

BUTLLETÍ OFICIAL DEL PARLAMENT DE CATALUNYA

VI legislatura

Setè període



Número 345

Dijous, 24 d'octubre de 2002

S U M A R I

3. TRAMITACIONS EN CURS

3.30. Altres tramitacions 3.30.04. Procediments relatius als informes del Síndic de Greuges

Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'Aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya (tram. 360-00007/06). Obertura del procediment i encàrrec a la Comissió.

2

4. INFORMACIÓ 4.80. Síndic de Greuges

Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'Aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya (tram. 360-00007/06).

2

Presentació

1. Introducció

3

2. Contingut de la reforma de l'atenció primària de la salut

4

3. L'estudi sobre la reforma de l'atenció primària de la salut

8

4. La qualitat assistencial des de la perspectiva dels professionals

11

5. La qualitat assistencial des de la perspectiva dels usuaris

13

6. Valoració de la reforma de l'atenció primària de la salut

15

7. Conclusions

20

8. Relació d'abreviatures utilitzades i informes citats

21

Annex I: Centres d'atenció primària considerats a l'enquesta

21

Annex II: Qüestionari per als professionals

22

Annex III: Qüestionari per als usuaris

29

3. TRAMITACIONS EN CURS

3.30. ALTRES TRAMITACIONS

3.30.04. PROCEDIMENTS RELATIUS ALS INFORMES DEL SÍNDIC DE GREUGES**Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'Aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya**

Tram. 360-00007/06

Obertura del procediment i encàrrec a la Comissió del Síndic de Greuges

PRESIDÈNCIA DEL PARLAMENT

La Mesa del Parlament, en sessió tinguda el dia 15 d'octubre de 2002, ha pres nota de l'Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'Aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya (tram. 360-00007/06) i ha ordenat de publicar-ho en el *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*.

Així mateix, en sessió tinguda el dia 22 d'octubre de 2002, d'acord amb l'article 144.4 del Reglament del Parlament i escoltada la Junta de Portaveus, la Mesa ha acordat que sigui tramitat exclusivament per la Comissió del Síndic de Greuges.

Palau del Parlament, 22 d'octubre de 2002

Joan Rigol i Roig
President del Parlament de Catalunya

4. INFORMACIÓ

4.80. SÍNDIC DE GREUGES

Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'Aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya

Tram. 360-00007/06

Índex

Presentació

1. Introducció

2. Contingut de la reforma de l'atenció primària de la salut

2.1. La declaració «Salut per a tothom l'any 2000» d'Almà-Atà

2.2. Model d'atenció primària no reformat

2.3. Model d'atenció primària reformat

2.4. El canvi normatiu i la seva aplicació

2.5. Valoració preliminar

3. L'estudi sobre la reforma de l'atenció primària de la salut

3.1. Queixes presentades al Síndic

3.2. Finalitat de l'informe

3.3. Plantejament de l'estudi

3.4. Centres d'atenció primària considerats a l'enquesta

4. La qualitat assistencial des de la perspectiva dels professionals

4.1. L'enquesta als professionals

4.2. La resposta dels professionals

5. La qualitat assistencial des de la perspectiva dels usuaris

5.1. L'enquesta als usuaris

5.2. La resposta dels usuaris

a) Aspectes generals

b) Efectivitat de les normes

c) Temps d'espera

d) Qualitat de l'atenció mèdica

e) Resultat de les visites

f) Comportament del personal

6. Valoració de la reforma de l'atenció primària de la salut

6.1. Compliment de la normativa

6.2. Valoració dels models de gestió

6.3. Qualitat assistencial

6.4. Centres públics i privats

6.5. El model associatiu

7. Conclusions

8. Relació d'abreviatures utilitzades i informes citats

Annex I: Centres d'atenció primària considerats a l'enquesta

- a) Centres de l'ICS no reformats
- b) Centres de l'ICS reformats
- c) Centres de gestió privada reformats

Annex II: Qüestionari per als professionals

- 1) Qüestionari per al director mèdic
- 2) Problemes principals i queixes
- 3) Temps de les visites mèdiques
- 4) Temps d'espera
- 5) Receptes
- 6) Documents sobre organització interna
- 7) Urgències
- 8) Atenció domiciliària
- 9) Històries clíniques
- 10) Lliure elecció de metge
- 11) Activitats complementàries i de prevenció
- 12) Coordinació dels EAP
- 13) Coordinació amb altres activitats sanitàries
- 14) Formació continuada del personal sanitari
- 15) Tràmits administratius
- 16) Dades i valoracions generals

Annex III: Qüestionari per als usuaris

- A) Aspectes generals
- B) Efectivitat de les normes
- C) Temps d'espera
- D) Qualitat de l'atenció mèdica
- E) Resultat de les visites
- F) Comportament del personal

PRESENTACIÓ

La reforma de l'atenció primària de la salut, iniciada l'any 1985, gairebé al mateix temps que la nostra institució començava a prestar els seus serveis als ciutadans de Catalunya, ha potenciat aquest nivell assistencial en el nostre país, ha fet augmentar les expectatives que els ciutadans hi dipositen i representa un progrés en la qualitat del servei públic sanitari i en l'atenció a les necessitats a les quals mira de respondre.

La lenta implantació d'aquesta reforma ha fet que a hores d'ara encara no s'hagi completat plenament. Sabem, però, que ja està pràcticament culminada i que els centres que encara resten pendents la incorporaran aviat. Ara bé, la llarga convivència del model antic i del nou ha comportat que durant molts anys els ciutadans de Catalunya hagin rebut una atenció primària molt desigual. Aquest fet ha generat greuges comparatius i ha afavorit la presentació de queixes sobre aquesta matèria.

El Síndic de Greuges de Catalunya ha atès aquestes queixes i, en casos especials, ha obert actuacions d'ofici. Totes aquestes actuacions ens han permès arribar a un cert grau de coneixement dels problemes que afecten l'atenció primària de la salut a Catalunya.

La llei reguladora de la nostra institució preveu en l'article 30.4 que el Síndic pot presentar informes extraordinaris quan ho requerirà la importància dels fets que motiven la seva intervenció. Tots som conscients del protagonisme que la sanitat pública –i, més concretament, de l'atenció primària de la salut– tenen en el nostre sistema polític i social. Per això, hem cregut que seria d'utilitat fer arribar als diputats al Parlament de Catalunya i als ciutadans catalans les nostres reflexions sobre aquesta matèria, com també les recomanacions que és possible fer a les administracions públiques arran d'aquestes consideracions.

Hem volgut que l'informe incorporés tant l'opinió dels professionals que treballen en l'atenció primària de la salut com la dels seus usuaris. Amb aquesta finalitat hem obert dues enquestes diferents que hem fet arribar als professionals i usuaris de sis centres d'atenció primària de Catalunya. S'ha intentat triar centres prou representatius dels diferents models de gestió que actualment conviuen en l'atenció primària de la salut al nostre país, amb la intenció de facilitar la comparació entre els resultats oferts per aquests models. A més, hem visitat els sis centres per completar la nostra informació amb l'observació i el contacte directe amb els professionals i els usuaris.

Així doncs, aquest estudi es basa fonamentalment en la informació obtinguda en la tramitació d'expedients originats per queixes de ciutadans o per actuacions d'ofici, en la informació obtinguda en les nostres visites i en l'anàlisi de les respostes que professionals i usuaris han donat a les nostres enquestes.

L'estudi s'ha orientat particularment a comparar els diferents models de gestió. Així, s'ha procurat contrastar els resultats dels centres reformats i no reformats, públics i privats, i també valorar els resultats del model associatiu de gestió privada.

Com s'indica en el títol, l'informe que ara presentem és una aproximació. No és pas ni la darrera paraula ni pretén ser la més autoritzada sobre aquesta qüestió. Intenta, això sí, contribuir a un debat que ajudi a fer més eficaç la reforma, a potenciar els elements positius que comporta i a corregir alguns dels defectes que la seva implantació concreta i gradual ha evidenciat. Des d'aquest pòrtic animem a elaborar un estudi més extens que pugui ajudar més i millor a aconseguir fer realitat la protecció de la salut, l'atenció primària de la salut, i que alhora faci més efectius els mandats de l'article 43 de la Constitució.

Volem agrair als responsables i funcionaris del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, del Servei Català de la Salut i de l'Institut Català de la Salut la informació que ens han facilitat per a la seva realització. De manera particular, agraïm als directors mèdics i als adjunts d'infermeria, així com a d'altres professionals dels sis centres estudiats en aquest Informe la seva disponibilitat i l'ajut que ens han prestat en tot moment.

Finalment, també volem agrair la participació als usuaris i professionals que han col·laborat en les nostres enquestes i que ens han permès fer aquesta aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya.

Anton Cañellas
Síndic de Greuges

1. INTRODUCCIÓ

La reforma de l'atenció primària de la salut s'inicià formalment a l'Estat espanyol l'any 1984 amb un cert consens i cooperació entre el Ministeri de Sanitat i les comunitats autònomes. Des de bon començament es va preveure que implantar la concepció integral dels serveis sanitaris i integrar plenament els sectors tradicionals seria, per força, un procés lent.

A Catalunya, el Departament de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat provisional inicià aviat els treballs de desplegament del mapa sanitari i l'elaboració dels principis de la reforma de l'atenció primària de la salut. Aquesta tasca va permetre el 21 de març de 1985 publicar el decret que reorganitzava l'atenció primària a Catalunya.

Alguns anys abans, l'Organització Mundial de la Salut havia aprovat la proposta, feta per la Conferència Internacional sobre l'Atenció Primària de la Salut d'Almà-Atà l'any 1978, anomenada «Salut per a tothom l'any 2000». Aquesta proposta basava el sistema sanitari en l'atenció primària de la salut, i potenciava la figura del metge de capçalera i el treball en equip. A més, incorporava la prevenció, l'educació sanitària i la rehabilitació com a elements importants de l'atenció primària integral i com a eix vertebrador del sistema sanitari.

Sobre aquestes bases es va ordenar el nou model d'atenció primària a Catalunya. El sistema existent evidenciava una fragmentació notòria entre les activitats preventiva i curativa, i obviava altres aspectes fonamentals en un sistema sanitari modern, com ara la promoció de la salut i la rehabilitació. Anteriorment, una política sanitària adreçada a fomentar prioritàriament el sector hospitalari havia relegat l'atenció primària de la població a un segon pla dintre del sistema sanitari.

La reforma establia així un nou model d'atenció primària de salut, basat en els criteris d'accessibilitat i continuïtat dels serveis i en la coordinació amb la resta de nivells d'atenció. El primer nivell assistencial era considerat el nucli central del sistema sanitari, i en ell es passava d'una relació individual entre metge i usuaris a una consideració de treball en equip multidisciplinari. L'objectiu de l'atenció sanitària era tant l'individu com la comunitat.

El procés d'implantació de la reforma de l'atenció primària ha estat particularment lent. El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha entès que es tractava d'un procés dinàmic i que, per això, en la seva aplicació s'havien d'allunyar de plantejaments dogmàtics i poc flexibles.

Els centres La Mina l'any 1983, i Vila-roja i Ciutat Badia l'any 1984, van implantar la reforma amb caràcter experimental. Poc després, el 21 de març de 1985, es va aprovar el decret que establia els trets fonamentals de la reforma de l'atenció primària a Catalunya. Més tard, el 9 de juliol de 1990, s'aprovà la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (d'ara endavant LOSC) que reordenà el model i fixà un termini de finalització del procés de deu anys, comptadors a partir de l'any en què es va iniciar la constitució dels equips d'atenció primària (d'ara endavant EAP), termini que no s'ha complert.

En essència, el model era el mateix a l'Estat que a Catalunya, perquè la legislació bàsica era competència de l'Estat, però també perquè hi havia consens en els trets fonamentals que havien de configurar els nous serveis d'atenció primària.

Amb tot, la implantació de la reforma de l'atenció primària a Catalunya ha tingut diferències amb la resta de l'Estat. A Catalunya, els EAP s'han constituït integrant els mateixos metges que ja treballaven amb el sistema antic d'atenció primària.

Aquest fet va comportar que no es produís cap duplicació de plantilles, però també va motivar, entre altres factors, que el ritme d'implantació d'aquesta reforma fos molt més lent que en altres comunitats autònomes, i això ha incidit sobre la qualitat assistencial. A més, la integració dels professionals antics ha estat difícil i s'ha produït amb una certa desmotivació.

El lent procés d'implantació del nou model ha fet que s'hagin promulgat diverses mesures complementàries sobre el règim jurídic del personal, s'han arbitrat els mecanismes per facilitar la posada en funcionament de nous EAP i, també, diverses ordres sobre la determinació de les plantilles orgàniques i la integració dels serveis ordinaris i especials d'urgència de la seguretat social en els EAP que assumeixin la prestació de serveis d'atenció continuada.

Tant el decret de reforma com les ordres complementàries de desplegament han definit un model reglamentat, que s'ha desenvolupat principalment dins el marc de l'Institut Català de la Salut.

El Reglament-Marc de funcionament dels equips d'atenció primària (d'ara endavant RM), aprovat per l'Ordre de 6 de maig de 1990, ha estat, al nostre entendre, la norma bàsica d'estructuració del sistema, i, per tant, ens hi hem basat per redactar els qüestionaris presentats als professionals i als usuaris dels centres d'atenció primària de les diferents àrees bàsiques de salut visitades.

Des del començament el Síndic de Greuges de Catalunya s'ha interessat pel desenvolupament d'aquest procés, ja que, com ha reiterat en quasi tots els informes que ha presentat al Parlament, la necessitat de potenciar l'atenció primària de la salut és fonamental (*Informe 2000* pàg. 173; BOPC pàg. 91). La reforma ha permès progressar des del model assistencial tradicional, basat exclusivament en la cura, fins al nou model, que integra també la prevenció, la rehabilitació i la promoció de la salut. Tanmateix, disset anys després del seu comen-

çament, la reforma encara no està plenament implantada, i en alguns llocs s'implanta de manera poc ortodoxa i incompleta.

El Síndic de Greuges ha criticat tant aquesta lentitud com les irregularitats en la seva implantació. També ha indicat en diverses ocasions l'eventual discriminació que tot això comporta per als ciutadans que no poden accedir al model reformat (*Informe 2000* pàg. 173; BOPC pàg. 90). Això no obstant, i d'acord amb la línia dels nostres suggeriments, hem constatat que últimament s'ha volgut impulsar el procés d'implantació de la reforma de l'atenció primària, com ho demostren els darrers anys els reglaments dictats en aquest sentit pel Govern de la Generalitat.

Així, el Departament de Sanitat i Seguretat Social dictà el 28 d'abril de 1998 un decret pel qual s'establien normes per impulsar la implantació del nou model. Es tractava d'implantar ràpidament algunes reformes en tots els centres que encara no havien estat reformats, a fi de millorar la qualitat de l'assistència als usuaris d'aquests centres. D'aquesta manera es facilitava la progressiva extensió del nou model a tot Catalunya. Aquest decret contenia mesures com ara l'augment progressiu de les activitats de prevenció i promoció de la salut, l'increment de la utilització de protocols clínics i de la història clínica, la prioritització de les actuacions domiciliàries i d'infermeria i, finalment, la potenciació de la coordinació amb l'atenció especialitzada i sociosanitària.

