

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES II

Belén Enfedaque
Montes

ÍNDEX

IDEES CLAU	106
LA SALUT DINS ELS SISTEMES SANITÀRIS	112
ELS SISTEMES DE SALUT • 01	114
ACTORS DEL SISTEMA DE SALUT ■	114
RELACIONS ENTRE COMPRADORS I PRESTADORS ASSISTENCIALS ■	115
MODEL D'ANÀLISI ■	120
TIPUS DE SISTEMES DE SALUT ■	121
SISTEMA DE SALUT A ESPANYA • 02	121
CATALUNYA ■	122
REFORMA DE L'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA A ESPANYA ■	123
LLEI D'ORDENACIÓ DE PROFESSIONS SANITÀRIES ■	124
ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT • 03	124
DEFINICIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT ■	124
DIMENSIONS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT ■	125
ELEMENTS CONCEPTUALS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT ■	126
POSTULATS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA A ESPANYA ■	127
CARTA DE DRETS I DEURES DE LA CIUTADANIA EN RELACIÓ AMB LA SALUT ■	127
ORGANITZACIÓ ESTRUCTURAL BÀSICA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA • 04	128
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA • 05	128
FACTORS QUE INFLUEIXEN EN LA COMPOSICIÓ	129
DE L'EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (EAP) ■	129
COMPONENTS DE L'EAP ■	130
TREBALL EN EQUIP I LIDERATGE DE L'EAP ■	131
RETRIBUCIÓ DELS PROFESSIONALS ■	131
FUNCIONS I ACTIVITATS DE L'EAP • 06	132
CARTERA DE SERVEIS ■	134
FORMACIÓ CONTÍNUA ■	135
L'ORGANITZACIÓ DEL TREBALL A LES CONSULTES	135
ORGANITZACIÓ DEL TREBALL A LES CONSULTES • 01	135
FACTORS DEL PROFESSIONAL ■	135
FACTORS DE L'ORGANITZACIÓ ■	136
FACTORS DE L'USUARI ■	137
GESTIÓ DE LA DEMANDA ■	137
GESTIÓ DEL TEMPS: AGENDA ■	137
PACIENT HIPERFREQUENTADOR (HF) ■	137
CONSULTA TELEFÒNICA I VISITA NO PRESENCIAL ■	138
PROPOSTA PRÀCTICA D'UN PLA D'INTERVENCIÓ ESGRAONAT	138
DE CONTROL DE LA DEMANDA PER A UN EAP O UNA CONSULTA ■	138
ORGANITZACIÓ DE LA LABOR D'INFERMERIA ■	138
ATENCIÓ AL CIUTADÀ ■	
EL TREBALLADOR SOCIAL EN L'EQUIP DE SALUT ■	
LES RELACIONS I COMUNICACIONS	
AMB EL NIVELL D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA	
CAUSES DE LA FALTA DE COORDINACIÓ AP-EA: ■	

ELEMENTS CONCEPTUALS • 01	141
L'AP COM A FILTRE O PORTA D'ENTRADA AL SISTEMA SANITARI ■	141
EL METGE D'AP COM AGENT DE SALUT ■	141
INTERCONSULTA VERSUS DERIVACIÓ ■	141
ATENCIÓ CONPARTIDA I INTEGRAL ■	141
ATENCIÓ INTEGRAL ■	142
MODELS DE PRESTACIÓ DE SERVEIS • 02	142
NIVELL DE RESOLUCIÓ O CAPACITAT RESOLUTIVA (CR) • 03	143
GARANTIA DE QUALITAT A L'APS. CONCEPTES BÀSICS	144
DIVERSOS ENFOCAMENTS DEL CONCEPTE DE QUALITAT EN L'ATENCIÓ SANITÀRIA • 01	145
DIMENSIONS DE LA QUALITAT ■	145
ESTRUCTURA, PROCÉS I RESULTAT ■	146
AVALUACIÓ, GARANTIA I MILLORA CONTÍNUA DE LA QUALITAT ■	146
PROGRAMES DE QUALITAT • 02	147
FACTORS CLAU ■	147
CICLE AVALUATIU I/O CICLE DE MILLORA ■	147
CICLE AVALUATIU ■	148
CICLE DE MILLORA ■	149
MONITORATZACIÓ ■	149
PROGRAMES DE QUALITAT EXTERA. PROGRAMES D'ACREDITACIÓ • 03	149
PLANIFICACIÓ, PROGRAMACIÓ I AVALUACIÓ A L'APS	152
ETAPES PER A L'ELABORACIÓ D'UN PROGRAMA ■	153
PLANIFICACIÓ DE SALUT ■	153
ORIENTACIÓ DE LA PLANIFICACIÓ ■	153
IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES I NECESSITATS ■	153
DEFINICIÓ DE PRIORITATS ■	154
DIAGNÒSTIC COMUNITARI ■	154
PLANIFICACIÓ DEL PROGRAMA ■	154
EXECUCIÓ DEL PROGRAMA DE SALUT ■	156
AVALUACIÓ DEL PROGRAMA ■	156
EL PROCÉS DE PRESA DE DECISIONS. ELABORACIÓ D'HIPOTESIS DIAGNÒSTIQUES. PROTOCOL·LITZACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA A L'APS	158
PROTOCOL·LITZACIÓ • 01	159
DEFINICIÓ ■	159
TIPUS DE PROTOCOLS CLÍNICS ■	159
AVANTATGES I INCONVENIENTS DE LA PROTOCOL·LITZACIÓ EN AP ■	159
DISSENY DELS PROTOCOLS I AVALUACIÓ ■	160
FASES DE LA CONSTRUCCIÓ D'UN PROTOCOL CLÍNIC ■	160
AVALUACIÓ ■	160
GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA • 02	161
CONCEPTE I JUSTIFICACIÓ ■	161
DISSENY DE LES GUIES ■	161

DISSENY DE LES GUIES ■	162
ATRIBUTS D'UNA GPC ■	162
APLICACIONS. LIMITACIONS ■	162
AVALUACIÓ ■	162
CONSIDERACIONS GENERALS • 03	
GUIES I PROTOCOLS: PUNTS PER AL DEBAT.	162
LA MEDICINA BASADA EN L'EVIDÈNCIA ■	163
ESTRATÈGIES PER A LA IMPLANTACIÓ ■	163
PROCÉS DE DISSEMINACIÓ ■	163
ESTRATÈGIA D'IMPLANTACIÓ ■	162
MEDICINA BASADA EN L'EVIDÈNCIA (MBE) ■	165
PROTOCOL·LITZACIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT • 04	
TÈCNiques DIAGNÒSTIQUES D'APLICACIÓ A L'APS	166
PROVES DIAGNÒSTIQUES QUE HAN D'ESTAR DISPONIBLES PER AL METGE DE FAMÍLIA • 01	167
PROVES DE LABORATORI ■	169
PROVES D'IMATGE ■	171
PROVES ÚTILS EN L'ESTUDI DE PATOLOGIA CARDIOVASCULAR ■	173
PROVES FUNCIONALS RESPIRATÒRIES I PULSIXIOMETRIA ■	174
ENDOSCÒPIA ■	
BASES PER A LA UTILITZACIÓ RACIONAL DELS MEDICAMENTS A L'APS. LES PRESCRIPCIONS REPETIDES	176
PECULIARITATS DE LA UTILITZACIÓ DE MEDICAMENTS EN AP • 01	177
SISTEMES DE MESURA DE L'ÚS DE MEDICAMENTS • 02	178
ANÀLISI DE L'ÚS DE MEDICAMENTS ■	180
MÈTODES DE DETECCIÓ DE REACCIONS ADVERSES A MEDICAMENTS ■	181
MESURES DE QUALITAT DE VIDA RELACIONADES AMB LA SALUT • 03	181
MILLORA DE LA UTILITZACIÓ DE MEDICAMENTS • 04	181
CONTRIBUCIÓ DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA ■	182
CONTRIBUCIÓ DEL PROFESSIONAL SANITARI ■	182
CONTRIBUCIÓ DEL PACIENT ■	183
APOTACIÓ DELS CIUTADANS ■	184

IDEES CLAU

LA SALUT DINS ELS SISTEMES SANITARIS

- L'Atenció Primària de salut és l'element central del sistema sanitari. Els pilars organitzatius de l'AP són el centre i l'equip de salut multidisciplinari, instruments que fan possible el desenvolupament dels continguts que la sostenen.
- Els models de sistemes sanitaris depenen de l'evolució històrica i dels valors socials, que condicionen el seu desenvolupament.
- L'OMS inclou la dignitat, l'autonomia, la confidencialitat, la comunicació, la rapidesa, la capacitat d'elecció, el suport social i la qualitat de les instal·lacions en l'avaluació dels sistemes sanitaris.
- Són característiques fonamentals de l'activitat realitzada a nivell de l'APS la consideració integral de l'individu, el fet de ser garantia de la continuïtat assistencial, d'oferir una actitud activa, l'accessibilitat, el seu fonament de treball en equip, que sigui programada i avaluable, docent i investigadora.
- Són característiques fonamentals de l'activitat realitzada a nivell de l'APS la consideració integral de l'individu, el fet de ser garantia de la continuïtat assistencial, d'oferir una actitud activa, l'accessibilitat, el seu fonament de treball en equip, que sigui programada i avaluable, docent i investigadora.
- La dissociació entre les decisions clíniques i la gestió dels recursos impedeix un ús òptim dels recursos. La llei 44/2003 d'Ordenació de les professions sanitàries diu que els professionals tenen el deure de fer un ús racional dels recursos diagnòstics i terapèutics, considerant els costos de les seves decisions, evitant la sobre utilització, la infrautilització i l'ús inadequat dels mateixos.
- L'aportació dels serveis sanitaris a la millora de l'estat de salut de la població ha estat molt qüestionada. Alguns autors atribueixen només el 11% als sistemes de cures en la reducció de la mortalitat enfront del 43% dels estils de vida o el 19% del medi ambient. (P-1997: 02)
- La Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària és un contracte social entre la ciutadania i el sistema de salut. S'hi defineix què esperem les persones del sistema sanitari (drets) i també com ens hi comprometem com a individus actius (deures).

FINANÇAMENT, GESTIÓ I PROVISIÓ DE SERVEIS SANITARIS

- L'àmbit d'Atenció Primària és essencial dins de tot sistema sanitari per la seva capacitat de millorar els indicadors sanitaris i per la seva labor racionalitzadora de la resta de serveis de salut.

- Els serveis de salut que havien desenvolupat models de relació entre prestadors basats en el mercat estan abandonant aquesta línia cercant sistemes més relacionats amb la planificació, la gestió de malalties i les polítiques de qualitat.
- Actualment es tendeix a introduir models retributius dels metges de família mixtes que combinin els efectes motivadors de cada un d'ells, i que minimitzin efectes adversos derivats del pagament per volum d'activitat o bé independent del volum d'activitat i dels resultats.
- La red de atención primaria en Cataluña está constituida por entidades proveedoras de titularidad diversa. El 9,5% de los EAP de provisión alternativa al ICS son gestionados por entidades proveedoras privadas o mixtas: la mayor parte está gestionada por entidades proveedoras constituidas por entidades públicas, por consorcios públicos (con participación o no de fundaciones privadas sin ánimo de lucro) o por sociedades con una forma jurídica privada (SA, SL), pero que dependen de entidades con capital público al 100%.

CENTRE I EQUIP DE SALUT

- L'equip d'Atenció Primària (AP) és el pilar organitzatiu bàsic de l'APS.
- La responsabilitat directiva de l'equip de salut ha d'anar acompanyada d'una important capacitat de gestió de tots els seus recursos, tant humans com finances i materials.
- S'han de tenir en compte les necessitats organitzatives i estructurals poden ser diferents segons determinats factors a l'hora de dissenyar els centres i els equips de salut, com ara si l'atenció es prestarà en de l'àmbit urbà o bé rural, o bé quines el grau de deprivació econòmica de la població, entre d'altres especificitats de cada comunitat.
- La utilització dels serveis sanitaris està condicionada per factors relacionats amb els tres elements que intervenen: l'organització, els professionals i la població.
- Una bona organització de la consulta requereix gestionar adequadament les dos eines fonamentals: els circuits organitzatius (gestió de la demanda) i l'agenda (gestió del temps).
- L'adequada relació entre l'Atenció Primària (AP) i l'Atenció Especialitzada (AE) implica 4 elements conceptuals:
 - L'AP com a filtre o porta d'entrada del sistema sanitari.

- La visió del metge d'AP com a agent de salut.
- La possibilitat d'establir diferents formes de relació (interconsulta o derivació, activitats de formació).
- Necessitat de desenvolupar l'atenció compartida i integrada.
- El nivell de resolució o capacitat resolutiva (CR) és un dels indicadors fonamentals de la qualitat assistencial d'un EAP i constitueix una informació imprescindible per a conèixer el seu producte.

GARANTIA DE QUALITAT A L'APS. CONCEPTES BÀSICS

- La qualitat és un conjunt de característiques o atributs dels productes o serveis que, quan és alta, denota superioritat en el seu gènere. El concepte de qualitat ha evolucionat fins a l'excel·lència com a forma de vida de les organitzacions.
- Els resultats excel·lents han d'assolir un equilibri i satisfer les necessitats de tots els grups d'interès d'una organització: clients, accionistes, persones que treballen en ella i la societat en general.
- Els resultats excel·lents s'assoleixen a través d'un lideratge que dirigeixi i impulsi la política i estratègia, les persones de l'organització, les aliances i els recursos, i els processos.
- La millora contínua és un procés estructurat i sistemàtic que tracta de millorar la qualitat global dels productes o serveis que ja es presten.
- Un pla de millora continua engloba la identificació i selecció dels aspectes a millorar, la formació d'equips de millora i la metodologia amb la que treballaran els equips.
- Un projecte de millora consta de sis passos: definir l'aspecte a millorar, definir el problema clau, trobar les seves causes, proposar les solucions, estructurar un pla d'acció i realitzar el seguiment.

PLANIFICACIÓ, PROGRAMACIÓ I AVALUACIÓ A L'APS

- Un programa és defineix com la proposta d'un conjunt d'activitats que es dirigeixen a assolir uns objectius concrets en una població determinada.
- Una adequada planificació del sistema sanitari permetrà desenvolupar i avaluar les polítiques de salut.

- Els principals criteris per a prioritzar són la magnitud, la gravetat del problema, l'efectivitat de les intervencions i la seva factibilitat.
- Un programa pot incloure activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia; guariment i rehabilitació; participació comunitària i formació, docència i investigació.
- L'avaluació es basa en recollir informació sobre les activitats realitzades i els resultats obtinguts i comparar-los amb els resultats esperats.
- Les tècniques més útils per a avaluar els resultats d'un programa de salut són l'anàlisi de cost-utilitat i l'anàlisi de cost-efectivitat.

EL PROCÉS DE PRESA DE DECISIONS. ELABORACIÓ D'HIPÒTESIS DIAGNÒSTIQUES. PROTOCOL·LITZACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA A L'APS.

- Les GPC traslladen l'evidència científica a la pràctica professional i haurien de millorar la qualitat del procés assistencial.
- Les GPC són productes de gestió del coneixement que guien la presa de decisions clíniques.
- Fases de l'estratègia d'una GPC: disseny, elaboració, disseminació, implantació i avaluació de l'impacte.
- Abans d'elaborar una GPC ha de plantejar-se la possibilitat d'adaptar una ja elaborada.
- A l'adoptar una GPC s'ha de considerar els factors que dificulten la seva implantació.
- Els protocols clínics aporten evidència científica, consens i opinió d'experts en la formulació de recomanacions específiques i permeten l'adaptació local d'una GPC.

TÈCNIQUES DIAGNÒSTIQUES D'APLICACIÓ A L'APS

- La decisió de realitzar una prova diagnòstica ha de basar-se en el judici clínic del metge i en el coneixement de la validesa de la prova.
- L'ús de proves de laboratori ha de rendibilitzar-se seleccionant-les d'acord amb els valors predictius per al problema de salut en l'àmbit que se sol·liciten.

- La eco-doppler té la seva utilitat en l'AP en l'estudi de l'obstrucció arterial o venosa en les extremitats i en el sistema arterial de les vísceres i l'estudi d'ateromatosis de les artèries carotídees.
- L'espirometria i la prova broncodilatadora són exploracions fonamentals en AP per al diagnòstic d'obstrucció pulmonar i diferenciar entre asma bronquial i MPOC.
- L'endoscòpia s'aplica en el diagnòstic de malalties de diferents sistemes com el digestiu, l'urinari i el respiratori i, a més, pot usar-se amb finalitat terapèutica

BASES PER A LA UTILITZACIÓ RACIONAL DELS MEDICAMENTS A L'APS. LES PRESCRIPCIONS REPETIDES

- La importància quantitativa de la terapèutica farmacològica en AP obliga a prestar-li una especial atenció per a promoure una utilització eficaç i eficient d'aquest recurs.
- Els estudis de consum de medicaments han evolucionat. Les fonts habituals subministren informació que orienta sobre l'impacte poblacional de la terapèutica, així com sobre la qualitat i l'adequació de les prescripcions.
- Les polítiques d'optimització de la prescripció farmacèutica poden incloure actuacions de l'administració sanitària, els professionals i els propis clients.
- Les prescripcions professionals han de basar-se en les necessitats específiques del pacient, considerar les seves preferències, així com les evidències disponibles sobre l'efectivitat i la seguretat dels medicaments i els estudis de farmacovigilància i farmacoeconomia.

**PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
I BASES METODOLÒGIQUES II**
ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT.
DEFINICIONS. ELEMENTS CONCEPTUALS.
SITUACIÓ A L'ESTAT ESPANYOL, A CATALUNYA
I SITUACIÓ INTERNACIONAL

LA SALUT DINS ELS SISTEMES SANITARIS

La funció primordial d'un sistema sanitari no radica en exclusiva a garantir el dret del malalt a ser correctament diagnosticat i tractat, sinó també a procurar que no emmalalteixi, que es mantingui sa; en definitiva, assegurar el seu dret a la salut, assimilant en certa mesura la malaltia com un fracàs en l'assoliment d'aquest objectiu.

Per a continuar progressant en la consecució d'un nivell de salut cada vegada millor no n'hi ha prou amb reorientar el sistema sanitari i propiciar la col·laboració intersectorial i internacional. Cal que els governs elevin la prioritat de la despesa en salut, el que, en un context de recursos limitats i, en ocasions, escassos, significa disminuir els que es dediquen a altres camps socialment menys justificables.

El desenvolupament tecnològic creixent, la subespecialització i l'hospitalcentrisme són tres dels elements fonamentals que defineixen a la medicina de la segona meitat del segle XX. L'hospital és la institució on es desenvolupen i apliquen els últims avanços tecnològics.

Tots aquests elements característics de la medicina del segle XX s'han acompanyat d'un increment progressiu dels costos dels sistemes sanitaris. Els hospitals creixen i cada vegada es fan més complexos, absorbint quantitats creixents de recursos humans i materials.

Es fa precís establir polítiques de salut que delimitin clarament les prioritats d'acord amb criteris d'equitat, eficàcia i eficiència.

Les consideracions anteriors han de fer reflexionar sobre tres punts essencials:

■ **a).** L'eficàcia i l'eficiència d'un sistema sanitari dirigit exclusivament al diagnòstic i tractament de les malalties poden ser baixes en termes de nivell de salut col·lectiva assolits.

