



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Comunicat de la reunió CAMFiC-ICS sobre les DPO 2008

El dia 23 d'octubre es va celebrar la primera reunió per consensuar les línies bàsiques per a les DPO del proper any. Per part de l'ICS van assistir Josep Casajuana, Manel Ferran i Montserrat Figuerola. Per la CAMFiC el seu vicepresident, Josep Maria Sagrera, Francesca Zapater, Pere Simonet i Francesc Borrell. També hi van estar presents dos tècnics de l'ICS.

En aquesta reunió els companys de la CAMFiC vàrem defensar la filosofia d'uns incentius senzills, entenedors, amb un major pes en la seva confecció del territori concret, (SAP i el propi Equip), i una borsa que es pressuposti de manera finalista, és a dir, que tots els diners pressupostats es destinin als equips, encara que no s'assoleixin el 100% dels incentius per part del 100% de professionals. S'ha emfasitzat que un Acord de Gestió no ha de plasmar-se mimèticament sobre les DPO, i de manera més concreta que els indicadors denunciats a la Comissió Deontològica han de ser exclosos. Durant la reunió la CAMFiC va presentar una proposta de DPO que recull els 14 punts que se citen a continuació:

Proposta DPO CAMFiC

El sistema de Direcció per Objectius és una eina que s'ha mostrat útil per motivar i incentivar als treballadors en les diferents activitats professionals i, per tant, assumible també dins el món sanitari, on ha de tenir unes condicions particulars:

1. L'objectiu principal ha de ser la millora de l'atenció sanitària a la població.
2. Ha de ser ben acceptat pel professional sanitari que l'ha de veure com una eina útil. Per incentivar s'ha de saber motivar prèviament i així s'evitarà la confrontació i la crispació.
3. Els objectius han de ser molt pròxims a les necessitats de l'equip i adaptats al funcionament dels sistemes de registre de la història clínica (alta variabilitat en el territori). El mateix equip i la SAP s'haurien de repartir prop del 60% de les DPO.
4. Hi ha d'haver pocs objectius, molt rellevants, entenedors i pròxims al territori. Han de reflectir de forma àmplia i real el treball del professional. No han de convertir-se en una mesura estàtica percentual i s'han de simplificar.
5. Ha de ser multifactorial i no valorar exclusivament paràmetres quantitius aïllats de mesura. Els objectius han de ser congruents amb la practica clínica, i no només preventivista. Cal tenir en compte els possibles efectes perversos del sistema actual (donar més importància a clicar la casella que a l'atenció a la persona i a l'acte clínic) i minimitzar-los. Hi ha el perill de convertir al Metge de Família en metge de malalties i no de persones.

6. El sistema de registre no ha de significar una càrrega addicional a l'activitat ja prou feixuga del metge de primària. S'ha de poder fer un seguiment dels indicadors no només coneixent *grosso modo* el resultat. Ha de ser "controlable" pel professional i senzill. Es dedica un temps excessiu als registres que després seran avaluats, burocratitzant la consulta.
7. Els indicadors que s'han denunciat a la Comissió Deontològica col·legial han de ser retirats.
8. En els registres d'accessibilitat no es pot penalitzar als MF que tenen "cupos" + grans i + llista d'espera.
9. Disminució del percentatge global dels indicadors grupals que han de ser controlables pel professional i amb l'objectiu final de cohesionar els equips.
10. A més dels indicadors estrictament clínics, s'haurien d'incorporar aspectes com la capacitat de resolució dels equips, la capacitat d'innovació, la coordinació entre nivells, la millora de la integralitat, o l'ús eficient dels recursos. Aspectes tots ells que també formen part de la qualitat de l'AP
11. Disminució del pes percentual dels EQPF que ja han complert amb escriu la filosofia pel que varen ser creats (no són equitatius amb la totalitat dels metges, penalitzant als metges de família i ja portem 5 anys...) i alguns tenen una consideració ètica discutible.
12. La millora de l'accessibilitat (objectiu del Departament de Salut) no ha de recaure exclusivament en els equips. Els canvis de model de funcionament (infermera de triatge, canvi del rol d'infermeria, etc.) haurien de ser contemplats com a incentius pel compliment dels objectius però han d'anar acompanyats de mesures legislatives i normatives que canviïn rols professionals i no pretendre que siguin responsabilitat exclusiva dels equips, ja que poden crear enfrontaments innecessaris entre estaments.
13. El pressupost de les DPO de primària ha de ser finalista i els seus excedents revertir en els equipaments dels centres i en la disponibilitat d'una partida específica a disposició del Director del CAP per premiar el compromís dels membres de l'equip davant les incidències i imprevistos (baixes, cobertures vacacionals, horaris lliscants...), portant una comptabilitat que es presentarà a l'equip i a la SAP amb total transparència.
14. Els objectius han de ser presentats als equips per la seva negociació a principis d'any.

Els directius de l'ICS han estat d'acord en pujar la part territorial de les DPO, però no en el percentatge que demanem. En el punt dels indicadors denunciats a la Comissió Deontològica han proposat d'esperar el dictamen de la dita Comissió, sense assegurar que el Comitè Directiu de l'ICS s'avingui a no incloure'ls en cas de que el dictamen sigui negatiu als esmentats indicadors. Estaven d'acord en la necessitat de dotar als equips de major marge de gestió en aquesta matèria. Podem dir que bàsicament en aquesta primera reunió han demanat precisions i han conegut les nostres posicions, i serà en una propera reunió en que veurem fins quin punt tenim una confluència o discrepància.