2. CONTINGUT DE LA REFORMA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE LA SALUT

2.1. La declaració «Salut per a tothom l'any 2000» d'Almà-Atà

L'any 1978 la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de la Salut, reunida a Almà-Atà, va aprovar la declaració que posteriorment es va anomenar «Salut per a tothom l'any 2000». Aquesta declaració incorporava el dret al benestar físic, mental i social entre els drets humans fonamentals. Es proposava l'objectiu que l'any 2000 tots els pobles de la Terra tinguessin un nivell de salut que fes possible una vida productiva des del punt de vista social i econòmic. Evidentment aquest objectiu no s'ha assolit, però l'estratègia que proposava aquell document ha orientat les polítiques sanitàries de la major part dels països del món, amb efectes extraordinàriament positius en el descens de la morbiditat i de la mortalitat i, en conseqüència, de l'augment espectacular de l'esperança de vida mundial a final del segle xx.

La declaració considerava l'atenció primària l'eix del sistema de salut i demanava la universalització d'aquesta atenció a tots els individus i famílies. Entenia que l'atenció primària havia de fer front als principals problemes de salut d'una comunitat, proporcionant serveis de promoció de la salut, prevenció i rehabilitació, a més de l'atenció curativa. També havia d'incloure l'educació per a la salut i altres aspectes fonamentals per als països en desenvolupament, com ara l'accés a l'aigua potable, l'oferta alimentària adequada i la planificació

familiar. Finalment, recordava que el treball en equip dels professionals sanitaris –metges, infermers, auxiliars– era la manera més adequada de prestar el servei d'atenció primària de la salut.

2.2. El model d'atenció primària no reformat

Malgrat la diversitat de situacions que es podien trobar en l'atenció primària a principi dels anys vuitanta, hem de parlar d'un «model d'atenció primària no reformat». Aquest model es basa, de forma gairebé exclusiva, en l'atenció curativa a la població; concep l'atenció primària com un filtre amb el qual s'atenen els aspectes més burocràtics i els trastorns menys importants, i des d'on s'orienta el malalt cap a l'especialista quan el problema presenta alguna complexitat.

L'escassa dedicació horària dels professionals –2,5 hores, en consultes massificades– i el plantejament individualista de la seva tasca són fets que afavoreixen una certa burocratització de l'assistència primària. Els malalts fan cua amb el seu número de visita per rebre una atenció molt ràpida, que moltes vegades es redueix a la formalització de la baixa laboral o a l'expedició de la recepta. Es tracta d'un model individualitzat, en el qual la informació queda exclusivament a mans del metge que ha atès el malalt. A més, aquest model propicia la desatenció de les tasques de prevenció i educació de la salut.

Molts centres no reformats pateixen un cert abandonament a causa del fet d'estar pendents d'una reforma que no acaba d'arribar. Això afecta tant l'organització, que no evoluciona, com les instal·lacions, amb mitjans obsolets per a les tasques assistencials o d'infermeria. Tot i això, molts d'aquests centres han introduït alguns dels criteris dels centres reformats, però sense afectar la seva estructura bàsica de funcionament.

Els serveis mèdics s'organitzen de forma coordinada en unitats territorials classificades en zones mèdiques, serveis provincials, regionals i generals. Les zones mèdiques són les unitats primàries per a l'organització de l'assistència sanitària, i estan delimitades de manera que siguin assequibles per a les visites domiciliàries i corresponguin a l'àmbit d'actuació dels metges de família.

Els serveis provincials s'organitzen en circumscripcions territorials, denominades sectors i subsectors, d'acord amb el nombre de persones protegides i a les característiques geogràfiques i laborals de cada zona. Els sectors constitueixen unitats assistencials completes, de manera que en la seva demarcació l'assistència comprèn totes les especialitats.

Els contingents –quotes de població per metge– es determinen amb escales de nivells de proporcionalitat, cosa que relaciona la població total de la localitat i el nombre de titulars i beneficiaris que hi resideixen, amb uns contingents màxims. L'elecció de metge general es pot fer dins de la zona, sempre que hi presti serveis més d'un metge. També, dins de la zona, es pot elegir pediatre de família per als beneficiaris dels titulars del dret a l'assistència sanitària menors de set anys. El ginecòleg es pot triar entre els que actuen a la localitat, segons

es desprèn del Decret 2766/1967, de 16 de novembre, d'assistència sanitària i ordenació dels serveis mèdics, derogat només parcialment.

Altres característiques d'aquest model són la dedicació parcial dels metges amb pagament capítatiu, la infermeria per cada dos o tres metges, l'atenció pediàtrica fins a set anys, l'atenció exclusivament curativa, una bona accessibilitat als serveis, el treball individual i el diferent nivell de formació i titulació dels professionals, ja que fins l'any 1978 no es va crear l'especialitat de medicina familiar i comunitària.

2.3. El model d'atenció primària reformat

El Decret aprovat per la Generalitat l'any 1985 i les normes legals aprovades l'any 1990 van establir un model de prestació de serveis sanitaris de caràcter territorial basat en una unitat territorial anomenada Àrea Bàsica de Salut (d'ara endavant ABS) equivalent a la «Zona Bàsica de Salut» establerta pel Ministeri de Sanitat i Seguretat Social. Aquesta àrea és atesa almenys per un equip de professionals –l'equip d'atenció primària– integrat per metges de família, pediatres, odontòlegs, infermers i treballadors socials. Aquest equip és coordinat per un director mèdic, amb l'ajuda d'un adjunt d'infermeria. Els membres de l'equip tenen una dedicació de trenta-sis a quaranta hores setmanals, en torn de matí, torn de tarda o en règim de matí i tarda.

L'usuari és assignat a l'EAP en conjunt, i dins d'ell del mateix EAP pot triar el professional que l'ha d'atendre. Segons les circumstàncies de la zona, una ABS pot tenir més d'un centre d'atenció primària (d'ara endavant CAP) per cobrir l'atenció primària dels seus usuaris.

El nou model no es limita a les funcions assistencials, sinó que opta per una visió més àmplia de l'atenció primària, i incorpora activitats de prevenció de la malaltia, promoció de la salut i rehabilitació per a la vida quotidiana. També considera la possibilitat d'exercir activitats docents i de recerca. Es preveu la desaparició del servei específic d'urgències en l'atenció primària, sobre la base que els EAP assumeixen un horari d'atenció continuada.

Una altra característica essencial del nou model és la separació entre el finançament i la provisió del servei sanitari. El Servei Català de la Salut (d'ara endavant SCS), dependent del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat, assumeix el finançament, la planificació i l'avaluació dels serveis sanitaris; estableix, en definitiva, els criteris generals que han de caracteritzar els serveis sanitaris de provisió pública, d'acord amb la política sanitària del departament. En canvi, la gestió i prestació d'aquests serveis són encomanades a altres entitats –que poden ser de naturalesa jurídica diversa–, entre les quals destaca principalment l'Institut Català de la Salut (d'ara endavant ICS).

L'esmentada separació de funcions permet que la gestió del servei es pugui encomanar, totalment o en part, a entitats privades. Així, la LOSC preveu que l'SCS pot establir acords, convenis o concerts amb entitats privades. També preveu fórmules de gestió integrada o com-

partida entre entitats públiques o privades. Aquest marc jurídic organitzatiu ha possibilitat que els darrers anys s'hagin pogut establir convenis i contractes, amb diferents entitats i institucions, per a la gestió dels serveis d'atenció primària de determinades ABS. Així, aquest model ha permès una flexibilitat que s'ha reflectit en la diversitat de proveïdors dels serveis sanitaris. Hi ha proveïdors públics –majoritàriament l'ICS, però també consorcis amb ajuntaments i amb societats anònimes públiques de diverses administracions– i privats. Aquests últims són normalment mútues sanitàries, però en algun cas són entitats de base associativa (d'ara endavant EBA) formades pels mateixos metges que treballen al centre.

D'aquesta manera, la introducció de la separació de les funcions de finançament i provisió de serveis ha permès en l'àmbit de l'assistència primària la diversificació de les entitats proveïdores, i ha fet possible l'avenç cap a un entorn de competència regulada entre elles.

Un altre aspecte molt important ha estat la implantació del Pla de salut, que estableix les línies directives i de desplegament d'activitats, els programes i els recursos que necessita l'SCS per assolir les seves finalitats. D'acord amb la LOSC, el Pla de salut de Catalunya és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en el àmbit de la salut a Catalunya.

En aquesta estructura organitzativa, el contracte de serveis d'assistència primària –signat amb el proveïdor de serveis sanitaris– és l'instrument que articula el marc de relació entre l'SCS i les entitats proveïdores. Aquest contracte –que ha d'estar vinculat al Pla de salut– defineix l'oferta de serveis, de manera que s'ajusti a la demanda i les necessitats sanitàries de la població, d'acord amb els criteris de política sanitària establerts. Si l'entitat proveïdora no compleix satisfactòriament els objectius per als quals ha estat contractada, l'SCS pot resoldre el contracte amb el proveïdor del servei. Tanmateix, no ens consta que fins ara s'hagi exercit aquesta potestat.

Aquesta permeabilitat amb les noves fórmules de gestió, incloent-hi la possibilitat d'una gestió directa per part dels mateixos professionals, permet més dinamisme i flexibilitat en la recerca de solucions específiques i imaginatives als problemes complexos que ha d'abordar la gestió sanitària. Així doncs, el legislador català, lluny d'optar per un model únic de gestió de serveis d'atenció primària, pretén afavorir la diversitat.

En aquest sentit, les funcions del Departament de Sanitat i Seguretat Social, i concretament les de l'SCS, se centren a garantir la qualitat dels serveis, l'equitat en l'accessibilitat i en la prestació, la utilització eficient dels recursos de caràcter públic i la satisfacció de l'usuari. Per portar a terme aquestes tasques, l'SCS, entre altres coses, avalua i controla els serveis i valora l'actuació de les diferents entitats proveïdores.

Per tant, el nou model organitzatiu es caracteritza, com hem dit, per la separació de les funcions de planificació, avaluació, compra i finançament dels serveis sanitaris a càrrec de l'SCS, mentre que la provisió i la gestió corresponen als diferents proveïdors del sistema.

Pel que fa a la gestió del personal dels serveis d'atenció primària, cal dir que correspon a les diferents entitats proveïdores establir els criteris per dur-la a terme, ben entès que es garanteix sempre el respecte als drets adquirits pels diferents col·lectius de professionals que ja treballaven a la xarxa pública d'atenció primària.

Des del punt de vista de l'organització dels serveis sanitaris, l'EAP constitueix a la xarxa reformada un conjunt pluridisciplinari de professionals, sanitaris i no sanitaris, responsables de l'atenció primària de salut de la població que tenen assignada. Aquest conjunt comprèn metges de família, pediatres, odontòlegs, infermers, auxiliars d'infermeria, assistents socials i personal no sanitari. El resultat és un espectre professional més diversificat que en els centres no reformats i amb una dedicació horària dels metges més àmplia (36-40 hores/setmana).

Així, l'horari habitual de funcionament dels serveis d'atenció primària reformats és des de les 8 h. del matí fins a les 20 h. del vespre, de dilluns a dissabte. En l'àmbit rural, però, l'horari dels consultoris locals és variable en funció de les característiques territorials i demogràfiques de l'Àrea Bàsica de Salut i de l'organització interna de l'EAP. Els EAP que tenen assignada l'atenció continuada també atenen les urgències des de les 20 h. del vespre fins a les 8 h. del matí següent els dies feiners, i 24 hores el dia els dies festius.

En els centres reformats els EAP tenen assignades funcions que comporten canvis qualitatius quant al contingut del treball dels professionals: a més de l'atenció curativa, els EAP tenen assignada l'execució d'activitats preventives i de programes de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i educació sanitària, l'atenció rehabilitadora cap a la vida quotidiana, la participació en programes de docència i formació, l'elaboració i execució dels programes que es considerin necessaris, l'elaboració d'estudis clínics i epidemiològics, l'elaboració dels diagnòstics de salut, l'autoavaluació i la documentació i informació sanitàries.

La reforma incorpora un gran nombre de canvis organitzatius amb molta incidència en la qualitat assistencial. Així, trobem la incorporació de la unitat bàsica metge-infermer; la integració de nous professionals com ara l'assistent social; la utilització i implantació de la història clínica; la direcció i el treball en equip; l'horari de funcionament de 8 a 20 hores, de dilluns a dissabte; l'organització horària de visites per atendre la demanda urgent i no urgent al centre i a domicili; la cita prèvia i programada; la unitat d'atenció a l'usuari, pròpia per a cada ABS; els programes de prevenció i promoció de la salut i d'educació sanitària; i l'atenció odontològica. Caldria destacar particularment –sobretot en referència al tractament de les malalties cròniques– l'atenció domiciliària, que es pot fer a demanda o programada pel centre a través del programa d'atenció domiciliària (d'ara endavant ATDOM), específicament adreçat a la població que no pot desplaçar-se al CAP a causa de l'edat, condició física o situació sociofamiliar.

La dedicació parcial dels professionals –metges i infermers– del model tradicional s'ha substituït en el model

reformat per una dedicació completa. L'activitat curativa ha passat a ser també preventiva i rehabilitadora i, per tant, quasi integral. El treball aïllat i individual dels facultatius ha passat a ser en equip. De l'ordenació territorial descontrolada s'ha passat a les ABS i la remuneració als facultatius per sistema de pagament capítatiu s'ha convertit en pagament per salari.

Altres prestacions introduïdes per la reforma són: el programa d'atenció a la dona, que s'ocupa de l'embaràs, la preparació per al part i el seguiment i diagnòstic de malalties; l'atenció a la infància, fins a 14 anys, amb vacunacions, revisions i educació sanitària; l'atenció a l'adult i l'ancià, amb vacunacions i detecció de factors de risc, l'educació, l'atenció domiciliària, l'assistència en malalties cròniques, l'atenció d'urgència, de forma contínua, durant les 24 hores del dia, amb atenció mèdica i d'infermeria, ambdues també domiciliàries, i, finalment, l'atenció bucodental, amb la seva educació i prevenció.

2.4. El canvi normatiu i la seva aplicació

L'article 149.1.16 de la Constitució Espanyola reserva a l'Estat la competència exclusiva sobre bases i coordinació general sanitària. Per això la reforma de l'atenció primària comença amb la promulgació del Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut, elaborat pel Ministeri de Sanitat i Consum i prèviament consultat amb les comunitats autònomes. Com hem dit, ja des de l'inici es va anunciar que la concepció integral dels serveis sanitaris i la integració dels serveis tradicionals seria, per força, un procés lent. Dos anys més tard, el 25 d'abril de 1986, es va promulgar la Llei general de sanitat, que confirmava l'orientació apuntada en el decret, però que donava a la nova regulació rang de llei.

En l'evolució cap a un sistema d'atenció generalitzada es va fer un pas important l'any 1995 quan els serveis i les prestacions sanitàries van ser regulats pel Reial decret 63/95, de 20 de gener, sobre ordenació de prestacions sanitàries del sistema nacional de salut.

A Catalunya, ja amb la Generalitat provisional, es van iniciar aviat els treballs de desplegament del mapa sanitari i d'elaboració dels principis de la reforma en matèria d'atenció primària de salut, treballs que van conduir al Decret de la Generalitat 84/1985, de 21 de març.

Anys després, el 1990, va tenir lloc la reforma legislativa més important. Primer amb l'Ordre de 6 de maig de 1990, que aprovava el Reglament-Marc de funcionament dels equips d'atenció primària, que potser va ser la norma més decisiva, ja que defineix les característiques del nou model reformat, homogeneïtza els EAP i els organitza per respondre tant a les necessitats de la població com a les dels professionals.

