

A/A Sr. Francesc José María
Gerent de l'Institut Català de la Salut

Els sotasignats, metges i metgesses de l'EAP

Volem fer constar en relació al Complement Retributiu Variable (CRV) de l'any 2007:

1. Se'ns passa a signatura a finals d'abril, començaments de maig del 2005, amb 4 mesos de l'any ja transcorreguts. No cal esperar a conèixer el resultat de l'avaluació de l'any precedent per marcar les línies de treball del següent any. D'altra banda, s'ha de desenvolupar la Instrucció que empari aquest CRV.

2. Se'ns urgeix a la seva signatura, quan per a una comprensió profunda del document es requereix la lectura d'un document general de 75 planes, i un document específic d'objectius en Farmàcia d'unes 146 planes. Lògicament no hem pogut analitzar-los amb la profunditat deguda.

3. Entenem que el CRV és una eina de millora de la qualitat i incentivació de la bona feina de cada treballador. L'objectiu global del 25% lligat a l'acord de Gestió cau fora del nostre esforç i capacitat d'influència, al estar subjecte a moltes variables i àdhuc la feina d'altres estaments professionals. Pensem per exemple en el cas d'un pediatre que serà avaluat per les ITs dels metges de família, o d'aquests que seran avaluats pels retards en l'agenda de l'assistent social. Ens a semblaria molt més lògic lligar el CRV a les necessitats de cada territori, (que són moltes). Si aquest percentatge de CRV tingués aquest altre destí, motivaria en la mateixa mesura que ara decep.

4. Dintre de l'acord de Gestió trobem particularment criticable:

a) Assoliment pressupost de farmàcia. Pensem que el nostre Codi Deontològic prohibeix assumir el plantejament de "Despesa Màxima Assumible". Nosaltres com a professionals metges podem vetllar per la qualitat i idoneïtat de cada prescripció, i ens hem d'esforçar per emprar amb eficiència els fàrmacs, però no podem admetre ésser sancionats per un criteri de "Despesa Màxima Assumible", doncs això podria comportar biaixos en els nostres hàbits de prescripció intolerables per la societat. Pensem que el nostre Codi Deontològic pot tenir reserves importants en relació a aquest indicador. El fet que el CatSalut posi aquest indicador a les gerències no ha de significar que les gerències el repercuteixin al metge. Entenem que és un error fer baixar en cascada la major part d'exigències del CatSalut a les gerències, com si fossin exigències dirigides al metge d'EAP.

b) Assoliment del pressupost en la partida de personal. Els metges assistencials poc hi tenim a dir, prou fem en cobrir als companys pels que no es troben substituïts. Per quina raó s'inclou? Què és pretén que fem?

c) Assoliment pressupost tires reactives. L'ús de tires reactives és una tasca bàsicament lligada a la educació sanitària del pacient diabètic, i majoritàriament la realitza infermeria. Hem de citar en visita mèdica als pacients diabètics per fer-los-hi educació sanitària?

d) Accessibilitat: aquest indicador apareix dues vegades, i per tant penalitza grupalment, i penalitza individualment. A nivell grupal sembla del tot punt inadequat penalitzar-nos per les demores de tots els diferents estament. Pensem per exemple en Assistents Socials, Odontòlegs, etc., que fan servei a dos EAPS, i que acumulen importants demores. Al damunt de que l'administració no soluciona

problemes de plantilla, sanciona als equips més pressionats. Un argument similar és adient pel que fa a l'aplicació individual d'aquest indicador: penalitza al professional amb més càrrega assistencial, al que probablement la població aprecia més, i vol ser visitat/da per ell, que té una residència d'avis al seu càrrec, etc. O al professional que assumeix tasques de crioteràpia, cirurgia menor, etc. Només per posar alguns exemples que demostren la complexitat del tema.

e) Qualitat Assistencial: novament ens trobem amb un indicador que s'avalua dues vegades, a nivell grupal i individual. La clau per obtenir un bon resultat és passar-se una bona estona del temps assistencial clicant i transferint dades als Fulls de Monitorització. D'aquesta manera convertim als professionals de la salut en administratius de luxe. També pel que fa a l'avaluació grupal hi juguen moltes variables completament alienes a la voluntat i l'esforç de cada professional. I pel que fa a la seva avaluació individual constatem que moltes dades haurien de ser transferides automàticament del laboratori d'anàlisi clíniques al full de monitorització, i en d'altres casos obtenir automàticament indicadors com ara el de Risc Cardiovascular. No veiem correcte ésser avaluats per les mancances d'un sistema informàtic deficient i que és poc útil al professional en la seva activitat clínica. Força indicadors proposats són correctes, però hem constatat l'any 2006 la gran dificultat per obtenir-los, (fàrmacs "no codificats", codis diagnòstics amb problemes, llistats de pacients irrealment, etc.).