■ **B).** La consecució i el manteniment d'una determinada situació de salut no és un problema que hagin de resoldre exclusivament els professionals sanitaris i les seves tecnologies; també ocupen un paper fonamental altres sectors de l'activitat social i econòmica relacionats amb la qualitat de vida general.

■ **C).** Les mesures de prevenció i promoció de la salut poden contribuir de forma efectiva a modificar els hàbits de vida que estan en la base causal de les malalties cròniques, d'importància creixent en les societats desenvolupades.

Cal procedir a una transformació i potenciació de la figura dels professionals d'Atenció Primària, incrementant el seu prestigi científic i professional i millorant la seva imatge social.

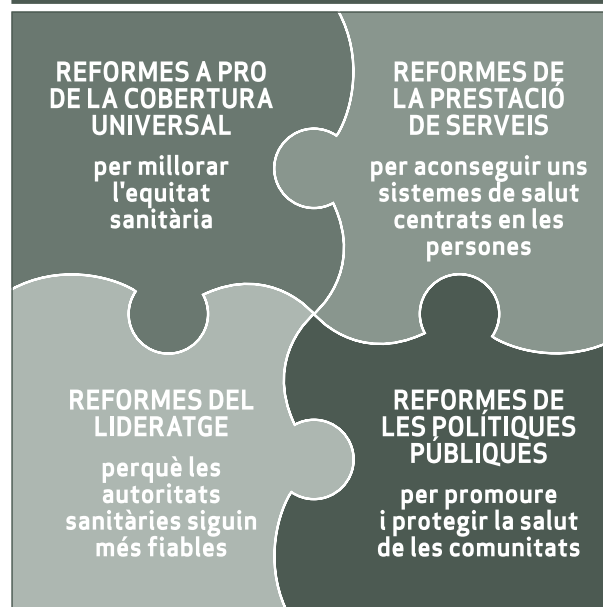
Per a què el sistema sanitari respongui de forma precisa a les necessitats de salut de la població és important que aquesta participi activament en la seva planificació i control, participació que és consubstancial al concepte d'Atenció Primària de Salut.

El sistema de salut, en la seva perspectiva d'organització prestadora de serveis, ha d'estar orientat en la seva concepció, organització i activitats d'acord amb les demandes tàcites i expressades de la població.

Existeixen múltiples evidències científiques que l'increment de la complexitat i dels costos dels sistemes sanitaris tradicionals no s'ha vist sempre reflectit en el nivell de salut de la població atesa. Els principals progressos en la disminució de la morbidimortalitat de diverses malalties estan fonamentalment en relació amb factors mediambientals i de condicions de vida.

Figura 01

REFORMES SANITÀRIES PER REORIENTAR ELS SISTEMES SANITARIS CAP A LA SALUT PER A TOTS



Informe sobre la salut en el mundo 2008: La atenció primària de salut, mas necesaria que nunca

1. Salud mundial - tendencias.
2. Atención primaria de salud - tendencias.
3. Prestación de atención de salud.
4. Política de salud.

I. Organización Mundial de la Salud, OMS.

Els canvis en l'estructura i en les relacions dels sistemes de salut són continus. En tots els països occidentals el sistema sanitari, els seus problemes i les seves possibles transformacions, és un dels temes prioritaris del debat polític i social. A més de les reformes sanitàries d'Espanya, Itàlia i Portugal que van començar a la fi dels anys setanta i primera meitat dels vuitanta, en Països Baixos, Alemanya, Estats Units i Regne Unit s'han introduït mesures que han modificat o modificaran substancialment les relacions dels ciutadans amb els seus serveis de salut.

Sovint, el debat sobre els sistemes de salut s'ha reduït a una discussió entre els partidaris d'un sistema sanitari públic i els quals advoquen per un major protagonisme del sector privat.

Els defensors del sistema privat opinen que els individus són els que millor saben el que necessiten i que mostren les seves prioritats a través de la seva disposició a pagar determinats serveis. La possibilitat de sofrir greus perjudicis per malalties imprevistes quedaria resolta gràcies als sistemes d'assegurament voluntari. Les desigualtats deuen resoldre's a través d'un sistema fiscal adequat i progressiu.

D'altra banda, el benefici econòmic seria la millor forma de motivar als professionals per a atendre les demandes dels seus pacients, incentivant a més la utilització dels procediments menys costosos. La competència entre proveïdors asseguraria que els preus reflectissin els costos i es mantinguessin al mínim possible, ja que uns consumidors ben informats seleccionarien els procediments més cost-efectius.

Els que advoquen pel sistema públic presenten altres arguments. Les persones, quan estan malaltes, són dolents jutges de les seves necessitats. Les prioritats deuen marcar-se segons com es defineixin socialment les necessitats. Les desigualtats econòmiques i les situacions imprevistes no suposen cap problema, perquè els serveis són gratuïts i independents del poder adquisitiu.

Els factors que més influeixen en la motivació són la pròpia ètica i professionalitat dels sanitaris i el seu afany de superació i èxit. L'existència d'un pressupost predeterminat pot controlar el balafament amb procediments cars o innecessaris. En tot cas, la implantació de sistemes de control de qualitat i auditories mèdiques assegura que el sistema sigui cost-efectiu.

No obstant això, la realitat contradiu a ambdues parts. Els metges actuen com agents-delegats dels pacients, i el que aquests utilitzen està determinat per les pròpies regles i normes de pagament en un cas o per les

preferències o conveniències del metge en l'altre. Per altra banda, l'absència de costos directes i d'avaluació prèvia dels riscos afavoreix la utilització improcedent de serveis per part de pacients amb processos trivials o inadequats. Es dificulta l'assistència.

ACTORS DEL SISTEMA DE SALUT

La contenció de la despesa que s'han vist forçats els sistemes de salut sotmesos a una limitació de recursos i a un augment de la demanda ha desplaçat l'interès cap a l'eficiència, quan en els anys vuitanta s'havia centrat en l'equitat.

Existeix una tendència generalitzada a diferenciar les funcions de cada una de les organitzacions que componen els serveis de salut. Les funcions són les següents:

■ **Finançadors.** Responsabilitat d'aconseguir fons i facilitar-los als compradors. En algun aspecte també poden establir polítiques i prioritats, monitoritzar l'actuació dels compradors, així com administrar la regulació de la relació entre proveïdors i compradors.

■ **Compradors.** Identifiquen les necessitats de salut i les oportunitats per a millorar-la. Estableixen prioritats, desenvolupen especificacions i contracten els serveis amb els prestadors (proveïdors).

■ **Proveïdors.** Ofereixen serveis sota un contracte; deuen respondre davant els compradors de la quantitat i qualitat de l'atenció prestada. Poden ser tant entitats de titularitat pública o privada com organitzacions de voluntaris.

■ **Propietaris.** La necessitat de mantenir les institucions públiques a distància de qui tradicionalment les han vingut finançant ha dut a crear els denominats propietaris. Són els responsables de salvaguardar els recursos humans, materials i financers dels proveïdors públics, perquè es garanteixi una devolució dels béns estatals.

RELACIONS ENTRE COMPRADORS I PRESTADORS ASSISTENCIALS

■ MERCAT DE SERVEIS

Els mercats de serveis existeixen quan el comprador afavoreix que els prestadors competeixin entre si per a oferir els seus serveis. A aquests mercats se'ls anomena planificats (P-1999: 27), per no complir amb els criteris de la competència perfecta. En primer lloc es produeixen en una situació monopsònica a l'existir un únic finançador i, per un altre, tenen escassa capacitat per a seleccionar prestadors. Únicament en les grans ciutats pot existir el nombre de serveis necessaris que permeti una possibilitat real d'elecció. Així, a pesar que apareguin proveïdors privats en el sistema, en la pràctica l'escassetat d'oferents de serveis duu que en cada territori específic s'estableixin situacions monopsòniques i oligopolístiques. En aquests casos, els beneficis del mercat es limiten a la gestió del contracte

i a la capacitat del proveïdor de marcar polítiques assistencials. A Espanya aquest sol ser una empresa pública, però a Regne Unit són els metges de família i en altres llocs els propis pacients.

■ CONTRACTES

L'aparició del mercat ha generalitzat l'ús de contractes en l'àmbit sanitari. Se solen signar entre compradors i venedors, i al seu torn els proveïdors poden establir-los amb altres serveis sanitaris que els donen suport, com, per exemple, els de radiologia o laboratori. Aquesta tècnica introdueix un tipus de relació que suposa un avanç considerable sobre la dels models de direcció paternalista d'antany, ja que obliga a les parts a establir un acord per consens. Acaba amb la filosofia que els serveis centrals, habitualment amb poc bagatge assistencial, assenyalin la forma com deuen fer-se les coses, o sigui el procés de la cura. Conduïx a una situació en la qual els compradors únicament marquen el tipus i la qualitat de servei que desitgen rebre, o sigui, el resultat de l'assistència. Permet que els proveïdors, que són qui millor coneixen el procés assistencial que realitzen, decideixin sobre la millor forma d'arribar a el resultat desitjat.

■ MERCAT VERTICAL

El Regne Unit ha desenvolupat una interessant experiència al assignar als metges generals (General Practitioners) un pressupost fix que incloïa els serveis assistencials, la gestió, la prestació farmacèutica i la compra de serveis ambulatoris hospitalaris, els ingressos per a cirurgia electiva, les proves diagnòstiques i els serveis comunitaris d'infermeria i paramèdics. A pesar que existeixen escasses avaluacions rigoroses, sembla que aquesta innovació no ha modificat substancialment els hàbits de prescripció ni els índexs de resolució. De totes maneres, el que el finançament seguis als pacients ha produït un canvi radical del mapa hospitalari. Han disminuït el nombre de llits a Londres i en canvi han crescut i millorat en la resta del país.

Sembla que la qualitat assistencial no s'ha modificat i que tampoc s'ha comprovat el temor que es produís una selecció adversa de pacients o una situació d'inequitat enfront dels no assistits per aquest tipus de serveis. L'aspecte més criticat ha estat l'increment dels costos de transacció que ha generat la desagregació de la compra a grups poblacionals reduïts. Per aquest motiu, les tendències actuals apunten a constituir agrupacions de consultes per a incrementar l'eficiència, o a retornar la capacitat de compra a les autoritats regionals assessorades per grups professionals. En aquests moments, els grups tendeixen a fondre's en organitzacions més grans i a transformar-se en els denominats trust, que són empreses públiques que tenen capacitat de gestió.

■ INTEGRACIÓ VERTICAL DE SERVEIS I CAPITACIÓ

La integració vertical de prestadors de serveis es dona quan les diferents organitzacions de prestadors es veuen incentivades a desenvolupar aliances estratègiques per a incrementar la continuïtat del

servei, evitar duplicacions i fer més eficients els processos assistencials.

La integració vertical facilita que el comprador transmeti riscos als prestadors, com el de la prestació farmacèutica. Només es pot desenvolupar en entorns que permetin un intercanvi d'informació clínica dels usuaris i es comparteixin guies de pràctica clínica.

■ GOVERN CLÍNIC

El govern clínic es defineix com un marc a través del qual les organitzacions del NHS (National Health Service) es responsabilitzen de millorar de forma continuada la qualitat dels seus serveis i de garantir uns elevats estàndards d'atenció, mitjançant la creació d'un entorn en el que progressi l'excel·lència de la pràctica clínica. Les organitzacions sanitàries integren estratègies de gestió de qualitat, procedents del món empresarial, com la millora contínua o el model EFQM, els esquemes propis de la medicina basada en l'evidència, juntament a una gestió més professional dels serveis que incorpora també elements propis de la gestió de malalties que s'utilitzen àmpliament en Estats Units.

■ ATENCIÓ GESTIONADA

L'atenció gestionada (Managed Care), desenvolupada en Estats Units, no és una única activitat, sinó un conjunt d'actuacions encaminades a contenir l'espiral d'increment dels costos sanitaris sense comprometre la qualitat assistencial, aplicades en múltiples entorns.

Es defineix com una varietat de mètodes de finançar i organitzar la prestació del servei d'una atenció sanitària global, que pretén controlar els costos a partir de controlar la prestació de servei.

MODEL D'ANÀLISI

Per a entendre i millorar els sistemes sanitaris resulta clarificador centrar-se en els principals actors que intervenen i en les relacions entre ells. Per a això s'utilitzarà un model sobre el qual puguin realitzar-se les descripcions, les comparances i les anàlisis que permetin entendre millor les realitats de cada país.

Inclou tres components: els actors o elements del sistema, les seves interrelacions i els resultats.

Ver cuadro "COMPONENTES DELS SISTEMES DE SALUT" en la página siguiente.

COMPONENTS DELS SISTEMAS DE SALUT

Elements estructurals

Població.
Prestadors de serveis de salut.
Agències asseguradores.
Govern.

Relacions funcionals

Finançament
Regulació
Gestió
Prestació de serveis

Resultats

Equitat
Eficiència macroeconòmica
Eficiència microeconòmica
Satisfacció dels usuaris
Milliores en l'estat de salut

Els models de serveis de salut depenen de l'evolució històrica i dels valors socials que condicionen el seu desenvolupament.

També influeixen els factors econòmics, el factor educatiu o el desenvolupament científic. Però l'element principal que determina l'evolució dels sistemes són els valors prevalents en cada societat.

ELEMENTS ESTRUCTURALS DELS SISTEMES DE SALUT

1). POBLACIÓ

Inclou tant les característiques demogràfiques i socioeconòmiques del país com les peculiaritats específiques dels seus habitants (valors, cultura, educació o necessitats de salut).

La població de cada país condiciona el model de sistema sanitari i la demanda de serveis de salut.

La demanda de serveis és molt major en poblacions envellides i amb alt poder adquisitiu. La demanda de serveis es basa en la percepció de necessitat de cures i en la utilització de serveis. La decisió inicial de buscar atenció sanitària està influïda per l'entorn cultural i social i per les característiques psicològiques de l'individu. La utilització posterior està en gran part determinada pel professional sanitari, que exerceix d'agent del malalt, decidint quins serveis deu utilitzar i quants.

Tant les motivacions com les percepcions de cada individu estan influïdes per factors educacionals, socials i culturals. L'accés a la informació i l'educació augmenta

les exigències dels ciutadans i incrementa la demanda i les expectatives

2). PRESTADORS DE SERVEIS

En aquest apartat s'inclou el conjunt de professionals sanitaris, organitzacions, institucions i mitjans que produeixen serveis sanitaris, inclosos centres de salut, ambulatoris, hospitals, laboratoris, instituts de salut pública o companyies d'ambulàncies.

Les diferències de l'oferta entre els sistemes es donen en 6 dimensions: els recursos, la tecnologia disponible, la producció, la despesa sanitària, l'organització dels serveis i el nivell científicotècnic del país. Les diferències en el nombre de metges, malalts, instal·lacions i llits entre els països desenvolupats són substantives. La tendència de tots els països és a agrupar-se per a aprofitar les economies d'escala tant per a la utilització de recursos i tecnologia com per a l'intercanvi científic i de garantia de qualitat.

3). AGÈNCIES ASSEGURADORES

Les agències asseguradores realitzen una funció d'intermediaris entre els individus i els proveïdors de serveis. Les agències asseguradores poden ser públiques o privades, en funció del grup de població a qui cobreixen riscos i el tipus de finançament.

Les públiques són en general d'afiliació obligatòria per a un grup (p. ex., els treballadors assalariats o els funcionaris) o per a tota la població (com el sistema de Seguretat Social, fins a finals dels anys vuitanta a Espanya). El finançament corre a càrrec de les quotes de treballadors, empresaris i, almenys en part, d'una contribució de l'Estat, que pot o no tenir formalment la titularitat de l'agència.

Les asseguradores privades són de dos tipus, en funció de les característiques de la seva propietat, organitzacions sense ànim de lucre i empreses comercials que busquen un rendiment al capital invertit en elles. Les primeres cobreixen funcions bastant similars a les públiques. La quota és pagada per l'empresa i el treballador. És el cas de Muface a Espanya.

3). GOVERN

La responsabilitat última de la regulació i del funcionament del sistema sanitari recau en el govern.

Les polítiques de salut defineixen la visió, especifiquen prioritats, defineixen els rols i els instruments i orienten la despesa sanitària.

L'acció del Govern s'exerceix mitjançant cinc tipus d'instruments administratius:

■ Normes de mandat i de prohibició, el compliment de les quals cal controlar i que la seva transgressió cal sancionar, com són les normes de seguretat i higiene, els estàndards de qualitat ambiental o la certificació de determinats successos.

■ Autoritzacions, subjectes a determinades condicions,

per a activitats privades que estan prohibides sense tal autorització, com són els títols i les llicències professionals o el permís per a construir un centre sanitari.

- Transferències financeres als qui posseeixen dret a elles, com el reembossament de les despeses mèdiques o d'altres prestacions.

- Estímuls positius i negatius, sobretot subvencions i gravàmens que es concedeixen o imposen per a una determinada acció o omissió, com el desgravament o no de les primes pagades per assegurances mèdiques privats.

- La provisió directa de béns i prestacions de serveis de salut pública o d'assistència sanitària a través de les administracions o agències públiques.

■ RELACIONS FUNCIONALS

■ 1). REGULACIÓ

La regulació és el conjunt de normes que marquen les regles del funcionament del sistema sanitari. Afecten tant al costat de la demanda com al de l'oferta i a la relació entre els diferents actors del sistema de salut. Inclouen aspectes com qui tenen dret a exercir determinades funcions i quins requisits deuen complir (llicències professionals), quants i/o on es deuen instal·lar nous recursos (normes de planificació), qui tenen dret a quines prestacions sanitàries (cobertura de l'assistència i cartera de serveis), estàndards de funcionament dels centres i professionals, etc.

Les aseguradores comercials normalment es dirigeixen a segments de la població per sobre de cert nivell d'ingressos, són de caràcter voluntari, ofereixen un rang variable de serveis a cobrir. La quota depèn de quina es contracti i de l'estimació del risc individual de l'assegurat. Les característiques organitzatives són molt diferents. Així, mentre algunes tenen la seva pròpia estructura de provisió de serveis, inclosos centres de salut i hospitals, unes altres es limiten a exercir exclusivament d'intermediaris entre els pacients i els proveïdors.

En alguns països i per a volums variables de població, el paper de les aseguradores ho assumeix directament l'Estat a través d'una organització específica. Aquest és el cas del **Sistema Nacional de Salut a Espanya i el Servei Nacional de Salut al Regne Unit** en els quals el finançament procedeix majoritàriament dels pressupostos generals de l'Estat.

Aspectes susceptibles de regulació

- Dret d'assistència
- Prestacions
- Distribució dels recursos sanitaris
- Llicències professionals
- Estàndards mínims de qualitat
- Volum d'activitat
- Preus

Les regulacions les poden establir les administracions, les companyies asseguradores, les empreses de serveis i/o les associacions professionals. En el cas de l'Administració pública s'expressen en normes de diferent rang. A Espanya poden ser lleis, decrets, ordres, resolucions o circulars de l'Administració central o de les autonòmiques.

Les diferències entre uns països i uns altres es donen tant en el tipus de temes sotmesos a regulació (és a dir, d'obligat compliment) com en qui estableix aquesta regulació. Es diu que un sistema està molt regulat quan la majoria d'aquestes normes té caràcter legal, per tant, tenen àmbit general i canviar-les requereix un procés administratiu habitualment llarg i complicat. Així, a Regne Unit o a Espanya el dret a la prestació de serveis sanitaris està establert per llei.