Poc després, el Decret 129/1990, de 28 de maig, de mesures complementàries per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya, regulà fonamentalment el règim jurídic del personal i establí mecanismes per facilitar la posada en funcionament de nous EAP. Aquest decret va ser modificat posteriorment de forma

parcial pel Decret 217/1991, de 14 d'octubre, i desenvolupat per diverses ordres sobre determinació de plantilles orgàniques i sobre integració dels serveis ordinaris i especials d'urgència de la seguretat social en els EAP. Finalment, el 9 de juliol del mateix 1990, va ser aprovada la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya –modificada més tard per la Llei 11/1995, de 29 de setembre–, que constitueix la norma sanitària d'àmbit català de rang més elevat.

A final de l'any 2000 l'assistència primària reformada arribava al 84 % de la població, i es preveia que a la fi de l'any 2001 arribaria al 89 % i, acabat el 2002, a tota la població de Catalunya. D'aquesta manera, l'any 2002, d'acord amb les previsions del Departament de Sanitat i Seguretat Social, ha d'estar completada la reforma de l'assistència primària iniciada l'any 1985.

Tot i això, com veurem més endavant, molts dels centres teòricament reformats encara tenen una proporció important de metges amb horari i funcionament pràctic «no reformat», i això fa que aquests centres no puguin donar, en condicions adequades, les prestacions previstes a les normes que regulen l'esmentada reforma (*Informe 1999* pàg. 238; BOPC pàg. 129).

A més, cal destacar que el model tradicional encara és vigent per a una bona part de la població de la regió sanitària de Barcelona, on el nivell d'implantació d'EAP a final de l'any 2000 era només del 69,2 % (45 EAP), essent la cobertura poblacional del 65,6 % (990.349 habitants), d'acord amb la resposta del Govern de 27 de febrer de 2001 (BOPC núm. 160, de 13 de març de 2001). Això vol dir que, en aquella data, el 34 % de la població de la regió sanitària de Barcelona encara no podia accedir als beneficis de l'assistència primària reformada.

2.5. Valoració preliminar

Com hem dit, la reforma de l'atenció primària ha permès progressar des del model assistencial anterior, basat de manera gairebé exclusiva en l'atenció curativa a demanda de la població usuària, fins a un altre que hi afegeix la dimensió preventiva. Aquest model d'atenció primària de salut és entès com el primer graó d'accés de la població a l'assistència sanitària i es transforma, així, en un nivell assistencial qualitativament diferent, en què s'integren de forma equilibrada l'atenció preventiva, la curativa, la rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat.

Les característiques del nou model, que integra també els criteris d'accessibilitat i continuïtat dels serveis i de coordinació amb la resta de nivells d'atenció, contrasta amb la situació dels CAP encara no reformats. Aquests no responen, almenys teòricament, a les necessitats de la població i dels professionals, ni a l'eficiència i a la qualitat assistencial que necessiten els usuaris.

Diversos estudis han demostrat els beneficis que la reforma de l'assistència primària ha comportat –tant a Catalunya com a la resta de l'Estat espanyol– en la millora de la qualitat, de la prescripció i en la reducció de costos respecte de la xarxa no reformada. En algun d'aquests estudis s'han valorat dades comparatives i

s'ha trobat que la xarxa reformada consumeix, en termes de despesa per habitant, força menys que el conjunt de la xarxa no reformada del mateix territori.

Treballs d'avaluació de l'SCS sobre diverses comarques de Catalunya permeten observar diferències importants en la quantitat i la qualitat de la prescripció, tant en la mesura del valor intrínsec com en la del grau potencial d'ús dels fàrmacs, en favor d'uns resultats millors a la xarxa reformada, i també una disminució significativa de la despesa per habitant i any.

Altres estudis han pogut constatar que la taxa de derivacions al nivell especialitzat és molt inferior a la xarxa reformada: s'han detectat variacions molt significatives entre les taxes de derivació per habitant entre territoris homogenis, en què hi havia diferències en grau d'implantació de la reforma de l'AP. També ens consten estudis sobre mortalitat i morbiditat amb resultats més favorables a les zones reformades.

Sembla, doncs, que la reforma de l'assistència primària ha significat una millora evident en termes de servei al ciutadà, eficiència i accessibilitat al sistema sanitari. La gestió del sistema s'ha orientat cap al ciutadà i cap als resultats, en contrast amb el model anterior, més orientat a la gestió d'estructures i al procediment. Ara bé, cal reconèixer que alguns aspectes vinculats al nou model s'han convertit en obstacles per a la necessària millora i evolució.

La poca diversificació d'experiències de provisió de serveis ha fet que el model de gestió de l'ICS hagi marcat la pauta. D'altra banda, l'aparició de noves entitats proveïdores, com també l'estímul que per a l'ICS ha significat aquest nou entorn de competència, han evidenciat les insuficiències dels seus instruments de gestió i les dificultats que planteja assolir els nous paradigmes amb instruments de regulació molts rígids.

Com veiem, en general hi ha la percepció que s'ha elevat el nivell assistencial en les zones on s'ha desplegat la reforma de l'assistència primària i, d'altra banda, que els usuaris l'han considerada positiva. Amb aquest estudi, però, hem volgut verificar si aquestes idees prèvies s'adiuen realment amb la realitat que viuen els ciutadans de Catalunya.

3. L'ESTUDI SOBRE LA REFORMA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

3.1. Queixes presentades al Síndic de Greuges

El contacte directe amb els ciutadans que li presenten queixes sobre l'actuació de l'Administració sanitària ha motivat que el Síndic de Greuges emprengués el present estudi, atesa la significació de les reclamacions referides a l'atenció primària.

Com ja hem dit, es tracta d'una matèria que ha estat regulada adequadament, però en la qual les disposicions normatives no sempre s'han portat a la pràctica. El Síndic de Greuges ha comprovat com moltes queixes de ciutadans –entre altres de referents a l'accessibilitat, la lliure elecció de metge o l'atenció domiciliària i urgent– incideixen en l'incompliment de la normativa

vigent, particularment del Reglament-Marc de 6 de maig de 1990, que detalla les característiques i l'organització del model reformat.

3.2. Finalitat del l'informe

En els darrers informes al Parlament, el Síndic de Greuges ha fet diverses recomanacions al Departament de Sanitat i Seguretat Social en relació amb l'impuls definitiu que necessita la inacabada reforma de l'atenció primària i també sobre la conveniència d'homogeneïtzar la qualitat dels serveis sanitaris finançats pel pressupost públic (*Informe 2000* pàg. 173; BOPC pàg. 91). Amb aquest estudi hem volgut comprovar si s'han seguit les nostres recomanacions i quin efecte han produït en la percepció dels usuaris.

També preteníem reflectir la discriminació que afecta els ciutadans de Catalunya pel fet de ser atesos pel model sanitari d'atenció primària tradicional o, per contra, pel model reformat, ja sigui gestionat per l'Institut Català de la Salut o per altres empreses, públiques o privades, proveïdores de serveis sanitaris.

Tot i les diferències i dificultats en la comparació entre l'atenció sanitària tradicional i la reformada, hem volgut avaluar l'equitat en l'accés, la qualitat dels serveis, la satisfacció dels ciutadans i l'eficiència dels serveis sanitaris d'atenció primària de previsió pública del Servei Català de la Salut. En aquest estudi també hem volgut copsar les diferències entre els diferents proveïdors de serveis sanitaris, de gestió pública o privada.

Un altre objectiu d'aquest estudi ha estat verificar el compliment del Reglament-Marc de 6 de maig de 1990. Així, hem comprovat si s'ha elaborat el reglament de règim intern en el termini preceptiu de sis mesos des de la constitució de l'EAP, i com es desenvolupen les funcions de l'atenció directa, l'assistència a la demanda, el seguiment i control, la rehabilitació i coordinació amb els serveis de referència, les funcions de recepció i informació i la programació de les visites.

Una intenció preferent d'aquestes enquestes i de l'estudi corresponent ha estat de poder assabentar l'Administració competent d'allò que han percebut els professionals i els usuaris dels diferents models de CAP, a fi d'impulsar les correccions i les millores de funcionament necessàries per augmentar la qualitat dels serveis i l'atenció al ciutadà.

Aquest estudi s'afegeix a l'autoavaluació, prevista en el Pla de salut de Catalunya, que fa la mateixa Administració sanitària per tal de planificar les prioritats i millorar la qualitat del servei. Per altra banda, l'avaluació dels serveis d'atenció primària contractats per l'SCS –segons els objectius que estableix el Pla de salut de Catalunya– es fa en acabar l'exercici corresponent i d'acord amb els paràmetres establerts en els contractes amb els diferents proveïdors. Aquesta avaluació permet a l'SCS conèixer l'eficiència i la qualitat dels serveis prestats als usuaris per les empreses contractades.

L'objecte de l'anàlisi ha estat, doncs, valorar l'atenció que rep la població, l'exercici dels drets i de les pres-

tacions que li han estat atorgades i, també, la satisfacció dels professionals en l'exercici de les seves funcions.

3.3. Plantejament de l'estudi

Per elaborar aquest estudi i prenent en compte tant els requeriments legals i reglamentaris com les necessitats assistencials dels ciutadans, vam obrir dues enquestes: una per als professionals dels CAP i una altra per als usuaris, que es van realitzar entre octubre i novembre de l'any 2000.

L'enquesta dels professionals i la dels usuaris són similars en contingut i responen a qüestionaris sobre valoració dels serveis. Una des de l'òptica d'obligacions i deures d'obligat compliment per als professionals, fixats en la normativa vigent, principalment en el Reglament-Marc de maig de 1990; l'altra, sobre l'opinió dels usuaris, a fi de valorar, d'una banda, el grau de compliment de la normativa, i de l'altra, la consideració que els mereix la qualitat del servei.

Per a aquest projecte vam iniciar una actuació d'ofici (actuació 1771/99) amb la intenció d'avaluar la qualitat assistencial de quatre models –amb proveïdors diferents– d'atenció primària. Amb aquesta finalitat, vam confeccionar un qüestionari per als professionals amb paràmetres que exploren la qualitat del servei prestat, qüestionari que vam presentar als sis CAP considerats.

Aquest qüestionari, lliurat als directors mèdics, metges, infermers i treballadors de la unitat de recepció d'usuaris dels CAP visitats, ha permès conèixer la perspectiva amb què els professionals veuen la problemàtica dels centres.

S'han tingut en compte tant els aspectes organitzatius com els que afecten l'aprofitament dels recursos humans, com ara les condicions de treball o la dedicació horària dels professionals. Per valorar la qualitat del servei hem tingut en compte les funcions assignades als EAP de les àrees bàsiques de salut reformades i que, en canvi, no tenen les zones no reformades, i també la diferent pressió assistencial dels diferents CAP. Per exemple, l'octubre de 2000, quan va respondre el qüestionari, el CAP de Sant Cugat del Vallès atenia més de 3.200 usuaris per metge, molt més del que és normal en altres CAP.

Així mateix, s'ha elaborat un altre qüestionari destinat als usuaris dels CAP, per consultar cent usuaris de cada CAP, o sigui un total de sis-cents usuaris, conèixer la seva opinió i contrastar-la amb la dels professionals.

El qüestionari sobre el grau de satisfacció dels usuaris es basa en el fet que l'Administració sanitària ha de respondre als drets i les necessitats dels ciutadans i ser receptiva a les seves demandes, amb els corresponents serveis i prestacions de qualitat, els quals justifiquen la seva existència i han de presidir la seva activitat. Així, aspectes com l'assistència, l'accessibilitat, el tracte, l'agilitat, la informació i la satisfacció dels usuaris han estat considerats en les preguntes del qüestionari. Els enquestats han estat escollits de forma aleatòria i s'ha garantit la confidencialitat de la informació.

L'opinió de l'usuari i el valor que dona a les seves reclamacions i suggeriments s'han pogut copsar complementàriament a través de l'anàlisi de les queixes formalment presentades a les unitats d'atenció a l'usuari o en el llibre de reclamacions dels CAP, i s'han contrastat també amb les respostes dels professionals dels CAP. D'aquesta manera tractarem d'objectivar els aspectes de qualitat i satisfacció, a fi d'estar en condicions d'ajudar les autoritats públiques a orientar la seva activitat cap a la satisfacció de les necessitats i els interessos dels ciutadans.

3.4. Centres d'atenció primària considerats en l'enquesta

S'han tingut en compte els diferents tipus derivats de les disposicions de la LOSC. Aquesta llei, en separar el finançament i la provisió de serveis, legitima la diversitat d'entitats proveïdores de serveis sanitaris finançades amb càrrec al pressupost públic. Aquesta varietat de sistemes de gestió, incloent-hi la gestió dels mateixos professionals, va obligar el Síndic de Greuges a considerar quatre models de gestió diferents i visitar un nombre igual de centres que els apliquen.

En la visita als diferents tipus de CAP vam lliurar el nostre qüestionari a dos CAP no reformats de l'Institut Català de la Salut, de circumstàncies diferents; dos a CAP reformats de l'Institut Català de la Salut, també amb àrees bàsiques de salut de característiques diverses; un a un CAP reformat gestionat per una mútua privada, i el darrer a un CAP reformat gestionat per una entitat de base associativa, propietat d'alguns metges que treballen al mateix centre.

Sabem que la satisfacció de l'usuari no tan sols pot respondre al tipus de gestió del centre, sinó que altres aspectes, com el nombre de persones adscrites o el nivell socioeconòmic de la zona on està situat el CAP, poden influir de forma tan important o més en el parer dels usuaris que el model mateix de gestió del centre. Per això vam establir mecanismes per diluir les diferències entre CAP –tant en la quantitat d'usuaris per metge com en el nivell socioeconòmic– a fi d'assegurar que les tendències identificades derivessin dels diferents models de gestió. S'amplià, doncs, el nombre de CAP a estudiar a zones o barris amb nivells de vida clarament diferenciats i, en la mesura possible, amb semblances pel que fa a la població atesa.

Havent decidit d'incloure en el nostre estudi zones ben diferenciades, ens interessà també que, tant com fos possible, no hi hagués grans diferències en el volum de població atesa pels CAP.

S'establí com a hipòtesi operativa que es podien preveure diferències en la satisfacció de l'usuari dels diferents CAP, ja que, gestionats de manera diferent, els factors que influeixen en la percepció que l'usuari té del servei també varien.

També s'ha considerat que aquesta satisfacció podia estar condicionada per les característiques socials de la població objecte de l'estudi. La població amb més qualitat de vida i millor nivell sociocultural pot tenir unes expectatives més exigents pel que fa al servei que no

pas la població amb un estàndard de vida inferior. Per evitar que aquesta variable pogués tenir un efecte esbiaixador sobre els resultats, es va fer una tria de centres que permetés anul·lar-lo.

La quantitat de població atesa per cada CAP pot influir també de forma poderosa en la satisfacció en afectar directament l'eficiència del sistema. De fet, hem hagut de considerar aquest factor en interpretar les respostes del CAP de Sant Cugat,** que atén una població excessivament àmplia. De tota manera, atès que el nombre de centres possibles no era gaire gran, els hem triat prioritàriament d'acord amb el perfil socioeconòmic, relegant la consideració de la variable de la pressió assistencial de cada centre.

