Atenció primària a Catalunya: avenços i reptes de futur

Manel Joaquim Ferré[1], Palmira Borràs[2], María Luisa Vázquez Navarrete[3]

[1]Presidència. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona; [2]Àrea Associativa. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona; [3]Servei d'estudis i prospectives en polítiques de salut. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona.

Introducció

Fa 40 anys, la declaració d'Alma-Ata va marcar un canvi d'era en la visió sobre el camí a seguir per tal de desenvolupar els sistemes de salut d'arreu del món i reduir les desigualtats en salut. La interpretació i l'aplicació posterior han estat diverses i amb resultats diferents, atribuïbles a causes variades com la reducció, en alguns països, de l'atenció primària a alguns programes preventius molt limitats i sobretot enfocats a l'atenció maternoinfantil[1] o la introducció de barreres d'accés a l'atenció condicionades per sistemes de salut on s'ha produït una mercantilització creixent de la medicina[2]. La definició de l'atenció primària com a estratègia per assolir "Salut per a tots l'any 2000"[3] va promoure l'orientació dels sistemes de salut com a garants del dret a l'atenció de la salut i com a instruments de redistribució de riquesa i de reducció de les desigualtats (injustes) entre i a l'interior dels països.

Un model d'atenció organitzat al voltant de l'atenció primària

Per fer efectiu el dret a la protecció de la salut de la ciutadania, la *Ley General de Sanidad* de 1986 va definir el pas del model anterior, segmentat en diversos subsistemes, a un sistema nacional de salut, finançat majoritàriament amb impostos, de cobertura universal i gratuït en el punt de dispensació, amb l'atenció primària com a eix vertebrador. Així, l'atenció sanitària s'organitzava en dos nivells de complexitat: l'atenció primària, com a porta d'entrada, i l'atenció especialitzada, com a suport per a la resolució de problemes complexos. Catalunya, a l'empara de la llei, es va dotar d'un sistema de salut amb un model basat en l'atenció primària que volia estar orientat a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia, que buscava garantir la continuïtat assistencial amb l'atenció especialitzada —d'aguts, sociosanitària, salut mental i addiccions— i que incorporés criteris d'eficiència. Malgrat haver fet importants avenços, el model no està plenament desenvolupat i encara persisteixen problemes que s'han de corregir i aspectes que s'han de millorar com ara, entre d'altres, el desenvolupament de la vessant comunitària i la coordinació clínica entre nivells d'atenció, així com la coordinació amb l'àmbit social i la interrelació amb la salut pública.

L'atenció primària es defineix com el primer nivell de contacte de la persona amb el sistema sanitari i es caracteritza per l'accessibilitat, la integralitat (atenció enfocada a la persona, no a la malaltia), la longitudinalitat (contacte al llarg del temps) i la seva capacitat per resoldre els problemes de salut més freqüents. L'atenció en aquest nivell consisteix en un equilibri entre l'atenció curativa, la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, l'educació en salut i la rehabilitació, que realitza un equip multidisciplinari: l'equip d'atenció primària (EAP). Aquests EAP, constituïts per professionals sanitaris i no sanitaris, són els responsables de l'atenció en salut de la població de l'àrea que tenen assignada (àrea bàsica de salut [ABS]). L'equip inclou metges/esses de família, infermers/es, pediatres, odontòlegs/òlogues, auxiliars d'infermeria, treballadors/es socials i personal de suport amb auxiliars administratius.

La reforma de l'atenció primària

La reforma de l'atenció primària va representar un punt d'inflexió del sistema de salut a Catalunya en incorporar una nova visió poblacional i d'atenció a la persona. Abans de la reforma, els metges/esses d'atenció primària treballaven de manera individual, proporcionaven exclusivament atenció curativa durant 2,5 hores de consulta al dia, l'ús de la història clínica era molt limitat, la seva capacitat de resolució era baixa i la continuïtat assistencial entre nivells era molt limitada[4].

Durant les últimes dècades, l'atenció primària ha millorat de manera molt significativa a causa de dues estratègies molt importants: la creació de l'especialitat de medicina de família i comunitària i la reforma de l'atenció primària. En primer lloc, la creació de l'especialitat de medicina de família i comunitària va permetre comptar amb professionals molt qualificats per desenvolupar la nova

Correspondència: Manel Joaquim Ferré Montañés
Av. Tibidabo, 21
08022 Barcelona
Tel. 932 531 820
Adreça electrònica: mferre@consorci.org

Annals de Medicina 2019;102:53-55.

funció. Es va crear l'any 1978 i actualment ja representen el 25% de tots els metges i les metgesses especialistes que treballen al sistema de salut.

En segon lloc, la reforma de l'atenció primària es va desenvolupar en relació amb aspectes organitzatius, com ara l'ampliació de l'oferta de serveis, amb una major dedicació horària dels professionals —amb l'articulació d'una atenció programada i urgent durant tota la setmana—, l'absorció progressiva dels antics metges/esses generals i l'establiment progressiu de les condicions necessàries per al treball en equip. També s'ha anat digitalitzant, a poc a poc, i s'han introduït la història clínica electrònica i la recepta electrònica, així com diversos mecanismes per afavorir la coordinació clínica entre els diferents nivells assistencials (atenció primària, especialitzada, sociosanitària, salut mental i addiccions). D'altra banda, la reforma ha implicat canvis en el contingut del treball dels equips amb la inclusió, a més a més de l'atenció curativa, de programes de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i rehabilitació, així com la participació en programes d'investigació i docència[5].

