

Open Acces



Adreça per a correspondència:
Antoni Peris

Adreça electrònica:
aperis@casap.cat

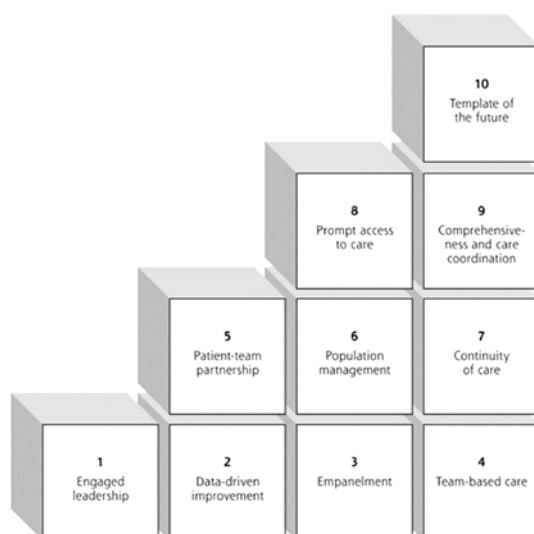
ATENCIÓ PRIMÀRIA AL CAP DEL CAMÍ

Grup de Gestió CAMFiC: Antoni Peris, Iris Alarcón, Xavier Bayona, Armando Casado, Alex Escosa, Daniel Ferrer-Vidal, Sònia Pérez, Rafael Ruiz, Eric Sitjas i Montse Ureña

ATENCIÓ PRIMÀRIA A CATALUNYA: ELS ANTECEDENTS

El model d'Atenció Primària de Catalunya del segle XXI té les arrels a la Reforma de la Salut de 1985, en el desenvolupament de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària i en la Llei General de Salut de 1991. La clau de volta són els Equips d'Atenció Primària (EAP), grups multiprofessionals (metgesses de família, infermeres, pediatres, treballadores socials, administratius sanitaris, auxiliars d'infermeria, odontòlegs) que valoren necessitats de població i de pacient, de salut i de malaltia. Especialment destacable, a diferència d'altres països de l'entorn europeu, és la idea d'atenció a la persona, en context familiar i social, amb visió salutogènica, més enllà de limitar-se al pacient i la malaltia. També a diferència de molts altres països, on les activitats de salut pública es situen més enllà dels serveis d'atenció primària, són els EAP que assumeixen tasques de prevenció de malalties o promoció de la salut, incloses vacunacions o cribratges. I aquí cal remarcar la idea d'equip interdisciplinari, atès que el model permet el repartiment de responsabilitats entre els diferents professionals que l'integren.

Independentment de com s'organitzi cada EAP, hi ha unes característiques inherents a l'Atenció Primària que van ser recollides per Barbara Starfield¹: porta d'entrada, longitudinalitat, integralitat,



coordinació. Són atributs que cal assegurar per facilitar el millor servei possible, adaptant els equips a l'entorn on estiguin situats, urbà, rural, amb un nivell social o altra.

Més recentment es teoritza específicament sobre les característiques que afavoreixen el desenvolupament dels serveis d'atenció primària, els Primary care Building blocks, basats en lideratge i equip².

ATENCIÓ PRIMÀRIA: EVIDÈNCIES INTERNACIONALS

Malgrat les diferents estructures d'atenció primària, diversitat en models de provisió i integració de grups professionals que hi participen, hi ha força estudis internacionals que avalen la potència de l'atenció primària per millorar el nivell de salut de manera eficient. En citem alguns destacables, referits en el document Implementing the primary Health care approach, A primer³.

Les evidències pel que fa a la rellevància de tenir l'atenció primària com a eix del sistema de salut han anat desenvolupant-se durant la darrera dècada. L'estudi QUALICOPC, que ha permès múltiples anàlisis de dades obtingudes de serveis d'atenció primària bàsicament europeus⁴ dona diverses conclusions: hi ha experiències més positives quan el metge de família ofereix una cartera de serveis més àmplia, es redueixen hospitalitzacions vinculades a la diabetis en països on hi havia contacte continuat amb metges de família, la longitudinalitat reduïa la probabilitat d'anar a serveis d'urgències o la participació conjunta de metges i infermeres permetia desenvolupar el paper d'aquestes i incrementar la gestió de malalties.