Els centres no reformats escollits van ser el CAP Avinyuda de Catalunya de Badalona i el CAP Montnegre del barri de les Corts de Barcelona. Es tracta de centres públics gestionats per l'ICS, amb característiques prou contrastades. El centre de Badalona atén una població bàsicament treballadora, amb un pressió assistencial moderada d'uns 2.300 usuaris per metge. Aquest centre atén molta gent gran i una proporció significativa d'immigrants. Les instal·lacions són deficientes i els equipaments insuficients, però aviat entraran en servei unes instal·lacions totalment noves. El centre de les Corts atén una població de nivell econòmic mitjà i mitjà-alt, però té una forta pressió assistencial, de prop de 3.000 usuaris per metge. Les instal·lacions són acceptables, amb un nivell d'equipament mitjà. Quan es va fer l'enquesta ambdós centres havien incorporat parcialment alguns aspectes de la reforma, fet habitual en tots els centres no reformats.

Els centres públics reformats van ser el CAP del barri del Carmel* de Barcelona¹ i el CAP de Castelldefels,* també gestionats per l'ICS i amb característiques força contrastades. El centre del Carmel* atén una població de classe treballadora amb una pressió assistencial més aviat alta, d'uns 2.500 usuaris per metge. Hi ha una presència significativa de població immigrada. El centre compta amb bones instal·lacions i equipaments satisfactoris, tots els metges pertanyen al sistema reformat i la majoria hi tenen plaça fixa. El centre de Castelldefels atén una població de nivell econòmic mitjà-alt, amb una elevada pressió assistencial de quasi 2.800 usuaris per metge. Les instal·lacions i els equipaments són de bona qualitat, però insuficients per atendre l'elevada pressió assistencial. La majoria dels metges tenen plaça fixa i molta dedicació, però és freqüent la presència de substituïts. Tots dos centres estan plenament reformats.

Els centres de gestió privada seleccionats han estat el CAP de Sant Cugat** i el CAP del Remei, de Vic.** Com hem dit, constitueixen dos models diferents de gestió privada d'un servei públic. El CAP de Sant Cugat és gestionat per una mútua privada i té una elevadíssima pressió assistencial de més de 3.200 hab./metge. A més, s'ha de tenir en compte que un terç dels seus metges encara continuen amb el sistema no refor-

¹ En aquest estudi, per facilitar la comparació entre models, els centres de l'ICS reformats que siguin citats portaran sempre un asterisc (*), els centres de gestió privada reformats en portaran dos (**), mentre que els centres no reformats, tots de l'ICS, no en porten mai cap.

mat i, per tant, només atenen 2,5 hores el dia. Aquesta situació només es pot gestionar perquè l'elevat nivell econòmic de la població fa que, probablement, molts ciutadans utilitzin els serveis de mútues privades, en lloc del servei públic d'atenció primària. Es tracta d'un centre amb instal·lacions correctes, però clarament insuficients. El CAP de Vic** és gestionat per una entitat de base associativa integrada per un grup de metges que treballen al mateix centre. Té una pressió assistencial baixa, fet que queda compensat per l'alt índex de freqüentació dels usuaris, quasi el doble del normal. Atén una població d'un nivell econòmic superior a la mitjana de Catalunya i compta amb bones instal·lacions i equipaments satisfactoris.

4. LA QUALITAT ASSISTENCIAL DES DE LA PERSPECTIVA DELS PROFESSIONALS

4.1. L'enquesta per als professionals

Amb l'objectiu d'esbrinar el grau de compliment de la normativa vigent i de comparar indicadors de gestió dels CAP estudiats, es van trametre uns qüestionaris als responsables dels sis centres. Amb les preguntes es vol aconseguir una imatge dels principals problemes que afecten l'activitat ordinària dels centres. Mitjançant la comparació dels resultats dels sis centres també es pretén trobar guies que permetin comparar el funcionament i la satisfacció dels usuaris dels CAP amb diferents models de gestió.

Les preguntes del qüestionari adreçat als professionals comprenen diversos temes generals, des d'una relació de problemes de funcionament que els professionals del CAP pensen que cal millorar, fins a qüestions referents a indicadors que, essent criteris de valoració objectius, poden donar una mesura més allunyada de percepcions subjectives per part de les persones encarregades d'emplenar el qüestionari. A més, moltes d'aquestes preguntes concretes fan referència a aspectes que la reforma de l'assistència primària pretén millorar, amb la intenció d'advertir les diferències reals de funcionament entre els diferents models de gestió.

L'enquesta havia de ser resposta conjuntament pels diferents col·lectius del centre. Vam tenir una resposta de cada col·lectiu: metges, infermers i administratius. També va emplenar l'enquesta el director mèdic de cada centre. En el cas dels centres no reformats, que en principi no tenen director mèdic, van respondre les persones que en aquell moment exercien funcions directives i de coordinació.

Aquesta enquesta té, doncs, un caràcter únicament qualitatiu, ja que només hi ha quatre respostes per centre. Es tracta, però, de respostes ben raonades, fetes de manera conjunta per col·lectius que coneixen bé la realitat de què parlen, i amb una informació valuosa de la situació dels centres, que permet una anàlisi comparativa. Tanmateix, no podem descartar que alguna de les respostes sigui lleugerament parcial en funció de la problemàtica particular de cada col·lectiu. Quan hem detectat alguna tendència d'aquest tipus l'hem fet constar a l'anàlisi dels resultats.

L'anàlisi detallada de les respostes dels professionals sanitaris al qüestionari (vegeu l'annex II d'aquest Informe) inclou els motius que han portat a la tria de les preguntes, la redacció original completa i unes consideracions sobre la particularitat de cada centre. A la part principal de l'Informe hem preferit donar una visió conjunta i incloure només la perspectiva global del que ha estat la resposta dels professionals a les qüestions més importants que se'ls 'han consultat, sense oblidar la necessària comparació entre els diferents models de gestió.

4.2. La resposta dels professionals

En la seva resposta, els professionals de l'atenció primària situen la massificació i la pressió assistencial com els principals problemes dels centres. D'aquests se'n deriven d'altres, com ara els relacionats amb les llistes d'espera. Els professionals d'alguns centres també s'han queixat de l'excessiva burocratització i de la insuficiència dels mitjans disponibles en el servei d'admissions, particularment del servei d'atenció telefònica. Les respostes apunten que els problemes més habituals són similars en tots els centres, al marge del tipus de gestió, i estan relacionats amb les limitacions pressupostàries per contractar tot el personal que es necessita per donar una qualitat assistencial òptima.

Els professionals manifesten que les queixes més freqüents dels usuaris estan relacionades amb les llistes d'espera externes, especialment amb el temps que necessita l'usuari per ser atès per l'especialista. Als centres no reformats hi ha usuaris que es queixen de no obtenir les receptes que desitgen, fet que mostra la persistència d'hàbits incorrectes, ja que evidentment és el metge, i no l'usuari, qui coneix el tractament adequat. La reforma tendeix a fer desaparèixer aquests hàbits, però no és fàcil.

Cal destacar que les respostes del CAP del Remei** de Vic quasi sempre resulten notablement més positives que les dels altres centres. Això és coherent amb les respostes dels usuaris, que normalment es mostren satisfets amb el funcionament d'aquest centre, però també pot estar relacionat amb el fet que l'entitat que presta el servei és propietat d'alguns metges que hi treballen. A judici dels professionals d'aquest centre, no hi ha queixes d'usuaris, tret de les relacionades amb especialistes que treballen fora del centre.

La normativa que obliga els professionals dels centres a identificar-se amb claredat, amb nom i cognom ben visibles, no es compleix a la majoria dels centres, fet que limita la possibilitat dels usuaris de queixar-se per algun comportament incorrecte. En tots els centres, públics i privats, reformats i no reformats, hi ha dificultats per cobrir ràpidament les baixes amb substituïts. En alguns centres privats aquestes dificultats estan relacionades amb el fet que part del personal està adscrit a l'ICS, amb els problemes de coordinació consegüents.

La durada mitjana de la consulta, a judici dels mateixos professionals, marca una clara diferència entre els centres reformats i els no reformats. Als centres no reformats declaren un temps mitjà inferior a cinc minuts,

mentre que els reformats declaren entre sis i vuit minuts (les respostes dels usuaris encara accentuen més aquesta diferència). Com es podia preveure, hi ha diversitat d'opinions sobre si aquest temps és suficient o no.

Es constata que els centres no reformats no tenen llista d'espera per a la visita al metge de família, ja que no concerten visita. Per aquest motiu, no tenen en aquest punt els problemes dels centres reformats que la concerten, però tampoc es beneficien dels seus avantatges. Quant al temps d'espera per obtenir proves especials, quan són necessàries per a un bon diagnòstic, la majoria dels professionals declaren que acostumen a necessitar entre dos i quatre mesos, segons el tipus de prova, un temps sens dubte excessiu. En general, els professionals dels centres no reformats declaren necessitar més temps per a aquestes proves que els dels centres reformats. I dins d'aquests, els centres de gestió pública necessiten més temps que els de gestió privada. L'extrem el trobem en el centre reformat de gestió privada de Vic,** on declaren tenir normalment les proves en menys de quinze dies, ja que, a diferència dels centres públics, els responsables d'aquest centre poden escollir i contractar lliurement els seus proveïdors per a aquestes proves.

Els professionals declaren controlar bé l'expedició de receptes, fins i tot quan són expedides materialment pels infermers, sota la supervisió del metge. Generalment es consideren positives les recomanacions administratives sobre l'ús racional dels medicaments.

En tots els CAP reformats hi ha un pla escrit d'avaluació i promoció de la qualitat assistencial, segons obliga el Reglament-Marc. Tanmateix, en alguns d'ells, públics i privats, en el moment de fer l'enquesta encara no hi havia el reglament de règim intern, malgrat que la normativa obliga clarament a elaborar-lo dins els primers sis mesos després de constituir l'EAP. Tot i això, no hem trobat cap correspondència entre el fet de tenir elaborat el reglament de règim intern i la qualitat assistencial identificada en el conjunt de les dues enquestes.

La manca de servei d'atenció continuada en els CAP no reformats dificulta la coordinació entre els professionals de l'atenció primària i els que atenen als usuaris en cas d'urgències, malgrat que aquesta coordinació existeix quan el cas clínic ho requereix. En els CAP reformats, amb atenció continuada, hi ha una coordinació adequada amb urgències.

L'atenció domiciliària es presta amb normalitat a tots els centres, reformats o no, segons declaren els professionals. Alguns reconeixen fer certa selecció i, particularment, tenir certa dificultat per prestar aquest servei en pediatria. També declaren no tenir cap recurs específic per als malalts crònics, tret dels inclosos en el Programa d'atenció domiciliària i d'equips de suport (d'ara endavant PADES), programa poc desenvolupat que arriba a un nombre reduït de pacients d'alguns centres.

L'obligatorietat de portar història clínica dels pacients va ser des del principi una de les novetats més importants de la reforma. Quan es va passar l'enquesta els centres no reformats encara no estaven obligats a elaborar-la, si bé, segons diu l'enquesta, començaven a

implantar-la tímidament. L'accés a la història clínica era restringit als professionals del centre, metges i infermers. Les respostes mostren també un desconeixement total sobre el temps de conservació de la història clínica al centre. Aquest aspecte ha estat regulat posteriorment, de manera que la història clínica ja té caràcter obligatori a tots els centres, i s'han establert normes precises sobre les condicions d'accés i el temps de custòdia.

Els professionals declaren conèixer el dret a la lliure elecció de metge de família i pediatre, però també esmenten les dificultats per fer-lo efectiu, atesa la limitació territorial, la manca de desenvolupament reglamentari i l'alta proporció de metges que tenen el contingent tancat i, per tant, ja no poden fer-se càrrec de més pacients.

En matèria d'activitats complementàries i de prevenció, les diferències entre els models reformat i no reformat són més notòries. Als CAP reformats es realitzen tota mena d'activitats d'educació, detecció de factors de risc, immunitzacions, detecció precoç, etc. Tanmateix, a causa de la imminent transformació en centres reformats, als CAP no reformats considerats a l'enquesta també es realitzaven algunes d'aquestes activitats.

La coordinació entre els membres de l'EAP és molt freqüent en els centres reformats, probablement a conseqüència de l'horari més ampli dels metges, que els permet disposar de temps per a la coordinació, almenys una hora el dia entre el torn de matí i el de tarda de l'EAP. En tot cas, en els centres reformats existeix aquesta coordinació, però en els no reformats, no constituïts com a EAP, la coordinació és, en principi, inexistente. La coordinació amb els altres nivells sanitaris també és millor en els centres reformats.

No sembla haver-hi limitacions especials per demanar proves o exploracions complementàries, tret de les derivades de les llistes d'espera, moltes vegades excessives. Certes proves o exploracions necessiten la validació del director del centre; d'altres, però, han de ser demanades per un especialista que presta servei en un altre lloc, fet que dificulta el procés.

La proporció de pacients derivats cap a metges especialistes és molt més alta en els centres no reformats que en els reformats. Això evidencia que els centres reformats filtren amb eficàcia els pacients que no necessiten consultar un especialista, mentre que els centres no reformats els sobrecarreguen innecessàriament, amb el consegüent perjudici per a l'usuari i per a les despeses públiques. Els professionals declaren també que no s'ha negat mai als pacients la possibilitat de recórrer a un segon especialista. De tota manera, només amb la promulgació com a norma jurídica de la Carta de drets i deures dels usuaris de la sanitat això serà reconegut com un dret, i es recollirà així una recomanació del Síndic de Greuges.

Es detecten deficiències en la formació continuada dels professionals, que els centres faciliten en les seves instal·lacions i que la majoria dels professionals consideren insuficient. Aquestes deficiències són molt més importants en els centres no reformats, on, d'una banda, aquesta formació no és prevista per la normativa i,

de l'altra, els professionals tenen una jornada molt més reduïda.

Respecte a l'agilitat en la resolució dels tràmits administratius, no s'aprecien diferències significatives entre els diferents models considerats. En canvi, aquesta agilitat sí que sembla afectada per la pressió assistencial, sens dubte excessiva en algun cas.

En la majoria dels centres no es compleix la normativa que indica que s'ha d'expedir la baixa mèdica en el moment de la visita domiciliària, i evitar, així, als familiars haver d'anar expressament al CAP a recollir-la (*Informe 1999* pàg. 232; BOPC pàg. 125). En tots els centres són els metges els qui expedeixen i supervisen les baixes, de manera que en aquesta matèria no s'ha identificat cap incompliment de la normativa, segons declaren els mateixos professionals.

A la majoria dels centres no hi ha problemes per a l'expedició de certificats de salut, llevat del cas que s'hagin de sol·licitar proves complementàries o hi hagi motius socials. Els certificats mèdics oficials expedits pels metges de família al CAP són gratuïts, però no ho són els expedits per altres metges. Així i tot, encara s'ha de pagar l'imprès del certificat en tots els casos.

Els professionals afirmen que els recursos humans són insuficients i que els metges han d'atendre un nombre excessiu d'usuaris. Només alguns centres s'ha complert l'obligació d'identificar formalment els principals problemes i les necessitats de salut de la població que tenen assignada.

Entre els suggeriments caldria destacar la dels professionals del centre de Vic,** que, davant dels excel·lents resultats de la seva gestió, volen que l'Administració sanitària faci una valoració del seu model de gestió, en el qual la gestió del centre està encomanada a una entitat de base associativa, formada per alguns metges del centre. Els professionals d'altres centres volen també una millor distribució dels recursos, d'acord amb la quantitat i les característiques de la població atesa. El centre de Castelldefels* ha plantejat la possibilitat de motivar econòmicament el personal dels CAP. Finalment, s'ha insistit en la necessitat d'obtenir les exploracions complementàries en un temps acceptable, dotar adequadament les admissions per agilitar la gestió burocràtica i definir adequadament les funcions i competències de la unitat bàsica assistencial metge-infermer.

