

Després del Conseller Laporte

Els programes de promoció de la salut han continuat, ara sota la direcció de l'Agència Catalana de Salut Pública, i han crescut o s'han adaptat a les necessitats de cada moment. Tal com tenia previst el conseller Laporte, l'execució dels programes s'ha integrat, quan ha estat possible, dins l'atenció primària.

7. Atenció primària

L'atenció extrahospitalària de la Seguretat Social

L'atenció extrahospitalària de la Seguretat Social era la part més criticada de l'assistència sanitària i no satisfieia ni els usuaris ni els metges. Estava organitzada segons el Reglament de la Seguretat Social de 1967,¹⁰² amb algunes modificacions posteriors. Aquest Reglament establia la divisió del territori en zones mèdiques, que podien ser un poble sol, l'agrupació de diversos pobles petits o bé una divisió de les grans ciutats. A Barcelona, les zones es corresponien amb el partit judicial i aquest determinava l'adscripció als metges. En canvi, la gestió dels centres es basava en els districtes sectorials d'ambulatoris, que no coincidia amb les zones.

El Reglament establia que hi hauria un metge de capçalera per a un nombre de titulars (o sigui, de cartilles), entre 650 i 750. Les cartilles corresponien als titulars del *seguro*, és a dir, els que cotitzaven, i els beneficiaris eren els fills, pares o convivents de la persona titular. La Seguretat Social coneixia el nombre de titulars, però desconeixia el nombre de beneficiaris. L'usuari podia escollir metge entre els que estaven disponibles a la zona i que no estiguessin saturats. Un metge amb el mateix nombre de cartilles que un altre podia en realitat atendre el doble de pacients. El metge cobrava una quantitat mensual fixa per cartilla.

El metge de capçalera atenia les urgències cada dia fora de les hores de consulta i podia fer guàrdies amb altres col·legues. A les poblacions amb més de 5.000 cartilles hi havia serveis ordinaris d'urgència atesos per metge i practicant sense vehicle. Si la població tenia més de 90.000 cartilles, es creava un Servei Especial d'Urgències amb un vehicle i una plantilla de conductors.

¹⁰² Decret 2766/1967, de 16 de novembre, pel qual es dicten normes sobre prestacions d'assistència sanitària i ordenació dels serveis mèdics de règim general de la Seguretat Social.

Hi havia dos especialistes als quals l'usuari podia accedir directament: el pediatre per als nens de menys de 7 anys (n'hi havia 1 per cada 1.950 cartilles) i el tocòleg en el cas de les dones embarassades (n'hi havia 1 per cada 10.000 cartilles). Per als altres especialistes es necessitava la derivació del metge general. Els especialistes estaven organitzats en nivells: el primer estava format per la majoria d'especialitats, amb algun invent curiós de la Seguretat Social, com l'especialitat de l'aparell respiratori i circulatori (hi havia 1 especialista per cada 11.000 cartilles). El segon nivell estava format per quatre especialitats: dermatologia, ginecologia, urologia i una altra de curiosa, neuropsiquiatria (hi havia 1 especialista per cada 22.000 cartilles). Finalment, hi havia 1 especialista en nutrició i secrecions internes per cada 44.000 cartilles. Aquesta «piràmide» era la teòrica; en la pràctica, els especialistes acumulaven cartilles per incrementar els ingressos.

A les ciutats hi havia ambulatoris on visitaven els metges generals i els especialistes. També hi havia serveis de radiologia i laboratori, que només podien demanar els especialistes. Als pobles hi havia consultoris, amb visita de metge general. A molts pobles el metge visitava a casa seva amb un horari específic per a pacients de la Seguretat Social. Molts metges cobraven igualacions per ampliar l'horari d'atenció i fer domicilis.

Els metges treballaven teòricament al consultori dues hores i mitja al dia, però s'havia passat alguna enquesta als ambulatoris i el metge no s'estava més enllà de tres quarts d'hora a la consulta. Hi havia especialistes, com els tocòlegs, que no hi anaven i passaven les visites a la llevadora. Molts metges tenien metge substituït, que pagaven de la seva butxaca.

