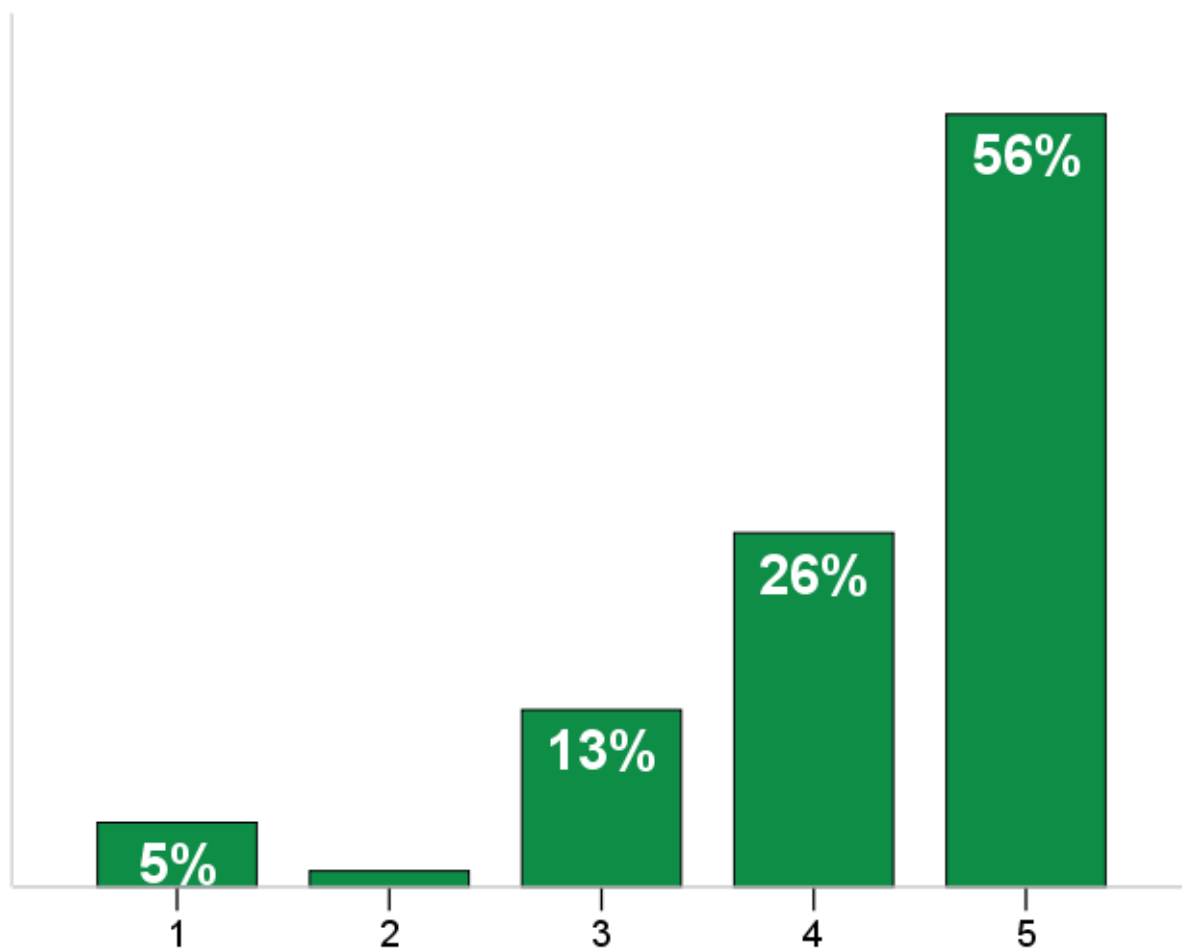
- En matronas, fomentar o traballo en equipo e educación poboacional.



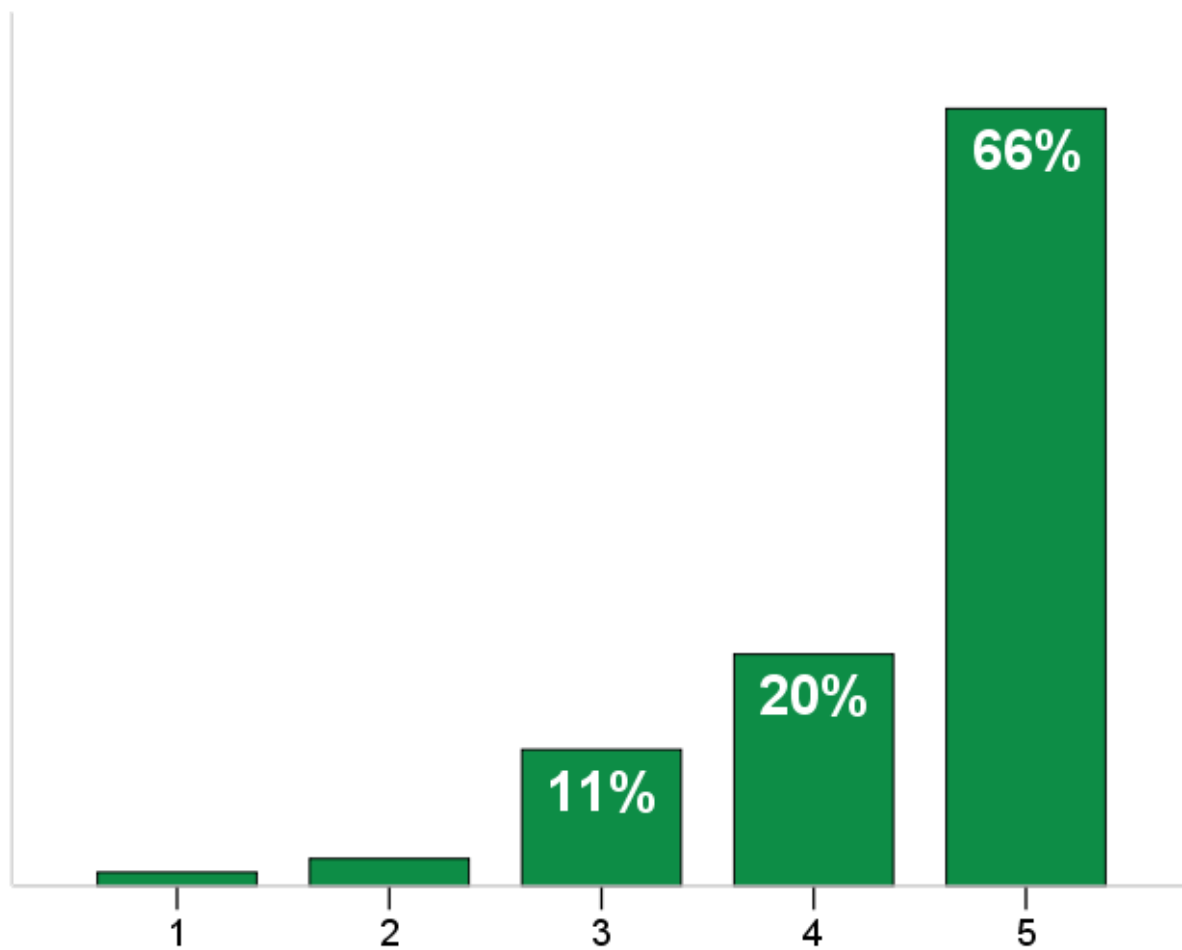
- Na enfermaría: nova carteira de servizos, incluíndo atención comunitaria, mellorar capacidade resolutive en atención á urxencia, traballo en grupos, atención á cronicidade, coidados continuados en domicilio...A incorporación das especialistas comunitarias é unha gran oportunidade para que se focalicen en actividades sociosanitarias e comunitarias. Mentres que as non especialistas poden seguir realizando a actividade a demanda, programada e urxente actual, cun cociente na cota 1/1. Nun futuro, con maior número de especialistas, formación en consonancia coas actividades para desenvolver e acreditación de competencias, débese revisar esta organización.