El procés de reforma es va iniciar a Catalunya l'any 1985 d'acord amb el *Real decreto 137/84 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*, amb la incorporació dels primers EAP. Es va caracteritzar per un ritme lent en la seva implementació, de manera que no finalitzà fins el 2003 a causa de diferents factors. Un factor important va ser la necessitat de fortes inversions tant en recursos humans com en la construcció i equipament dels centres, inversions que estaven limitades tant per les restriccions pressupostàries com per un pressupost sanitari molt orientat a l'atenció hospitalària i a una despesa farmacèutica creixent. També va influir el caràcter voluntari de les reconversions dels professionals jerarquitzats del model anterior que s'anaven integrant als nous equips d'atenció primària[5].

Els reptes de futur

Després de quinze anys d'haver finalitzat la reforma es considera que s'ha aconseguit un canvi important en l'orientació dels serveis de salut i en la millora de la qualitat de l'atenció primària i de salut comunitària. De fet, compta amb el suport de la ciutadania, que mostra un alt grau de satisfacció amb l'atenció primària, 7,94/10 segons el Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut[6] i que s'ha mantingut malgrat les restriccions introduïdes durant l'època de recessió.

No obstant això, alguns aspectes encara no han estat plenament desenvolupats, com ara el nivell de capacitat resolutiva, l'enfocament comunitari, la coordinació amb els altres nivells assistencials, la salut pública o la implicació en la investigació. I, al mateix temps, han sorgit nous aspectes que reclamen una adaptació del model: el canvi en el perfil demogràfic, epidemiològic i cultural, amb una població cada cop més envellida, amb un increment important de persones portadores de malalties cròniques o amb comorbiditats i més diversa. A més a més, cal esmentar l'impacte que han tingut els canvis estructurals introduïts en el context de la crisi econòmica —reducció de la despesa pública i reformes laborals— que han afectat la població i han contribuït a un augment de les desigualtats injustes, així com també, i directament, al sistema sanitari. La reducció de la despesa sanitària pública ha afectat especialment l'atenció primària[7].

En aquesta nova etapa seran necessàries transformacions estructurals, en les condicions de treball i formació dels professionals, a més a més de la recuperació de la despesa o inversions en atenció primària. També caldran reformes organitzatives que incloguin, entre d'altres, la millora de la capacitat de resolució dels equips i el desenvolupament de nous rols professionals —aplicació de les competències avançades en infermeria—, així com avançar en la millora del treball en equip i multidisciplinari i la motivació dels professionals. Cal continuar millorant els sistemes d'informació i altres eines per avançar en la millora de la coordinació amb els altres nivells assistencials i, finalment, treballar per a una integració dels serveis de salut i socials. És important que totes les intervencions que es facin vagin acompanyades d'un procés de monitoratge i avaluació dels resultats assolits.

Cal esmentar, com aspecte molt important que és, la necessitat de promoure el desenvolupament dels professionals de l'atenció primària per tal de recuperar la identitat i el prestigi d'aquesta especialitat en tots els àmbits i afavorir la seva incorporació a la formació, l'educació continuada, les capacitats investigadores i la carrera professional.

Per respondre a aquests reptes, des del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 es proposava la implantació progressiva d'un nou model d'atenció primària i salut comunitària. Des del Departament de Salut s'està treballant en una estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC)[8]. Serà important acompanyar i avaluar els resultats.

El 1978 amb la declaració d'Alma-Ata es va produir un canvi de paradigma en el desenvolupament dels sistemes de salut al món, que va ser renovat en la declaració d'Astana el 2018; malgrat els grans avenços assolits arreu, i també a Catalunya, encara hi ha camí per recórrer i nous desafiaments a resoldre.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Davletov K, Nurgozhin T, McKee M. Reflecting on Alma Ata 1978: forty years on. Eur J Public Health. 2018 Aug 1;28(4):587.
2. Moreu F. 40 años de Alma Ata y la "Reforma de la reforma de la APS". 2 d'abril de 2018. Consultable a: https://medicablogs.diariomedico.com/francescmoreu/2018/04/02/40-anos-de-alma-ata-y-la-reforma-de-la-reforma-de-la-aps/. Accés el 23 de març de 2019.

3. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
4. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe & European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Spain 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultable a: http://www.who.int/iris/handle/10665/108352. Accés el 23 de març de 2019.
5. Ponsà JA, Cutillas S, Elías A Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al. La reforma de l'atenció primària de salut. Fulls Econòmics. 2003;37:8-15.
6. PLAENSA 2015 Enquesta de satisfacció. Consultable a: https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-primaria/2015/. Accés el 23 de març de 2019.
7. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva, J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM et al. Spain health system review. Health Syst Transit. 2018;20(2):1-179.
8. Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària: ENAPISC. Document conceptual. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Consultable a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/que-es/ENAPISC_document_conceptual.pdf. Accés el 23 de març de 2019.