5. LA QUALITAT ASSISTENCIAL DES DE LA PERSPECTIVA DELS USUARIS

5.1. L'enquesta per als usuaris

L'enquesta per als usuaris pretenia, principalment, determinar com varia el seu grau de satisfacció d'acord amb els diferents models de gestió de l'atenció primària de la salut. També interessava conèixer com es valorava la qualitat assistencial des de la perspectiva dels usuaris en les diferents matèries.

Un altre objectiu d'aquest estudi ha estat verificar el compliment de les diferents disposicions de la reforma en els centres reformats, especialment del Reglament-

Marc de 6 de maig de 1990. Així, hem comprovat com es desenvolupen les funcions de l'atenció directa, l'assistència a la demanda, el seguiment i control, la rehabilitació i coordinació amb els serveis de referència, les funcions de recepció i informació, i la programació de les visites. Com hem dit, s'han triat els sis CAP per a l'enquesta segons el model de gestió: dos de públics no reformats, dos de públics reformats –tots quatre gestionats per l'ICS– i dos de privats reformats, un d'ells gestionat per una EBA propietat dels mateixos metges del centre. També s'ha tingut en compte la naturalesa social de l'entorn on es troben i la població a la qual serveixen, a fi de trobar un equilibri que faci més representatives les respostes.

L'enquesta es va realitzar a l'entrada dels CAP, de manera que en la mostra escollida eren poc representats els usuaris que freqüenten poc el CAP i més representats els que hi van sovint. S'han entrevistat cent usuaris en cada un dels CAP considerats. No és, doncs, una mostra idònia per identificar amb detall la proporció d'usuaris que s'inclinen per una resposta o altra, però és suficient per identificar les tendències si es detecten diferències clares en les respostes dels usuaris de diferents tipus de centres. Amb aquesta enquesta tenim una bona referència per a les reflexions que creiem necessari fer sobre l'estat actual de la reforma de l'atenció primària a Catalunya.

L'enquesta ha estat elaborada calculant un marge d'error màxim del deu per cent; si bé això garanteix la fiabilitat de les grans tendències de fons, proporciona poca significació a les diferències lleus entre resultats. Per tant, quan les diferències entre models són superiors al deu per cent constatem que hi ha una diferència clara d'opinió entre usuaris. Si les diferències són inferiors, constatem només una tendència que haurà de ser corroborada. Ara bé, si aquesta tendència es repeteix en la majoria de les respostes, ja la podem considerar significativa.

Així, en aquest treball s'identifica, a pràcticament totes les respostes, un major grau de satisfacció dels usuaris dels centres reformats. Això vol dir que les diferències que apunten aquesta tendència resulten significatives, fins i tot quan són inferiors al deu per cent.

Per tot això podem dir que aquest treball mostra unes tendències vàlides sobre el grau de satisfacció dels usuaris per als diferents models de gestió, i, a més, pot ser una bona base per a estudis més precisos sobre aquest tema.

L'anàlisi detallada de les respostes dels usuaris al qüestionari es presenta en l'annex III d'aquest Informe. Com s'ha fet amb el qüestionari dels professionals, aquest annex inclou la redacció original completa i unes consideracions sobre la particularitat de cada centre. També inclou les taules amb els resultats exactes de l'enquesta i les gràfiques que hem cregut útils per a la comprensió del significat de les respostes. Com s'ha fet amb l'enquesta per als professionals, a la part principal de l'Informe hem preferit donar una visió conjunta i incloure només la perspectiva global sobre la resposta dels usuaris als temes més importants sobre els quals han estat consultats, incloent a més la com-

paració entre els diversos models de gestió de l'atenció primària de la salut.

5.2. La resposta dels usuaris

a) Queixes

La majoria dels usuaris manifesten no haver tingut mai un motiu de queixa. En aquest sentit, no s'aprecien diferències significatives entre els diversos models de gestió del centre, tret dels resultats de Vic,** que, com veurem, acostuma a ser valorada molt positivament pels usuaris. El fet que els centres no reformats no suscitin més queixes que els reformats podria atribuir-se al fet que les queixes estan relacionades amb les expectatives de l'usuari, i aquestes expectatives són més moderades en els centres no reformats. A més, alguns usuaris no s'adapten bé al canvi de model i exigeixen una manera de prestació del servei vinculada al model antic, rebutgen les majors dificultats en l'expedició de receptes o l'aparició de les llistes d'espera.

Entre les escasses queixes dels entrevistats s'apunta una tendència a queixar-se de l'actuació del metge en els centres no reformats i del temps d'espera en els reformats. Hi ha també usuaris que es queixen de la prescripció de medicaments erronis o que hi hagi medicaments exclosos de l'assegurança mèdica. Altres ciutadans es queixaven del mal tracte d'alguns metges o del comportament del personal administratiu.

b) Compliment de normes específiques

Quasi tots els usuaris dels centres reformats asseguren tenir història clínica al centre, fet que ens corrobora el compliment generalitzat d'aquesta norma. En canvi, en els centres no reformats hi ha molts usuaris que asseguren no tenir història clínica, ja que quan es va fer l'enquesta no era obligatòria en aquests centres. Tot i això, sembla que molts metges i responsables de l'Administració de l'atenció primària d'aquests centres s'havien avançat a l'obligatorietat de la norma i havien començat a elaborar la història clínica, conscients de la gran incidència que té en la qualitat assistencial.

Pel que fa a la llibertat d'elecció del metge de família, la majoria dels consultats manifesten tenir aquesta opció, però es detecten certes diferències entre els models de gestió. Molts usuaris dels centres no reformats no són conscients de tenir aquest dret. Cal dir que es tracta d'un dret reconegut legalment, però poc desenvolupat en la pràctica, fet que ha provocat reiterades queixes d'usuaris al Síndic, que ha formulat recomanacions al Departament de Sanitat i Seguretat Social per tal que es desplegui (*Informe 1998* pàg. 203; BOPC pàg. 31.211).

Només una petita part dels enquestats afirmen poder escollir metge especialista. La majoria en dubten o neguen tenir aquesta possibilitat. De tota manera, en els centres reformats hi ha més proporció d'usuaris que afirmen poder triar, però les diferències entre models de gestió són moderades. Aquests resultats evidencien que, en general, els ciutadans no són conscients d'aquest dret

i que habitualment en els CAP no se'ls facilita aquesta elecció.

c) Temps i llistes d'espera

Les respostes dels usuaris mostren que el sistema de cita prèvia s'ha implantat de forma generalitzada en els CAP reformats –en els centres de gestió privada de manera pràcticament total– i que s'ha començat a implantar parcialment en els no reformats. Cal recordar que la cita prèvia permet la planificació de l'atenció mèdica i garanteix a l'usuari un temps de visita adequat.

Tres de cada quatre usuaris afirmen que els horaris de citació es compleixen puntualment o amb petits retards. En aquest sentit no s'observen diferències significatives entre els models de gestió. De tota manera aquesta igualtat emmascara una menor puntualitat dels centres no reformats, ja que una majoria dels usuaris afirma no tenir-hi cita prèvia, i això fa més difícil que es doni una situació objectiva d'impuntualitat.

La gran majoria dels usuaris dels centres reformats manifesten haver-se de sotmetre a llistes d'espera. Els centres no reformats, en no tenir generalitzada la cita prèvia, presenten una proporció baixa d'usuaris amb llista d'espera. Contràriament, la proporció d'usuaris de centres reformats que declaren haver de recórrer a la llista d'espera per ser atesos pel metge de família –gairebé un 65 %– és excessiva i sembla impròpia de la qualitat assistencial que cal esperar. El temps d'espera és superior a una setmana per a més del 25 % dels usuaris dels centres reformats, temps excessiu per a una adequada atenció primària de la salut. Tot i això, al centre de Vic** només un 4 % es troba en aquesta situació. Aquestes dades apunten que el nou model ha burocratitzat excessivament l'atenció primària i que cal combatre aquest aspecte negatiu de la reforma.

Respecte a les llistes d'espera per als metges especialistes, en canvi, la implantació de la reforma no ha comportat canvis significatius. Amb l'excepció del centre de Vic,** dues tercers parts dels usuaris declaren partir les llistes d'espera dels especialistes.

El temps que s'ha de romandre a la sala d'espera només sembla curt a una petita part dels usuaris, amb algun resultat millor en els centres de gestió privada sobre els de gestió pública. Ara bé, el conjunt dels qui consideren «raonable» aquest temps arriba gairebé a les tres quartes parts del total d'usuaris, de manera que només una minoria troba excessiu el temps a la sala d'espera. Amb tot, s'han d'evitar aquestes situacions si es vol millorar la qualitat assistencial.

d) Qualitat de l'atenció mèdica

A la majoria dels centres reformats gairebé tots els usuaris afirmen que les visites duren almenys deu minuts, mentre que als centres no reformats només una tercera part afirmen el mateix. Aquesta és una de les diferències més rellevants entre els dos models, amb conseqüències decisives sobre la qualitat assistencial.

Més de la quarta part dels usuaris dels centres no reformats –i pràcticament ningú en la majoria dels reformats– asseguren ser atesos en menys de cinc minuts, temps clarament insuficient per garantir una bona atenció mèdica.

Lògicament, els usuaris dels centres reformats se senten més satisfets amb la durada de la consulta que els dels centres no reformats. Aquesta satisfacció és més elevada encara entre els usuaris dels centres reformats de gestió privada, on més de la meitat declaren sentir-se molt satisfets. A més, alguns usuaris dels centres tradicionals van al CAP només a recollir la recepta, i declaren sentir-se'n satisfets.

Quant a la comunicació entre el metge de capçalera i l'especialista, els usuaris semblen no tenir gaire clara la resposta. Tot i això, els que afirmen clarament que aquesta comunicació és dolenta són molt més nombrosos als centres no reformats –una cinquena part del total– que als reformats, on només en un centre superen el 4 %.

Una gran majoria dels pacients afirmen sentir-se escoltats pel metge, però també aquí trobem una diferència significativa a favor dels centres reformats. Una quarta part dels usuaris dels centres no reformats afirmen que el metge només els escolta a vegades o bé mai, dada que revela en aquest aspecte deficiències serioses en l'atenció prestada. En termes generals es pot dir també que els usuaris estan satisfets amb les explicacions del metge. Amb tot, tornem a trobar les mateixes diferències que en la major part de les respostes: hi ha més usuaris satisfets amb les explicacions donades pels metges dels centres reformats i, dins d'aquests, els centres de gestió privada se situen lleugerament per sobre dels centres de gestió pública. Com hem dit en presentar l'enquesta, la reiteració de la mateixa orientació en la major part de les respostes –com la major satisfacció amb els centres reformats– atorga a aquestes un major grau de fiabilitat, fins al punt de poder afirmar amb rotunditat que aquesta orientació és un reflex fidel de l'opinió de l'usuari.

Les respostes mostren que els usuaris tenen gran confiança en els seus metges: només un de cada tres usuaris té algun dubte sobre si un altre metge hauria pogut fer un diagnòstic millor. No hi ha diferències gaire significatives entre centres, tret del cas de Vic,** on només uns quants usuaris dubten del seu metge.

e) *Resultat de les visites*

La majoria dels usuaris afirmen sortir sovint de la visita mèdica amb la recepta per adquirir medicaments. Un cop més trobem diferències significatives entre els centres tradicionals i els reformats. En els primers, tres de cada quatre usuaris declaren sortir sovint amb recepta de la visita mèdica, mentre que als centres reformats són poc més de la meitat. Sembla, sens dubte, un nombre excessiu de receptes, fet que encareix innecessàriament el cost de l'atenció sanitària.

Gairebé la meitat dels usuaris dels centres tradicionals afirmen ser desviats sovint cap als metges especialistes, mentre que als centres reformats afirmen el mateix la

tercera part dels usuaris. De tota manera, en aquesta qüestió semblen influir molt les circumstàncies específiques, com ara el nombre d'especialistes que treballen al mateix centre.

f) *Satisfacció amb el comportament del personal*

En general, els usuaris es mostren satisfets amb el tracte del metge de capçalera. Tot i això, en els centres no reformats manifesten sentir-se insatisfets d'aquest tracte una cinquena part dels usuaris, més del doble que en els centres reformats.

També es mostren satisfets del tracte rebut d'infermers i del personal auxiliar i administratiu, sense que es puguin detectar diferències significatives entre els diferents models de gestió. En canvi, el tracte en l'atenció telefònica presenta en alguns casos un nivell de desaprovaçió significatiu, fet que pot afectar la qualitat assistencial dels centres reformats per les tasques rellevants que hi té assignades aquest servei.

6. VALORACIÓ GENERAL DE LA REFORMA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE LA SALUT

6.1. *Compliment de la normativa*

De l'estudi fet es dedueix que les normes més decisives introduïdes per la reforma, com ara l'obligació de portar la història clínica del pacient o la cita prèvia per a les visites mèdiques, són seguides de manera generalitzada en els centres reformats.

Tot i això, hi ha aspectes importants de la normativa vigent que no han assolit un grau de compliment satisfactori. Molts usuaris declaren no tenir possibilitat d'elecció del metge de família, i són majoria els que declaren no poder escollir metge especialista. Aquest fet posa de manifest les dificultats que encara hi ha per a l'aplicació i el desplegament d'aquest dret, dificultats relacionades amb la pressió assistencial, la inadequada informació dels usuaris i les insuficiències dels procediments establerts (*Informe 1998* pàg. 203; BOPC pàg. 31.211).

Una part significativa dels centres no compleixen l'obligació que té tot el personal sanitari d'identificar-se amb nom i cognoms ben visibles, incompliment que pot limitar el dret de l'usuari a presentar queixes davant de possibles comportaments incorrectes.

Hi ha demores en la contractació de substituïts, fet que estalvia despeses, però agreuja el dèficit de recursos humans i assistencial.

En tots els centres reformats es porten a terme les activitats de prevenció i formació continuada del personal sanitari previstes per la normativa com a activitats de l'EAP.

Tots els centres reformats consultats compleixen l'obligació de tenir un pla escrit d'avaluació i promoció de la qualitat assistencial i una memòria anual d'activitats. Alguns CAP no han complert la norma d'elaborar el

reglament de règim intern, però no sembla que això hagi repercutit significativament sobre la qualitat assistencial: els CAP que no l'han elaborat són centres que, segons aquest estudi, tenien una bona organització i una bona qualitat assistencial, mentre que els que l'han elaborat oferien els seus serveis amb més dificultats que els anteriors.

Malgrat això, creiem que el compliment generalitzat de la normativa vigent per part de tots els centres és imprescindible per garantir una ordenació adequada del sistema d'atenció primària. L'Administració sanitària ha de vetllar per aquest compliment i, en tot cas, modificar les disposicions que no siguin operatives a fi d'evitar una burocràcia innecessària.

6.2. Centres reformats i no reformats

Aquest estudi confirma que el model reformat de gestió de l'atenció primària garanteix una millor qualitat assistencial i una cobertura sanitària més àmplia que el model tradicional.

Hi ha estudis que sostenen que la mortalitat i morbiditat de la zona baixen amb la implantació del model reformat. Sembla raonable que una millor atenció sanitària repercuteix en un grau més alt de salut de la població destinatària. Però en la morbiditat i la mortalitat incideixen molts altres factors de risc, com ara l'edat de la població o altres de vinculats a l'itinerari vital de cada usuari. Per això pensem que seria agosarat treure conclusions d'aquest tipus sense unes seqüències estadístiques fruit de la comparació de casos prou homogenis durant llargs períodes de temps i, en conseqüència, apuntem aquesta dada només com una mera possibilitat.

