

## Alma-Ata i la reforma de l'atenció primària i comunitària a Espanya i a Catalunya

Amando Martín Zurro

Codirector del Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària del Departament de Salut (2007-2010).

### Resum

La declaració d'Alma-Ata es va fer l'any 1978 i la reforma de l'atenció primària i comunitària (APiC) del nostre país ja té més de 30 anys. És un moment clau per abordar l'anàlisi dels problemes acumulats durant tot aquest temps, agreujats per la crisi iniciada l'any 2008, i proposar mesures correctores i innovadores que permetin una millor adaptació a les noves realitats i necessitats que planteja l'atenció de salut del segle XXI.

### Introducció

La reforma de l'atenció primària a Espanya i a Catalunya (en realitat hauríem de parlar dels canvis introduïts a l'assistència mèdica ambulatoria de la Seguretat Social) va néixer cronològicament poc temps després del final de la dictadura franquista. L'any 1978 (conferència d'Alma-Ata) es va reconèixer l'especialitat de medicina de família i comunitària i l'any següent inicià la seva formació MIR la primera promoció de residents. L'assistència mèdica ambulatoria, nascuda després de la guerra civil, havia quedat despenjada dels canvis modernitzadors implementats a la part hospitalària de la sanitat espanyola des dels anys 60.

La reforma iniciada legislativament l'any 1984 es va estendre a la pràctica totalitat de l'Estat entre aquesta data i l'any 2002. El procés d'implementació va ésser llarg i complicat i en el camí es van perdre algunes de les bases conceptuals i organitzatives que s'havien plantejat al començament.

És evident que els canvis aportats per la reforma de l'atenció primària foren molt importants però possiblement el més significatiu va ésser aconseguir que la mateixa atenció primària emergís com un dels components essencials del sistema nacional de salut i que fos assumit a tots

els nivells que els seus professionals havien de tenir una formació específica per poder exercir en aquest àmbit.

### El potencial innovador de l'atenció primària i comunitària i de la medicina de família i comunitària

En el nostre país l'APiC i la medicina de família i comunitària (MFiC) han mantingut punts coincidents en el seu desenvolupament al llarg del temps. En la primera fase, als anys 80, totes dues van actuar com veritables puntes de llança, ideològiques i tècniques, amb la introducció dels canvis que es van instaurar en el conjunt del sistema sanitari i, sobretot, en l'assistència mèdica ambulatoria anterior a la reforma. Aquesta "vida intel·ligent" extrahospitalària va ser un dels motors per impulsar el canvi conceptual i organitzatiu de major relleu del sistema sanitari espanyol. En aquesta primera etapa de l'APiC i de l'MFiC es van construir els pilars conceptuals i tècnics de la reforma però també es van cometre errors, alguns inevitables i derivats de la inexperiència i excessiva ideologització d'alguns dels seus líders. Els canvis irreversibles introduïts han fet possible una millora de la qualitat de l'atenció de salut que rep la ciutadania en el primer nivell assistencial i ningú no pot negar els canvis positius que en relació amb la situació prèvia han suposat els nous centres de salut, el treball en grup o equip, la formació especialitzada en MFiC o la introducció d'activitats docents i d'investigació fins aleshores limitades a l'àmbit hospitalari.

Malgrat els problemes sorgits al llarg del procés de reforma, l'APiC espanyola i catalana conserva avui un gran potencial de canvi i el seu paper i importància en el sistema continuaran creixent en la mesura que sigui capaç de proporcionar respostes efectives i eficients a les noves necessitats i reptes sanitaris i socials que es plantegen en el nostre entorn. La societat, els seus marcs polític i econòmic i les expectatives de la ciutadania en relació amb la salut i la seva atenció han canviat molt des de mitjans dels anys 80 del segle passat, quan es va iniciar la reforma. Aquestes consideracions preliminars ens reafirmen en la necessitat de visualitzar la reforma de l'APiC com un procés dinàmic, obert i que cal sotmetre a una revisió contínua amb l'objectiu de garantir la seva adaptació i capacitat de res-

Correspondència: Amando Martín Zurro  
C/ Mariné 46, baixos 2a  
08172 Sant Cugat del Vallès  
Tel. mòbil: 675 781 008  
Adreça electrònica: a.martinzurro@gmail.com

posta als canvis polítics, econòmics, socials, científics i tècnics.

### **El “cognom” comunitari de l'atenció primària i la medicina de família**

En el nostre país la medicina de família va néixer amb el cognom “comunitària” i d'aquesta forma es va diferenciar clarament de l'especialitat establerta en altres estats. El reconeixement d'aquesta especialitat va coincidir temporalment amb el d'una altra molt relacionada com és el cas de “medicina preventiva i salut pública”.

De la mateixa forma que en el cas de l'especialitat d'MFiC no hem aconseguit encara un desenvolupament equilibrat d'aquest segon cognom, en el de l'atenció primària tampoc hem estat capaços de potenciar la seva obertura vers la comunitat. Cal passar d'una atenció primària tancada en el centre de salut i les seves consultes a una atenció primària i comunitària que integri en totes les seves actuacions, incloses les assistencials clíniques, una reorientació estratègica que assumeixi una aproximació intersectorial a l'abordatge dels determinants de salut en un marc de treball en i amb la comunitat. Sembla evident que no es tracta d'afegir més càrrega laboral a l'existent, sinó de canviar les prioritats i, per exemple, deixar de fer coses que no tenen una utilitat demostrada per millorar la salut personal i col·lectiva o que, fins i tot, poden ser perjudicials a més de suposar una despesa innecessària. Pot ajudar al desenvolupament de la perspectiva comunitària el fet que a partir d'ara parlem sempre d'atenció primària i comunitària igual que ho fem de medicina de família i comunitària.