Els centres traspassats a la Generalitat van ser 42 ambulatoris, 107 consultoris, 4 serveis especials d'urgències i 50 serveis ordinaris d'urgències. El personal adscrit a aquests serveis era d'11.813 persones. L'INSALUD tenia concertats 37 consultoris i 6 serveis d'urgències.

Reforma de l'atenció primària

Pocs mesos després d'haver rebut la transferència, es van començar a canviar els noms dels centres sanitaris¹⁰³ i es van substituir els noms d'*ambulatoris* i *consultoris* pel de *centre d'atenció primària (CAP)*.

¹⁰³ Ordre de 31 de març de 1982, sobre denominació dels centres assistencials dependents de la Generalitat (DOGC núm. 224, de 19.5.1982).

L'any 1982 es va posar en marxa un centre pilot d'atenció primària a Ciutat Badia.¹⁰⁴ Dins el marc del Reglament de la Seguretat Social, l'única alternativa al sistema de quota de cartilles era contractar els metges de forma jerarquizada com als hospitals. Es van contractar metges que havien fet l'especialitat MIR de metge de família a 36 hores per setmana i es va experimentar amb el treball en equip amb metges i infermeres. La memòria¹⁰⁵ d'aquell any presenta els resultats de l'experiència pilot:

- Atenció al 100% de la població, a partir d'un conveni subscrit amb la Mancomunitat Assistencial
- Atenció pediàtrica fins als 14 anys
- Atenció prèvia citació
- Desenvolupament de tasques de prevenció i promoció de la salut: 480 vacunacions, desenvolupament d'un programa de planificació familiar, xerrades sanitàries per informar la població, cursos d'educació maternal i de preparació psico-profilàctica al part a càrrec de llevadores
- Jerarquizació de metges de capçalera, pediatres i especialistes.

El temps de visita es va situar al voltant dels vint minuts i això va permetre disminuir les visites tant del metge com del pediatre. També es va reduir la utilització dels hospitals. El cost per medicaments va baixar i la satisfacció dels usuaris va millorar. L'increment de cost de personal respecte al model tradicional va ser de 22 milions de pessetes l'any, mentre que l'estalvi en receptes mèdiques va ser de 12 milions de pessetes.

A l'experiència de Ciutat Badia li van seguir altres centres pilot: la Mina¹⁰⁶, Canteres i Vila-roja.¹⁰⁷ Els resultats de les proves pilot van ser encoratjadors i més tard es van integrar a la xarxa reformada.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Bolívar B., Farrés, J. «El CAP Ciutat Badia: 5 anys d'experiència». *Salut Catalunya*, 1987; 1 (1).

¹⁰⁵ Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Activitats maig 1982 - maig 1983*. Barcelona, 1983.

¹⁰⁶ Roma J. et al. «Anàlisi de recursos humans i freqüentació de visites al barri de la Mina». *Salut Catalunya*, 1988; 2 (1).

¹⁰⁷ Ordre de 13 de juny de 1985, de creació dels programes pilot d'assistència primària Canteres, la Mina i Vila-roja i prorrogació del de Ciutat Badia (DOGC núm. 566, de 24.7.1985).

¹⁰⁸ Ordre de 13 de novembre de 1987, per la qual s'adeqüen els centres d'assistència primària Ciutat Badia, Canteres, la Mina i Vila-roja al nou model d'atenció primària establert pel Decret 84/1985, de 21 de març (DOGC núm. 929, de 18.12.1987).

Les línies mestres de la nova atenció primària es van presentar a la premsa el 8 de febrer de 1983 i eren:¹⁰⁹

¹⁰⁹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Activitats maig 1982 - maig 1983*. Barcelona, 1983.