En els centres reformats el treball en equip dels EAP i la implantació de la història clínica possibiliten que els usuaris tinguin un diagnòstic i un tractament adequats. Les enquestes confirmen que en aquests centres el temps de visita mèdica permet escoltar el pacient i fer-li un diagnòstic adequat. En canvi, dos terços dels usuaris del sistema tradicional declaren ser atesos en cinc minuts o menys, temps clarament insuficient per a una atenció adequada del pacient. De tota manera, només un de cada quatre usuaris atesos pel sistema antic es queixen que el metge no els escolta prou i, d'altra banda, no arriben a la meitat els que pensen que el temps dedicat pel metge és insuficient. Aquest conformisme pot derivar del fet que molts usuaris sempre han tingut el mateix sistema i no estan en disposició de comparar-lo amb el sistema alternatiu. També pot ser degut al lligam evident que hi ha entre el grau de satisfacció i les expectatives prèvies. Com més baixes són aquestes, més positiva pot ser la valoració de la prestació.

Els usuaris del sistema reformat estan més satisfets que els del sistema tradicional respecte a l'actuació dels metges i respecte al servei d'atenció telefònica. Les reformes que han augmentat l'horari laboral dels metges i han creat la unitat d'atenció d'usuaris han contribuït, sens dubte, a aquesta major satisfacció. En canvi, no hi ha diferències significatives pel que fa al tracte

dels infermers, auxiliars i administratius. En conjunt, aquestes dades mostren que els canvis organitzatius derivats de la reforma han millorat la valoració dels usuaris sobre l'atenció rebuda.

La unitat bàsica assistencial metge-infermer, implantada en els centres reformats, podria no ser la forma òptima d'aprofitar el treball qualificat dels infermers. Un sistema més flexible podria permetre diversificar les tasques dels infermers, millorar l'atenció d'infermeria i minvar la pressió assistencial que suporten els metges. La implantació de la reforma no ha comportat, fins ara, que el personal d'infermeria assoleixi en relació amb el personal metge un rol congruent amb els coneixements que té acreditats amb la seva titulació i que el capaciten per desenvolupar un paper més actiu i autònom.

Pel que fa a la possibilitat d'escollir metge, no hi ha grans diferències entre els dos models, però els usuaris del sistema reformat semblen més conscients de la seva capacitat de triar que els del sistema tradicional.

Paradoxalment, el sistema reformat comporta menys despeses sanitàries que el sistema tradicional, dada que cal remarcar. En el sistema tradicional són molt més nombroses les consultes que es resolen amb recepta de medicaments, circumstància que generalment no es considera pròpia d'una atenció primària adequada. A més, en el sistema tradicional són més freqüents les derivacions cap a especialistes. Això vol dir que el sistema d'atenció primària transfereix a l'atenció especialitzada –molt més cara– uns pacients que podien haver estat atesos adequadament a l'atenció primària.

La implantació, ja generalitzada, de la història clínica constitueix una millora decisiva en el servei. Ens preocupa, però, el fet que el procés d'informatització s'apliqui sense criteris harmonitzats. D'aquesta manera resultarà difícil garantir els avantatges que, per a la continuïtat assistencial d'aquells que es traslladen a viure en un altre barri o població, hauria de representar la informatització.

Les limitacions del servei prestat en els centres no reformats desincentiva els usuaris de recórrer a l'atenció primària i, en canvi, afavoreix el col·lapse dels hospitals. Això es fa especialment greu alguns hiverns, quan arriben brots epidèmics de grip que posen en qüestió la capacitat de resposta del sistema d'atenció primària. Cal subratllar, doncs, que l'inacabat desplegament de la reforma de l'atenció primària implica la sobreutilització de les urgències hospitalàries i que la culminació efectiva d'aquesta reforma és necessària, entre altres motius, per alleugerir la pressió assistencial que suporten els hospitals (*Informe 1999* pàg. 240; BOPC pàg. 130).

Els nens de set a catorze anys vinculats a centres no reformats, atesos per metges de medicina general, no poden rebre una atenció de la mateixa qualitat que els vinculats a centres reformats, atesos per pediatres amb una formació específica (*Informe 1995* pàg. 148; BOPC pàg. 2.336).

Finalment, les enquestes confirmen que els centres reformats porten a terme una diversitat d'activitats de formació continuada del personal sanitari i d'informa-

ció dels usuaris per a la prevenció de la malaltia. De la mateixa manera, en aquests centres es desenvolupa la planificació necessària per fer efectives aquestes activitats de formació i prevenció.

Ens podríem preguntar per què la inferior qualitat assistencial dels centres no reformats no ha generat ja un ampli sentiment d'insatisfacció entre els usuaris d'aquests centres. A les explicacions abans apuntades es pot afegir el fet que, amb el sistema antic, la derivació als especialistes era molt fàcil i freqüent i, a més, les receptes mèdiques s'estenien amb gran facilitat: això portava molts usuaris a sentir-se ben atesos. D'altra banda, s'ha procurat que les zones de població econòmicament més benestant fossin les últimes a reformar-se i en aquestes zones una proporció significativa de la població disposa, ben segur, d'una assegurança mèdica privada.

De tota manera, cal assenyalar que en alguns aspectes de l'enquesta els centres tradicionals eren més ben valorats. Els usuaris del sistema tradicional no necessiten cita prèvia i, per tant, no generen llistes d'espera. Lògicament, en el sistema reformat trobem molts més usuaris descontents amb el temps d'espera per al metge de família que en el sistema tradicional. Però només són excepcions en un panorama en què la major part de les respostes dels usuaris són favorables al sistema reformat.

6.3. Qualitat assistencial

Les respostes dels professionals i dels usuaris permeten afirmar que a l'atenció primària es disposa, en termes generals, d'una bona qualitat assistencial. Tot i això, cal dir que hi ha diversos aspectes que han de millorar notablement per poder qualificar la situació de plenament satisfactòria.

En primer lloc, i de manera destacada, la diferència de qualitat assistencial entre el model tradicional i el reformat, de la qual ja s'ha parlat. Encara avui, uns disset anys després d'engegar la reforma, aquesta diferència resulta important per a la qualitat assistencial, perquè una part significativa de la població encara és atesa pel sistema tradicional. És cert que les previsions actuals són que durant aquest any –o, com a molt, a començament del vinent– s'haurà completat el procés, però el model de transició escollit ha estat lent i ha generat un greuge comparatiu per a una bona part de la població (*Informe 2000* pàg. 173; BOPC pàg. 90).

A més, hi ha indicis que, en el tram final, la reforma s'està completant amb elements que no s'havien previst i que podrien fer minvar els resultats. Des de l'inici, a diferència d'altres zones de l'Estat, es va optar per respectar la situació laboral dels metges del sistema antic, amb 2,5 hores diàries de treball. Quan un centre es reformava els metges podien optar per acollir-se al sistema nou –cosa que rara vegada feien, ja que passaven a treballar 6 hores diàries– o bé traslladar-se a un altre centre no reformat. Ara bé, els darrers anys molts metges s'han pogut quedar al mateix centre i treballar 2,5 hores pel fet de no trobar cap centre no reformat on traslladar-se. D'aquesta manera els centres que actual-

ment es reformen han d'acceptar una proporció important de metges que es regeixen pel sistema antic i que, per tant, treballen 2,5 hores –de fet, sovint són menys hores, tot i que també n'hi ha que en fan més–, i atesa l'organització que en resulta, majoritàriament no fan cita prèvia, no es coordinen amb l'EAP ni participen en cap activitat complementària o de prevenció. No hi ha dubte, doncs, que això afecta seriosament la qualitat assistencial.

Unes situacions tan contrastades entre els metges que treballen als centres d'atenció primària comporten un greuge comparatiu notable –cal recordar que els metges no reformats guanyen generalment molt més que els reformats– i un important dispendi de recursos públics. La incorporació de tots els metges al sistema reformat significaria un millor aprofitament d'aquests recursos humans –o del seu corresponent financer– que permetria atendre gran part de les millores de servei que es demanen en aquest Informe i, fins i tot, es podria millorar la remuneració de la resta dels metges.

Altres comunitats autònomes van optar, ja al començament de la reforma, per assimilar tots els metges de l'atenció primària al model reformat. Pensem que, disset anys després, algunes de les circumstàncies que van aconsellar no fer aquesta assimilació a Catalunya han canviat substancialment. Si no es troba la manera de garantir que, finalitzat el desplegament de la reforma, tots els metges s'incorporin al nou sistema, es consolidarà una situació discriminatòria per a una part de la població de Catalunya (*Informe 1999* pàg. 238; BOPC pàg. 129). Els ciutadans atesos per centres on la proporció de metges no reformats és significativa –situació freqüent en els últims centres incorporats a la reforma– no podran tenir la mateixa qualitat assistencial que la resta dels ciutadans.

D'altra banda, cal assenyalar que el temps que han d'esperar els usuaris per ser atesos pels metges de família és, amb freqüència, excessiu. De la mateixa manera, la demora a rebre el resultat de proves complementàries és moltes vegades inacceptable. A vegades, la causa és l'elevada pressió assistencial derivada de les insuficients dotacions de mitjans humans i materials. Però les diferències observades entre centres fan pensar que no sempre s'apliquen els millors sistemes possibles i que hi ha centres que han trobat procediments més eficients que altres. Les autoritats sanitàries han de trobar la manera de generalitzar els procediments que aporten millors resultats.

Hi ha dificultats per atendre adequadament l'atenció domiciliària, especialment en els centres on la pressió assistencial és elevada. En els nostres informes anuals hem subratllat diverses vegades la necessitat que l'SCS impulsi aquesta activitat d'atenció domiciliària, pels importants efectes que té sobre la qualitat assistencial (*Informe 1994* pàg. 122; BOPC pàg. 20.899). Hi ha centres on alguns malalts amb patologies cròniques i invalidants poden ser atesos al seu domicili mitjançant el programa PADES, però la gran majoria han de ser atesos pels mateixos professionals dels centres, fet que depèn molt de la seva bona disposició i disponibilitat de temps. En aquest sentit, sembla que la voluntat constata de l'SCS de potenciar l'atenció domiciliària mit-

jançant els programes d'atenció domiciliària ATDOM –elaborats en tots els EAP– ha tingut fins ara uns resultats molt limitats i, de fet, resten molts malalts crònics atesos de forma insuficient.

D'altra banda, la baixa mèdica encara no pot ser estesa en el moment de la visita domiciliària, cosa que obliga els familiars dels usuaris a anar al CAP a recollir-la.

També hi ha dificultats per atendre adequadament els usuaris amb problemes psíquics. Les llistes d'espera dels psiquiatres són excessivament llargues i, de fet, molts d'aquests pacients són atesos pels mateixos metges de família, fet que incrementa la pressió assistencial que suporten.

La caiguda de la natalitat, molt brusca en alguns barris i poblacions, ha fet que molts pediatres es trobin amb molt pocs nens per atendre, mentre que en altres poblacions alguns pediatres pateixen una forta pressió assistencial, situació que comporta un notable desaprofita- ment dels recursos humans disponibles. D'altra banda s'ha evidenciat que el procediment de selecció de substituïts no sempre ha tingut totes les garanties que caldria exigir.

La tasca dels assistents socials dels centres d'atenció primària no sembla ben definida. Caldria coordinar millor aquest servei amb el que presten els assistents socials dels ajuntaments.

La coordinació dels professionals de l'atenció primària amb els d'altres nivells sanitaris sembla insatisfactòria en termes generals. Els procediments establerts generen duplicitat de visites i obliguen l'usuari a fer desplaçaments sense cap finalitat assistencial, sinó tan sols burocràtica. Convindria establir uns procediments més simplificats, que garanteixin, a més, la continuïtat assistencial dels usuaris. Les dificultats actuals del procediment, juntament amb les llistes d'espera, inviten els ciutadans a recórrer al servei d'urgències dels hospitals, cosa que provoca, de vegades, el seu col·lapse.

En aquest sentit s'hauria d'estudiar la possibilitat que, allí on fos possible, els usuaris poguessin rebre tota l'atenció especialitzada, bé als hospitals, bé als mateixos centres d'atenció primària.

La confiança dels usuaris en el diagnòstic del metge sembla força alta. Així i tot, hi ha una part petita, però significativa, dels usuaris que no semblen satisfets. Caldria estudiar la possibilitat que aquests usuaris tinguessin el dret a demanar una segona opinió, també en l'assistència primària (*Informe 1999* pàg. 251; BOPC pàg. 136).

La proporció de visites que acaben amb recepta de medicaments sembla encara elevada, fins i tot en els centres reformats. Encara són pocs els usuaris que visiten el CAP per a controls periòdics i prevenció. Cal continuar treballant per canviar la mentalitat d'aquells usuaris que creuen que els medicaments són l'única manera de lluitar contra possibles trastorns físics o psíquics (*Informe 1997* pàg. 225; BOPC pàg. 21.599).

Finalment, cal destacar l'alt grau de satisfacció dels usuaris amb el tracte rebut, fet que evidencia que es té cura de la dimensió humana. Tot i això, una proporció significativa dels usuaris es queixen de l'atenció telefò-

nica, a la qual potser alguns centres no han donat la importància que té en el sistema d'atenció primària reformat.

6.4 Centres públics i privats

En relació amb l'estructura general de l'atenció primària a Catalunya, cal recordar que s'ha optat per un model dual que assigna a una institució –l'SCS– la tasca de fixar les prioritats i els objectius, i a una altra –l'ICS– la gestió efectiva del servei a la xarxa pública.

Aquesta separació implica que l'organització general ha deixat de ser regida pel principi de jerarquia. D'aquesta manera, l'SCS estableix els objectius, però no disposa d'instruments efectius per fer-los complir a la xarxa pública de l'ICS, que comprèn la gran majoria dels centres d'atenció primària.

Per això creiem que la programació emanada de l'SCS només podrà ser efectiva si se'l dota d'instruments que li permetin fer complir els objectius establerts en la seva tasca planificadora. D'aquesta manera, ens trobem que l'SCS té instruments –per exemple, quan avalua el compliment del contracte de serveis– per fer complir els objectius en els centres de gestió privada, com ara l'avaluació del contracte de serveis, però no en té per fer el mateix en els centres de gestió pública.

Les enquestes ens han permès contrastar, dins del sistema reformat, el servei prestat pels centres de gestió pública i privada. Per a aquesta comparació ens hem basat principalment en les respostes dels usuaris.

En conjunt, les respostes dels usuaris dels sistemes privats reformats semblen més positives que les dels del sistema públic reformat. Però és dubtós que això sigui prou significatiu per elevar-ho a categoria. Les diferències observades entre els dos models provenen de les respostes dels usuaris del CAP de Vic,** ja que les dels usuaris del CAP de Sant Cugat** són molt similars –pitjors en algun cas– a les dels centres públics reformats. Entenem que el centre de Vic,** amb un model associatiu, és, com veurem, un cas excepcional, amb uns resultats que difícilment es poden extrapolar a tots els centres de gestió privada.

Les enquestes apunten que la diversificació de models d'atenció primària va ser una decisió encertada, en atorgar certa autonomia en l'organització dels centres i permetre l'experimentació. D'aquesta manera hem pogut veure com alguns centres troben millors maneres de prestar els seus serveis o racionalitzen l'aprofitament dels recursos, procediments que després es podrien generalitzar a altres centres, fins i tot a la xarxa pública de l'ICS. Particularment cal destacar que algun centre de gestió privada ha aconseguit un procediment més àgil per a la obtenció de proves complementàries o uns temps d'espera més reduïts. El fet que per a l'Administració sanitària el cost de manteniment d'aquests centres sigui fins i tot inferior al de la xarxa pública planteja la conveniència que aquesta Administració sanitària estudiï si algun d'aquests procediments es pot traslladar als centres de l'ICS, majoritaris, sense perjudicar la qualitat assistencial ni els drets dels treballadors.