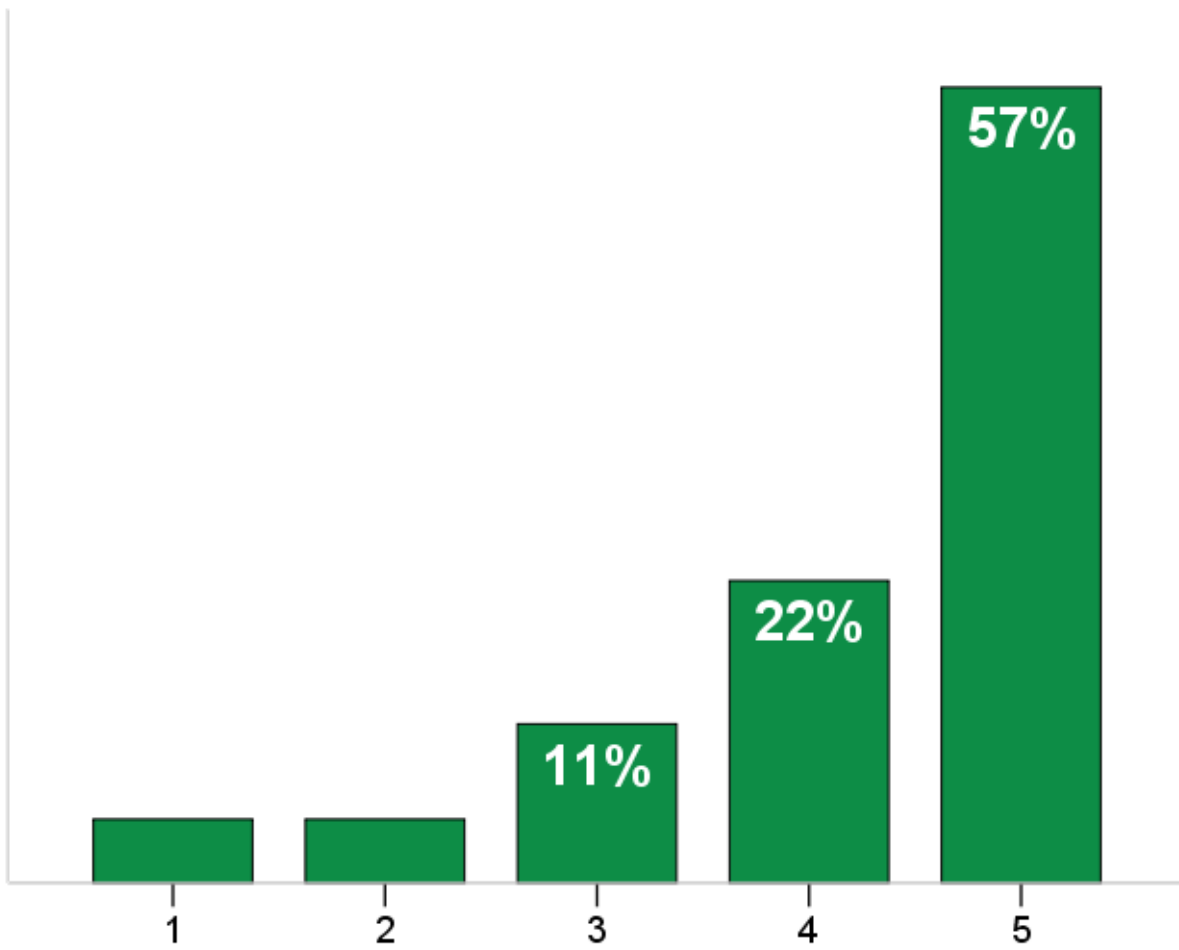
- En odontoloxía, fomentar a educación sanitaria da poboación, escolas, residencias de anciáns.



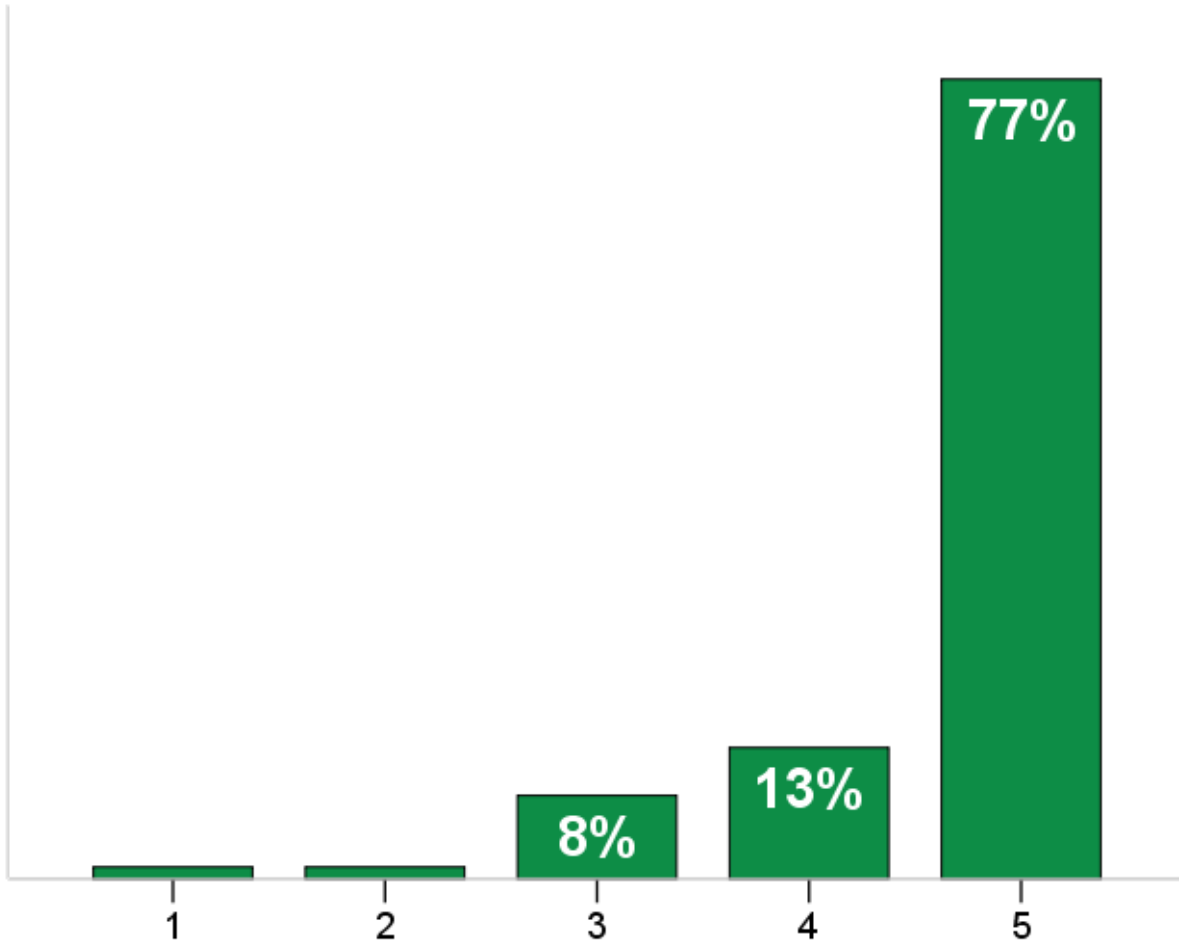
- En farmacéuticos: novas competencias, no seguimento de crónicos, en seguridade de paciente (non facer, polimedicados, etc.).