- La progressiva implantació del treball assistencial en equip, introduint com a eix d'aquesta tasca la història clínica que possibilita la continuïtat assistencial i la connexió del nivell primari amb els altres nivells assistencials.
- La potenciació i millora dels serveis de radiologia i anàlisi.
- Les inversions en nous edificis, dissenyats tot seguint nous criteris funcionals, millorant a la vegada les condicions estructurals dels equipaments existents.
- Cal garantir una adequada direcció de la xarxa d'assistència primària i del seu procés de reordenació. Per això cal procedir a una racionalització i sectorització de la gestió, potenciant els cossos d'inspecció.

¹¹⁰ Ordre de 23 de setembre de 1986, de creació de la Comissió Assessora per a la implantació de la història clínica d'atenció primària (DOGC núm. 752, de 13.10.1986).

¹¹¹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. *La sanitat i els serveis socials a Catalunya 1980-88*, maig de 1988.

¹¹² Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de la salut a Catalunya (DOGC núm. 527, de 10.4.1985).

¹¹³ Lafarga JL, Ris H. «El desplegament normatiu de la reforma de l'atenció primària». *Salut Catalunya*, 1989; 3 (3): 102-4.

A la vegada que es feien les proves pilot, el conseller va encarregar al Dr. Jordi Gol presidir una comissió per dissenyar un model d'història clínica d'atenció primària (HCAP). Un cop aprovat el model, el Dr. Gol va visitar molts ambulatoris per fomentar l'ús de la HCAP.¹¹⁰ L'any 1988, el conseller Laporte deia que la història la utilitzaven el 30% de metges de capçalera i el 50% de pediatres.¹¹¹

L'any 1985, el Consell Executiu de la Generalitat va aprovar, a proposta del conseller Laporte, el Decret de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya, que posaria en marxa la reforma de l'atenció primària.¹¹² L'elaboració del Decret i el desplegament en 18 ordres¹¹³ va ser obra d'un equip dirigit pel Dr. Xavier Palet, cap del Servei de Programació; la Dra. Helena Ris, directora del Programa d'implantació de la reforma de l'assistència primària, i Josep Maria Lafarga, cap de la Secció Jurídica.

El Decret de reforma de l'atenció primària establia dues divisions geogràfiques: l'àrea bàsica de salut (ABS) i el sector sanitari. S'evitava el nom de *zona*, que recordava l'estructura de la Seguretat Social, i s'emprava el d'*àrea bàsica de salut*, que tindria una població d'entre 5.000 i 25.000 habitants. El sector seria l'agrupació de diverses àrees bàsiques. El centre d'atenció primària seria el lloc físic on treballaria l'equip d'atenció primària. A l'equip treballaria el personal mèdic i d'infermeria en règim de 36 hores setmanals i a més els sanitaris locals: metges, practicants, farmacèutics i veterinaris. Per dirigir l'equip es va nomenar un coordinador mèdic i un adjunt d'infermeria.

El procediment per dividir Catalunya en ABS va ser llarg perquè calia consultar-lo amb els ajuntaments.¹¹⁴ La primera divisió de Catalunya en àrees bàsiques de salut va ser de 335,¹¹⁵ però finalment s'hi van fer modificacions fins a arribar a 345.¹¹⁶ Un altre aspecte important de la reforma va ser els índexs de personal:¹¹⁷ un metge general per cada 2.000 persones de més de 14 anys, un pediatre per cada 1.250-1.500 infants, un odontoestomatòleg per cada 11.000 persones, un diplomad en infermeria per cada 1.750-2.000 habitants i un treballador social per cada 25.000 persones.¹¹⁸ Els índexs es calculaven sobre el nombre de persones i no de cartilles, perquè d'aquesta manera s'evitaven les discrepàncies que hi havia pel fet que les cartilles podien donar dret a un nombre molt dispar de beneficiaris, i també perquè l'objectiu era establir una atenció primària universal.