En aquest sentit, no hi ha dubte que els dèficits i els encerts de la gestió repercuteixen, tard o d'hora, en la qualitat assistencial. El factor humà incideix també de manera molt important en els resultats i, atesa la diversitat de les persones que treballen en un àmbit professional, és lògic que els resultats del seu treball també siguin diversos. L'objectiu que s'ha de pretendre és generar una organització que impedeixi baixar d'uns estàndards mínims de qualitat i que promogui superarlos de forma activa i eficaç.

L'estabilitat en una organització que, alhora, sigui prou flexible per permetre la innovació i, per tant, l'adaptació a un entorn canviant, és un valor a preservar. Combinar estabilitat i flexibilitat ha de ser avui un dels objectius fonamentals de tota organització. No hi ha dubte que la coexistència de diversos models de gestió permet aprofitar les experiències dels uns i els altres i incorporar tot allò que tenen de positiu, però hi ha d'haver sempre un nivell garantit de qualitat a tots els models.

Cal recordar que, a la nostra societat, assistim a processos importants que incrementen de manera significativa la demanda assistencial. Així, l'augment de l'esperança de vida –conseqüència de l'èxit del nostre model social i sanitari– i l'arribada d'immigrants –que contribueix, sens dubte, a la viabilitat futura del sistema– constitueixen reptes als quals el nostre sistema sanitari ha de donar resposta adequada.

La diversitat d'origen dels usuaris pot suscitar problemes de comunicació. L'increment de població en un determinat barri –a conseqüència de la immigració– pot fer créixer la pressió assistencial i generar tensions davant de les quals els gestors sanitaris han de reaccionar. Per fer-ho amb èxit, han de disposar dels recursos adequats i de certa flexibilitat. En aquest sentit, creiem que la concurrència de diversos models de gestió pot ser positiva, en permetre experimentar i decantar respostes diferents.

Però la diversitat té uns límits més enllà dels quals el sistema pot esdevenir inharmoniu i entrar en crisi. El control de l'Administració sanitària organitzadora dels recursos –l'SCS– ha de ser similar enfront de tots els proveïdors, públics i privats. Els costos per a l'erari públic de l'assistència prestada també han de ser similars. Així, el que es paga per unitat assistencial a un proveïdor i a un altre ha de ser equivalent, amb les correccions derivades de les característiques de la població atesa. De la mateixa manera, les condicions de treball del personal han de tenir un mínim comú denominador, sigui quin sigui el model de gestió. Això no significa pas identitat de sous, però sí unes condicions mínimes per sota les quals el proveïdor no pugui contractar els seus treballadors.

D'altra banda, cal recordar que un proveïdor amb una quota molt significativa del mercat té una clara situació de força davant de l'usuari. Si això passa quan és públic –l'ICS– i té un clar objectiu de servei públic, preocupa el fet de pensar què pot succeir si és privat i té, legítimament, ànim de lucre. En aquest sentit, sembla important evitar situacions de monopoli en una determinada zona. S'hauria de defugir, doncs, la substitució en un territori del monopoli de l'ICS per un altre de privat que limiti les possibilitats reals d'opció de l'usuari.

A més, si els titulars dels centres d'atenció primària són entitats també proveïdores de serveis hospitalaris, cal articular mecanismes que evitin col·locar els usuaris en una situació de client captiu. En tot cas, l'SCS ha de vetllar perquè les eventuais ineficiències del servei hospitalari no es comuniquin a l'atenció primària.

D'altra banda, la situació jurídica del personal estatutari de l'ICS –tant reformat com no reformat– assignat a centres de gestió privada és confusa, ja que té una doble dependència, de l'entitat proveïdora del servei i de l'ICS, fet que pot provocar problemes de gestió de la prestació del servei. Hi ha diferències de remuneració i d'horaris que poden crear greuges comparatius. Però, a més a més, la doble dependència comporta, entre altres coses, que l'entitat proveïdora no té per si mateixa capacitat sancionadora, sinó que l'ha de sol·licitar als responsables de zona de l'ICS, cosa que pot generar distorsions en el funcionament d'aquests centres. Cal enfortir l'efectivitat del control de les autoritats sanitàries per garantir que –a tots els nivells, tant públics com privats– el personal compleix la normativa vigent. Això ha de possibilitar, en tots els centres, el respecte als drets dels treballadors –incloent-hi els d'accés a la formació, promoció i docència– i als dels usuaris, garantint per exemple el nomenament immediat de substituïts o la realització de visites a domicili.

6.5 El model associatiu

Com hem vist, el CAP de Vic** presenta uns excel·lents resultats a l'enquesta, però hi ha raons per afirmar que és un cas excepcional, amb uns resultats que difícilment es poden extrapolar a priori a tot un model de prestació de serveis.

La població de Vic té un nivell econòmic i cultural més aviat elevat i un alt grau de cohesió social, encara que ja té una proporció significativa d'immigrants estrangers. A més, aquest CAP es va construir fa pocs anys i, per tant, té uns equipaments nous. Els usuaris hi van arribar a mesura que escollien lliurement el centre, de manera que, inicialment, tenia una pressió assistencial molt baixa i uns recursos abundants. D'altra banda, creiem que la qualitat personal del grup de metges –socis i treballadors alhora– ha tingut gran influència en els resultats obtinguts i, per tant, no sembla segur que altres centres amb el mateix model de prestació de serveis obtinguin resultats similars. De tota manera, la bona valoració que en fan els usuaris invita les autoritats sanitàries a experimentar aquest model associatiu en un entorn social i material més difícil per poder fer-ne una valoració més objectiva.

Els bons resultats obtinguts pel centre de Vic** conviden, en tot cas, a fer una reflexió sobre el model de gestió associativa. Segons l'enquesta aquest model ofereix més qualitat assistencial. A més, permet als metges-socis uns ingressos considerablement més elevats que els obtinguts amb la gestió de l'ICS. Cal plantejar-se, en primer lloc, com és possible això quan, en principi, la dedicació horària és similar –parlem sempre de centres reformats– i els recursos assignats als centres privats són inferiors als dels centres públics

similars. O la gestió de l'ICS és menys eficient o bé els centres amb gestió associativa tenen avantatges comparatius o, encara, hi ha una combinació de totes dues coses.

En aquest sentit, cal considerar alguns dels avantatges del centre de Vic** i dels altres gestionats per una entitat de base associativa. En primer lloc, l'ampli suport –en legítim exercici de les seves funcions– del Col·legi de Metges, molt interessat a promoure aquest model de gestió. Aquest suport pot incloure la concessió de préstecs a un interès molt baix o proporcionar als professionals serveis complementaris gratuïts. A més, gairebé tots aquests centres s'han pogut constituir sense assumir unes plantilles heretades, sinó que han pogut triar els seus recursos humans atenent les necessitats específiques del centre.

Una altra circumstància favorable dels centres amb gestió privada associativa és que són constituïts generalment per metges-socis amb experiència i capacitat, disposats a treballar més hores de les establertes, amb la perspectiva d'uns ingressos més alts. No hi ha dubte que la base humana dels altres centres privats no és la mateixa, no és igualment motivada i, lògicament, la seva dedicació horària té els límits de tota relació laboral. Cal recordar també que molts d'aquests metges-socis tenen plaça a l'ICS i en demanen l'excedència. Per això, si el model associatiu es generalitzés, l'ICS podria perdre una part dels seus professionals més capacitats.

L'ICS té actualment un personal ben capacitats, però no sempre particularment motivat. Moltes vegades ha de gestionar una plantilla sobredimensionada per a unes tasques i insuficient per a altres, amb un cert percentatge d'absentisme. A més, els estatuts jurídics diferenciats dels metges reformats i no reformats generen greuges comparatius que dificulten el funcionament intern dels centres. En aquest context, els centres de l'ICS tenen més difícil començar de bell nou, incorporant la reforma.

Conèixer aquesta realitat ens fa cauts a l'hora de valorar la responsabilitat dels gestors directes en els diferents índexs de satisfacció dels usuaris. Però això, cal convidar el Govern i l'ICS a promoure els canvis normatius i organitzatius que permetin equilibrar els instruments de gestió dels directius d'un model i d'un altre. Si en un CAP de l'ICS, el bon metge, que treballa amb competència i dedicació, cobra molt menys que el que s'integra en una entitat de base associativa, dualitzarem el mercat laboral sanitari en l'atenció primària i això probablement acabarà deteriorant l'harmonia i la qualitat del sistema. No es tracta pas d'igualar a la baixa amb un únic model de gestió, sinó d'obrir vies imaginatives que permetin equiparar a l'alça, gestionant millor els mateixos recursos econòmics.

En tot cas, creiem que diversificar els models de gestió ha estat una opció encertada, que posa a l'abast de tots la referència dels vessants més positius de la gestió pública i de la gestió privada –incloent-hi també la gestió associativa– i que, a més, afavoreix la recerca de solucions innovadores en la prestació del servei.

7. CONCLUSIONS

1. El model reformat de gestió de l'atenció primària garanteix més qualitat assistencial que el model tradicional, i els usuaris n'estan més satisfets. El fet que, molts anys després d'engegar la reforma, una part de la població encara sigui atesa pel sistema antic comporta un greuge comparatiu.

2. Les autoritats sanitàries han de trobar la manera que, com més aviat millor, no tan sols siguin reformats tots els centres d'atenció primària, sinó que tota la població sigui atesa pel nou sistema. Per tant, s'hauria de trobar la manera de garantir que tots els metges que presten servei en el sistema d'atenció primària treballin segons les normes del model reformat.

3. Caldria millorar els procediments establerts i la informació dels usuaris per fer efectiu el dret a la lliure elecció de metge. Per això, cal desplegar reglamentàriament l'article 6 de la LOSC, que reconeix aquest dret, com hem recomanat ja en els darrers informes al Parlament de Catalunya. Convindria també ampliar l'àmbit territorial de les zones en què es pot triar especialista, com s'ha fet en altres comunitats autònomes.

4. Caldria estudiar la possibilitat que l'ICS introdueixi criteris de flexibilitat en la gestió de les comandes als organismes encarregats de practicar proves complementàries, a fi de reduir el temps que es triga a rebre'n el resultat. D'aquesta manera els EAP podrien triar el seu proveïdor i això comportaria un incentiu per als proveïdors escollits.

5. La coordinació entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària no és prou satisfactòria. L'Administració hauria de trobar la manera de millorar-la per garantir la continuïtat assistencial dels usuaris. S'hauria de coordinar el procés d'informatització de les històries clíniques a fi que tots els centres d'atenció primària i hospitalària puguin intercanviar la informació de què disposen.

6. L'Administració sanitària hauria d'assignar recursos específics per garantir una atenció domiciliària adequada i disposar de plena capacitat per garantir el compliment dels objectius establerts en aquesta matèria.

7. L'Administració sanitària hauria d'estudiar si el sistema d'atenció basat en la unitat bàsica assistencial metge-infermer pot millorar-se amb un sistema més flexible que permeti ampliar i potenciar l'atenció d'infermeria, aprofitant millor els coneixements que el personal de infermeria té acreditats. També caldria potenciar les tasques de formació permanent del personal i les d'informació i prevenció de les malalties dels usuaris.

8. Caldria reduir la pressió assistencial que suporten alguns centres, augmentant les dotacions humanes i materials i creant els centres necessaris, i també agilitar el nomenament de substituïts. S'haurien d'augmentar els mitjans i les prestacions d'alguns serveis específics, com ara l'atenció psiquiàtrica o la bucodental. Els pediatres haurien d'estar assignats als centres on són més necessaris i per tant s'hauria d'afavorir la redistribució dels que treballen en zones que han patit una forta caiguda de la natalitat.

9. L'Administració sanitària hauria d'estudiar la conveniència de desburocratitzar la gestió dels centres d'atenció primària i potenciar l'autonomia econòmica dels EAP en l'elaboració de pressupostos i la contractació de serveis. Aquesta flexibilitat hauria de permetre que la direcció dels centres reassignés les funcions d'alguns treballadors que es podrien dedicar a altres tasques, com ara la prevenció o l'atenció als malalts crònics.

10. Caldria potenciar la capacitat de l'SCS d'assegurar a tots els centres –també als de la xarxa pública de l'ICS– el compliment dels objectius establerts en la seva planificació.

11. Caldria reforçar l'efectivitat del control del personal de l'ICS assignat a centres de gestió privada. Igualment, l'ICS ha de vetllar perquè aquests centres facilitin a l'esmentat personal l'accés a la formació continuada prevista en la normativa.

12. Algunes dades apunten la possibilitat que la gestió privada de base associativa faciliti una millor qualitat assistencial. Hi ha també la possibilitat que aquesta orientació estigui molt condicionada per les circumstàncies favorables en què fins ara s'ha desenvolupat el model. Caldria experimentar-lo en circumstàncies més adverses, a fi que l'Administració pugui estudiar la conveniència de promoure'l o bé d'implantar en altres models de gestió alguna de les innovacions introduïdes. D'altra banda, s'hauria de facilitar que altres professionals, a banda dels metges, puguin participar també en aquest model de gestió.

8. RELACIÓ D'ABREVIATURES UTILITZADES I INFORMES CITATS

Abreviatures

ABS: Àrea bàsica de salut

ATDOM: Programa d'atenció domiciliària

BOPC: *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*

CAP: Centre d'atenció primària

EAP: Equip d'atenció primària

EBA: Entitat de base associativa

ICS: Institut Català de la Salut

LOSC: Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, de 9 de juliol de 1990

PADES: Programa d'atenció domiciliària i equips de suport

RM: Reglament-Marc de funcionament dels equips d'atenció primària, de 6 de maig de 1990

SCS: Servei Català de la Salut

Informes

Informe 1994: BOPC número 313, de 17 de març de 1995

Informe 1995: BOPC número 30, de 21 de març de 1996

Informe 1996: BOPC número 153, de 21 de març de 1997

Informe 1997: BOPC número 266, de 20 de març de 1998

Informe 1998: BOPC número 380, de 19 de març de 1999

Informe 1999: BOPC número 34, de 24 de març de 2000

Informe 2000: BOPC número 165, de 27 de març de 2001

Informe 2001: BOPC número 275, de 22 de març de 2002

ANNEX I: CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA CONSIDERATS EN L'ENQUESTA

Per poder analitzar el significat de les respostes dels professionals i dels usuaris és important conèixer els perfils que presentaven els centres estudiats quan es va fer l'enquesta (octubre de 2000).

A) CENTRES DE L'ICS NO REFORMATS

– CAP Montnegre (les Corts, Barcelona)

Centre públic, gestionat per l'ICS, que, quan es va fer l'enquesta, tenia una elevada pressió assistencial, amb uns 3.000 usuaris per metge de família (o metge general) i uns 1.000 nens per pediatre. Aquestes relacions han baixat posteriorment de manera significativa per causa dels canvis introduïts en el funcionament del centre. El centre assisteix actualment una població de 65.000 habitants, amb un nivell econòmic i cultural mitjà i mitjà-alt.