■ 2). FINANÇAMENT

El finançament i l'assignació de fons als serveis sanitaris són elements diferenciadors dels sistemes de salut. Hi ha quatre formes de finançament: impostos, contribucions a assegurances socials obligatòries, subscripció voluntària d'assegurances privades i pagament directe per acte. La majoria dels països tenen sistemes mixts. Alemanya, França i Països Baixos es financen principalment per contribucions d'assegurances socials. Regne Unit, Espanya i Itàlia, per impostos. Estats Units, per assegurances voluntàries i pagament directe. La forma de finançament té repercussions sobre l'equitat, la garantia del nivell de renda i l'eficiència macroeconòmica.

La quantitat de despesa sanitària és bastant variable i té relació tant amb la forma de finançament com amb la riquesa del país.

El finançament determina el volum i el tipus de serveis demandats i l'assignació dels recursos marca l'accessibilitat i l'eficiència. A major despesa pública menys diferències socials.

■ 3). GESTIÓ

En la majoria dels països occidentals la provisió d'assistència sanitària en general ha passat de ser proporcionada per professionals individuals a ser-ho per organitzacions més o menys complexes.

La forma que es gestionen aquestes organitzacions varia d'un país a un altre, i fins i tot dintre de cadascun.

Precisament, gran part de l'èmfasi de les reformes sanitàries en tots aquests països està posat en la modificació de les estructures i les maneres de gestió, en la creença que gran part dels resultats finals dels sistemes sanitaris depenen de la forma que estan gestionats.

Les funcions clàssiques d'administració són la planificació, l'organització, la direcció i el control.

La planificació suposa decidir què es va a fer, quan, com i amb quins diners (pressupost). La funció d'organització estableix les relacions d'autoritat i responsabilitat, la divisió del treball, les característiques del personal i

dels llocs i mètodes de treball així com els sistemes de coordinació i informació de l'organització. Les funcions de gestió són exercides segons siguin les característiques de l'entorn del sistema sanitari, el nivell de centralització de les decisions, el finançament o les fins de l'organització.

4). PRESTACIONS

La prestació dels sistemes sanitaris està determinada per les característiques de l'oferta (quantitat, qualitat, organització, distribució o nivell tecnològic dels proveïdors) i de la demanda (factors epidemiològics, sociodemogràfics i culturals de la població).

Les diferències en utilització de serveis s'expliquen tant per variacions en els índexs de metges per 1.000 habitants o el nombre de llits d'aguts o la disponibilitat d'alta tecnologia com per la percepció i la interpretació dels problemes de salut que té una població, les seves expectatives de resolre'ls, la capacitat econòmica individual o general d'afrontar els costos o les característiques culturals, demogràfiques i epidemiològiques d'una determinada població.

A major nombre de metges generals, major nombre de consultes, a més llits hospitalaris, més estadades. Els propis professionals tenen la capacitat d'induir la demanda d'actes mèdics i sanitaris i, més o menys directament, influir sobre el creixement i el desenvolupament de l'oferta de recursos sanitaris. Diversos estudis demostren que quan els proveïdors són retribuïts per acte mèdic, el volum de serveis prestats augmenta. Els patrons de serveis utilitzats també varien segons es tracti d'exercici individual o en equip, dels objectius de l'organització, de la tecnologia disponible i dels interessos i la formació dels professionals.

RESULTATS

Cal diferenciar política de salut de política sanitària. La primera busca millorar els nivells de salut i benestar dels ciutadans a través de mesures multisectorials que inclouen des de la política fiscal a les obres públiques passant per l'educació, les polítiques agrícoles i ambientals o l'habitatge.

La política sanitària aborda exclusivament els objectius i les activitats relacionades amb els serveis sanitaris.

L'aportació dels serveis sanitaris a la millora de l'estat de salut de la població ha estat molt qüestionada. Alguns autors atribueixen només el 11% als sistemes de cures en la reducció de la mortalitat enfront del 43% dels estils de vida o el 19% del medi ambient. (P-1997: 02).

1). EQUITAT

L'equitat es defineix de tres formes:

- ■ ■ a). relació entre necessitat i tractament;
- ■ ■ b). igualtat en l'accés, i
- ■ ■ c). igualtat en la salut.

L'equitat definida com igual tractament per a igual

necessitat també varia. En general, en tots els països les classes socioeconòmicament més desfavorides són les que pitjors indicadors de salut tenen. No obstant això, el seu consum de serveis sanitaris no és directament proporcional a les necessitats. El grau d'inequitat no és igual en tots els sistemes. A Espanya, les persones del nivell d'ingressos més baix consulten gairebé 2,5 vegades més al metge que les de renda més alta, en Estats Units aquesta diferència és només de 1,2.

Per a compensar les deficiències en la cobertura de riscos, els ciutadans recorren en moltes ocasions a la subscripció d'assegurances addicionals als obligatoris. Així, el 5,9% dels espanyols, el 10% dels britànics o el 39,7 dels holandesos tenen una assegurança voluntària de tipus privat. Sovint, el que busquen és accés a una segona opinió. Enfront del que pugui semblar a primera vista, la possibilitat de recórrer a una segona opinió per part dels pacients pot fins i tot suposar estalvi de costos globals.

2) EFICIÈNCIA MACROECONÒMICA

Una constant del debat sanitari és assolir que la part del producte nacional brut gastat en els serveis sanitaris sigui "l'adequada", de manera que resulti suficient per a assolir els nivells de benestar concordes amb el nivell de desenvolupament del país, però que al mateix temps no consumeixi recursos que podrien ser més beneficiosos utilitzats en altres sectors.

El problema està en la definició "adequat". La despesa sanitària rivalitza amb uns altres per la utilització de recursos (educació o defensa), i al seu torn, la despesa pública rivalitza amb el total dels recursos disponibles en l'economia.

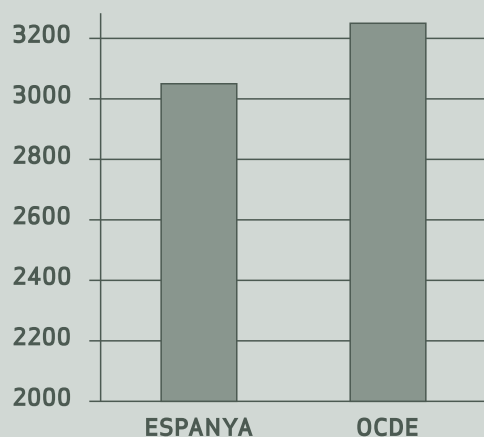
A Espanya, el debat es planteja actualment en termes de reduir el dèficit públic per a poder així arribar als objectius del programa de convergència econòmica. La realitat és que pràcticament tots els països han adoptat mesures de control del creixement de les despeses sanitàries.

3) EFICIÈNCIA MICROECONÒMICA

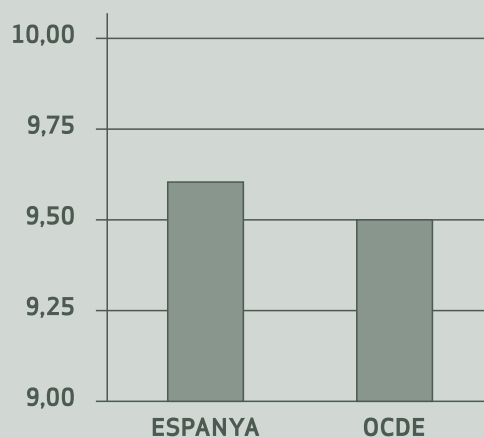
L'eficiència microeconòmica o productivitat pretén optimitzar els recursos invertits en serveis sanitaris. Es vol assolir majors resultats amb iguals recursos o bé, disminuint aquests, mantenir el nivell de resultats.

El marge per a la millora del rendiment dels sistemes resulta evident quan es coneixen les grans variacions que es donen en l'atenció sanitària en diferents països sense que hagi raons demogràfiques o epidemiològiques evidents que les justifiquin. Les causes són múltiples. Inclouen la rapidesa d'introducció d'innovacions (cas de les cataractes), les formes de pagament a l'hospital (per dia d'estada enfront de pagament per procés) o criteris mèdics. De qualsevol forma, l'eficiència global del sistema no la marca l'eficiència en cada procés. Si el que es fa és innecessari, per molt eficient que sigui en un cas concret, el sistema no ho és. L'anàlisi de l'eficiència microeconòmica depèn de la relació entre resultats i recursos utilitzats; les diferències existeixen tant en la productivitat com en l'adequació del resultat obtingut.

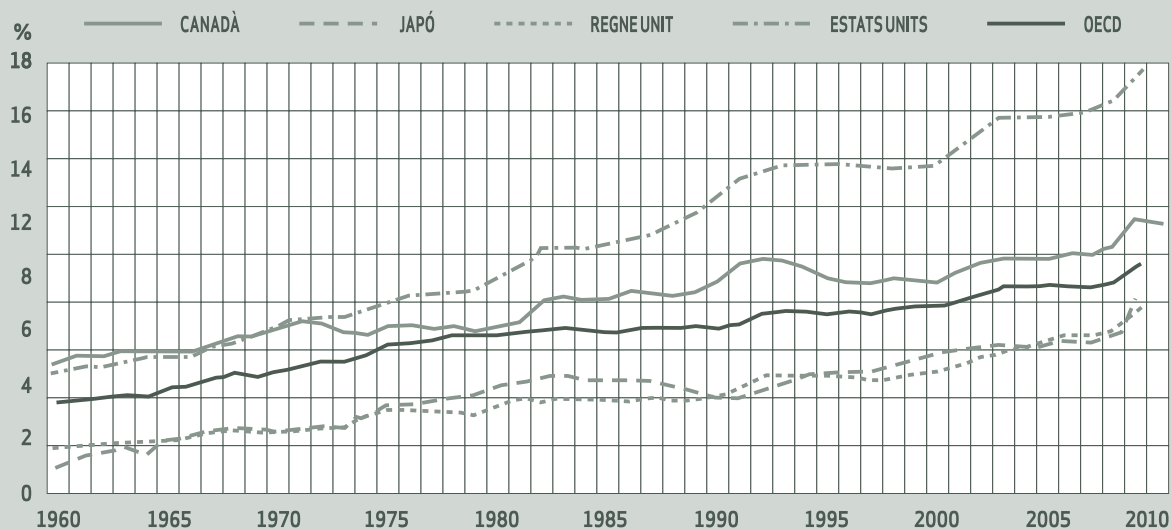
DESPESA PER CÀPITA EN SALUT, 2010



DESPESA RESPECTE AL PIB EN SALUT, 2010



DESPESA EN SALUT COM A PERCENTATGE DEL PIB, 1960-2009, 2010, PAÏSOS DE L'OCDE



Font: Dades de l'OCDE Healt 2011.

Stat Enllaç: <http://dx.doi.org/10.1787/888932523215>

4) SATISFACCIÓ DELS CIUTADANS AMB ELS SEUS SERVEIS SANITARIS

Cada vegada té més importància la satisfacció dels ciutadans com indicador de resultats dels serveis sanitaris. Les opinions varien en funció que estiguin ocupant els papers de pacients, consumidors, electors o pagadors d'impostos. Les actituds enfront dels serveis sanitaris estan determinades per multitud de circumstàncies i estan influïdes per les experiències personals i les característiques psicològiques.

En general, les enquestes mostren un elevat índex de satisfacció en la majoria de països desenvolupats. Elements com la falta de cobertura sanitària per a una part important de la població, la incertesa respecte al

futur o la necessitat de contribuir directament amb una part del cost pels pacients, són factors que influeixen en uns nivells baixos de satisfacció.

L'OMS inclou la dignitat, l'autonomia, la confidencialitat, la comunicació, la rapidesa, la capacitat d'elecció, el suport social i la qualitat de les instal·lacions en l'avaluació dels sistemes sanitaris.

4) RESULTATS EN ELS NIVELLS DE SALUT

No hi ha grans diferències en els indicadors de salut entre els països desenvolupats; l'expectativa de vida al néixer oscil·la entre 80 i 87 anys per a les dones, i entre 76 i 80 per als homes, en aquests països. La taxa de mortalitat infantil entre 7 i 8 morts menors d'un

any per mil nascuts vius. Les diferències augmenten significativament en el cas de la mortalitat perinatal (amb un ventall de 6 a 10) i en la mortalitat materna (entre 5 i 9 morts per 100.000 nascuts vius), indicadors més sensibles a la intervenció dels serveis sanitaris.

Persisteixen problemes com l'alta prevalença de malalties cardiovasculars, el càncer o altres malalties cròniques, agreujats per l'envelliment progressiu de la població. **Les variables que millor es relacionen amb bons indicadors de salut són la renda per càpita i els nivells baixos de tabaquisme i de consum d'alcohol i sucre.** Es necessiten indicadors més sofisticats que la mortalitat global per a mesurar els resultats en salut. **Les anàlisis cost-benefici o cost-eficàcia deuen considerar mesures com els anys potencials de vida perduts, la reducció de la mortalitat evitable i els nivells de benestar i/o autonomia assolits.**

(P-2000:03).

TIPUS DE SISTEMES DE SALUT

La cobertura de la població per a risc d'emmalaltir en el model d'assegurances voluntàries és baixa, en les assegurances socials obligatoris és entre el 60 i 70% i el Servei Nacional de Salut, entre el 90 i el 100%.

LIBERAL

Es caracteritza pel pagament efectuat directa i voluntàriament per l'usuari al proveïdor, sense intermediaris de cap tipus. La regulació es limita a establir unes condicions per a l'exercici (llicències professionals i altres) i la utilització dels serveis es basa en la llei de l'oferta i la demanda.

ASSEGURANCES VOLUNTÀRIES

Els usuaris subscriuen una pòlissa amb una companyia privada

de la seva lliure elecció, amb o sense ànim de lucre, per a cobrir la seva assistència sanitària. La prima depèn de les prestacions contractades i del risc individual d'emmalaltir. Habitualment, l'assegurat pot triar proveïdor (mèdic o hospital) lliurement o dintre d'una llista predefinida. És freqüent que hagi de pagar una petita quantitat cada vegada que utilitzi un servei (tiquet moderador). Assegurances socials obligatòries. Un grup o tota la població està obligada per llei a tenir una assegurança (model Bismarck). Pot haver una única companyia asseguradora per a tots ells o varies, en aquest cas les condicions bàsiques són similars per a tots els assegurats. El finançament és a través de quotes proporcionals als salaris, que són pagades pels treballadors i pels patrons. Habitualment, hi ha també una aportació estatal procedent dels pressupostos generals de l'Estat. Els proveïdors poden ser privats, retribuïts per acte o a través d'un contracte preestablert, o part de la mateixa organització asseguradora i retribuïts mitjançant salari, capitació o d'altres formes, però dintre d'un pressupost tancat per a tota l'organització.

SERVEI NACIONAL DE SALUT

Es tracta d'una xarxa integrada de serveis sanitaris que cobreix a tota la població o a una part específica d'ella finançada mitjançant el pressupost general de l'Estat (model Beveridge). Els proveïdors normalment són treballadors del sistema, encara que en determinats casos poden estar vinculats per un contracte de serveis, com els metges generals en el National Health Service britànic. La distribució dels recursos és decidida pels directius polítics i/o gestors del servei amb més o menys criteris de planificació. La utilització total depèn del volum de recursos oferts i de l'accessibilitat a la població.

Els diferents subsistemes poden trobar-se en major o menor mesura en tots els països occidentals.

MODELS DE SISTEMES SANITARIS

SISTEMA	BEVERIDGE	BISMARCK	LIBERAL
TIPUS	SOCIAL	MIXT	LIBERAL
PAÏSOS	REGNE UNIT, ITÀLIA, ESPANYA, DINAMARCA, SUÈCIA, NNORUEGA, FINLÀNDIA, CANADÀ.	ALEMANYA, FRANÇA, BÈLGICA, ÀUSTRIA, HOLANDA, SUÏSSA, JAPÓ.	USA
FINANÇAMENT	IMPOSTOS GENERALS	COTITZACIONS DE TREBALLADORS I EMPRESARIS	PRIVADA, VOLUNTÀRIA
MODEL	SERVEI NACIONAL DE LA SALUT	SEGUR OBLIGATORI DE MALALTIA	MEDICARE, MANAGED CARE
PROVISIÓ	MAJORMENT PÚBLICA	PÚBLICA Y PRIVADA	PRIVADA

SISTEMA DE SALUT A ESPANYA

El sistema sanitari espanyol s'ha caracteritzat, fins a la Llei General de Sanitat de 1986, per la seva fragmentació, mantenint una estructura fonamentada en la Llei de les Bases de Sanitat Nacional de 1944, llei inspirada en un model de sanitat liberal, amb un Estat benefactor. D'acord amb el seu esquema organitzatiu, les administracions públiques (Estat, Diputació, Ajuntament) devien ocupar-se dels aspectes de salut pública, deixant a l'individu la responsabilitat de l'atenció a la seva malaltia.

La beneficència s'encarregava d'atendre les necessitats de la població sense recursos econòmics.

En 1942 es va crear l'Assegurança Obligatoria de Malaltia (SOE), dintre del sistema de protecció social de l'Institut Nacional de Previsió (INP), amb una orientació merament reparadora de la salut perduda.

La Seguretat Social es va anar generalitzant de forma progressiva, amb la incorporació de nous col·lectius, fonamentalment en l'etapa 1953-1962, en forma de règims especials. Les cotitzacions d'empresaris i treballadors constituïen la font exclusiva de finançament de les prestacions de la Seguretat Social tant econòmiques com assistencials, i eren les quals conferien el dret a accedir a aquestes prestacions i la seva quantia.

En 1978, l'Institut Nacional de Previsió es desdoblega en entitats gestores, corresponent a l'**Institut Nacional de la Salut (INSALUD)** la gestió de l'assistència sanitària de la Seguretat Social (quedant fora les mutualitats de funcionaris, així com la gestió de l'assistència als accidents de treball i malaltia professional, que recauria en les mútues patronals).

L'INSALUD contava amb una important xarxa assistencial, organitzada en tres nivells: l'assistència primària, l'especialitzada ambulatoria i l'hospitalària.

En 1977, s'estimava que el sistema de la Seguretat Social donava cobertura sanitària al 77% de la població. Aquest percentatge ha crescut fins a arribar a la pràctica universalització. Gairebé el 8% de la població adulta protegida per la Seguretat Social té a més altra cobertura sanitària, bàsicament assegurances privades. Només persisteix un 1,8% que pot ser considerat com cobert exclusivament per alguna modalitat privada d'assegurança.

La Llei General de Sanitat (Ley 14/1986) defineix al Sistema Nacional de Salut com el conjunt dels serveis de salut de l'Administració de l'Estat i dels serveis de salut de les comunitats autònomes. Tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. Regula el Sistema de Salud, las competencias de las Administraciones Públicas, la estructura del Sistema Sanitario Público, las actividades sanitarias privadas, los productos farmacéuticos y la docencia y la investigación, entre otros temas. Totes les

Comunitats Autònomes han assumit ja les competències de l'INSALUD: Catalunya, 1981; Andalusia, 1984; País Basc i Comunitat Valenciana, 1988; Galícia i Navarra en 1991 i Canàries en 1994. En la resta de comunitats les competències es van transferir en el 2002.

La Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 dispuso que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las comunidades autónomas, el que asumiría totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social.

CATALUNYA

Entre 1983 i 1989: Se establecen las bases del actual modelo sanitario catalán.