Les primeres ABS van ser tres a Sabadell i una a Terrassa¹¹⁹ i van començar a funcionar el desembre de 1986. El conseller va insistir en el caràcter voluntari de la incorporació dels metges al nou sistema de dedicació de 36 hores setmanals. El seu pla era constituir unes 30 ABS anuals i, per tant, arribar a completar la reforma en deu anys. El procés va ser més lent del que es pensava i al final s'hi van invertir disset anys.¹²⁰ L'any 1988, en el discurs a la Reial Acadèmia, el conseller Laporte va dir que ja hi havia 60 ABS creades, 30 en funcionament i 30 en constitució.¹²¹

L'any 2003 es va donar per finalitzada la reforma, si bé alguns metges encara van continuar treballant les dues hores i mitja diàries fins que es van jubilar.

¹¹⁴ Bohigas L, Fusté J, Séculi E. *La territorialización sanitaria en Cataluña, 1986*. 2º Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, Madrid, noviembre de 1987.

¹¹⁵ Fusté J, Séculi E. «L'organització territorial sanitària de Catalunya». *Salut Catalunya*, 1992; 6 (3).

¹¹⁶ Ordre de 22 d'agost de 1986, per la qual s'ordena parcialment el territori de Catalunya en àrees bàsiques de salut (DOGC núm. 733, de 29.8.1986).

¹¹⁷ Ris H, Brugulat P, Piqué, J. «La implantació de la reforma de l'atenció primària: alguns aspectes del moment actual». *Salut Catalunya*, 1989; 3(3).

¹¹⁸ Ordre de 8 d'octubre de 1985, sobre fixació de criteris per a la determinació de les plantilles orgàniques dels equips d'atenció primària (DOGC núm. 601, de 16.10.1985).

¹¹⁹ Ris H, Brugulat P, Piqué J. *Op. cit.*

¹²⁰ Ponsà, J.A. et al. «La reforma de l'atenció primària de salut». *Fulls Econòmics*, set. 2003; 37.

¹²¹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. *La sanitat...*, *op. cit.*

La radiologia i les anàlisis de laboratori només estaven a disposició dels especialistes, però no dels metges de capçalera. Les instal·lacions estaven molt obsoletes i va caler fer-hi inversions. L'any 1983 es va crear un programa especial de laboratoris d'anàlisis clíniques¹²² per tal de centralitzar la tasca analítica de forma automatitzada i informatitzada i, a la vegada, establir mòduls d'extracció de mostres als CAP, amb l'objectiu d'evitar el desplaçament dels usuaris i el transport de mostres dins el sistema. Respecte a la radiologia, es va aconseguir que el 80% de les plaques incorporessin l'informe d'un radiòleg, mentre que abans no en duia cap.¹²³

¹²² Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Activitats maig 1983 - maig 1984*. Barcelona, 1985.

¹²³ Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Política sanitària a Catalunya*. Barcelona, 1985.

Un dels problemes de l'atenció extrahospitalària de la Seguretat Social era que substituïa la tasca mèdica per la dispensació de medicaments. No hi havia temps per explorar una malaltia, però sí per fer una recepta. La conseqüència era una sobreprescripció i un mal ús dels medicaments. En l'experiència pilot de Ciutat Badia es va incloure un farmacèutic i els resultats van ser molt bons: va baixar la prescripció i es va fer de millor qualitat. En fer la reforma de l'atenció primària es va incloure aquest aspecte, que es va estructurar en una unitat farmacèutica a l'àmbit de sector amb dos tipus de funcions: una d'interna, per millorar la prescripció dels metges, i una d'externa, per buscar col·laboració amb les farmàcies comunitàries.¹²⁴

¹²⁴ Sedano E, Palet X. «L'atenció farmacèutica en la reforma de l'atenció primària a Catalunya». *Salut Catalunya*, 1988; 2(4).

Construcció i remodelació dels centres d'atenció primària

Els centres d'atenció extrahospitalària transferits de la Seguretat Social eren escassos i, en alguns casos, estaven en molt males condicions de manteniment.