Els atributs esmentats per Starfield s'han evidenciat com vinculats a millor accés i qualitat del servei⁵ i, en el cas de la longitudinalitat, a millor experiència del pacient⁶, menys despeses en salut i millor ús dels recursos⁷.

A nivell d'eficiència de sistema, s'ha vist com una atenció primària potent permet reduir el nombre de derivacions a nivell hospitalari per malalties cròniques com diabetis, insuficiència cardíaca,

MPOC o asma⁸⁻⁹ o reducció global d'hospitalitzacions i visites a urgències¹⁰⁻¹³. El desenvolupament d'activitats per prevenció secundària de patologia cardiovascular, diabetis i altres patologies cròniques va reduir a Anglaterra la diferència de mortalitat que existia entre nivells socials¹⁴.

Molts estudis de modelització i revisions donen suport a la implantació de l'atenció primària de salut però són especialment destacables les comparatives entre països amb atenció primària potent amb bon control de malalties cròniques comparats amb països on l'atenció primària no està prou estructurada¹⁵⁻¹⁶.

La rellevància de l'estructura en equips multidisciplinaris i el rol de les infermeres s'ha fet palès en estudis que evidencien millor control de tensió arterial i reducció d'hospitalitzacions¹⁷ o millorar els resultats de salut de grups de pacients¹⁸⁻¹⁹.

Especialment rellevant al nostre país és l'assumpció per part de l'atenció primària d'activitats vinculades a la Salut Pública, fet que ha demostrat ser significatiu a l'hora d'afrontar emergències enfront de pandèmies com la COVID²⁰ i les campanyes vacunals²¹.

ATENCIÓ PRIMÀRIA A CATALUNYA, A RISC D'EXTINCIÓ

El model d'atenció primària de l'estat espanyol, i molt especialment el desenvolupat a Catalunya, ha estat estudiat per altres països europeus i asiàtics i reivindicat com un exemple per OMS²².

A Catalunya, les dades agregades de la Central de Resultats²³ i altres indicadors permeten veure bon control de patologies cròniques i una bona cobertura vacunal a la població.

Però, mentre l'Atenció Primària de Catalunya ha evolucionat durant més de tres dècades en integralitat, a nivell resolutiu, en diversos models organitzatius, s'ha trobat amb força dificultats per una autonomia dels equips limitada i una financiació insuficient (cal veure l'evolució durant el segle XXI dels pressupostos hospitalaris i la dels pressupostos d'atenció primària).

A més, històricament hi ha hagut una tendència política que s'ha orientat a enfrontar necessitats de salut creant xarxes paral·leles en lloc de reforçar amb professionals, formació i financiació als propis EAP.

Així, l'atenció a la dona (que durant la primera dècada de la reforma era compartida pels EAP i els Serveis de Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), va concentrar-se progressivament en aquests últims, fent que l'activitat de contracepció o atenció a les gestacions no complicades passessin de ser assumits per metgesses de família i infermeres a ginecòlegs i llevadores. De manera similar es va actuar amb la creació dels PADES, equips de suport per pacients amb necessitats pal·liatives, que van organitzar-se amb recursos que podrien haver estat destinats al mateix fi, integrant-se a l'atenció primària.

A 2023, en context postpandèmic, s'inicia una tendència similar. L'increment de pressió assistencial derivada de variacions demogràfiques (cronicitat, envelliment, canvis socials) i una actitud poblacional, dependent dels serveis públics i exigent en immediatesa, han determinat decisions organitzatives a nivell de l'administració pública que, lluny de millorar la situació dels serveis, amenacen el cor de l'atenció primària, els propis equips d'atenció primària. Es plantegen, per exemple, equips d'atenció domiciliària externs a EAP, equips territorials d'atenció pediàtrica, hospitalització domiciliària i vinculació d'atenció intermèdia a hospitals d'aguts o equips d'atenció residències en context d'infrafinançament.