■ Se crea el **Institut Català de la Salut – ICS (Ley 12/1983, de 14 de julio, de administración institucional de la sanidad y de la asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña)**, como entidad gestora de las prestaciones y los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

■ Además se crea la Red Hospitalaria de Utilización Pública – **XHUP (Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública)** que aglutina al conjunto de centros concertados del sistema.

■ Durante ese mismo periodo se inicia la **reforma de la atención primaria – RAP (Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para a la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña)**, el Plan de reordenación hospitalaria (Orden de 23 de abril de 1986, de establecimiento de niveles de los centros incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública y Orden de 24 de abril de 1986, sobre regulación de los procedimientos para la integración y exclusión de los centros hospitalarios de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, y para su clasificación en niveles) así como la descentralización y control de la gestión sanitaria en el sistema.

En la reforma de l'Atenció primària, entre d'altres, les diferències establertes en la nova organització estan marcades per una dedicació completa dels metges i dels infermers/as, la responsabilitat sobre cures dels pacients, no només amb activitats curatives sinó també preventives, el treball en equip, el pagament per salari i la creació de serveis de suport així com l'ordenació del territori i la població en zones de salut. En els últims anys hi ha hagut una recerca de models de gestió per a millorar l'eficiència i proporcionar més autonomia i incentius als professionals (ens i empreses públiques, consorcis o cooperatives de professionals).

■ El nostre model sanitari es va concretar el **1990 en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC)**, que creava el Servei Català de la Salut, un ens públic configurat per tots els centres, els serveis i els establiments sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, i consolidava un sistema sanitari mixt, propi del país, amb l'extensió del model a totes les línies de productes sanitaris i sociosanitaris. La Losc promou el naixement del Pla de salut, l'instrument principal de planificació sanitària.

Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública, i que recull una tradició

d'entitats (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església) històricament dedicades a l'atenció de la salut. La red de atención primaria en Cataluña está constituida por entidades proveedoras de titularidad diversa. El 9,5% de los EAP de provisión alternativa al ICS son gestionados por entidades proveedoras privadas o mixtas: la mayor parte está gestionada por entidades proveedoras constituidas por entidades públicas, por consorcios públicos (con participación o no de fundaciones privadas sin ánimo de lucro) o por sociedades con una forma jurídica privada (SA, SL), pero que dependen de entidades con capital público al 100%.

■ **El CatSalut**, Servei Català de la Salut, neix al gener de 1991 i es constitueix en qui planifica, finança, avalua i compra els serveis sanitaris. (P-2003: 29) Actualment, el CatSalut es defineix com l'asseguradora pública de Catalunya, ja que actua com a garant de les prestacions sanitàries de cobertura pública. El CatSalut actua en funció de les necessitats de la població tot desenvolupant, d'una banda, una gestió integral de l'oferta i la demanda, i de l'altra, la comunicació amb els ciutadans i la seva participació.

■ 2001-2003: El Servicio Catalán de la Salud potencia su perfil asegurador y cambia su denominación por CatSalut. Es en este mismo periodo en el que se implanta la libre elección de médico de cabecera y pediatra. Además se inicia el sistema, en fase piloto en algunos territorios, un nuevo sistema de compra de servicios en base poblacional.

■ La descentralització. 2004-2005: Durante este periodo se realiza una revisión del modelo sanitario para integrar y priorizar tres grandes ejes: la salud pública, la atención sanitaria y los servicios sociales y de atención a la dependencia. Se establece una orientación explícita hacia una política integral de salud que se materializa en la revisión de la organización y la financiación de un nuevo modelo sanitario descentralizado (Decreto 105/2005 de 31 de marzo de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores del Servei Català de la Salut).

El Servei Català de la Salut s'estructura a través de **les regions sanitàries**, demarcacions territorials desconcentrades que es delimiten a partir de criteris geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, entre d'altres, i que es doten d'un ampli ventall de competències pròpies. Les regions sanitàries s'ordenen en **sectors sanitaris**, òrgans igualment desconcentrats, que desenvolupen les activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut, salut pública, i l'assistència sanitària i sociosanitària en el seu nivell d'atenció primària. A la vegada, els sectors sanitaris estan formats per un conjunt d'**àrees bàsiques de salut**, unitats territorials on es presta l'atenció primària de salut.

■ La **participació comunitària**. La participació de la societat civil en la presa de decisions s'articula mitjançant el Consell de Salut de Catalunya i els consells de participació territorial de salut, on tenen representació les entitats locals, els usuaris i els proveïdors de serveis sanitaris, els sindicats, les organitzacions empresarials i les corporacions professionals.

■ LA NOVA GOVERNANÇA DEL SISTEMA PÚBLIC

En 2008 s'inicia la creació dels Governaments Territorials de Salut (GTS), 37 a Catalunya, per afavorir l'apropament del govern de la salut a la diversitat del territori, mitjançant nous mecanismes de co-govern entre la Generalitat i el Govern local, incrementant la responsabilitat d'ambdues administracions en l'atenció prestada a la ciutadania i a la comunitat. Per tal de dur a terme les seves funcions, el GTS es componen

d'un Consell Rector, un Consell de Salut i una Comissió Coordinadora d'Entitats Proveïdores.

■ OBJECTIUS I FUNCIONS DELS GTS:

■ Millorar l'adaptació de les polítiques de salut a la diversitat social, demogràfica, laboral, epidemiològica i de transports i comunicacions de cada territori.

■ Donar "veu" als Ajuntaments en la política nacional de salut seguint criteris de representativitat territorial.

■ Garantir la continuïtat en l'assistència sanitària, facilitant l'accés a la salut a través de sistemes d'informació clínica compatibles i d'homogeneïtat progressiva d'actuacions

■ Millorar la informació de què disposen Ajuntaments i Generalitat per a fer front als nous reptes de salut del territori i rendir comptes als ciutadans.

■ Incrementar la participació ciutadana i crear un nou espai de comunicació, diàleg i influència dels ciutadans en el govern de la salut.

■ Facilitar la coordinació entre l'acció local i autonòmica.

REFORMA DE L'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA A ESPANYA

En 1984 es va iniciar legislativament la reforma de l'assistència mèdica ambulatoria a Espanya amb la promulgació d'un Reial decret sobre "Estructures Bàsiques de Salut".

■ El procés de reforma introdueix **elements organitzatius** nous; destaquem:

■ **1). Metges de família i pediatres** a dedicació completa (40 hores setmanals, a més de guàrdies).

■ **2). Una infermera** titulada per cada 1.250-2.000 habitants, amb dedicació completa i responsabilitat sobre les cures globals d'atenció en infermeria.

■ **3). Activitats preventives i guaridores proporcionades** pels mateixos proveïdors (unificació de xarxes).

■ **4). Distribució dels recursos**, segons l'ordenació del territori en zones de salut (5.000-25.000 habitants).

■ **5). Organització en equips d'Atenció Primària** (1 per cada zona o àrea bàsica de salut) amb una ordenació del treball i horari que facilita la interrelació entre els professionals.

■ **6). Desenvolupament de serveis de suport mixt** (Atenció Primària - assistència especialitzada) a nivell de l'àrea de salut i per a determinades activitats (orientació familiar, salut mental, fisioteràpia, treball sociosanitari).

■ **7). Pagament per salari, o mixt, a tots els professionals**, amb diferents complements.

■ **8). Targeta sanitària individual** en substitució de l'anterior cartilla familiar.

■ També introdueix canvis qualitatius:

■ **1).** l'orientació de les activitats cap a l'objectiu salut,

■ **2).** el desenvolupament en la pràctica de treball en equips multidisciplinaris,

- 3). la programació i la protocol·lització de les activitats,
- 4). la seva orientació comunitària i
- 5). l'enfocament biopsicosocial de l'atenció dels problemes de salut.

■ Els **elements organitzatius no modificats** fins al moment present pel procés de reforma són els següents:

- 1). Cada ciutadà tenia assignat un metge de família i un pediatre (contingents de cartilles sanitàries; cada cartilla sanitària és part o tota una unitat familiar). Actualment està implantada la cartilla individual, anomenada targeta sanitària individual (TIS).
- 2). Atribució al metge de família de la responsabilitat de controlar el procés de baixes laborals i la prescripció farmacèutica. En el tema de les IT en el moment actual ja s'ha avançant, de manera que les decisions sobre la situació laboral dels pacients depenen també, en part, d'organismes i persones distints als propis metges de família.
- 3). Medicina de família i pediatria són el primer contacte i filtre per a gairebé tota l'assistència especialitzada, amb o sense internament.
- 4). Especialistes de referència definits i fixos per a cada metge de família i pediatria.

ALGUNS RESULTATS INICIALS DE LA REFORMA DE L'AP (CATALUNYA)

- Disminució de la freqüentació en les consultes d'adults.
- Augment de la freqüentació en les consultes de pediatria.
- Disminució de les visites diàries en medicina de família.
- Descens de les derivacions (especialistes extrahospitalaris, urgències, consultes hospitalàries).
- Disminució de la despesa farmacèutica. Hi ha dades que apunten a una millora de la mortalitat general en poblacions de baix estat socioeconòmic.

LLEI D'ORDENACIÓ DE PROFESSIONS SANITÀRIES

Aquesta llei regula les condicions de l'exercici i els respectius àmbits professionals, i les mesures que garanteixin la formació bàsica, pràctica i clínica dels professionals. Així mateix, estableix el marc legal que afavoreixi la millor integració dels professionals en el servei sanitari.

Es reconeixen com a **professions sanitàries** les titulacions que la normativa universitària reconeix com de l'àmbit de la salut, i que actualment tenen una **organització col·legial** reconeguda pels poders públics.

Es defineixen els àmbits competencials per què la **pràctica quotidiana multidisciplinària evolucioni en un sentit de cooperació i transparència**.

La llei s'estructura en vèries parts:

- En el títol preliminar i capítol I es determinen quines són les professions sanitàries – de nivell de llicenciat (medicina, farmàcia, veterinària, odontologia, llicenciats amb títols d'especialista en Ciències de la Salut), de diplomats, de formació

professional de grau superior i de grau mitjà -, les funcions de cadascuna d'elles i quins són els drets dels usuaris dels seus serveis professionals.

- Els professionals sanitaris realitzaran formació continuada i acreditaran regularment la seva competència.
- La història clínica tendirà a ser informatitzada i compartida.
- Es tendirà a **unificar criteris d'actuació, basats en l'evidència científica i mitjans disponibles**, i es disposarà de guies i protocols de pràctica clínica i assistencial.
- Una organització eficaç, d'una unitat assistencial, ha de tenir unes normes escrites de funcionament intern i objectius i funcions definides, tant generals com individuals, i els professionals que en formen part, han de complir la documentació assistencial, informativa o estadística que determini el centre.
- Els professionals tenen el **deure de fer un ús racional dels recursos diagnòstics i terapèutics**, considerant els costos de les seves decisions, evitant la sobreutilització, la infrautilització i l'ús inadequat dels mateixos.
- Els pacients tenen dret a la lliure elecció de metge.
- **El professional pot exercir el dret de no atendre una persona només quan aquesta no quedi sense atenció.**
- **Les administracions sanitàries**, en coordinació amb les educatives, **promouran la investigació i docència** a tots els centres. **L'actualització i formació continuada és un dret i un deure** dels professionals sanitaris.

■ El títol II regula la formació dels professionals sanitaris, tant pregraduada com especialitzada com continuada. L'exigència de la formació continuada té efectes en el reconeixement Professional.

■ En el títol III es regula el desenvolupament professional i el seu reconeixement, inclosos els centres privats.

■ L'exercici en l'àmbit privat es regula al capítol IV

■ Finalment, el V, fa referència a la participació dels professionals en el desenvolupament, planificació i ordenació de les professions sanitàries, a través de la Comissió Consultiva Professional, en la qual es troben representats tots els estaments.

ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

L'OMS promou el paper central de la figura del metge de família dins del sistema sanitari.

Els països europeus que disposen de sistemes més eficients tenen bons serveis d'Atenció Primària, en els que el metge de família atenen a una llista de pacients i regula les derivacions al sector especialitzat. Es persegueix que cada problema de salut sigui atès en el sector del sistema que li doni una resposta més efectiva. L'objectiu és prevenir el sobretractament, és a dir la funció de contenció és indispensable per a millorar l'efectivitat del treball dels especialistes.

DEFINICIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

La conferència de l'OMS-Unicef d'Alma-Ata va definir l'Atenció Primària de Salut (APS) com:

“L'assistència essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctiques, científicament fundats i socialment acceptables, posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, mitjançant la seva plena participació, i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar, en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament, amb un esperit d'autorresponsabilitat i autodeterminació. L'Atenció Primària és part integrant tant del Sistema Nacional de Salut, del que constitueix la funció central i el nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el Sistema Nacional de Salut, duent el més aprop possible l'atenció de salut al lloc on resideixen i treballen les persones i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària.”

L'atenció mèdica primària, encara que no en tots els països, és entesa com l'assistència de primer contacte que presten a la població els metges i altres professionals sanitaris.

Un sistema basat en un desenvolupament important de l'APS, amb tecnologies simples i poc costoses, podria permetre un major estalvi de recursos que altre centrat fonamentalment en l'assistència hospitalària.

La importància de l'Atenció Primària de salut dins del sistema no s'explica únicament per la seva feina racionalitzadora de les prestacions, sinó per la seva contribució a la salut pública i pel valor polític de la seva atenció. En aquest àmbit es realitzen la majoria d'activitats preventives i de control de patologies cròniques que són les de més repercussió sobre els indicadors de salut.

L'APS no és més barata en termes quantitatius que l'assistència mèdica ambulatoria ni genera un estalvi significatiu en les despeses totals; el que sí pot induir la posada en pràctica d'aquesta estratègia és una racionalització de la utilització dels recursos, millorant l'equitat, eficàcia i eficiència del conjunt del sistema. La

definició dels principals problemes sanitaris a partir de la confecció i posada en pràctica d'un Pla Nacional de Salut que contempli un abordatge global d'ells, des de la promoció i prevenció a la rehabilitació, és un primer pas important per a la posada en pràctica de l'estratègia de l'APS.

En els països desenvolupats la pròpia inèrcia dels potents sistemes de salut centrats en l'assistència hospitalària i especialitzada pot ser l'obstacle principal per a la implantació de l'estratègia de l'APS.

L'Atenció Primària del futur deuria contemplar com aspectes prioritaris els següents: flexibilitat per a respondre a les diferents necessitats i circumstàncies, priorització del desenvolupament professional i del treball en equip, acceptació plena del paper cada vegada més important de la informació i de les seves tecnologies, fonamentació en l'evidència dels processos

DIMENSIONS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Idealment l'APS ha d'estar dirigida cap a la resolució de les necessitats i problemes de salut concrets de cada comunitat, que deuen ser abordats a partir d'activitats coordinades de promoció, prevenció, tractament i rehabilitació, potenciant al mateix temps l'autorresponsabilitat i la participació comunitària.

Anàlisi dels continguts de l'APS des de quatre perspectives diferents:

→ Com un conjunt d'activitats

→ Com un nivell d'assistència

→ Com una estratègia

→ Com una filosofia

■ Activitats de l'Atenció Primària de salut: (P-2002:01).

- ☐ Educació sanitària.
- ☐ Provisió d'aliments.
- ☐ Nutrició adequada.
- ☐ Salubritat de l'aigua.
- ☐ Sanejament bàsic.
- ☐ Cures maternoinfantils.
- ☐ Immunització.
- ☐ Prevenció i control de malalties endèmiques.
- ☐ Tractament bàsic.
- ☐ Proveïment de fàrmacs.

■ L'APS entesa com un nivell d'assistència

implica la seva consideració com primer punt de contacte individual i comunitari amb el sistema de salut. Aquesta primera presa de contacte ha de ser mútuament interactiva, en el sentit que no es limiti l'accés de la persona malalta a les cures proporcionades pel sistema, sinó que també sigui

aquest el que promogui els contactes amb els components sans i malalts de la comunitat i potenciï l'autocura i autorresponsabilització respecte a la pròpia salut, a través d'activitats realitzades en consultes, domicilis i altres institucions pròpies de la comunitat.

Les relacions entre l'APS i el nivell hospitalari deuen estar basades en intercanvis bidireccionals en condicions d'igualtat i en els quals ambdues parts aportin la seva visió dels problemes i col·laborin coordinadament en la seva resolució.

■ L'APS com estratègia d'organització

dels serveis sanitaris fa referència a la necessitat que aquests estiguin projectats i coordinats per a poder atendre a tota la població i no només a una part d'ella, ser accessibles i proporcionar totes les cures pròpies de l'Atenció Primària.

■ L'APS com a filosofia

implica el desenvolupament d'un sistema sanitari que assumeixi el dret a la salut en el marc dels drets fonamentals de les persones, que garanteixi la seva defensa prioritària i respongui en tot moment a criteris de justícia i igualtat en l'accés i gaudir d'aquest dret per tots els ciutadans, amb independència de qualsevol altre factor.

DIMENSIONS DE L'ANTECÍO PRIMÈRIA DE SALUT

Integral. Considera al ser humà des d'una perspectiva biopsicosocial.

Integrada. Interrelaciona els elements de promoció, prevenció, tractament i rehabilitació i reinserció social que han de formar part de les actuacions desenvolupades. S'integra funcionalment amb les restants estructures i nivells del sistema sanitari.

Continuada i permanent. Al llarg de la vida de les persones, en els seus distints àmbits (domicili, escola, treball, etc.) i en qualsevol circumstància (consulta en el centre de salut, urgències, seguiment hospitalari).

Activa. Els professionals dels equips han de treballar activament en els distints aspectes de l'atenció, resolent les necessitats de salut, encara que aquestes no siguin expressades, amb referència especial als camps de la promoció i la prevenció. (P-2000 : 16)

Accessible. Criteri no només geogràfic, sinó també econòmic, burocràtic i discriminatiu. El finançament del sistema de salut i el seu caràcter públic, privat o mixt poden influir de forma decisiva en l'accessibilitat al sistema de les capes socials més desfavorides.

Basada en el treball en equip. Equips de Salut o d'Atenció Primària integrats per professionals sanitaris i no sanitaris.

Comunitària i participativa. Proporciona atenció dels problemes de salut col·lectiva i no només individuals, mitjançant la utilització de les tècniques pròpies de la salut pública i la medicina comunitària. L'APS està basada en la participació activa de la comunitat en totes les fases del procés de planificació, programació i posada en pràctica de les actuacions

Programada i avaluable. Amb actuacions basades en programes de salut amb objectius, metes, activitats, recursos i mecanismes de control i avaluació clarament establerts.

Docent i investigadora. Desenvolupa activitats de docència pre i postgraduada, així com de formació continuada dels professionals del sistema i d'investigació bàsica i aplicada en les matèries pròpies del seu àmbit.

Garantia de qualitat. La medicina de família ha d'estar oberta a l'avaluació i a la millora contínua.

Un sistema basat en un desenvolupament important de l'APS, amb tecnologies simples i poc costoses, podria permetre un major estalvi de recursos que altre centrat fonamentalment en l'assistència hospitalària.

L'APS no és més barata en termes quantitatius que l'assistència mèdica ambulatoria ni genera un estalvi significatiu en les despeses totals; el que sí pot induir la posada en pràctica d'aquesta estratègia és una racionalització de la utilització dels recursos, millorant

Longitudinalitat de l'assistència: existència d'una situació contactual explícita o implícita per la que el pacient reconeix a un determinat professional, o grup de professionals, com el seu prestador regular de serveis de salut. Només seria aplicable a Atenció Primària.