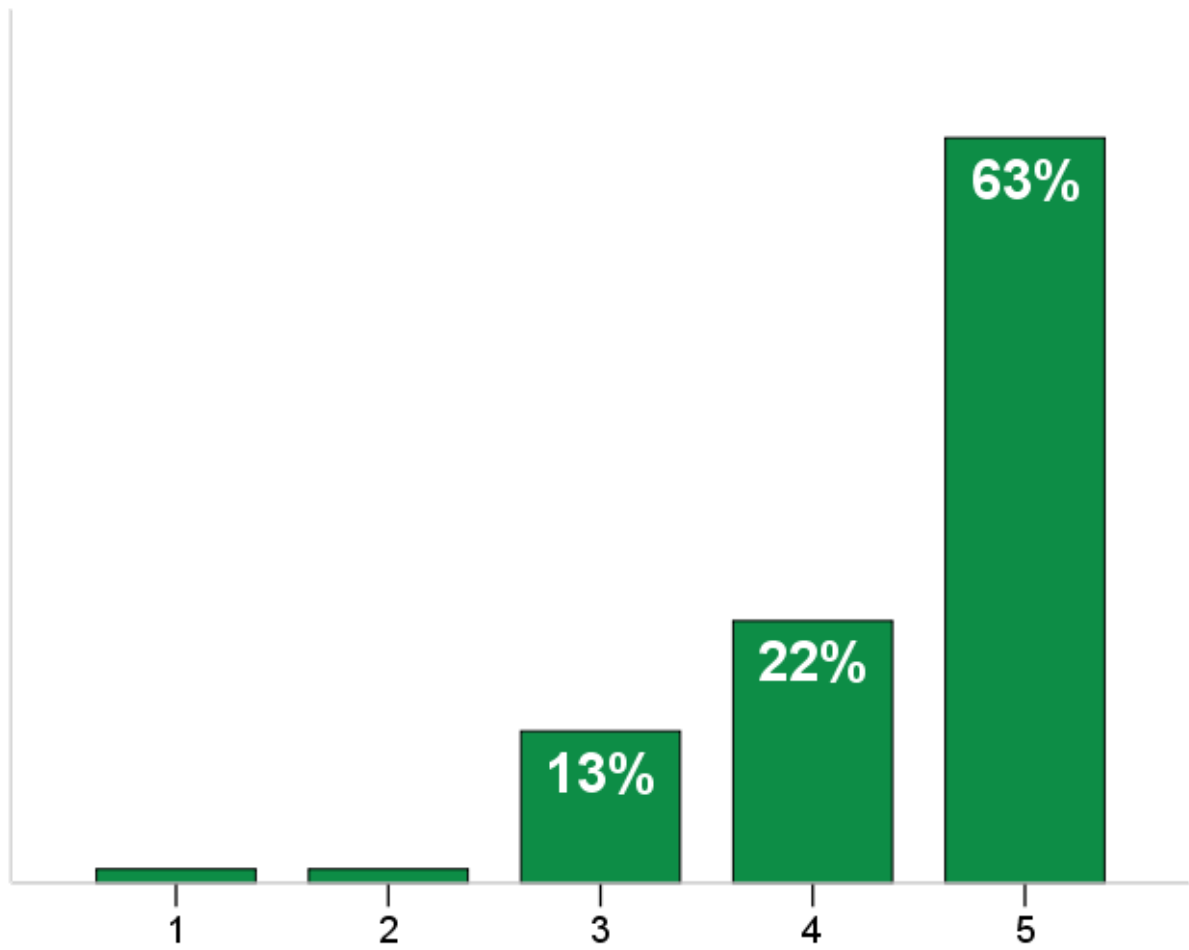
En traballadores sociais, analizar e diminuír as tarefas burocráticas, para poder potenciar o seu papel como axentes sociais.