Les propostes d'equips domiciliaris o residencials externs a l'EAP (a partir d'estratègies de les pròpies organitzacions prestadores de serveis o de l'administració), amb metges i infermeres diferents dels especialistes en primària posen en perill, quan no l'extingeixen completament, la longitudinalitat de l'atenció que la població pot haver tingut durant la seva vida, perdent la proximitat i augmentant una indesitjada fragmentació del sistema que s'havia construït durant anys en una etapa especialment rellevant per la persona i la família. Les activitats domiciliàries proposades per unitats intermèdies per part de metges geriatres o internistes poden ser desenvolupades (disposant de recursos financers i professionals equivalents) per metges i infermeres especialistes en atenció primària, mantenint la integralitat de l'atenció, la longitudinalitat, l'accessibilitat i la qualitat dels serveis.

L'exemple que evidencia més l'error estratègic, pel que fa a la població mateixa però també pel que fa al concepte d'atenció primària, és la mala interpretació de la proposta d'unitats territorials d'atenció a l'infant, creant-les allà on no són necessàries i separant aquesta activitat de la d'adults. En un dels pocs països europeus on els EAP integren metges pediatres per l'atenció infantil, es planteja aquesta opció per assegurar en tot moment l'atenció als territoris on els metges siguin escassos. Però, en un país on afortunadament el gruix de l'atenció infantil gira entorn de la patologia lleu i prevenció, la millor estratègia és ajustar acuradament el volum dels contingents i disposar de pediatres consultors per malalties complexes o cròniques que treballin amb infermeres responsables de promoció de la salut i atenció amb gestió infermera de la demanda. D'aplicar l'estratègia d'unitats pediàtriques de manera indiscriminada i sistemàtica a tots els territoris, a més d'una ineficiència, es fomenta la separació de l'atenció a nens de l'atenció a adults implica una fractura total en la longitudinalitat sanitària i social ofertada per l'EAP, i pot donar peu a una manca de fidelització dels adolescents, en un moment de la vida on és més necessari assegurar la vinculació.

La decisió de traslladar l'activitat fora dels EAP posa sobre la taula, un cop més, una manca de coneixement i de fe envers el sistema d'atenció primària, envers metges i infermeres

especialistes en família i perpetua l'actitud desconfiada que als anys 90 del passat segle tenien professionals hospitalaris oposant-se a que l'atenció primària pogués diagnosticar, tractar i seguir pacients amb diabetis, malalties respiratòries, cardíques o dermatològiques. Els anys han posat en relleu, com hem referit abans, que aquests temors eren del tot injustificats i que metgesses de família i infermeres estem sobradament capacitats per oferir un servei accessible i eficient amb grans resultats en salut.

En resum, es tracta de polítiques que desplacen l'atenció que reben els pacients (joves, adults o ancians, segons el cas) de l'EAP a altres unitats i que donen com a conseqüència:

- Pèrdua longitudinalitat en l'atenció.
- Pèrdua integralitat en l'atenció.
- Possible pèrdua d'accessibilitat.
- Increment de la fragmentació del sistema.
- Pèrdua de prestigi de l'EAP, i del metge de família per part dels ciutadans, atès que es veu com aquest no és el responsable últim de l'atenció.
- Pèrdua de prestigi de l'atenció primària i de l'especialitat de medicina familiar i comunitària pels estudiants de medicina i pels metges, atès que es veu la tasca habitual limitada a problemes menors i burocràtics.
- Pèrdua progressiva de recursos i persones a l'APS amb fraccions sistemàtiques en uns anys.

En conclusió, **considerem que cal evitar aquesta involució de l'atenció primària i desenvolupar un creixement de la mateixa de manera continuada:**

- **Cal desenvolupar una política específica per atenció primària a llarg termini, acreditant de manera pública i ferma la seva vàlua, assegurant la seva estabilitat i una millora continuada i no posant en risc el sistema per una progressiva zombificació del mateix, arrabassant-li la identitat i traient el sentit de l'activitat diària per professionals i per població.**
- **De manera global, cal estimular als professionals amb reconeixement del valor de la seva feina. Les polítiques en atenció primària han d'evidenciar la rellevància dels metges i les infermeres especialistes en medicina familiar i comunitària i dels EAP davant de la població.**
- **Cal potenciar l'autonomia de gestió dels Equips d'atenció primària.**
- **Cal potenciar formació als professionals EAP i dotar de pressupost adient als objectius establerts i assegurar un pressupost adient a necessitats i nombre de professionals requerit per resolució, en lloc de crear equips en paral·lel, donant peu a un menysteniment públic dels EAP.**