Continuïtat de l'assistència: Seguiment d'episodis de malaltia o yipus de problemes, sense importar la relació personalitzada. Seria aplicable a qualsevol especialitat. No tots els autors accepten aquestes diferències entre els dos conceptes.

Existeix una sòlida relació entre continuïtat i satisfacció dels usuaris (P-2000 : 65). Les anàlisis de sistemes també troben aquesta relació entre longitudinalitat i bons resultats de salut.

Existeixen evidències que la continuïtat assistencial es relaciona amb un major compliment de les recomanacions preventives o terapèutiques. Disminueix els abandonaments de seguiment dels pacients crònics, redueix la demanda de proves complementàries i facilita que s'adoptin conductes expectants, es deriven menys pacients a urgències i existeixen menys ingressos hospitalaris.

l'equitat, eficàcia i eficiència del conjunt del sistema. La definició dels principals problemes sanitaris a partir de la confecció i posada en pràctica d'un Pla Nacional de Salut que contempli un abordatge global d'ells, des de la promoció i prevenció a la rehabilitació, és un primer pas important per a la posada en pràctica de l'estratègia de l'APS.

En els països desenvolupats la pròpia inèrcia dels potents sistemes de salut centrats en l'assistència hospitalària i especialitzada pot ser l'obstacle principal per a la implantació de l'estratègia de l'APS.

L'Atenció Primària del futur deuria contemplar com aspectes prioritaris els següents: flexibilitat per a respondre a les diferents necessitats i circumstàncies, prioritització del desenvolupament professional i del treball en equip, acceptació plena del paper cada vegada més important de la informació i de les seves tecnologies, fonamentació en l'evidència dels processos de presa de decisions i capacitat per a gestionar recursos en els diferents nivells i estructures del sistema.

Diferències conceptuais entre l'assistència ambulatoria i l'aps:

■ Objectius

- De malaltia a salut.
- De curació a prevenció i cura.

■ Contingut

- De tractament a promoció de la salut.
- De cura esporàdica a cura contínua.
- De problemes específics a cura global.

■ Organització

- D'especialista a metges generals.
- De metges a altres professionals.
- De pràctica individual a treball en equip.

■ Responsabilitat

- De sector sanitari aïllat a col·laboració intersectorial.
- De recepció passiva de les cures a participació comunitària.

POSTULATS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA A ESPANYA

L'assistència mèdica ambulatoria a Espanya, va tenir els seus orígens en la Llei de l'Assegurança Obligatòria de Malaltia de 1942 i en la Llei de Bases de la Sanitat Nacional de 1944. El sistema de Seguretat Social a Espanya estava fins a fa uns anys sufragat bàsicament a càrrec de les aportacions de treballadors i empresaris. En el moment actual la pràctica totalitat del **finançament del sistema procedeix dels pressupostos generals de l'Estat**.

■ **1) L'adscripció de la població** als equips de salut ha de realitzar-se d'acord amb la seva organització comunitària concreta per a permetre l'atenció integrada de les col·lectivitats amb problemes i necessitats de salut similars.

■ **2) Les interrelacions funcionals que s'estableixin entre**

l'APS i el nivell secundari especialitzat han de permetre, d'una banda, dotar als equips de salut del suport tecnològic necessari i, per un altre, establir quins han de ser les especialitats que han de tenir un grau major de col·laboració quotidiana i d'interdependència organitzativa amb aquells.

■ **3) L'atenció urgent**, a càrrec moltes vegades de professionals i estructures distints dels equips de salut i sense cap tipus de contacte amb ells, ha de ser assumida per l'APS com a primer nivell del sistema sanitari. En l'àmbit rural seran els mateixos professionals dels equips els encarregats de realitzar-la i en l'urbà, si s'adopten altres fórmules organitzatives, ha de procurar-se que s'estableixin els mecanismes que permetin una vinculació funcional estreta entre els equips de salut i els d'urgències.

■ **4) Els professionals d'APS han d'actuar basant-se en plans i programes de salut** que possibilitin la integració de les activitats de promoció i preventives amb les assistencials curatives.

■ **5) Altre aspecte d'importància destacada és el desenvolupament d'un sistema d'informació i registre** que permeti conèixer tots els aspectes rellevants de l'activitat realitzada i els seus resultats i, dintre d'ell, la implantació d'un model unificat d'història clínica ajustat a la realitat concreta de l'APS i de fàcil aplicació.

■ **6) Dins de l'APS han de resoldre's més del 90% dels problemes de salut.** Perquè això sigui possible és necessari comptar amb els recursos necessaris, propis i de suport especialitzat. El professional d'Atenció Primària és també un veritable conseller i gestor dels seus pacients en el seu trànsit per les diferents estructures i serveis del sistema de salut, procurant que rebin l'atenció necessària i amb el nivell de qualitat adequat.

■ **7) Existeix una tendència creixent a separar les funcions de finançament, compra i provisió de serveis en l'àmbit sanitari així com de descentralització de la capacitat de decisió en el camp de la gestió, fent-la gravitar sobre l'equip de salut.**

En els últims anys s'han anat introduint a Espanya nous models de finançament i gestió dels centres i equips de salut amb els quals es pretén potenciar la participació activa dels professionals sanitaris en la planificació i organització dels centres, així com en la definició de les seves plantilles i en la distribució pressupostària. Hi ha estudis comparatius que indiquen que les diferències observades entre les distintes formes de prestació de serveis semblen estar més relacionades amb les característiques distintes de la població atesa pels uns i els altres, amb el seu patró d'ús de serveis sanitaris i altres factors condicionaments externs i aliens al model de gestió.

Les estratègies de direcció clínica i gestió clínica també s'han anat introduint a Espanya amb la finalitat d'incrementar el grau de participació i compromís dels professionals amb els objectius assistencials, docents o d'investigació, a assolir per un equip o grup d'ells.

■ **8) Els mecanismes de pagament i incentivació dels professionals de l'APS** deuen contemplar elements que permetin diferenciar les distintes càrregues de treball suportades (element capítatiu), així com aquelles altres característiques de la població, de l'àmbit geogràfic o del tipus d'activitats desenvolupades pels professionals de l'equip.

CARTA DE DRETS I DEURES DE LA CIUTADANIA EN RELACIÓ AMB LA SALUT

El 2015 s'ha actualitzat la Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària.

La nova Carta s'inspira en el nostre model sanitari que situa les persones com a element central de la salut, amb els principis de llibertat i autonomia, d'igualtat i dignitat de les persones, d'accés a la informació i de compromís cívic com a eixos vertebradors. Entre les principals innovacions destaquen el dret a rebre educació en salut, a obtenir informació sobre temps d'espera en atenció sanitària, a planificar les decisions anticipades, a tenir seguretat de les dades relatives a la salut i a rebre una atenció que garanteixi la continuïtat assistencial, entre d'altres.

La Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària és un contracte social entre la ciutadania i el sistema de salut. S'hi defineix què esperem les persones del sistema sanitari (drets) i també com ens hi comprometem com a individus actius (deures).

Els prop de cent drets i deures que recull la Carta s'agrupen en els deu àmbits següents:

- Equitat i no-discriminació de les persones.
- Protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia.
- Accés al sistema sanitari.
- Intimitat i confidencialitat.
- Autonomia i presa de decisions.
- Informació sanitària, documentació clínica i TIC.
- Qualitat i seguretat del sistema.
- Constitució genètica de la persona.
- Investigació i experimentació.
- Participació.

05

ORGANITZACIÓ ESTRUCTURAL BÀSICA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

La atención primaria es el primer nivel de atención y de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria.

Desde el punto de vista estructural y territorial, en Cataluña existe una sectorialización de la red asistencial basada en **Áreas Básicas de Salud (ABS)**.

Las ABS son las **unidades territoriales elementales** para la prestación de asistencia primaria de acceso directo a la población. Estas unidades se delimitan según factores geográficos, demográficos, sociales y epidemiológicos homogéneos.

La población residente en la zona que comprende un ABS es asignada a **Equipos de Atención Primaria (EAP)**: conjuntos pluridisciplinares de profesionales sanitarios responsables de la atención primaria de salud en la población que tienen asignada.

Los EAP están integrados por ocho categorías profesionales (Decreto 84/1985, de 21 de marzo, de medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña – DOGC nº 527 10.4.985):

- **Medicina de Familia**
- **Pediatrías**
- **Odontologías**
- **Enfermería**
- **Auxiliares de Enfermería**
- **Trabajadores Sociales**
- **Personal no sanitario de soporte** (Auxiliares Administrativos y Celadores).

Los **CAP (Centros de Atención Primaria)** son los centros en los que se presta la atención primaria básica por parte de los EAP.

En los municipios más pequeños la atención básica se realiza en **consultorios** dependientes de un CAP.

Los **CAP II** son centros de atención primaria en los que se presta las especialidades médicas extrahospitalarias y que sirven de soporte y referencia a los CAP. Este tipo de asistencia está en proceso de reordenación, integrándose en las consultas externas de los hospitales (ya sea en los propios dispositivos hospitalarios o en los CAP).

Hay, además, equipos de profesionales que llevan a cabo las actividades del programa de **Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)**.

El sistema públic d'Atenció Primària ha de tenir una **organització administrativa coherent** que garanteixi l'adequada interrelació de totes les seves estructures i d'aquestes amb les del nivell d'atenció especialitzada. A Espanya els equips d'Atenció Primària formen el primer graó del servei de salut i del bon funcionament d'ells depèn en gran mesura el del conjunt del sistema. L'agrupació dels equips d'un territori geogràfic determinat, delimita el segon graó del sistema, que conté ja els elements d'atenció especialitzada, relacionats funcionalment amb l'hospital.

A Espanya s'ha considerat que el volum de població a atendre per un equip de salut no deu ser inferior a 5.000 ni superior a 25.000 persones, amb unes isòcrones de desplaçament que no deuen sobrepassar els 30 minuts.

EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

L'EAP és el pilar organitzatiu en el qual es basa el desenvolupament dels continguts sanitaris de l'APS és el treball en equips multidisciplinaris. És l'estructura organitzativa i funcional constituïda pel conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que desenvolupen de forma continuada i compartida les funcions i activitats de l'APS dins d'una comunitat determinada.

Un equip és un grup de persones que realitzen **diferents aportacions**, amb una **metodologia compartida**, de cara a un objectiu comú. Cada membre de l'equip té clarament assumides les seves pròpies funcions, així com els interessos comuns del col·lectiu i tots els components comparteixen la **responsabilitat dels resultats**.

És diferent una agrupació mèdica d'un equip d'APS. Així, mentre el grup mèdic té generalment com objectiu principal el de l'atenció de malalts des d'un punt de vista clínic i individual, mitjançant activitats exclusives o fonamentalment mèdiques, l'equip d'Atenció Primària ha d'assumir els objectius i activitats pròpies d'aquesta i fer-lo des d'una perspectiva multidisciplinària, amb un enfocament individual i comunitari, amb uns continguts rellevants preventius i de promoció de la salut i altres relacionats amb aspectes socials, econòmics i culturals propis de la població atesa.

CARACTERÍSTIQUES ESSENCIALS QUE DEFINEIXEN EL TREBALL EN EQUIP (P-1999:3)

- 1). Objectius comuns.
- 2). Clara comprensió de les funcions.
- 3). Coordinació de tècniques i coneixements.
- 4). Organització flexible i consensuada.
- 5). Participació de tots els components en la presa de decisions i responsabilitat final.

Taula 4-1 Martín Zurro.

El treball en equip té una sèrie d'avantatges respecte al treball individual: (P-1997:12)

- 1). L'activitat desenvolupada pel conjunt és major que la suma de les individuals.
- 2). Les tècniques poc habituals s'utilitzen millor.
- 3). Els membres de l'equip tenen un major grau de satisfacció professional.
- 4). Facilita i potencia el desenvolupament de distintes activitats, com, per exemple, d'educació per a la salut.

- 5). El pacient té majors probabilitats de ser millor atès i tractat.

Per a aconseguir un desenvolupament adequat de l'equip cal analitzar i respondre de forma ordenada a tots els aspectes del seu funcionament. Les relacions interpersonals són un dels aspectes clau.

Per a realitzar l'ampli ventall d'activitats que són pròpies de l'equip d'APS és necessari el concurs de professionals experts en distintes àrees, i una organització del treball basada en la seva divisió funcional, d'acord amb l'les capacitats tècniques i disponibilitats de cadascun d'ells i no amb una rígida i simple assignació estamental.

Els equips funcionen en la mesura que tots els seus components se senten participants dels seus objectius, activitats i resultats i poden realitzar aportacions operatives referents a això. En aquesta línia, també cal incrementar la motivació dels professionals amb mesures d'incentivació positives directament relacionades amb els resultats obtinguts amb la seva activitat i amb la del conjunt de l'equip.

FACTORS QUE INFLUEIXEN EN LA COMPOSICIÓ DE L'EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (EAP)

(P-2002:101)

- 1). **La situació política i econòmica**, i la infraestructura sanitària de cada país és el primer factor a considerar ja que és el que delimita les seves característiques globals i, a partir d'elles, les de tots els elements del sistema de salut.

- 2). **Les necessitats de salut i funcions dels equips d'Atenció Primària**. En els països subdesenvolupats els problemes fonamentals poden ser de sanejament bàsic i subministrament d'aigua i aliments mentre que en els industrialitzats ho seran, per exemple, la contaminació ambiental i els hàbits de vida nocius.

- 3). **La disponibilitat de professionals sanitaris titulats**, que sol ser escassa en els països subdesenvolupats, pot fer necessari recórrer a professionals de caràcter intermedi i agents comunitaris de salut.

- 4). **L'estructura poblacional** (piràmide d'edat, distribució geogràfica, organització comunitària, rural o urbana) és també un factor determinant de la composició dels equips d'APS.

- 5). **Els objectius i organització general del sistema de salut d'un país** i les funcions que en ell s'atribueixen als distintes professionals d'Atenció Primària condicionen també la composició dels equips de salut. A Espanya, l'estructura elemental en APS és la zona o àrea bàsica (amb un volum poblacional entre 5.000 i 25.000 persones) i aquesta es correspon amb l'àmbit d'actuació d'un equip de salut. Quant a les funcions atribuïdes als components dels equips, a Espanya, s'ha establert una divisió de responsabilitats entre els metges que atenen als adults i els pediatres, el que condiciona la pròpia composició dels equips d'APS.

Per a desenvolupar funcions en la salut comunitària cal

comptar amb la col·laboració de professionals especialitzats en matèries com epidemiologia, estadística, demografia, administració de salut, etc.

COMPONENTS DE L'EAP

Per a establir el nombre i els tipus de components dels equips d'Atenció Primària en relació amb la població atesa poden utilitzar-se diverses classes de criteris. A Espanya s'ha vingut emprant el conegut amb el nom de **piramidal**, en el qual la base és el metge general, a partir del que, mitjançant una sèrie de raons proporcionals relacionades amb el nombre de titulars del dret a l'assistència, s'estableix el dels pediatres i altres especialistes, així com el dels professionals d'infermeria de zona. Aquest criteri es relaciona parcialment amb el volum de la població, però no té en compte les seves característiques com l'estructura etària o la distribució geogràfica.

Les **necessitats de salut** de la població constitueixen un dels criteris essencials que deuen analitzar-se i, per a la seva aplicació correcta, requereix el coneixement de la situació de salut de la comunitat a atendre i, en conseqüència, el dels seus problemes prioritaris.

Habitualment, per a la delimitació dels components dels equips d'APS, s'utilitzen criteris mixts en els quals s'inclouen elements de tots els anteriors.

El nucli bàsic de l'equip d'Atenció Primària és el format per metges, professionals d'infermeria, els treballadors socials i els administratius o polivalents són els elements constitutius bàsics i els restants tècnics sanitaris i no sanitaris que poden integrar-los actuen com elements d'infraestructura o de suport especialitzat. Tal és el cas dels especialistes en salut pública, d'odontologia, salut mental, obstetrícia i ginecologia, laboratori, radiologia i farmàcia.

A més d'aquesta concepció "tècnica" de l'equip d'Atenció Primària, existeixen altres basades en aspectes més **funcionals**:

■ **Equip "intrínsec"**: els seus components no estan prefixats i es determinen en raó de la tasca que cal portar a terme, el que els dona un caràcter flexible i transitori, dissolent-se com a tal una vegada finalitzada la tasca concreta. En aquests equips poden estar inclosos també els propis pacients i els seus familiars.

■ **Equips "funcionals"**: formats per a coordinar determinats temes assistencials o organitzatius.

■ **Equips "complets"**: formats per tots els professionals del centre de salut.

■ **Unitats d'Atenció Familiar**: estructura triangular formada pel metge de família, el professional d'infermeria i el propi pacient. Cada unitat atén a un grup fix i determinat de famílies (aproximadament 500) i en el seu interior es desenvolupen totes les funcions i activitats pròpies de l'equip d'APS.

■ **Unitat bàsica assistencial (UBA)**: formada pels professionals mèdics i d'infermeria que tenen assignada una determinada llista de pacients.

■ **UBA ampliada**: inclou metge, infermera, i també administratiu com a equip de referència per a una determinada llista de pacients.

TREBALL EN EQUIP I LIDERATGE DE L'EAP

El trabajo en equipo aparece determinado como la base de los modelos organizativos en la prestación de servicios de Atención Primaria desde 1984, cuando comenzó a tratarse la reforma del anterior sistema de salud.

Desde entonces se han sucedido los avances científicos, una mayor tecnificación, y un aumento de prestaciones; todo ello, junto a la continuidad asistencial, ha obligado a los EAP a ir adaptando con el fin de dar respuestas más eficientes que garanticen la calidad de los servicios y su continuidad.

El desarrollo de verdaderos equipos de trabajo en Atención Primaria pasa por dar mayor participación a los profesionales, otorgando capacidad de decisión para innovar, crear, mejorar y dar respuesta a los logros que se fijen no sólo por la organización, sino por los propios Equipos de Atención Primaria.

Se trata, en definitiva, de impulsar organizaciones inteligentes formadas por personas motivadas que, compartiendo valores y objetivos, se gestionen de manera autorresponsable a través de procesos, dirigidas hacia la obtención de cada vez mejores resultados en la prestación de los servicios.

L'ORGANITZACIÓ DE L'EQUIP HA DE GRAVITAR SOBRE TRES PREMISSES ESSENCIALS:

1).

Treball coordinat i no jerarquitzat dels distints professionals. Cap dels grups professionals que integren l'equip ha de tenir una situació jeràrquica superior o inferior respecte a uns altres.

2).

Treball programat. Amb independència de les activitats individuals inherents a l'Atenció Primària, l'establiment d'actuacions programades és la metodologia idònia per al compliment dels objectius marcats.

3).

Participació de tots els components de l'equip en la planificació, execució i avaluació de totes les activitats a desenvolupar. D'aquesta manera, tots ells poden assumir un grau important de responsabilitat i tenir una visió de conjunt de les tasques. La constitució de comissions o grups de treball en el si dels equips d'Atenció Primària pot ser un instrument eficaç per al desenvolupament de tasques concretes, en la perspectiva, assenyalada prèviament, dels equips «intrínsecs» de Pritchard.