### **La reforma i la travessia del desert**

Després de l'etapa innovadora dels anys 80 el procés de reforma de l'APiC es va veure immergit en un context sanitari dominat per una cultura gerencialista instrumental que va posar en el frontispici del sistema l'estalvi, menyspreant altres valors essencials com equitat, qualitat, seguretat, innovació o comunitat, així com el desenvolupament d'estratègies motivadores de progrés personal i professional, situació que encara persisteix avui.

La darrera etapa d'aquesta travessia del desert ha estat presidida per la crisi econòmica iniciada el 2008, que ha agreujat els problemes derivats de l'etapa anterior. La crisi ha incidit de forma més intensa en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària que en l'hospitalari i ha estat l'origen de les retallades pressupostàries i de recursos de tot tipus, que han deteriorat la situació de centres i professionals i la mateixa prestació de serveis a la ciutadania.

Al llarg dels 40 anys transcorreguts des de la declaració d'Alma-Ata no hem estat capaços de promoure canvis significatius en els paradigmes bàsics del nostre sistema sanitari públic que, com en altres països del nostre entorn,

continua centrat i dominat per l'hospital, subjugat per la prioritització absoluta de la tecnologia i obstinat en realitzar abordatges parcials i fragmentaris dels problemes sanitaris i socials. No hem pogut ni sabut lluitar de forma efectiva contra la inèrcia brutal del sistema i ens hem dedicat excessivament a llepar-nos les ferides i a buscar fora els culpables de la situació.

### **Pressupostos i atenció primària i comunitària**

Sembla existir un acord general que un dels problemes importants que ha tingut sempre el procés de reforma de l'APiC radica en la insuficiència de recursos, financers i d'altres tipus, dedicats a la seva implantació i desenvolupament. Hi havia i encara hi ha avui polítics i gestors que han visualitzat l'APiC com una bona oportunitat per reduir els costos d'un sistema sanitari cada cop més car i, segons sembla, menys sostenible. Tots els àmbits del sistema públic de salut han de contribuir a garantir la seva sostenibilitat, però les aportacions decisives de l'APiC no es troben en la reducció de la factura sanitària, sinó en la seva capacitat per millorar la racionalització i l'eficiència de la despesa. És clar que parlem d'una APiC que proporciona una assistència curativa i preventiva ajustada a les necessitats reals de la ciutadania i que pretén disminuir la tendència actual al consum excessiu de recursos i procediments (perillós fins i tot per a la pròpia salut) i que incentiva la participació i responsabilitat comunitària. Parlem també d'uns criteris de finançament diferents als actuals, que paguen als hospitals primant la seva activitat i que solament dediquen a l'APiC els recursos necessaris per mantenir les plantilles, assumir la despesa farmacèutica i poc més. Cal incrementar la proporció del pressupost sanitari global que es dedica a l'APiC, incentivar de forma decidida la innovació organitzativa, pagar millor els professionals i acabar amb la precarietat laboral existent en aquest sector.

### **Alguns canvis necessaris**

El model d'atenció primària dissenyat en la primera part de la dècada dels anys 80 del segle passat necessita una revisió del seu plantejament inicial i la correcció dels problemes que han anat apareixent al llarg de tot aquest temps.

Ja hem comentat anteriorment la necessitat de potenciar el vessant comunitari de l'atenció primària i la medicina de família. En el primer cas, això s'ha de traduir en la generació de mecanismes d'integració i coordinació transversal amb altres serveis i recursos que actuen en el mateix territori que el centre i l'equip de salut. Estem parlant de recursos de salut pública, salut mental, salut sexual i reproductiva, fisioteràpia i rehabilitació i urgències no vitals, entre d'altres. També cal prioritzar i dotar de pressupost les actuacions en el

marc de la comunitat i els seus actius relacionats amb la salut i abordar els seus determinants socials des d'una perspectiva multisectorial.

També cal dotar de major autonomia els centres, equips i professionals per planificar les seves inversions i prioritats, demanant-los al mateix temps un grau més important de responsabilitat i de retre comptes en relació amb els resultats obtinguts.

També cal reconsiderar l'organització del treball en els centres i equips del nostre país. La reforma es va fer a partir del model existent d'assistència mèdica ambulatoria i es van heretar alguns dels seus elements organitzatius, es-

tructurals i d'activitat. Per exemple, no es va insistir que cada professional de referència pogués disposar d'un despatx propi de consulta, no es va emfatitzar prou la necessitat de flexibilitzar els horaris assistencials i es van dissenyar uns blocs de treball compactes i simultanis, entre d'altres problemes.

Pel que fa a l'especialitat d'MFiC també calen canvis en el seu programa de formació postgraduada i dissenyar una política universitària que acabi d'una vegada amb la manca d'implantació en les nostres facultats i escoles d'estructures acadèmiques (departaments) així com amb el dèficit de professorat d'alt nivell.