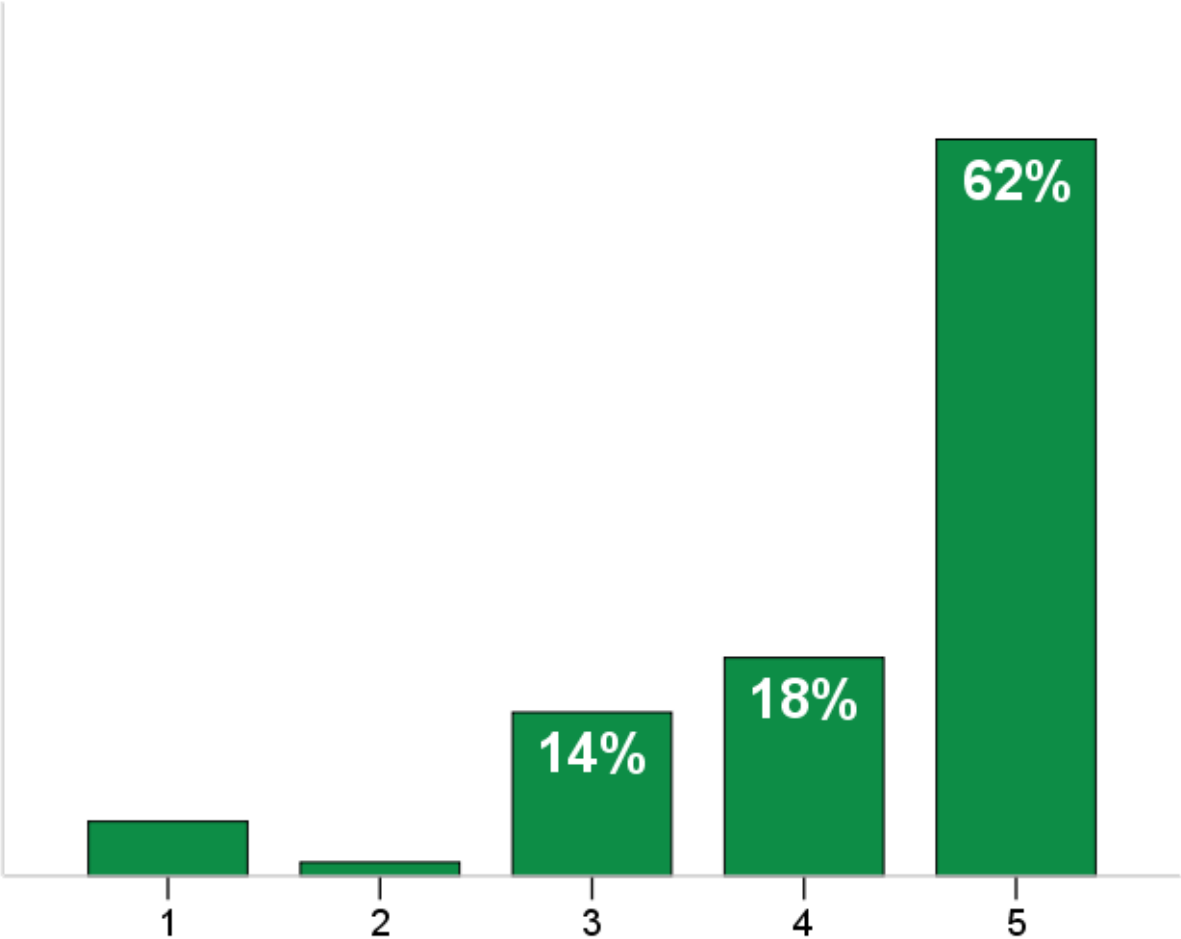
Na área administrativa, integrada co equipo, con carteira de servizos propia dirixida tanto á atención a pacientes (como citación ou facturación, etc.) como á xestión interna do centro (triaxe, inventario, almacén, pedidos, informes, organización de reunións, actas...).



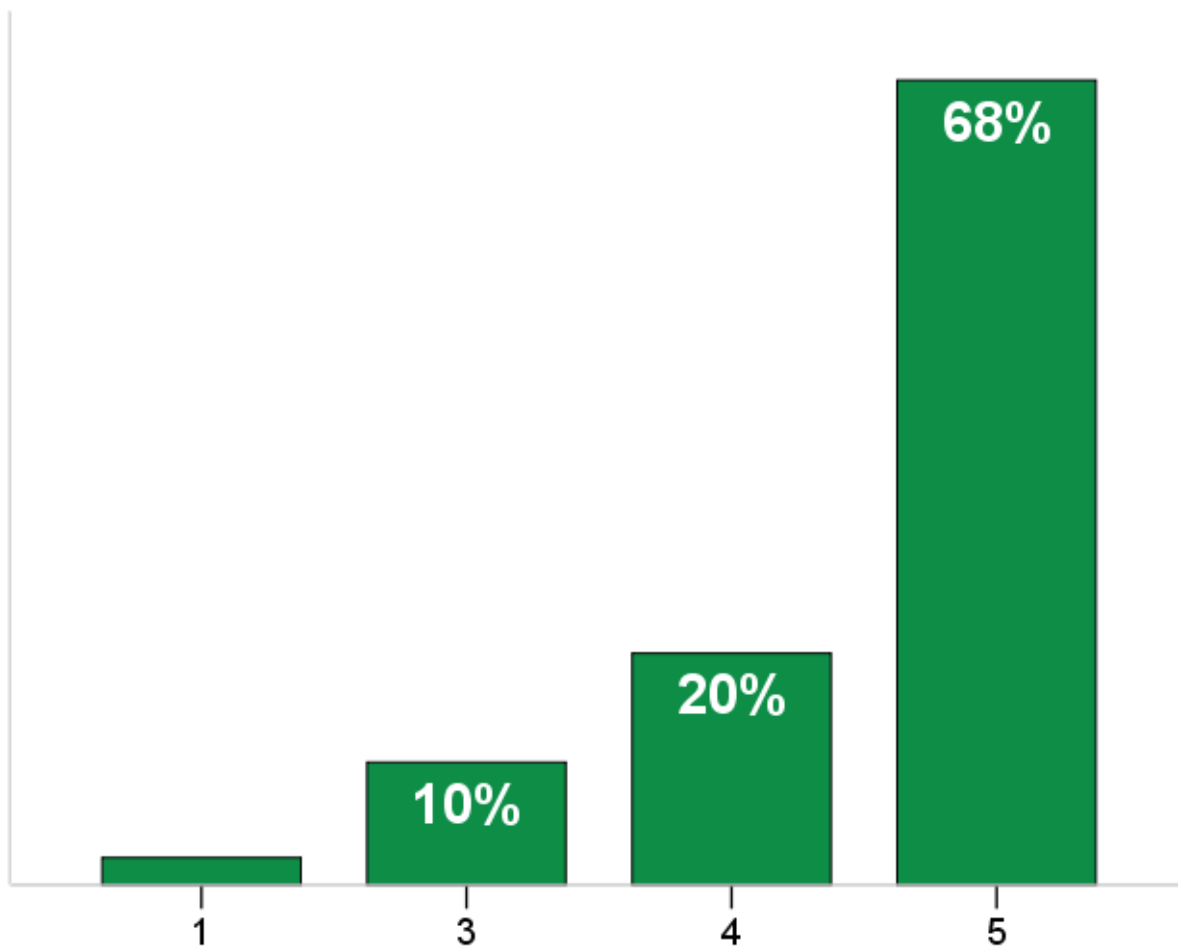
- Na pediatria: debate con sociedades científicas de familia, pediatría e enfermaría para elixir o modelo de atención do futuro.



Ampliar a carteira de servizos de fisioterapeutas, tanto en aspectos de promoción da saúde como na atención á complexidade.



E tamén novas profesións, con atención clínica directa ou como persoal de apoio nunha atención integral a pacientes complexos: Psicoloxía clínica, Nutrición, Podoloxía.