EL DIRECTOR DE L'EAP: LÍDER DE L'EAP

És nomenat per l'administració entre aquells professionals, propis o aliens a l'equip, amb un perfil en el qual es combinin una àmplia experiència clínica i una capacitat suficient en els terrenys de l'organització i la gestió pròpia de l'Atenció Primària. El director deu desenvolupar un estil participatiu de direcció de l'equip, fugint de patrons autoritaris o paternalistes, el que sens dubte facilitarà el seu funcionament correcte, basat en una bona comunicació i adequades interrelacions personals dels seus components.

En aquests moments s'ha superat la fase de perseguir que el director de l'equip es limiti a ser un bon gestor, preocupat en aconseguir bons resultats econòmics i assistencials. Actualment es tendeix cap a un líder organitzatiu, amb una clara orientació cap al client i que desitja superar els objectius més que aconseguir-los. Té un comportament proactiu basat en l'experimentació, l'aprenentatge continuat i l'assumpció de riscos. Treballa en equip i transfereix poder als seus. Els professionals del centre són els seus propis clients.

HABILITATS I DEBILITATS DEL LÍDER

Habilitats directives:

□□■ **Diferenciació:** es preocupa per les diferències individuals dins de l'equip. Emfatitza el diàleg i la comunicació. S'acull a la flexibilitat normativa.

□□■ **Integritat:** integra interessos individuals, grupals i de l'organització, fixant els objectius de forma participativa.

□□■ **Competència personal:** autoconsciència, autoestima, confiança en un mateix i consciència emocional. Autocontrol, compromís, iniciativa i optimisme.

□□■ **Competència social:** empatia, orientació al servei, desenvolupament dels membres de l'equip, comunicació i gestió dels conflictes.

□□■ **Orientació a les persones:** el desenvolupament dels individus en l'organització està per sobre del resultat.

□□■ **Direcció situacional:** direcció, segons la situació de l'entorn i el grau de maduresa de l'equip.

Debitats directives:

□□■ Actitud individual inadequada.

□□■ Problemes d'integració o rol.

□□■ Escassa capacitat tècnica.

□□■ Poques habilitats directives.

□□■ Absència d'estratègia.

NOU LIDERATGE

Els nous líders basen la seva estratègia en els valors. Són persones flexibles, sensibles, amb humor, capaces de reconèixer les seves limitacions i aprendre dels errors. Són compromesos, entusiastes i satisfets, que gestionen fonamentalment sobre quatre pilars:

□■ Estratègia empresarial. La seva filosofia és la millora contínua.

□■ Gestió dels individus. La filosofia és les persones primer.

□■ Gestió dels recursos. L'eficiència també és qualitat.

□■ Millora de processos.

El factor que determina realment l'èxit del nou líder és la seva competència emocional, el seu autocontrol, la seva motivació per a sostenir-se en el full de la navalla i els seus valors.

El director de l'equip d'Atenció Primària deu desenvolupar els següents grups de funcions i activitats:

■ Representació i relació, en tots els àmbits. Assegura la comunicació de l'equip amb el nivell assistencial especialitzat, així com amb la comunitat atesa i els serveis públics relacionats amb la salut: ajuntament, servei d'emergències, jutjats, societats científiques, serveis socials i associacions de ciutadans, serveis de salut pública, mitjans de comunicació local.

■ Direcció i gestió. Planificar, organitzar i delimitar les activitats assistencials dels distints membres de l'equip i del conjunt, així com les característiques principals dels àmbits i instruments d'informació, comunicació i coordinació.

□■ Organització de les **persones de l'equip** (acollida, permisos, absentisme, avaluació de competències...) i gestió de les incidències i de la salut laboral.

□■ Planificació i seguiment del **pressupost** de l'EAP.

□■ Organització i monitoratge de l'atenció a la **demanda**.

□■ Coordinació i supervisió de **processos de suport** (magatzem, manteniment, neteja...).

■ Lideratge de l'elaboració i de la implementació del **Pla estratègic, de qualitat i seguretat** de l'equip.

■ Organització dels **referents assistencials i no assistencials** i de **grups de treball** de l'equip.

■ Definició i seguiment d'objectius (DPO).

■ **Formació, docència i investigació.**

RETRIBUCIÓ DELS PROFESSIONALS

La retribució dels professionals afecta poc la seva motivació, però les modificacions en la forma de pagament incideixen directament sobre l'activitat assistencial.

Pagament per acte: es retribueix el professional segons cadascuna de les activitats que realitza. Indueix al consum sanitari. Característic dels països centreeuropeus.

Pagament capítatiu: retribució basada en el número de persones que estan sota la responsabilitat de cada metge de família. Es corregeix per indicadors demogràfics i socials. Característic del model britànic.

Salari: característic de països europeus amb centres de salut pública. Escàs efecte medicalitzador i no incentiva la continuïtat. Poca satisfacció dels usuaris.

Es tendeix a sistemes mixts que contemplin una part capítatiu important, complementada per retribucions per acte d'aquelles activitats considerades imprescindibles i poc desenvolupades.

FUNCIONS I ACTIVITATS DE L'EAP

El REIAL DECRET 1030/2006, de 15 de setembre estableix la cartera de serveis comuns del sistema nacional de salut. («BOE» 222, de 16-9-2006.)

■ L'atenció primària és el nivell bàsic i inicial d'atenció, que garanteix la globalitat i continuïtat de l'atenció al llarg de tota la vida del pacient, i actua com a gestor i coordinador de casos i regulador de fluxos.

■ Comprèn activitats de promoció de la salut, educació sanitària, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, així com la rehabilitació física i el treball social.

■ Aquestes activitats, adreçades a les persones, a les famílies i a la comunitat, sota un enfocament biopsicosocial, les presten equips interdisciplinaris, amb garantia de qualitat i accessibilitat, així com de continuïtat entre els diferents àmbits d'atenció en la prestació de serveis sanitaris i de coordinació entre tots els sectors implicats.

CARTERA DE SERVEIS

■ **1). Atenció sanitària a demanda, programada i urgent tant en la consulta com en el domicili del malalt.**

- **a).** Consulta a demanda, per iniciativa del pacient, preferentment organitzada a través de cita prèvia.
- **b).** Consulta programada, realitzada per iniciativa d'un professional sanitari.
- **c).** Consulta urgent, per motius no demorables.

Comprèn totes les activitats assistencials d'atenció individual, diagnòstiques, terapèutiques i de seguiment de processos aguts o crònics.

L'atenció als processos aguts inclou l'abordatge de problemes cardiovasculars, respiratoris, de l'aparell digestiu, infecciosos, metabòlics i endocrinològics, neurològics, hematològics, de la pell, de l'aparell urinari, de l'aparell genital, musculoesquelètics, otorinolaringològics, oftalmològics, de la conducta i de la relació, conductes de risc, traumatismes, accidents i intoxicacions.

Els processos aguts i crònics més prevalents s'han d'atendre de manera protocol·litzada.

■ **2). Procediments diagnòstics bàsics duts a terme en atenció primària, entre altres:**

- **a).** Anamnesi i exploració física.
- **b).** Espirometria, mesurament del flux espiratori màxim i pulsioximetria.
- **c).** Exploracions cardiovasculars: electrocardiografia, oscil·lometria i/o Doppler.
- **d).** Exploracions otorinolaringològiques: otoscòpia, laringoscòpia indirecta i acúmetria qualitativa.

- **e).** Mesurament de l'agudes visual i fons d'ull.
- **f).** Determinacions analítiques mitjançant tècnica seca, inclosa la reflectometria.
- **g).** Obtenció de mostres biològiques.
- **h).** Tests psicoafectius i socials, de morbiditat i de qualitat de vida.

■ **3). Procediments diagnòstics amb accés des d'atenció primària:**

- **e).** Proves de laboratori.
- **e).** Anatomia patològica.
- **e).** Diagnòstic per imatge, entre altres radiologia general simple i de contrast, ecografia, mamografia i tomografia axial computada.
- **e).** Endoscòpia digestiva.

■ **4). Procediments terapèutics.**

- **a).** Indicació, prescripció i seguiment de tractaments farmacològics i no farmacològics adaptats als condicionants físics i fisiològics del pacient. S'hi inclouen els materials per aplicar tractaments amb insulina i el seguiment dels tractaments amb anticoagulants orals en coordinació amb atenció especialitzada, d'acord amb la prioritització i els protocols de cada servei de salut.
- **b).** Administració de tractaments parenterals.
- **c).** Cures, sutures i tractament d'úlceres cutànies.
- **d).** Immobilitzacions.
- **e).** Infiltracions.
- **f).** Aplicació d'aerosols.
- **g).** Tamponament nasal.
- **h).** Extracció de taps auditius.
- **i).** Extracció de cossos estranys.
- **j).** Atencions d'estomes digestius, urinaris i traqueals.
- **k).** Aplicació i reposició de sondatges vesicals i nasogàstrics.
- **l).** Ressuscitació cardiopulmonar.
- **m).** Teràpies de suport i tècniques de consell sanitari estructurat.
- **n).** Cirurgia menor, que inclou dur a terme procediments terapèutics o diagnòstics de baixa complexitat i mínimament invasius, amb baix risc d'hemorràgia, que es practiquen sota anestèsia local i que no requereixen atencions postoperatòries, en pacients que no necessiten ingrés, d'acord amb els protocols establerts i l'organització pròpia de cada servei de salut.

■ **5). Activitats en matèria de prevenció, promoció de la salut, atenció familiar i atenció comunitària**
Inclouent-hi:

- **a).** Informació i assessorament sobre conductes o factors de risc i sobre estils de vida saludables.
- **b).** Activitats d'educació per a la salut grupals i en centres educatius.
- **c).** Vacunacions en tots els grups d'edat i, si s'escau, grups de risc,

■ ■ d). Indicació i administració, si s'escau, de quimioprofilaxi antibiòtica en els contactes amb pacients infecciosos per als problemes infectocontagiosos que ho requereixin.

■ ■ e). Activitats per prevenir l'aparició de malalties actuant sobre els factors de risc (prevenció primària) o per detectar-les en fase presimptomàtica mitjançant cribratge o diagnòstic precoç (prevenció secundària).

Atenció familiar: Inclou la identificació de l'estructura familiar, l'etapa del cicle vital familiar, els esdeveniments vitals estressants, els sistemes d'interacció en la família i la detecció de la disfunció familiar.

Atenció comunitària: conjunt d'actuacions amb participació de la comunitat, orientades a detectar i prioritzar les seves necessitats i problemes de salut, amb identificació dels recursos comunitaris disponibles, priorització de les intervencions i elaboració de programes orientats a millorar la salut de la comunitat, en coordinació amb altres dispositius socials i educatius.

■ 6). Activitats d'informació i vigilància en la protecció de la salut Inclou:

■ ■ a). Participació en els sistemes d'alerta epidemiològica per a malalties de declaració obligatòria,

■ ■ b). en xarxes de metges sentinelles

■ ■ c). Participació en el sistema de farmacovigilància, mitjançant la comunicació d'efectes adversos.

■ 7). Rehabilitació bàsica

Comprèn les activitats d'educació, prevenció i rehabilitació susceptibles de dur-se a terme en l'àmbit d'atenció primària, en règim ambulatori, amb la indicació mèdica prèvia i d'acord amb els programes de cada servei de salut, inclosa l'assistència domiciliària si es considera necessària per circumstàncies clíniques o per limitacions en l'accessibilitat.

■ 8). Activitats adreçades a grups de risc

Es presten tant al centre sanitari com en l'àmbit domiciliari o comunitari, dins dels programes establerts. Inclou:

■ ■ 1). Serveis d'atenció a la infància.

■ ■ 2). Serveis d'atenció a l'adolescència.

■ ■ 3). Serveis d'atenció a la dona.

■ ■ 4). Atenció a l'adult, grups de risc i malalts crònics:

■ ■ 5). Atenció a les persones grans.

■ ■ 6). Detecció i atenció a la violència de gènere i mals tractes en totes les edats, especialment en menors, persones grans i persones amb discapacitat.

■ ■ 7). Atenció pal·liativa a malalts terminals. Comprèn l'atenció integral, individualitzada i continuada de persones amb malaltia en situació avançada, no susceptible de rebre tractaments amb finalitat curativa i amb una esperança de vida limitada (en general, de menys de 6 mesos), així com de les persones que hi estan vinculades. El seu objectiu terapèutic és millorar la seva qualitat de vida, amb respecte al seu sistema de creences, preferències i valors. Aquesta atenció, especialment humanitzada i personalitzada, es presta al domicili del pacient o al centre sanitari, si cal, amb establiment dels mecanismes necessaris per garantir la

continuitat assistencial i la coordinació amb altres recursos i d'acord amb els protocols establerts pel servei de salut corresponent.

■ ■ 8). Atenció a la salut mental en coordinació amb els serveis d'atenció especialitzada.

FORMACIÓ CONTÍNUA

Els equips d'APS han de tenir un paper protagonista en la formació pre, postgraduada i continuada dels seus propis membres.

La investigació clínica i epidemiològica també està adquirint un important grau de desenvolupament.

En l'equip d'APS es desenvolupen sempre, a més de les anteriors, activitats de docència i investigació i altres relacionades amb les necessitats d'organització interna de l'equip, amb l'avaluació i control de les activitats i els seus resultats i amb la gestió.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES II

L'ORGANITZACIÓ DEL TREBALL A LES CONSULTES

Una **consulta mèdica o d'infermeria** és la interacció entre un individu (Client) que demanda un servei i un altre individu (professional) que dóna resposta a aquesta demanda, en un marc organitzatiu determinat. La gestió de la consulta haurà de tenir en compte els tres actors que intervien: el pacient, el professional i l'organització.

Només les actuacions sobre l'organització poden aconseguir a curt termini resultats quantitativament considerables.

08

ORGANITZACIÓ DEL TREBALL A LES CONSULTES

En general els factors dels usuaris expliquen el 50% de la variabilitat de la utilització de serveis sanitaris i els factors del professional i l'organització l'altre 50%.

FACTORS DEL PROFESSIONAL

- ➔ Formació professional "menys resolutiva"
- ➔ Demanda induïda pel professional
- ➔ Cobrament per visita
- ➔ Preferències professionals
- ➔ Medicina defensiva
- ➔ Insatisfacció professional, burnout (relacionat amb una major pressió assistencial)
- ➔ Sexe (les metgesses realitzen més activitats preventives i millor suport psicològic)
- ➔ Edat, experiència
- ➔ Estils de pràctica clínica: tècnic, activador de pacients (fomenta l'autonomia del pacient), deficitari en habilitats de comunicació, metges ràpids (es relaciona amb una major utilització), metges influïts per la indústria farmacèutica.

Taula 6-2 Martín Zurro.

FACTORS DE L'ORGANITZACIÓ:

- ➔ Accessibilitat.
- ➔ Disponibilitat.
- ➔ Copagament.
- ➔ Incentius econòmics.
- ➔ Tamany-estructura del cupo.
- ➔ Cobrament per visita. ➔ Treball en equip.
- ➔ Multiprofessionalitat: l'activitat compartida del

treball entre professionals de distintes categories dins un mateix equip, produeix un augment de l'eficiència i disminueix les càrregues de treball.

- ➔ Retroalimentació: informació gràfica i comparada de la feina realitzada.
- ➔ Programes de salut.
- ➔ Burocràcia.
- ➔ Agenda i sistema de cites.
- ➔ Consulta telefònica i visites no presencial.
- ➔ Organització metge-infermera.
- ➔ Falta de continuïtat.
- ➔ Treball en equip.

FACTORS DE L'USUARI

■ **Factors de necessitat:** morbiditat crònica, problemes de salut mental, salut subjectiva i estat funcional de salut.

La morbiditat representa la causa més immediata de la utilització dels serveis de salut i és la que millor la prediu. La morbiditat crònica es relaciona més amb la hiperutilització que l'aguda, però són els problemes de salut mental els que expliquen la major variabilitat.

■ **Factors predisponents:**

□ ■ **Marcadors:** edat-sexe, ètnia, feines de casa, pensionista, aturat, nivell educatiu i socioeconòmic.

□ ■ **Factors:** problemes de salut mental, enviduament, família monoparental, divorci, dèficit de suport social, disfunció familiar, creences, expectatives, educació sanitària.

■ **Factors facilitadors:** Percepció de barreres: de temps, de cost econòmic, de distància al centre de salut, de disponibilitat del servei-prestador, d'organització, de discriminació, de relació metge-pacient.

La visió de l'accessibilitat a través del pacient és el que es denomina percepció de barreres a l'atenció.

GESTIÓ DE LA DEMANDA

És l'actuació dirigida a regular i adequar la demanda i la resposta que es produeix en la consulta a partir del redisseny de circuits i redistribució i racionalització d'activitats.

L'element conceptual més important és intentar que els serveis al client en el centre de salut es realitzi en el lloc més idoni i pel professional que resulti més eficient.

Raó de consulta: motiu que, segons el pacient, justifica el contacte amb el professional. (P-1997 : 41).

Podem analitzar la demanda des de diferents punts de vista:

- 1). Anàlisi quantitativa de la demanda
- 2). Anàlisi qualitativa de la demanda
- 3). Adequació de la demanda: circuits organitzatius

■ 1). Anàlisi quantitativa de la demanda

Pressió assistencial: número de visites per professional i dia.

Freqüentació: número de visites per habitant i any. La interpretació del binomi freqüentació-pressió assistencial és simple, s'ha de complementar amb l'anàlisi qualitativa i es pot considerar una aproximació vàlida sempre i quan les dades siguin fiables.

Població per professional, població assignada (P-2002: 55): número de persones que depenen d'un professional determinat o d'una ABS. Població atesa: número de persones que s'han visitat com a mínim un cop en l'últim any. Població atesa assignada: número de persones que depenen d'una ABS o professional determinat i que s'han visitat com a mínim un cop en l'últim any.

A Espanya, amb professionals treballant 7 hores diàries s'admet que la pressió assistencial adequada no hauria de superar les 25 visites diàries, amb una dedicació a la consulta del voltant de 4 hores i un temps mig de visita de 10 minuts. Es reservaria un terç, aproximadament, de la jornada, per a tasques assistencials que no suposen una atenció directa i personal amb els pacients, sinó per a activitats com, per exemple, formació, coordinació amb altres professionals, planificació, gestió de la qualitat, sessions clíniques, entre d'altres.

■ 2). Anàlisi qualitativa de la demanda. Tipologia.

L'anàlisi qualitativa de la demanda es basa en la classificació de les visites en dos possibles motius: per a resoldre una necessitat assistencial o per a resoldre una necessitat administrativa. Per altra banda el motiu pel que acut pot ser previsible per part del metge o imprevisible.

	NECESSITAT ASSISTENCIAL	NECESSITAT ADMINISTRATIVA
Motiu previsible	Controls de crònics i programes Recollida de resultats de proves Seguiment de processos	Receptes "cròniques" Partes de confirmació d'IT Volants repetits d'ambulàncies
Motiu imprevisible	Patologies agudes Reaguditzacions o complicacions de patologies prèvies	Informes i certificats Volants per a serveis no ofertats

Taula 6-5 Martín Zurro.

Mitjançant aquests conceptes s'estableixen quatre tipus de visites:

Un cop es disposa, a la pràctica, de les dades obtingudes de l'anàlisi quantitativa i qualitativa de la demanda, s'està en disposició d'actuar.

En general, les visites administratives haurien de realitzar-se al marge de la consulta i ser resoltes en l'àrea administrativa, mentre que les visites assistencials haurien de ser realitzades, lògicament, pels professionals sanitaris.

El punt de màxim impacte de l'actuació serà, pel seu major volum, el de les visites administratives previsibles i posteriorment, el de les visites assistencials previsibles.