L'ampliació horària dels metges i la incorporació a l'equip de nous professionals va fer obsolets els antics edificis, ja que es requeria un espai tres vegades més gran. La reforma va implicar fer obres d'ampliació dels edificis existents o bé construir de nou edificis adaptats a les noves necessitats, amb un cost d'inversió important i un cost de manteniment més gran encara.

En el cas dels pobles petits, s'atorgaven subvencions als ajuntaments perquè construïssin o habilitessin els CAP,

mentre que en centres més grans els ajuntaments cedien el terreny i el Departament construïa el CAP. El conseller Laporte, en el seu discurs a la Reial Acadèmia de 1988 (discurs 8), va destacar que dels 178 CAP en funcionament que hi havia l'any 1988, 34 s'havien construït de nou i 21 s'havien remodelat o millorat. A més, n'hi havia 14 en construcció i 17 en fase de projecte. En l'apartat de «Planificació» es descriuen els criteris per a les noves construccions.

Per què es va fer així

La reforma de l'atenció primària a Catalunya es va fer l'any 1985, un any després de la que va fer l'INSALUD i seguint el mateix model, encara que amb algunes diferències. Es podia haver fet diferent? En els dos casos la reforma es va fer sense que hi hagués una llei bàsica que establís el model sanitari. La Llei general de sanitat es va aprovar l'any 1986 i, de fet, va determinar que l'atenció primària seria el model que havia establert l'INSALUD. Quan es va fer la reforma a Catalunya, la normativa de referència era la de la Seguretat Social, que establia dues fórmules de contractació dels metges: per cartilles i per contracte. L'atenció primària feia servir la fórmula de les cartilles, i l'hospital, el contracte. La reforma de l'atenció primària va consistir a passar els metges d'atenció primària al sistema de contractació que s'aplicava a l'hospital.

En els debats sanitaris que hi hagué en la transició, totes les forces polítiques proposaven adoptar el model sanitari del National Health Service britànic. En el NHS, els metges de capçalera són professionals autònoms que cobren per capitació, és a dir, igual que l'assistència extrahospitalària de la Seguretat Social, només amb la diferència que aquí cobraven per cartilla. És interessant observar que tant l'esquerra espanyola com la catalana proposaven un Servei Nacional de la Salut com el britànic, però, en canvi, en l'atenció primària volien funcionaritzar els metges, en comptes de seguir el model anglès.

Després del conseller Laporte

El model d'atenció primària que va establir el conseller Laporte ha continuat fins avui dia. Pel camí hi ha hagut canvis importants en la gestió del model, que l'han ampliat a altres entitats diferents de l'ICS. Un canvi important en la gestió de l'atenció primària va ser, en temps del conseller Trias, la gestió d'equips d'atenció primària per part d'institucions sanitàries o socials. La primera experiència va ser amb el Grup SAGESSA l'any 1992 a l'ABS de Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant i, el mateix any, l'ABS de Terrassa-Nord, gestionada pel Consorci Sanitari de Terrassa. Aquesta via va permetre explorar la integració de l'atenció primària amb els hospitals comarcals i constituir sistemes integrals de gestió.¹²⁵ Un altre canvi rellevant en la gestió es va produir quan es va obrir la possibilitat que els metges s'agrupessin en equips de base associativa (EBA) i contractessin directament el servei d'atenció primària amb el CatSalut.

Al final de la reforma, l'ICS va gestionar 269 ABS; les institucions sanitàries, 63 ABS, i els EBA, 13 ABS, amb un total de 345 ABS.

Les diferents fórmules de gestió han permès avaluacions comparatives i, en general, els EBA han estat els més ben qualificats.¹²⁶

¹²⁵ Ibern P, Calsina J. «Més enllà de la separació de funcions: les organitzacions sanitàries integrades». *Fulls Econòmics*, març 2001; 35.

¹²⁶ Ponsà J. A. et al. «Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis». *Fulls Econòmics*, set. 2003; 37: 33-9.