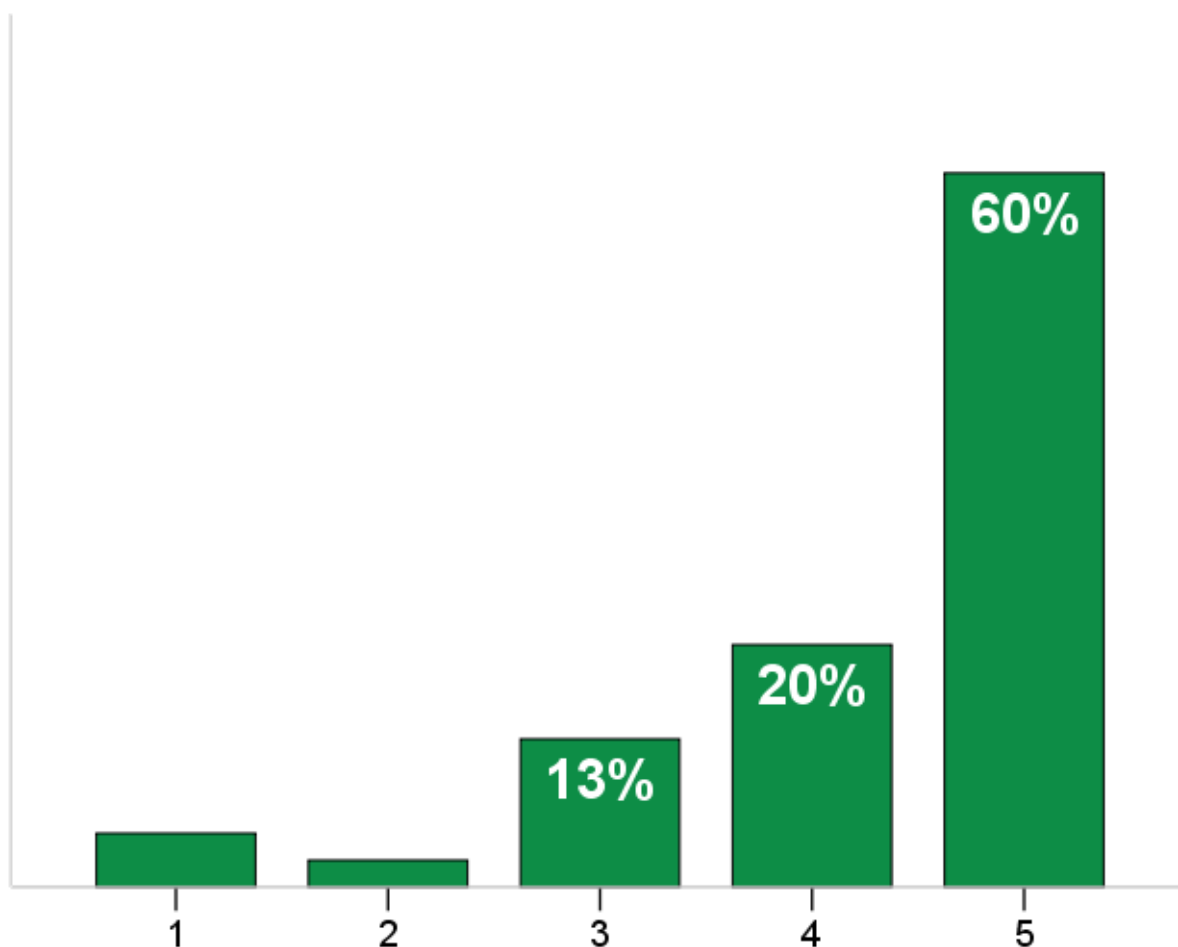
COMUNICACIÓN

Premisas:

- Capilaridade, chegar a todos, en calquera momento, en calquera sitio.
- escoitar, atender á sociedade civil, que esperan, que opinan.

Isto supón:

- Participación de novas profesións, non necesariamente coa creación de prazas: Comunicadores, xestores de redes sociais, creadores de webs/vídeos/infografía; xestores da información: dende a creación de algoritmos que faciliten a toma de decisións en profesionais ou pacientes, como creación de apps, análise big-data, enfocados ao usuario final e preto deles; dinamizadores sociais.
- Funcionamento en rede: Cada Servizo de AP establecerá o seu propio sistema reticular, incorporando as relacións persoais pero facilitando foros temáticos, con actividades colaborativas de información, formación e investigación. Estes foros serán abertos a profesionais interesados, pero non exclusivos de socios.
- Estimular e facilitar a participación, por actividades colaborativas interactivas (traballo en grupos, mapeo comunitario...). Empoderamento real de pacientes e asociacións en temas de saúde, con proxectos de e-saúde locais, accesibles e útiles na consulta, como ferramentas para facilitar a toma de decisións compartidas, co paciente, o grupo e/ou a comunidade.



•

Nas recentes reunións dos profesionais galegos promovidas pola Consellería, elaboráronse múltiples propostas de gran interese e aplicabilidade. Son un compoñente importante do debate que se inicia para o Modelo Galego de Atención Primaria.

3. FINANCIACIÓN

Dúas premisas:

Deberase calcular un orzamento por área, capitativo, axustado por complexidade clínica e social. Compensación por procesos de elevada complexidade (transplantes, hemodinámica...) ou medicamentos catastróficos.