- **Cal avançar en els sistemes de compra de serveis d'atenció primària, complementant la capitació i enriquint la part variable en funció de cartera de serveis oferta i eficiència en l'activitat prestada.**
- **Cal desenvolupar estratègies informatives equivalents a les que es desenvolupen per serveis hospitalaris que facin palesa a la població la rellevància dels metges especialistes en medicina familiar, del conjunt de professionals dels EAP i de l'atenció primària, la seva capacitat d'atenció a nivell personal i familiar, biopsicosocial, la seva capacitat diagnòstica i resolutiva que permet tractar problemes sense necessitat de desplaçar-se a nivell hospitalari, atorgant a aquest nivell la dignitat que no pot deixar-se perdre.**

BIBLIOGRAFIA

1. Starfield, B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy, Oxford University Press, 1992.
2. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. Vol.12. March/April 2014.
3. Rajan D, et al. Implementing the primary Health care approach, A primer. WHO, 2024.
4. Schäfer WLA, Boerma WGW, van den Berg MJ, De Maesseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, Greß S, Heinemann S, van Loenen T, Murante AM, Pavlič DR, Seghieri C, Vainieri M, Willems S, Groenewegen PP. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 Jul 1;20:e104. doi: 10.1017/S1463423619000434. PMID: 32800009; PMCID: PMC6609545.
5. Bitton et al., (2019). Primary healthcare System performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*, 4(Suppl 8):p.e001551. Available at: <http://gh.bmj.com/>
6. Levine, David M., Bruce E. Landon, and Jeffrey A. Linder. Quality and experience of outpatient care in the United States for adults with or without primary care. *JAMA internal medicine* 179.3 (2019): 363-372.
7. Bazemore et al. (2023). The impact of interpersonal continuity of primary care on Health care costs and use: a critical review. *Ann Fam Med*, 21(3):274-9. doi:10.1370/afm.2961. PMID:37217332; PMCID:pmc10202515.
8. Shi, Leiyu, et al. "Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health." *Health services research* 37.3 (2002): 529-550.
9. Stenberg k et al. (2019). Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*, 7(11):e1500-10. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4).

10. Huntley et al. (2014). Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open*, 4(5):e004746. Available at: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004746.abstract> (accessed 28 July 2023)
11. Kirkland SW, Soleimani A, Newton AS. Review: The impact of pediatric mental health care provided outpatient, primary care, community and school settings on emergency department use - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2018 Feb;23(1):4-13. doi: 10.1111/camh.12230. Epub 2017 Jul 19. PMID: 32677367.
12. OECD, 2020. Realising the potential of primary Health care (internet). OECD Health policy studies. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en
13. Selman, S. and Siddique, L. (2022) Role of Primary Care in Health Systems Strengthening Achievements, Challenges, and Suggestions. *Open Journal of Social Sciences*, 10, 359-367. doi: 10.4236/jss.2022.1010023.
14. Neri, M., Cubi-Molla, P. & Cookson, G. Approaches to Measure Efficiency in Primary Care: A Systematic Literature Review. *Appl Health Econ Health Policy* 20, 19–33 (2022). <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00669-x>
15. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*. 2015 Sep;34(9):1531-7. doi: 10.1377/hlt-haff.2015.0582. PMID: 26355055.
16. Rajan D et al.(2022). Health System performance assessment: a primer for policymakers (internet). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nbooks/NBK589358/>
17. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Fam Pract*. 2017 Dec 22;18(1):110. doi: 10.1186/s12875-017-0698-x. PMID: 29273023; PMCID: PMC5741858.
18. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 16;7(7):CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3. PMID: 30011347; PMCID: PMC6367893
19. Winkelmann J, Scarpetti G, Williams GA, et al. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? [Internet] Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022. (Policy Brief, No. 46.) POLICY BRIEF. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589251/>
20. Kinder K, Bazemore A, Taylor M, et al. Integrating primary care and public health to enhance response to a pandemic. *Primary Health Care Research & Development*. 2021;22:e27. doi:10.1017/S1463423621000311.
21. OECD (2023), Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
22. Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities: primary health care policy paper series. WHO/EURO:2023-8071-47839-70649.
23. <https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2023/atencio-primaria-2017-2022-central-resultats-aquas2023.pdf>