■ 3). Adequació de la demanda: circuits organitzatius

VISITES ADMINISTRATIVES PREVISIBLES: CIRCUITS ADMINISTRATIUS

Fins fa pocs anys, el lliurament de les receptes cròniques si els comunicats de confirmació de les IT suposaven un gran volum d'activitat burocràtica previsible. Actualment, la recepta electrònica ha simplificat moltíssim aquesta tasca, com també els darrers canvis que hi ha hagut amb relació a la gestió de les IT.

VISITES ASSISTENCIALS PREVISIBLES

Seguiment de patologies cròniques. Solucions: racionalitzar els protocols de seguiment de patologies cròniques i derivació de moltes d'aquestes activitats a la consulta d'infermeria.

Un aspecte fonamental que s'ha de considerar sempre és que qualsevol visita previsible ha d'haver estat citada pels propis professionals, no pel pacient. Així és el metge el que decideix quan ha de tornar el pacient, amb quin professional i amb quin temps de consulta.

VISITES ASSISTENCIALS IMPREVISIBLES

Tant metges com infermeres han de desenvolupar aquesta tasca. La incorporació de protocols d'actuació per resoldre la demanda aguda facilita el treball de tot l'equip per donar resposta a aquest tipus de necessitat dels ciutadans.

VISITES ADMINISTRATIVES IMPREVISIBLES

Impliquen un escàs volum, però algunes poden resoldre's sense necessitat de visitar el pacient si establim circuits adequats.

GESTIÓ DEL TEMPS: AGENDA

Les agendes han d'ajustar-se a la realitat de cada àmbit, no al desideratum. Si s'estableixen límits irrealistes s'estan generant vies d'accés paral·lel.

La cita prèvia no serveix per a disminuir la demanda, sinó per a ordenar-la.

Característiques bàsiques de l'agenda

- ➔ Número de cites superior a la mitjana (prevenció llista d'espera).
- ➔ No ha de ser "sectoritzada" (programada/cita prèvia espontània).
- ➔ Distribució homogènia dels "buits".
- ➔ Adaptable a variacions de la demanda.
- ➔ "Matalassos" de recuperació de retards.
- ➔ Agenda complementària metge-infermer Individualització de temps de consulta (ritme personalitzat).
- ➔ Gestió de "l'expectativa d'espera"

Taula 6-8 Martín Zurro.

Consells pràctics amb relació a les agendes:

- ➔ Flexibilitzar l'agenda i adaptar contínuament els serveis a la demanda poblacional i als recursos disponibles
- ➔ Utilitzar els espais i els serveis informàtics per aconseguir espais de consulta polivalents
- ➔ Reduir al màxim les visites generades pels propis professionals
- ➔ Generar agendes a llarg termini, per poder espaiar les visites sprevisibles al màxim
- ➔ Prioritzar la formació en entrevista clínica, salut mental i en aquelles especialitats a les quals més es deriva.

Errades més freqüents:

- ➔ Infravalorar la capacitat resolutiva de tots els professionals de l'equip, sanitaris i no sanitaris.
- ➔ Duplicitat de visites.
- ➔ Crear "consulta d'urgències"
- ➔ Visitar sempre els mateixos pacients.

Guía de Actuación en Atención Primaria. Semfyc. Tercera Edición.

PACIENT HIPERFREQÜENTADOR (HF)

Són aquells pacients que realitzen moltes visites i que habitualment ocasionen un malestar en el metge. El control del pacient HF pot ser una peça clau que podria reduir la utilització de les consultes.

La intervenció sobre el pacient HF ha de ser individualitzada i amb dos **objectius**:

- Reduir la incertesa clínica des d'un enfocament biopsicosocial, i
- Plantejar-se la hipòtesi de relació metge-pacient.

■ 3). Etapes a la intervenció

□■ 1). Anàlisi de la informació disponible: generació d'hipòtesis.

Anàlisi dels problemes del pacient comptabilitzant el número i tipus de visites de forma exhaustiva i excloent, i analitzant els antecedents i llista de problemes.

Amb aquesta informació s'adscriu el pacient a alguna de les següents hipòtesis: clínica, psicològica, social, familiar, cultural o administrativa.

□■ 2). Anàlisi del "professional problema"

Com a mínim en un 20 % dels casos la causa de les trobades metge-pacient difícils és el mateix metge o la relació metge-pacient.

Refutació d'hipòtesis mitjançant: entrevista programada amb el pacient, les proves complementàries biològiques i psicosocials i consultar l'opinió d'especialistes.

□■ 3). Pla d'actuació i negociació amb l'HF i intervenció sobre el professional i la relació professional-pacient. Un cop confirmades les hipòtesis i els diagnòstics.

PACIENT

CONSULTA TELEFÒNICA

■ SISTEMES REACTIUS DE COMUNICACIÓ TELEFÒNICA

El pacient pren la iniciativa de trucar. S'augmenta l'accessibilitat i en alguns casos l'eficiència. Com a serveis d'urgències poden arribar a resoldre el 50% de les consultes.

■ SISTEMES PROACTIUS DE COMUNICACIÓ TELEFÒNICA

La substitució de les consultes pel seguiment telefònic en pacients amb malalties cròniques disminueix de forma significativa i rellevant la utilització dels serveis mèdics en determinats pacients, pot millorar l'estat de salut.

També pot servir per a fer el seguiment de pacients amb malalties agudes o aguditzacions de malalties cròniques, i per a donar resultats analítics o altres.

■ VISITA NO PRESENCIAL

En els darrers anys s'està generalitzant l'atenció no presencial, la qual es justifica, bàsicament, pel fet que no cal que el pacient demani una cita presencial cada vegada que hagi d'interaccionar amb el professional sanitari en el decurs d'un procés clínic. Amb les visites no presencials el metge pot realitzar activitats assistencials sense que el pacient estigui davant, en persona.

La visita no presencial s'ha de donar amb totes les garanties de seguretat pel pacient i pel professional.

S'utilitzen sobretot per valorar resultats de proves, per fer interconsultes amb altres professionals, per donar resposta a demandes burocràtiques, entre d'altres.

Actualment també és possible donar resposta als pacients a partir de demandes que, mitjançant el correu electrònic, arriben a l'agenda dels professionals, en un entorn electrònic segur. El professional pot respondre enviant un mail de retorn al pacient des de la mateixa estació clínica, i hi pot adjuntar documents de la història clínica si cal. Prèviament a la utilització d'aquest sistema de comunicació, el ciutadà ha de donar un consentiment informat específic.

PROPOSTA PRÀCTICA D'UN PLA D'INTERVENCIÓ ESGRAONAT DE CONTROL DE LA DEMANDA PER A UN EAP O UNA CONSULTA

Per a la disminució de la freqüentació de les consultes d'AP, l'educació sanitària podria ser molt eficient aplicada sobre problemes menors de salut.

L'educació sanitària de pacients amb malalties cròniques pot millorar la seva salut física i psíquica i disminuir la utilització de les consultes, les visites a urgències i els ingressos hospitalaris.

- 1). Conèixer la situació.
- 2). Establir els circuits administratius.
- 3). Adequar les agendes.
- 4). Citar tot allò previsible.
- 5). Adequar els protocols.
- 6). Potenciar l'atenció telefònica i la visita no presencial.
- 7). Controlar els hiperfreqüentadors.
- 8). Incrementar la participació d'infermeria.
- 9). Reavaluar la situació.

ORGANITZACIÓ DE LA LABOR D'INFERMERIA

Quant a la seva estructura organitzativa la infermeria ha desenvolupat tres tendències generals:

- ■ Organització per activitats: cada diplomad assumeix unes feines específiques d'un programa d'intervenció (atenció domiciliària, pacients amb diabetis). La continuïtat assistencial i la satisfacció són baixes i l'eficiència alta. Adequada en situacions específiques com la campanya de vacunació antigripal.
- ■ Distribució per pacients: un equip format per un metge i un diplomad d'infermeria atenen un grup de població. Afavoreix la coordinació entre els professionals que atenen a un mateix pacient, maximitza la continuïtat assistencial però sol ser ineficient. És el model òptim per al seguiment dels pacients crònics.
- ■ La sectorització: consisteix en prestar tots els serveis d'infermeria de la població que viu en una zona determinada. Trenca la relació estreta amb el metge i estimula el desenvolupament de la tasca de la infermeria comunitària. Facilita la detecció de necessitats, encara que compromet la relació amb la resta de l'equip assistencial. És un model idoni per a països en els que no existeix equips d'Atenció Primària responsables d'una àrea determinada.

Segurament el millor són els models d'infermeria mixta.

ATENCIÓ AL CIUTADÀ

Tot aquest conjunt de funcions i activitats dels equips d'Atenció Primària necessiten el suport d'una àrea d'importància cabdal en el centre de salut: admissió i atenció a l'usuari. En aquesta àrea té lloc habitualment el primer contacte amb el centre i equip i per això pot condicionar positiva o negativament els resultats finals del procés assistencial. Les funcions i activitats pròpies d'aquesta àrea són molt variades, des del manteniment del sistema de citacions fins als registres i les reclamacions.

EL TREBALLADOR SOCIAL EN L'EQUIP DE SALUT

Té un paper molt rellevant en l'equip.

Les funcions i activitats dels treballadors socials en el si de l'APS giren essencialment al voltant de les característiques

de la comunitat atesa i tenen la seva base en un coneixement profund d'elles.

L'estructura socioeconòmica, la cultura, els equipaments i els serveis, l'estructura urbanística i dels habitatges i les institucions i associacions són, entre uns altres, els elements marc que definiran les seves actuacions comunitàries. Amb l'envelliment de la població i l'aparició de nous col·lectius amb deficiències socials i sanitàries, el treballador social tindrà especial protagonisme.

- Identificar i definir les demandes i necessitats de la població i de promoure les actuacions precises per al tractament dels problemes i les emergències socials en els nivells individuals, familiar i comunitari.
- Participació comunitària: funcions d'element d'enllaç entre les persones i les entitats i l'equip de salut.
- Població diana: persones i grups en situació de risc social (alcoholisme, inadaptació, atur, ancians, etc.).
- Coordinació i el desenvolupament dels programes sociosanitaris i, dintre d'ells, de l'atenció domiciliària de pacients crònics i dels ancians.

Els treballadors socials que formen part de l'equip d'Atenció Primària han de mantenir contactes periòdics, freqüents i programats (excepte emergències) amb els components sanitaris de l'equip, en forma de reunions de treball monogràfiques per a l'abordatge conjunt de les necessitats i demandes plantejades. També han de participar activament en les tasques docents i d'investigació pròpies de l'equip de salut.

Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)

La **interrelació existent entre la situació social de la persona i la seva salut** posa de manifest la necessitat d'abordar els usuaris dels serveis socials amb determinats problemes de salut d'una forma global.

En el Pla de Govern 2013-2016 es fa palès que les **necessitats sanitàries i socials** de la població evolucionen i que el model d'atenció assistencial ha d'adaptar-s'hi; reforça el valor de l'atenció integral a les persones i estableix, entre els seus objectius, promoure l'encaix dels **serveis sanitaris i socials en un model de xarxa de serveis centrat en l'atenció a les persones**.

En aquest context, en l'ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, es crea el Pla **interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)**.

Entre les directrius i objectius estratègics d'aquest Pla es troben la promoció i creació de mecanismes operatius per a la interacció entre diferents serveis socials comunitaris i l'atenció primària i comunitària d'atenció a la salut, els centres sociosanitaris i els hospitals d'aguts, amb la finalitat d'integrar la xarxa pública sanitària assistencial amb la xarxa de serveis públics del Departament de Benestar Social i Família, per tal de respondre a la necessitat d'optimitzar recursos i capacitats conjuntes i establir protocols assistencials comuns.

A nivell comunitari el model col·laboratiu d'atenció es basarà a fomentar el procés de valoració i planificació d'intervencions

conjunctes entre els professionals de l'àmbit sanitari i social, i és important la instrumentalització de les TIC per donar suport a aquests processos. Es fomentarà un model de gestió del cas basat en la coordinació i el seguiment de les persones ateses dins del model amb necessitats d'atenció sanitària i social.

**PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
i BASES METODOLÒGIQUES II**
LES RELACIONS I COMUNICACIONS
AMB EL NIVELL D'ATENCIÓ ESPECIALITZADA

L'existència d'un **continuum** entre els diferents nivells assistencials és un **element clau** de la qualitat dels serveis sanitaris perquè garanteix la coherència entre aquests nivells i afavoreix el funcionament mitjançant el consens entre ells.

Aquest continuum ha de fonamentar-se en la igualtat de relació entre els professionals d'Atenció Primària (AP) i Atenció Especialitzada (AE).

CAUSES DE LA FALTA DE COORDINACIÓ AP-EA:

- Desconeixement mutu AP-EA que dona com a resultat l'existència de visions estereotipades recíproques.
- Falta de comunicació i diàleg entre AP i EA.
- Falta d'uniformitat de criteris en el maneig diagnòstic i terapèutic.
- Falta de consideració professional de la AE cap a l'AP i a l'inrevés.
- Desmotivació/desinterès dels professionals
- Falta de resolució de l'AP, amb moltes interconsultes innecessàries.
- Falta d'informació clínica rellevant en els fulls i altres Canals de derivació.

01

ELEMENTS CONCEPTUALS

L'AP COM A FILTRE O PORTA D'ENTRADA AL SISTEMA SANITARI

El rol de porta d'entrada al sistema sanitari no ha d'entendre's com una barrera u obstacle per a disminuir la pressió en el nivell especialitzat, sinó que la seva importància radica en les diferents característiques i la diferent forma de treballar de l'AP i AE. El metge de l'AP està format per a treballar amb pacients amb baixa probabilitat de patir un trastorn poc freqüent o greu, mentre que en el cas dels especialistes passa el contrari. Si no existeix filtre, l'especialista aplicarà la mateixa metodologia de maneig a pacient amb baixa prevalença amb el que les proves diagnòstiques perden de forma

notable el seu valor predictiu positiu, generant-se a més un increment de proves complementàries i una major iatrogènia amb el que perdem efectivitat i eficiència.

EL METGE D'AP COM AGENT DE SALUT

Encara que conceptualment conté elements comuns amb el concepte de gatekeeper, el paper del metge d'AP com agent de salut ofereix un punt de vista i argumentació diferent. Els seus fonaments són: cada persona és la que ha de prendre la decisió final sobre allò que té a veure amb la seva salut, de totes maneres no disposen de tota la informació necessària per a prendre les decisions; el metge coneix la informació i els desitjos i necessitats del pacient; el metge com a agent de salut ha de salvar aquesta asimetria d'informació oferint als seus clients la informació disponible, de forma comprensible, per a que aquests puguin prendre decisions. És a dir, el metge té un rol d'informador i assessor (agent de salut), però la decisió final és de la persona implicada.

INTERCONSULTA VERSUS DERIVACIÓ

En la interconsulta el metge de família sol·licita l'opinió de l'especialista sobre un pacient concret, però la seva decisió no té caràcter vinculant, mentre que en la derivació el metge de família li demana a l'especialista que assumeixi responsabilitat concreta en el maneig del pacient. La decisió de si es tracta d'una interconsulta o una derivació la pren el metge de família.

La interconsulta pot fer-se amb la presència o absència del pacient i a més pot ser de caràcter formal o informal.

■ Tipus de derivacions:

- **Provisional:** derivació per un temps limitat (intervenció quirúrgica).
- **Col·lateral:** derivació per a una atenció sense límits de temps (control glaucoma).
- **Fragmentada:** quan existeixen varies col·laterals i varis especialistes.
- **Creuada:** derivacions entre especialistes sense passar pel metge de capçalera.

ATENCIÓ COMPARTIDA I INTEGRAL

■ L'**Atenció compartida** pot entendre's com una estratègia per a millorar la coordinació assistencial fent que quedin clares les responsabilitats que tenen els metges d'AP i els especialistes en l'atenció de salut dels pacients. Aquesta estratègia es fonamentaria en el consens entre els professionals i l'adequada circulació de la informació entre nivells.

En un sentit més ampli podria definir-se com la capacitat d'articular una perfecta continuïtat en els processos d'atenció, amb independència del lloc a on aquesta es presti, i concentrant el més a prop possible del pacient els recursos necessaris, amb els criteris genèrics de màxima qualitat, eficàcia, efectivitat i eficiència.

Alguns factors clau són el consens, la formació i la informació compartida.

ATENCIÓ INTEGRAL

És un conjunt de tècniques i de models organitzatius destinats a crear connectivitat i col·laboració entre els sistemes destinats a guarir (salut) i els destinats a cuidar (social).

■ Concepte d'unitat assistencial d'atenció integrada (Kodner)

La metodologia que utilitza és la integració per processos, de professionals, de sistemàtiques i d'eines ja existents implicant-los i alineant-les.

Més que desenvolupar nous projectes es desplegarà sobre processos preexistents.

L'Atenció Integral de Salut ha de garantir l'atenció continuada de la malaltia crònica (llarga durada) i aguda (nous problemes, re-aguditzacions, etc.) que presenten necessitats diverses durant un període de temps mig/llarg. S'orienta, especialment, a l'atenció de persones grans i fràgils integrant diverses experteses professionals

El mecanisme de funcionament es basa en la lògica dels Sistemes Integrats de provisió de serveis: coordinació de serveis; cada organització manté la seva personalitat i estructures, totes acorden treballar sota un paraigua comú, adaptant el seu funcionament de manera coordinada amb els altres proveïdors.

■ Sistemes Integrats de provisió de serveis (Leutz).

L'equip incorpora professionals hospitalaris i d'assistència primària procedents de proveïdors diversos: gestora de casos, Infermeria d'enllaç, assistent social.

L'aplicació global del criteri la du a terme el 'propietari' del procés (per identificar) i l'executa, gestió directa i del cas concret, el nucli dur del procés: metge + gestora de casos + treballadora/a social.

El Factor crític d'èxit d'aquest model és l'existència i el manteniment d'una única visió i un únic propietari, amb la funció de coordinar

- les diferents experteses necessàries
- tot el procés assistencial i social
- l'Equip avaluador qui fa l'avaluació de necessitats, l'assignació de cada recurs, així com el seguiment en el temps.

La funció del 'propietari' del procés incorpora la capacitat de decidir

Els sistemes d'informació són clau per treballar de forma integrada i integral. Compartir la informació

clínica del pacient entre els professionals que intervenen en un procés assistencial, és fonamental per aconseguir una màxima qualitat assistencial, una coordinació adequada entre clínics, més agilitat en la resposta i millor seguretat per al pacient.

02

MODELS DE PRESTACIÓ DE SERVEIS

La prestació dels serveis d'AE "externs" a l'hospital poden contemplar 3 fórmules organitzatives diferents:

- **1).** L'especialista acudeix al CS per a realitzar **activitat assistencial directa**, interconsultes i participar en activitats formatives.
- **2).** L'especialista acudeix al CS per a **interconsultes i/o activitats formatives** sense realitzar activitat assistencial.
- **3).** L'especialista **no acudeix al CS** a realitzar cap activitat de forma sistemàtica.

Requisits del model d'organització de la prestació de serveis d'AE per a l'AP:

- Facilitar la relació interpersonal entre professionals d'AP i AE.
- Millorar l'accessibilitat de la població.
- Disposar d'història clínica única.
- Possibilitat de la doble via de consulta a l'especialista: interconsulta i derivació.
- Agenda flexible i adaptada a les necessitats, gestionada en AP i accessible des de la consulta del metge d'AP.
- Agenda pròpia per a cada EAP. Així, una bona relació entre AP i AE, amb adequació de les derivacions, implicarà una millora en l'accessibilitat a l'AE que repercutirà positivament en tots els nivells.
- Nivell de resolució adequat.