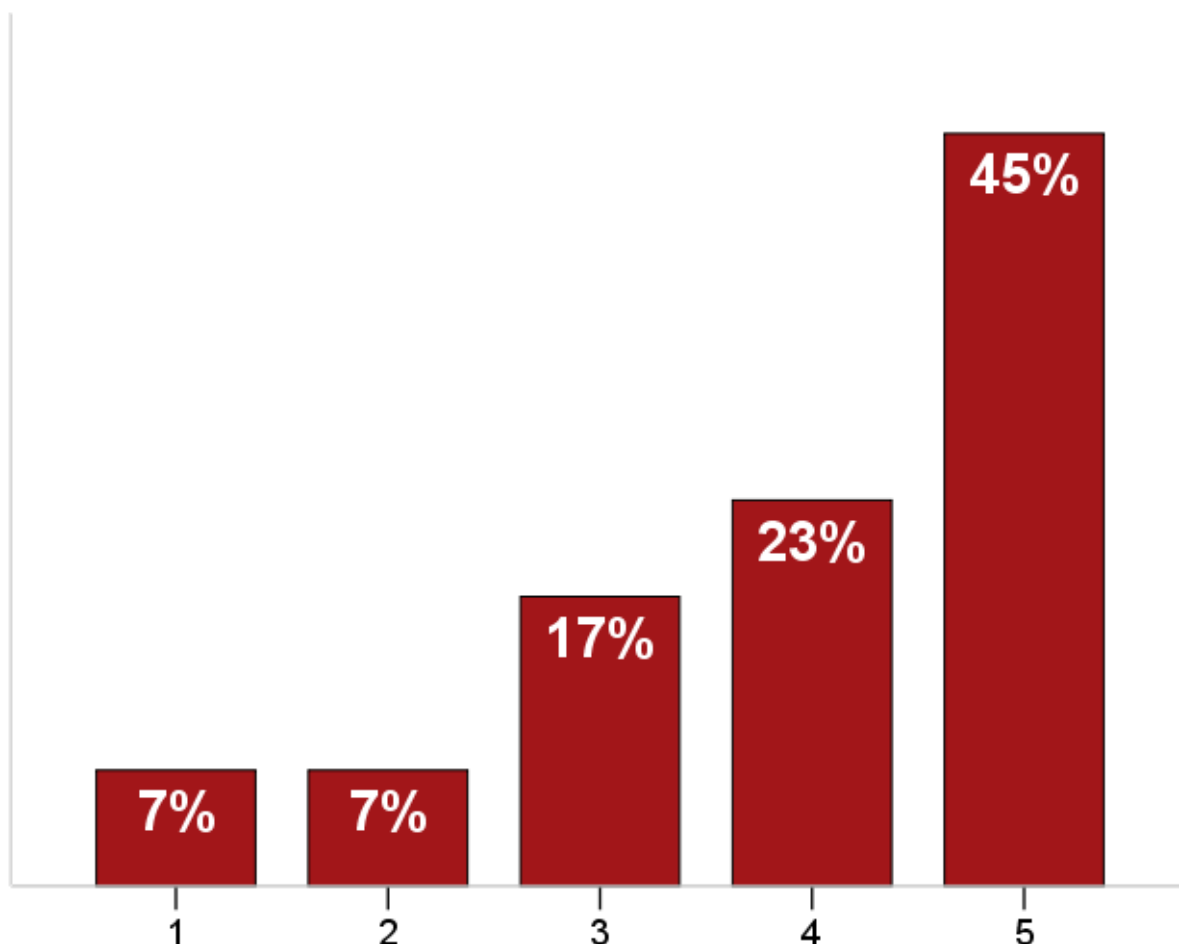
Cada centro de gasto, na área, debe ter o seu propio financiamento e mecanismos de avaliación e control.

O financiamento ha de ser completa, con responsabilización de todas as decisións con impacto económico orixinadas en atención primaria.

O financiamento ha de ser suficiente. Para decidir que porcentaxe do financiamento sanitario correspóndelle a atención primaria, haberá que especificar as súas funcións, que recursos ten/débase ter, e que resultados pretendemos do sistema.

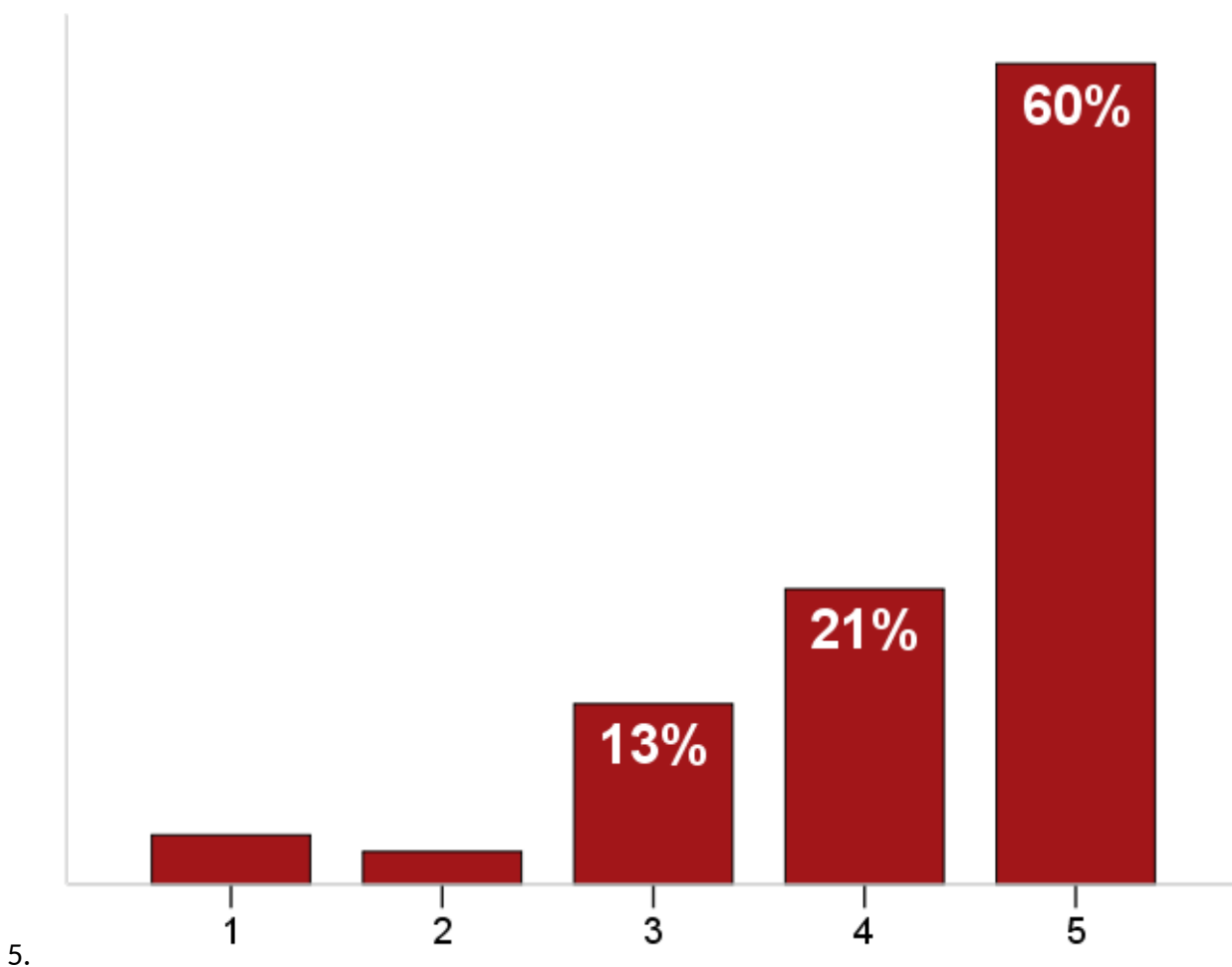
O financiamento ha de ser independente, sendo atención primaria centro de gasto.

O financiamento orientarase á autoxestión dos servizos de atención primaria, que incluíra as funcións de planificación, xestión e mellora continua.