f) Qualitat de la prescripció: els estàndards de qualitat per l'any 2007 no solventen dues qüestions cabdals. En primer lloc penalitzen fàrmacs de reconeguda vàlua, àmpliament emprats en l'àmbit hospitalari i d'especialitats. Aquesta mancança va motivar que durant l'any 2006 signéssim una carta per alertar de la urgència d'establir reunions de consens entre l'ICS i les nostres Societats Científiques. Només es va celebrar una reunió, on se'ns va prometre resoldre el tema, ampliant els fàrmacs recomanats. En els estàndards 2007 s'han recollit alguns suggeriments puntuals, però no s'ha establert un consens com demanàvem. En segon lloc tenim el tema de la medicació prescrita pels especialistes, quan aquesta prescripció col·lisió amb els estàndards de Primària. Aquesta eventualitat, coneguda com "prescripció induïda", també se'ns va dir que es solventaria amb urgència, i en el pacte de desconvocatòria de la Vaga del dia 10 d'abril, va quedar reiterat. Tal com estan les coses tenim dubtes de que aquest indicador pugui ésser assumible, amb el nostre Codi Deontològic a la mà, per part del col·lectiu metge.

g) Afegirem a tot allò mencionat que l'indicador de "Preus de Referència", prioritza la concentració de prescripcions sobre quatre fàrmacs: fluoxetina, omeprazol, simvastatina i alendronat. Amb quins criteris s'han prioritzat aquestes molècules? S'ha avaluat l'impacte de possible iatrogènia? En la presentació de l'indicador s'esmenta clarament que es tracta d'estalviar... no pas d'augmentar la qualitat de la prescripció. I en aquest punt hem de recordar que els metges d'atenció Primària varem acceptar el sistema d'estàndards de qualitat perquè era exclusivament sobre qualitat. Aquest indicador per tant surt plenament del pacte no escrit que varem establir en l'inici d'aquest procés, i novament hem de dir amb el Codi Deontològic a la mà que no ens a sembla assumible, doncs coarta clarament la llibertat de prescripció, més i tot entre molècules que són plenament acceptades com idònies en els estàndards de qualitat als que fèiem menció en el punt "f". Pensem que el CRV ha de ser un document que es pugui explicar i defensar davant del pacient i la societat, i tenint altres molècules barates i eficients, que a vegades poden ajustar-se més al perfil del pacient que les mencionades, no trobem arguments cabdals.

h) Incapacitat Temporal: novament aquest indicador s'avalua de manera grupal i individual. A nivell grupal no queda clar com serà obtingut l'indicador. A nivell individual es tracte d'un indicador amb una estructura de "millorar cada any". Es a dir, no s'admet que hi ha d'haver un nivell òptim d'ITs, sinó que el model subjacent és que "quan menys ITs millor", i que per tant cada any s'ha d'anar abaixant el nombre de processos i els dies totals de baixa. L'estructura d'aquest indicador no és realista, i novament amb el Codi Deontològic a la mà tenim seriosos dubtes de que el puguem assumir i explicar als nostres pacients.

De manera específica, en relació als indicadors individuals, (que resten comentats més amunt), volem remarcar que s'agafen per calcular-los la població assignada, no pas la atesa, el que augmenta la incertesa en l'esforç que realitza el professional. I quan menys controlable és el resultat d'un indicador, menys motiva a l'esforç. Fins ara treballàvem amb població atesa.

En conjunt el CRV 2007 ens sembla complicat d'entendre, ple d'indicadors que volen solucionar els problemes de la sanitat catalana, (no se'ls hi hauria de demanar tant a un CRV!), sense participació nostra ni de les Societats Científiques que ens representen a nivell professional, i amb diversos aspectes que poden topar amb el nostre Codi Deontològic. Urgim als responsables de l'Institut Català de la Salut a establir canals de participació i a arribar a acords amb els professionals i Societats Científiques que ens representen, i ens reservem la possibilitat de demanar l'emparedament dels nostres Col·legis Professionals.

SIGNATURES