NIVELL DE RESOLUCIÓ O CAPACITAT RESOLUTIVA (CR)

La CR és un dels indicadors fonamentals de la qualitat assistencial d'un EAP i constitueix una informació complementària imprescindible per a conèixer el seu producte.

Podríem definir la CR com el grau en que un EAP resol allò que ha de resoldre.

■ **CR= consultes resoltes/Consultes resoltes + consultes resolubles no resoltes x 100.**

Per a estudiar la CR s'han de trobar aproximacions indirectes, perquè la informació directa és poc factible.

Una bona aproximació al coneixement de la CR es fa a partir de la comparació quantitativa de les derivacions entre EAP que tinguin poblacions de característiques similars:

■ **Derivacions per 100 habitants = Total derivacions en 1 any/nº habitants/100.**

Donat que no disposem de l'estàndard òptim amb el que comparar els resultats obtinguts amb aquest indicador, podem utilitzar les dades obtingudes per a EAP similars.

És important que el denominador utilitzat per a l'indicador de derivacions sigui sempre habitants (idealment població atesa) i mai consultes, ja que aquest últim es veu massa influenciat per aspectes organitzatius.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES II

GARANTIA DE QUALITAT A L'APS. CONCEPTES BÀSICS

DIVERSOS ENFOCAMENTS DEL CONCEPTE DE QUALITAT EN L'ATENCIÓ SANITÀRIA

Existeixen dos “**models conceptuals de la qualitat**”: el que respon a la pràctica de la **garantia de qualitat**, íntimament lligada en el seu origen a la iniciativa dels propis professionals sanitaris i centrada en els aspectes científicotècnics de l'atenció mèdica i el dels programes de **Millora Contínua de la Qualitat** que incorpora explícitament al sector salut la filosofia i les tècniques dels models de gestió empresarial basats en la satisfacció del client i en la qualitat total.

Una definició més eclèctica de la qualitat de l'atenció és: “la provisió dels serveis accessibles i equitatius, amb un nivell professional òptim, tenint en compte els recursos disponibles i aconseguint l'adherència i satisfacció de l'usuari”.

European Foundation for Quality Management (EFQM):

Proposta d'un model d'excel·lència útil per a l'autoavaluació de les organitzacions. En aquest model es dona prioritat absoluta a les persones (clients i treballadors). Dins la millora contínua de la qualitat l'adaptació a l'àmbit sanitari del Model Europeu d'Excel·lència proposat per la EFQM, representa la seva execució integral. Aquest model planteja valorar la gestió de la qualitat des de la premissa que l'obtenció de bons resultats en l'organització prové de la correcta gestió dels factors facilitadors o impulsors. Els resultats excel·lents respecte al rendiment de les organitzacions, els pacients, els professionals i la societat s'obtenen mitjançant un lideratge que dirigeix i planifiqui, gestioni a les persones, les aliances amb altres institucions, els recursos i els processos. El Model d'Excel·lència contempla tots aquests factors i els agrupa en nous criteris, cinc facilitadors (lideratge, associacions i recursos, política i estratègia, professionals i processos) i 4 de resultats (resultats en professionals, en clients, en la societat i Resultats o Rendiment).

Utilitzar el Model EFQM per a avaluar una organització sanitària implica afavorir la cultura de l'autoavaluació, la participació i el compromís directiu, la visió global de l'organització i l'entorn, la detecció de punts forts i àrees de millora i el consens organitzatiu.

DIMENSIONS DE LA QUALITAT

També anomenats components, atributs, característiques o factors de qualitat. Destaquen per la seva importància tres: la competència professional, la satisfacció del client i l'accessibilitat dels serveis. (P-2005: 45)

■ **Competència professional o qualitat científicotècnica.** És la dimensió central i menys

discutida de la qualitat. Capacitat d'utilització per part dels professionals del més avançat nivell de coneixement existent per a abordar els problemes de salut. Inclou tant aspectes científicotècnics com el tracte interpersonal en la relació amb el pacient. És la dimensió que millor s'entén pels professionals sanitaris i la que amb més freqüència s'ha utilitzat en la mesura de la qualitat de l'atenció sanitària. (P-1997: 07)

■ **Satisfacció.** És la mesura en la que l'atenció sanitària i l'estat de salut resultant compleixen amb les expectatives de l'usuari. Aquesta dimensió s'inclou en el concepte més ample d'**acceptabilitat**. El terme acceptabilitat inclou la satisfacció del pacient més l'**adhesió (compliance)** o el grau de col·laboració del pacient, definit com a la mesura en la que el pacient accepta i compleix el pla terapèutic i cures prescrites.

La satisfacció/acceptabilitat pot referir-se com a mínim a tres aspectes o subcomponents diferents:

■ aspectes organitzatius (ambient físic, temps d'espera, etc.)

■ efecte de l'atenció en l'estat de salut, i

■ la manera o tracte rebut durant el procés d'atenció per part del personal implicat. El model de gestió de qualitat total dona major rellevància a la satisfacció dels professionals que són considerats “clients interns” del producte o servei.

■ **Accessibilitat.** Facilitat amb la que els serveis sanitaris poden ser obtinguts en relació a barreres organitzatives, econòmiques, culturals o emocionals. Es creu que en sentit ample, el concepte d'equitat està inclòs en el concepte d'accessibilitat.

■ **Efectivitat.** És la mesura que una determinada pràctica o atenció sanitària millora l'estat de salut de l'individu o de la població concreta que és atesa. Eficàcia és el resultat o benefici que s'obté d'una prestació en condicions ideals d'utilització. (P-2005: 46)

■ **Eficiència.** (P-1997: 108) S'identifica amb la provisió d'un nivell determinat de qualitat al menor cost possible, o a la consecució del més alt nivell de qualitat amb una quantitat de recursos fixa i predeterminada. L'efectivitat i l'eficiència de la pràctica assistencial són condicions sine qua non per a considerar de qualitat a l'atenció mèdica prestada. Els programes de qualitat persegueixen que es faci el correcte i d'una manera acord amb les evidències científiques disponibles.

■ **Adequació o idoneïtat.** És la mesura en la que el servei o procediment es correspon amb les necessitats del pacient o de la població, és a dir, adequat com a sinònim de correcte, convenient o necessari per a l'atenció que es requereix.

■ **Continuïtat.** Mesura en que l'atenció necessària es proveeix d'una forma ininterrompuda i coordinada.

ESTRUCTURA, PROCÉS I RESULTAT

Per a descriure i avaluar la qualitat s'aplica el model de producció (**input-process-outcome**), estructura, procés i resultat. Per **estructura** s'estén les característiques relativament estables dels proveïdors de l'atenció, dels instruments i recursos que tenen al seu abast, dels llocs físics a on treballen i de l'organització que s'adopta.

Procés es refereix al conjunt d'activitats que els professionals realitzen, per o per al pacient, així com la resposta dels pacients a aquestes activitats. En el camp de la monitorització i de la millora contínua de la qualitat s'utilitza el concepte de **procés o sistemes d'atenció** que es defineix com: "la seqüència d'accions i interaccions entre les distintes unitats funcionals que participen en la prestació d'un servei".

El **resultat** es refereix als assoliments tant en el nivell de salut del pacient o de la població a la que és referent com en el grau de la seva satisfacció amb l'atenció rebuda. Els indicadors que s'utilitzen per a mesurar aquests resultats poden referir-se a mesures negatives basades en la morbiditat, en la capacitat funcional, en la qualitat de vida o en la mesura directa de l'estat de salut.

Existeixen resultats del procés que no deuen confondre's amb resultats de salut. Són aquells indicadors que mesuren els resultats de l'activitat o quantitat de serveis generats.

Una bona estructura és important per a la qualitat quan augmenta o disminueix la probabilitat d'una bona actuació. És una condició necessària, però no suficient. És un element bàsic en l'acreditació d'institucions i en la qualitat dels programes de formació.

Existeix unanimitat en considerar que la millor forma de garantir la qualitat de l'atenció és actuar sobre el procés, introduint activitats de millora en el treball habitual de tots els professionals seguint la terminologia que s'utilitza en els programes de millora contínua de la qualitat, construint procés de qualitat.

AVALUACIÓ, GARANTIA

I MILLORA CONTÍNUA DE LA QUALITAT

Programes de gestió de la qualitat: conjunt d'elements estructurals i d'activitats que tenen com a fi específic la millora contínua de la qualitat.

■ AVALUACIÓ

És la mesura del nivell de qualitat, identifica problemes i els dimensiona al comparar els resultats amb els objectius prèviament definits. Es compara i analitza la informació obtinguda a partir de dades de l'estructura, del procés o dels resultats, amb criteris de qualitat predefinits.

■ GARANTIA I MILLORA

A diferència de l'avaluació, la garantia i la millora de la qualitat no és una acció puntual sinó que s'estructura com a un programa, això és, com una seqüència d'activitats amb una finalitat determinada. Suposa tant l'avaluació com la correcció de les deficiències observades mitjançant propostes concretes. És un concepte dinàmic i es relaciona estretament amb el cicle de l'avaluació de la qualitat o cicle de garantia de qualitat: es posen mesures correctores i es torna a avaluar.

■ MILLORA CONTÍNUA

Amb aquest terme s'identifica un programa o pla que incorpora els conceptes i tècniques que s'associen al model de qualitat desenvolupades per grans empreses de la indústria i els serveis. Pretén incorporar la qualitat des del moment mateix del disseny del procés amb la participació activa de tots els professionals implicats en ell.

LES PRINCIPALS SENYES D'IDENTITAT DE LA MILLORA CONTÍNUA DE LA QUALITAT SÓN LES SEGÜENTS: (P-2002: 89)

- Defineix la qualitat, segons el punt de vista dels clients tant interns com a externs.
- Plena participació de tots els professionals responsables de l'atenció, amb especial protagonisme als anomenats *equips de millora*.
- És una actuació ilimitada en el temps que es basa en el cicle de millora.
- Es tracta d'un programa de qualitat interna.
- Se li dona una importància especial als sistemes d'atenció (procés).
- Busca prevenir els errors en lloc de solucionar problemes.
- Eliminació de l'estàndard o punt final, en base a la idea que tot, inclòs el que es fa bé, es pot millorar.
- El paper de l'equip directiu en la millora de la qualitat és fonamental i insubstituïble.
- L'essència de la millora contínua de la qualitat es podria identificar amb l'eslògan: *estudiar el procés i aprendre a millorar-lo*.

L'objectiu final dels programes de qualitat no és demostrar els problemes existents, ni tan sols proposar solucions; la seva finalitat és arribar a produir els canvis apropiats que milloren la qualitat de l'atenció oferida.

Des de la perspectiva dels serveis i organitzacions sanitàries es pot distingir programes interns (intrainstitucionals) i programes externs (suprainstitucionals). L'acreditació és l'exemple més característic d'un programa extern de qualitat.

Els programes interns de qualitat s'implanten en cada institució i el seu motor principal és la motivació i la capacitat dels professionals d'aquesta institució.

L'existència d'un programa o pla de millora de la qualitat requereix una estructura mínima: una comissió i un responsable. En la guia pràctica del pla de millora elaborada per la Camfic se situa el número d'integrants de la comissió entre un mínim de 3 i un màxim de 10 perquè la comissió sigui àgil i operativa.

A més d'aquesta estructura mínima, perquè un programa intern pugui mantenir-se i aconseguir els seus objectius són necessaris els anomenats **factores clau per a la qualitat**.

Les activitats que es desenvolupen en el marc d'un programa intern de qualitat poden agrupar-se en:

- Cicle avaluatiu i/o cicle de millora.
- Monitorització.
- Disseny de la qualitat.

FACTORS CLAU (P-2003 : 52)

La viabilitat dels programes de qualitat està condicionada per un conjunt de factors que no estan a l'abast directe dels professionals d'un equip o centre determinats. La qualitat de l'atenció està condicionada pel conjunt del sistema.

Existeixen com a mínim deu factors claus que reflecteixen l'interès d'una organització sanitària en la qualitat de l'atenció. L'existència de programes interns és solament un d'aquests factors claus. Els nou restants depenen de nivells organitzatius allunyats de l'àrea d'influència dels professionals: missió, ambient, planificació, predisposició al canvi, paper dels gestors i líders clínics, paper dels professionals sanitaris i no sanitaris, serveis de suport, coordinació organitzativa i atenció complerta i contínua.

CICLE AVALUATIU I/O CICLE DE MILLORA

El programa de garantia i millora de la qualitat té com a esquema de treball el cicle avaluatiu o cicle de garantia de qualitat de la literatura tradicional.

El programa de millora contínua de la qualitat esquematitza els diferents passos de tot el procés de millora en l'anomenat cicle de millora que, amb aquesta denominació, va aparèixer en la literatura amb posterioritat.

El model que s'identifica amb el programa de garantia i millora de la qualitat se l'ha relacionat amb els mètodes més pròxims a l'epidemiologia (elaboració d'indicadors i disseny d'estudis avaluatius o d'associació causal). La metodologia que s'associa al model de millora contínua de la qualitat té en comú l'interès per la representació gràfica de la realitat i de l'anàlisi i la importància que li concedeix als aspectes qualitatius (diagrama de fluxos, diagrama causa-efecte, gràfics de control, etc.)

ETAPES DEL CICLE AVALUATIU O CICLE DE GARANTIA DE QUALITAT

- Identificació de problemes
- Elaboració de criteris
- Disseny de l'estudi d'avaluació
- Avaluació de la qualitat
- Proposta de mesures correctores
- Execució de les mesures proposades
- Revaluació

FASES DEL CICLE DE MILLORA

PRIMERA FASE: DETECCIÓ	SEGONA FASE: ANÀLISI	TERCERA FASE: MILLORA	QUARTA FASE: MONITORATGE
Decidir començar, identificar i llistar situacions millorables, prioritzar-les, decidir qui treballa en cada una i definir equips de millora.	Analitzar les causes, considerar possibles solucions, escollir solucions factibles, establir mecanismes de control, detectar i analitzar les resistències al canvi.	Aplicar solucions, controlar el procés de la seva aplicació, detectar i reparar els obstacles que es produeixin.	Revisar els resultats a monitoritzar i reiniciar el cicle.

CICLE AVALUATIU

IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES

Existeixen múltiples mètodes més o menys complexos per a procedir a la identificació de problemes. Alguns d'ells tenen una base fonamentalment subjectiva, com a per exemple, el brainstorming, els grups nominals, l'opinió formal o informalment recollida de pacients o de personal sanitari o la revisió actualitzada de la literatura científica. Uns altres pretenen partir d'una certa objectivació, com la que pot resultar d'un micromostreig de casos o històries per a buscar àrees-problema, l'anàlisi d'incidents i queixes, l'estudi de condicions índex (traçadors), l'anàlisi de perfils estadístics, etc. La utilització d'un o un altre ha de dependre de les característiques de cada institució; en concret de la validesa, factibilitat i resultats pràctics previsibles de cadascun.

A l'enfrontar-se a més d'un problema, la seva prioritització és imprescindible. Una forma de fer-lo és considerar els clàssics criteris de Hanlon utilitzats en salut pública: nombre de pacients afectats (magnitud del problema), si estan o no en relació amb riscos greus per al pacient (gravetat), en què mesura depèn la solució del propi equip assistencial (vulnerabilitat) i el seu cost.

ELABORACIÓ DE CRITERIS

Una vegada identificat el problema s'ha de procedir a definir els criteris per a l'avaluació. La utilitat de l'avaluació depèn d'una correcta selecció i definició de criteris. Es poden definir els criteris com les condicions que ha de complir la pràctica assistencial (o l'estructura o els resultats, si escau) perquè pugui ser considerada de qualitat. Els criteris s'identifiquen amb objectius de qualitat assistencial que es volen complir.

Els criteris poden ser implícits o explícits.

Els criteris implícits són els que s'associen a la bona pràctica i responen als continguts teòrics que defineixen una activitat professional determinada. L'objectivació i comparacions del resultat de les avaluacions es dificulten amb l'ús de criteris implícits.

Els criteris explícits són aquells en que s'especifiquen les actuacions concretes a realitzar en cada cas. Poden ser al seu torn empírics o descriptius i normatius. Els criteris empírics són definits sobre la base de la manera que habitualment es presta una determinada atenció.

S'usen com a referència per a jutjar l'actuació d'una institució o grup de professionals concrets. Aquest tipus de criteris té el risc de perpetuar una mala pràctica que per distintes raons hagués arribat a ser habitual. Els criteris normatius s'elaboren específicament per a una situació concreta, i assenyalen d'una forma operativa el què ha de fer-se, com i per què.

Estàndard és l'especificació quantitativa d'un criteri. El terme estàndard se sol emprar més en els programes d'acreditació, i en aquest context es refereix al nivell mínim que s'ha d'arribar en el compliment d'un criteri, perquè sigui acceptable.

Per a facilitar l'avaluació posterior és convenient utilitzar criteris explícits i normatius.

DISSENY DE L'ESTUDI D'AVALUACIÓ

És la part més tècnica del cicle avaluatiu i requereix una aplicació metodològica rigorosa. El disseny de l'estudi persegueix mesurar el nivell de qualitat d'una àrea de l'activitat del centre, comparant la realitat observada amb els criteris prèviament definits. En el disseny d'un estudi d'avaluació, com passa amb altres dissenys metodològics, és necessari tenir en compte diferents aspectes, com la dimensió de la qualitat a mesurar, el tipus de dades que es van a recollir (de l'estructura, del procés o resultats), les unitats d'estudi, la identificació i el mostreig de casos, les fonts de dades, els criteris que es van a emprar o la manera d'intervenció prevista per a millorar la qualitat.

Definició de la unitat bàsica d'estudi en la qual es van a mesurar els criteris de qualitat. Habitualment es realitza segons tres aspectes: característiques del pacient o població objecte de l'atenció que s'avalua, característiques del professional o professionals que participen i període de temps avaluat.

Els objectius de l'avaluació de la qualitat no són idèntics als d'un treball d'investigació habitual i, moltes vegades, pot portar-se a terme amb un nombre relativament petit de casos: mínim de 20 o el 5% del total, o entre 30 i 60 casos com a regla pràctica i habitualment suficient.

■ Avaluació de la qualitat

Els resultats obtinguts després de la recollida i anàlisi de les dades dissenyades es compara amb els criteris definits en l'estadi inicial. S'emet un judici sobre quines dades són incomplides i s'identifiquen les causes.

■ Proposta de mesures correctores

El col·lectiu de professionals, una vegada valorades les diferents alternatives, proposa les modificacions que creu oportunes per a arribar al compliment requerit dels criteris. En el cas que s'haguessin detectat problemes de formació o estructurals poden ser necessàries activitats educatives específiques o mesures organitzatives que requereixin la intervenció de la direcció.

■ Execució de les mesures proposades

La proposta i execució de mesures correctives és el que distingeix més genuïnament les activitats de garantia de qualitat del que serien només estudis d'avaluació de la qualitat assistencial.

■ Reavaluació

Transcorregut un termini de temps determinat i utilitzant un disseny similar al de l'etapa anterior, es recullen i analitzen les noves dades que permeten avaluar en quin grau es compleixen ara els criteris inicialment definits. Segons com sigui el resultat d'aquesta reavaluació, s'inicia de nou el cicle.