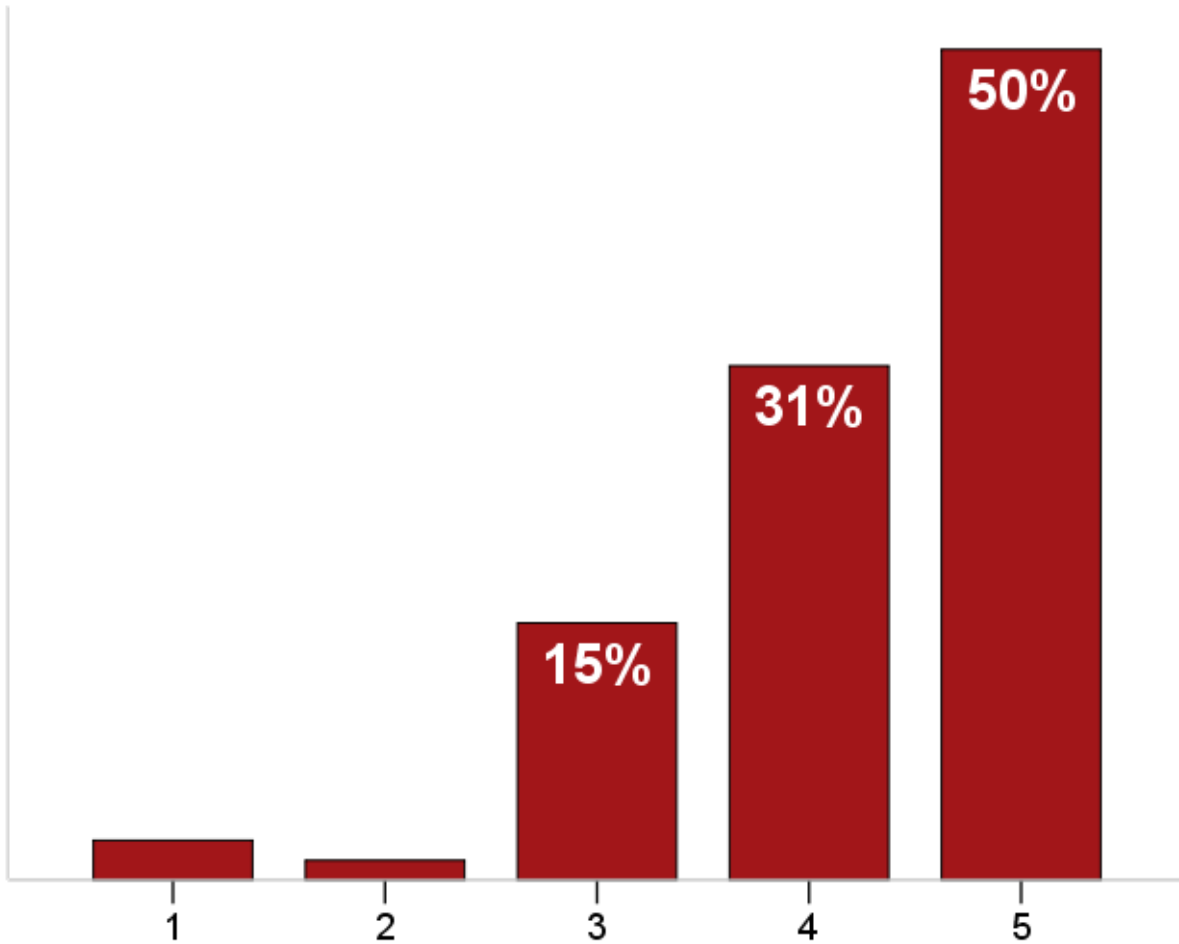


Así, os puntos anteriores supoñen:

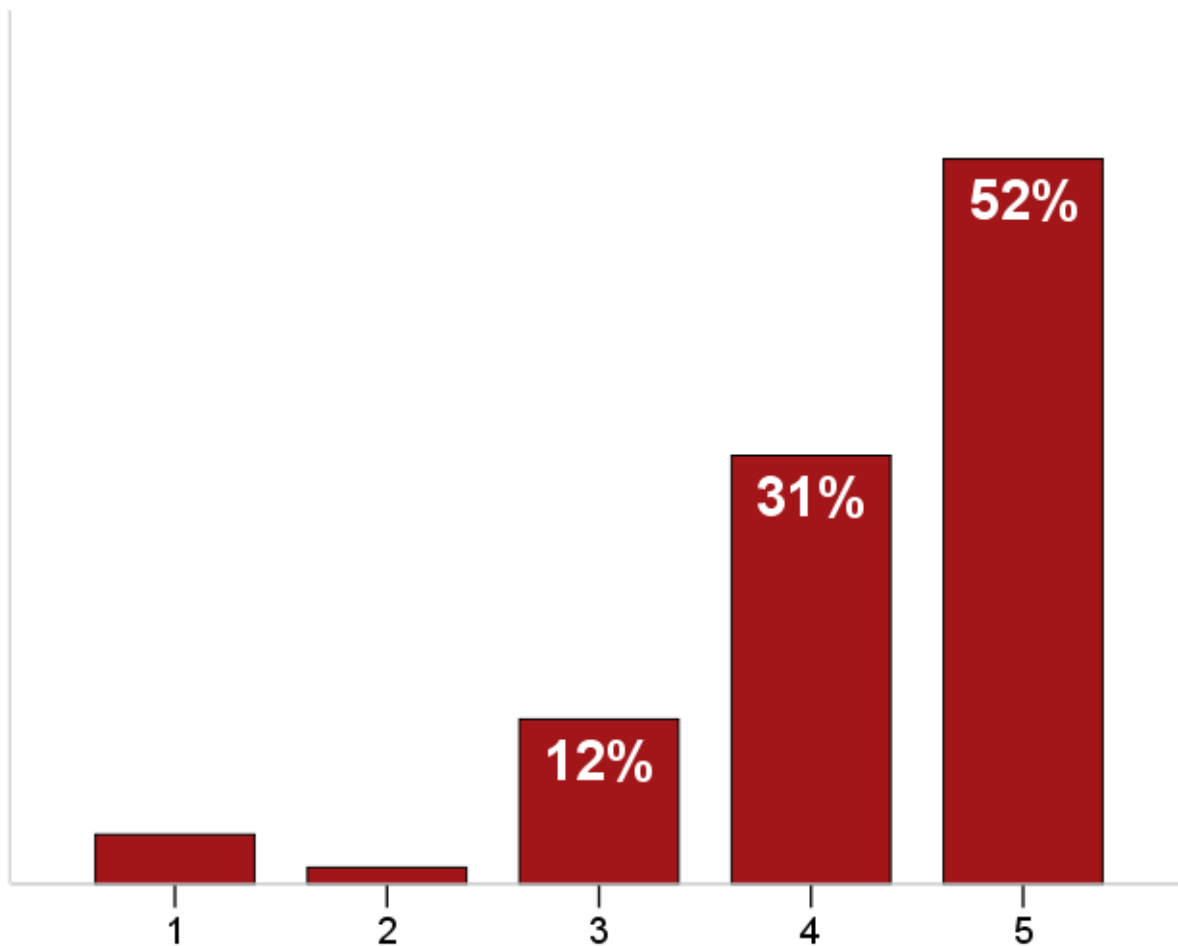
1. Os cambios na composición e competencias dos profesionais terán o seu reflexo no capítulo I.
2. Os cambios en material e funxibles, coa asignación do consumo por probas diagnósticas e terapéuticas realizadas por atención primaria no ámbito hospitalario, reflíctense no capítulo II; excluindo a prescrición diagnóstica e terapéutica polos especialistas do hospital.
3. Cambios na responsabilización do gasto farmacéutico, correspondente ao capítulo IV.
4. Cambios en infraestruturas, incluídos no capítulo VI.



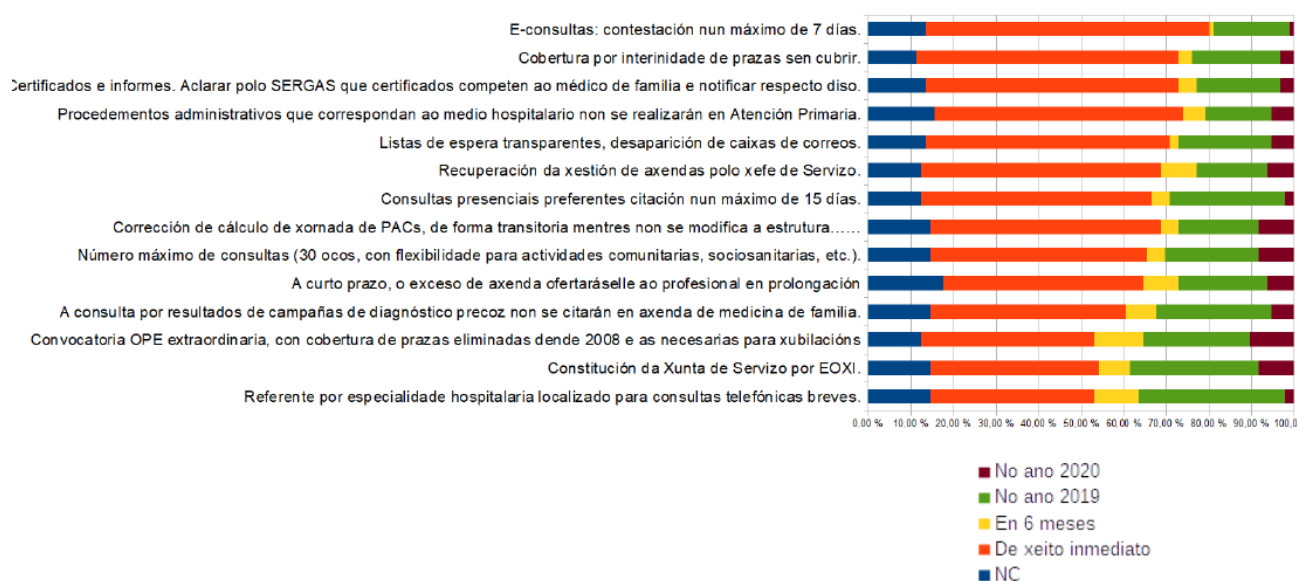
A repercusión no orzamento pode ser significativa e terá que ser progresiva. Os sistemas de información actuais de Galicia permiten cuantificar aspectos hai poucos anos imposibles. É hora de que a información se converta en accións. Será necesaria a creación dunha Comisión de Seguimento na que se poidan acordar prioridades e criterios.



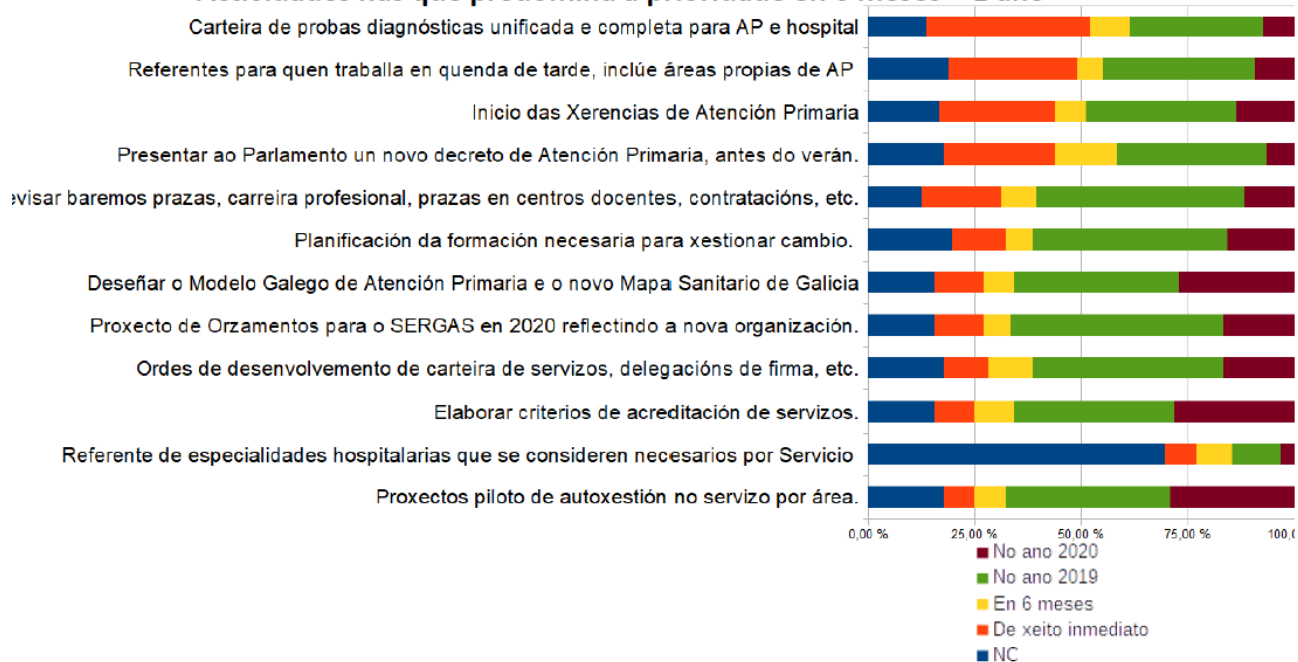
A autoxestión, pola experiencia doutras Comunidades Autónomas, require flexibilidade. Non pode ser unha obriga. É posible unha implantación flexible, no marco do sistema público, con financiamento público e profesionais estatutarios. Será necesario un debate aberto, con análise das experiencias noutros países e Comunidades Autónomas. O sistema de información, para a clínica e a xestión, permitindo a toma de decisións descentralizada, con avaliación sistemática de resultados, é un elemento esencial.



Actividades nas que predomina a prioridade de actuación inmediata



Actividades nas que predomina a prioridade en 6 meses – 1 ano



Debate aberto para un modelo de AP

Enquisa online deseñada por AGAMEC

Distribución por redes sociais, de 15/03/2019 a 7/04/2019

Recibidas casi 100 respostas, de diferentes áreas de Galicia.

O informe 2 presenta a valoración das propostas dende 1 (completo desacordo) a 5 (completo acordo).