El centre té unes instal·lacions acceptables i un nivell d'equipaments mitjà. Quan es va fer l'enquesta era un centre no reformat, encara que, com en quasi tots, ja s'hi havien introduït alguns criteris dels centres reformats. Des de l'1 de gener del 2001 és un centre reformat, si bé manté alguns elements significatius de l'antic sistema.

Això també ha comportat un canvi en la composició de la plantilla. Quan es va fer l'enquesta el 85 % de les places de metge eren fixes i ocupades per professionals de mitjana edat que treballaven 2,5 hores diàries. Actualment, després d'aplicar la reforma, la plantilla ha augmentat considerablement i els professionals joves són gairebé el 60 %. D'altra banda, aproximadament la meitat dels professionals sanitaris són actualment interins o substituïts.

– CAP Avinguda de Catalunya (Badalona):

Aquest centre públic, també gestionat per l'ICS, té una pressió assistencial moderada, amb 2.282 usuaris per metge de família i uns 500 nens per pediatre. El centre atén 29.392 usuaris, la majoria de classe treballadora, en una ciutat amb una renda mitjana un 20 % per sota de la de Catalunya. Hi ha molts usuaris de més de 60 anys, cosa que comporta una utilització elevada dels

serveis. A més, hi ha una presència significativa d'immigrants en algun dels barris atesos pel centre.

És un centre no reformat, encara que s'hi han introduït alguns dels criteris de la reforma. Les instal·lacions són bastant deficientes, amb uns equipaments insuficients. Hi ha en construcció un nou edifici que millorarà substancialment la qualitat d'aquestes instal·lacions. Es preveu que aquest edifici estarà disponible l'any 2002 o a inicis del 2003.

Quasi tots els metges hi tenen plaça fixa, amb una dedicació de 2,5 h.; la majoria són d'edat mitjana, entre 40 i 60 anys.

B) CENTRES DE L'ICS REFORMATS (*)

– CAP Castelldefels:*

Centre públic, gestionat per l'ICS, amb una pressió assistencial força alta, deguda en part a la relació elevada –2.744 usuaris per metge de família i 1.414 nens per metge en pediatria– i en part a l'alt índex de freqüentació dels usuaris. Aquests usuaris tenen un nivell econòmic i cultural mitjà i mitjà-alt (la renda mitjana de Castelldefels és un 11 % superior a la de Catalunya), amb un predomini clar de gent jove.

El centre és plenament reformat i té bones instal·lacions. Els equipaments són de bona qualitat, però insuficients per atendre adequadament l'elevada pressió assistencial. Els metges són generalment d'edat mitjana i hi tenen, majoritàriament, plaça fixa. Tot i això, és freqüent la presència de substituïts.

– CAP del Carmel* (el Carmel, Barcelona)

Aquest centre públic reformat, gestionat per l'ICS, està situat en un barri popular de Barcelona. Atén una població de 21.340 habitants, encara que els que hi tenen història clínica oberta arriben gairebé a 25.000. La pressió assistencial és més aviat elevada, amb uns 2.500 usuaris per metge. El nivell socioeconòmic és en general baix, amb una renda un 25 % per sota de la mitjana de Catalunya. Hi predomina la gent treballadora, amb una presència significativa de població immigrada. Hi ha un procés clar, però no gaire avançat, d'envelliment de la població. Només un 13 % de la població té menys de 14 anys, però de moment només el 14 % de la població ha arribat a 65 anys.

La reforma de l'atenció primària hi és completament implantada. El centre té bones instal·lacions i bons equipaments.

Els metges tenen una edat mitjana entre 40 i 50 anys, quasi tots amb plaça fixa, i en general tenen certa experiència.

c) CENTRES DE GESTIÓ PRIVADA REFORMATS ()**

– CAP Sant Cugat:**

Centre privat, gestionat per la Mútua de Terrassa. Aquesta entitat ha establert un contracte amb el Servei Català de la Salut per actuar com a proveïdora de serveis sanitaris en aquest centre.

Aquest CAP atén una població de més de 50.000 habitants. Això comporta una pressió assistencial molt elevada, amb més de 3.200 hab./metge de medicina general, una relació altíssima (segons les dades aportades pel conseller de Sanitat al Parlament el 17 de maig de 2001, a tot Catalunya només hi ha cinc centres amb més de 2.500 hab./metge de medicina general). Malgrat els problemes que crea, aquesta situació es pot gestionar perquè el nivell de freqüentació dels usuaris a Sant Cugat és baix. És així, probablement, perquè es tracta d'una població jove i de nivell econòmic mitjà alt –un 37 % per sobre de la renda mitjana de Catalunya– que permet sovint disposar d'una mútua privada.

El nivell cultural mitjà és alt. Hi ha una minoria immigrada molt recent amb problemes socioculturals i amb incidència més alta de malalties com ara la tuberculosi.

Es tracta d'un centre reformat, amb un grau d'implantació de la reforma molt alt. Les instal·lacions són bones, però necessitaria més espai per atendre més consultes. El nivell d'equipaments és bo, malgrat que en alguna de les prestacions hauria de millorar.

La majoria dels metges són joves, amb certa experiència. Normalment hi tenen plaça fixa i la presència de substituïts és només esporàdica. Un de cada tres metges encara està acollit al sistema no reformat i per tant només està obligat a treballar 2,5 hores diàries, situació que agreuja encara més la pressió assistencial.

– CAP del Remei** (Vic)

És un centre privat, gestionat per una entitat de base associativa que integra un grup de metges que treballen al centre amb una dedicació àmplia. El centre atén una població de 16.946 habitants i té una pressió assistencial baixa. Tanmateix, destaca per l'alt nivell de freqüentació del usuari, per sobre de 8 visites anuals de mitjana, més del doble dels nivells mitjans a Catalunya i a Europa.

Els usuaris tenen un nivell econòmic mitjà, en una ciutat que supera en un 8 % la renda mitjana de Catalunya. Hi ha una petita proporció (7 %) de població immigrada.

És un centre reformat amb bones instal·lacions i equipaments satisfactoris. La societat proveïdora dels serveis va poder supervisar les obres del centre, raó per la qual l'adaptació a les necessitats del servei és molt bona.

La reforma hi ha estat implantada completament. Els metges tenen una mitjana d'edat de 40 anys i dedicació completa. Es pot considerar que gaudeixen d'un cert incentiu ja que, en ser propietaris de la societat proveïdora, tenen uns ingressos complementaris procedents del repartiment de beneficis de la societat. Pel mateix motiu cal suposar que la supervisió que es fa sobre la feina de la resta dels treballadors és més propera que en altres models de gestió.

ANNEX II. QÜESTIONARI PER ALS PROFESSIONALS

1) QÜESTIONARI PER AL DIRECTOR MÈDIC

El primer bloc de preguntes s'adreçava exclusivament al director mèdic i tenia l'objectiu de conèixer les cir-

cumstàncies particulars de cada centre. Alguns directors mèdics ens han respost directament i uns altres ens han fet arribar les memòries dels centres per obtenir-ne les dades. Les respostes han contribuït a definir el perfil dels centres, que ja hem presentat a l'annex I.

1. *Nom del centre d'atenció primària*
2. *Xifres d'activitat*
3. *Visites. Ràtios. Població que abasta, adscrita al centre. Nombre d'habitants protegits (de més de set anys en els no reformats, de més de catorze en els reformats)*
4. *Relació jurídica personal. Dedicació, horari i jornada*
5. *Quin percentatge del pressupost s'ha destinat a formació? (només per als centres reformats)*
6. *Quin temps mitjà es dedica a la visita mèdica per persona? Altres dades generals*
7. *Periodicitat i tipus de reunions de l'EAP (només per als centres reformats)*
8. *Verificar la memòria anual d'activitats*
9. *Ràtio de metges de família (o generals) per persona protegida (els de més de set anys en els no reformats; els de més de catorze en els reformats), de pediatres, d'odontòlegs, de personal auxiliar sanitari i d'assistents socials*

2) PROBLEMES PRINCIPALS I QUEIXES

La resta de l'enquesta havia de ser resposta pel director mèdic i pel conjunt de professionals de l'EAP: metges, infermers i administratius. L'article 1 del RM estableix que la finalitat d'aquests és la millora del nivell de salut de la població de l'ABS. Per això l'article 40 situa entre les seves funcions identificar els problemes i necessitats principals de salut. D'altra banda, segons l'article 11 del RM, l'ABS ha de tenir una unitat de recepció dels usuaris, amb funcions de recepció, informació dels serveis prestats, orientació de les demandes i programació de les visites. I segons l'article 49 del mateix reglament tots els CAP i consultoris han de tenir un llibre de reclamacions a disposició dels usuaris, en un lloc visible, i s'ha d'informar els usuaris de la seva existència. Per facilitar les queixes dels usuaris i garantir la qualitat de l'atenció prestada, el personal ha d'estar clarament identificat, amb nom i cognom ben visibles. El primer grup de preguntes tractava d'identificar el compliment d'aquestes normes, els problemes principals del centre i els motius més importants de queixa dels usuaris:

10. *Quins són els principals problemes de funcionament del Centre que poden incidir en la qualitat del servei?*

En ser preguntats pels principals problemes que afecten el funcionament ideal del CAP, els diferents professionals dels CAP indiquen factors molt semblants. La gran majoria de centres apunten la massificació i la pressió assistencial, amb totes les conseqüències que això comporta per a aspectes com ara l'accessibilitat o les llistes d'espera, com el principal problema a què s'han d'enfrontar (*Informe 2000* pàg. 175; BOPC pàg. 91).

En les respostes no s'adverteixen diferències notables entre centres reformats i no reformats, ja que indistintament, i deixant de banda fets aïllats, la pressió assistencial i els problemes que se'n deriven són, segons els responsables, comuns a tots els centres estudiats. Tan sols els professionals del CAP de Vic** han respost de manera diferent, ja que no s'han queixat de la massificació, sinó del temps d'espera per derivacions o de l'eventualitat dels treballadors, aspectes que no han estat esmentats pels professionals de la resta dels centres.

Juntament amb la massificació, diversos centres coincideixen a apuntar problemes comuns, independentment de la condició de centres reformats o no reformats. Els centres de les Corts i del Carmel,* per exemple, posen èmfasi en els problemes derivats de la burocràcia i la informació a l'usuari. Els responsables de tots dos centres consideren insuficients els mitjans disponibles en el servei d'admissió. Particularment, el servei d'atenció telefònica és qualificat d'insuficient pels responsables dels CAP de les Corts, del Carmel* i de Vic.** Per part seva, el CAP de Sant Cugat** reconeix mancances del servei domiciliari d'urgències.

En termes generals, la resposta dels professionals apunta que els problemes més habituals dels centres són semblants, al marge del tipus de gestió. Amb tot, cal dir que en els CAP no reformats la gestió dels serveis genera menys burocràcia, però també n'és inferior la qualitat i la diversitat.

11. *Quines són les principals queixes dels usuaris?*

Pel que fa a les queixes principals dels usuaris, els responsables dels centres manifesten ser conscients dels problemes relacionats amb les llistes d'espera, particularment pel temps que necessita l'usuari per ser atès per l'especialista.

Tanmateix, al CAP de les Corts la queixa més usual està relacionada amb la dispensació de receptes, quan els usuaris troben que no els donen la recepta que han demanat. Això mostra els hàbits incorrectes dels usuaris dels centres no reformats, perquè evidentment és el metge, no pas l'usuari, qui sap quin és el tractament adequat. Amb la reforma aquest hàbit haurà de canviar, però a l'usuari li costarà acceptar-ho satisfactòriament.

Els responsables del CAP de Vic** manifesten no tenir queixes dels usuaris, si no són les referides al temps d'espera per a la visita externa de l'especialista. Altres problemes percebuts pels usuaris són les dificultats ja esmentades d'accés telefònic en alguns centres, o aspectes molt concrets com la manca de recursos per al Pla d'atenció de la dona al CAP de Sant Cugat.**

De tota manera, les queixes dels usuaris es podran calibrar millor en la part de l'informe dedicada a comentar l'enquesta als usuaris.

12. *Comprovar si el personal s'identifica. Es fa amb nom i cognom visible per l'usuari?*

Només a Badalona i a Vic** el personal s'identifica amb nom i cognoms. Aquests incompliments de la normativa s'haurien de controlar, ja que minven la capacitat del ciutadà de queixar-se pels comportaments incorrectes del personal i, en definitiva, afecten la qualitat

del servei. La inspecció hauria d'utilitzar els mitjans que la llei posa al seu abast per garantir el compliment d'aquesta norma.

13. Amb motiu de les baixes, es nomenen immediatament substituïts?

Tant en centres públics com privats, reformats i no reformats, hi ha dificultats per cobrir les baixes del personal i nomenar immediatament substituïts.

Podria semblar que les entitats privades, alienes a l'ICS, que gestionen els CAP haurien de ser més reticents a proveir les baixes amb personal interí, amb motiu dels costos que això comporta. Però el fet és que els centres públics hi oposen les mateixes dificultats, la qual cosa fa pensar més aviat que tots els CAP estalvien despeses amb substitucions i agreugen el dèficit de recursos humans. L'augment corresponent de la pressió assistencial afecta la qualitat del servei i, especialment, el servei de visita domiciliària.

El cas de les substitucions és particularment problemàtic quan les entitats privades que gestionen l'EAP tenen adscrit personal de l'ICS, com a Sant Cugat.** Aquests treballadors estan orgànicament vinculats a l'ICS, però depenen funcionalment de l'EAP i, per tant, de l'entitat privada que el gestiona.

3) TEMPS DE LES VISITES MÈDIQUES

Un altre grup de preguntes tractava d'esbrinar el temps dedicat a atendre el pacient.

14. Temps mitjà de visita mèdica o consulta?

El temps mitjà de consulta o visita mèdica indicat pels professionals és de 8 minuts a Vic,** 7 minuts al Carmel,* i 6 minuts a Castelldefels* i Sant Cugat.** D'altra banda, als centres no reformats de les Corts i Badalona, el temps de visita mèdica és inferior, amb menys de 5 minuts.

La diferència entre el temps mitjà dedicat als centres reformats (6-8 min) i els centres no reformats (menys de 5 min) és substancial. Però encara més si tenim en compte que potser molts usuaris del sistema antic no han conceptuat com a visita mèdica la simple expedició de recepta, molt estesa en aquest sistema.

15. Considera suficient el temps que es dedica als malalts?

Badalona, Vic** i el personal d'infermeria del Carmel* consideren suficient el temps que es dedica al malalt. La resta de centres el consideren insuficient. No hi ha, doncs, correspondència entre aquesta resposta i el model de centre. En canvi trobem una clara correspondència entre la percepció que el temps de visita és insuficient i l'existència d'una elevada pressió assistencial, com és el cas de les Corts, Castelldefels* i Sant Cugat.**

És insòlit que en un CAP no reformat com Badalona els professionals trobin suficients els tres minuts de mitjana dedicats a atendre els usuaris. Tanmateix, el fet que moltes actuacions dels CAP tradicionals consisteixin només a prescriure un medicament, estendre la recepta o fer una derivació, pot explicar que els professionals considerin suficient aquest temps.

4) TEMPS D'ESPERA

També ens vam interessar pels factors que, des de la perspectiva dels professionals, incideixen en el temps que han d'esperar els usuaris per a ser atesos.

16. Llistes d'espera per a visita no urgent?

En els centres no reformats no hi ha llista d'espera, de manera que els usuaris poden anar directament al CAP a l'hora de consulta establerta i el temps que hauran d'esperar-se dependrà fonamentalment del nombre d'usuaris que aquell dia hagin acudit a la consulta, factor en general vinculat a la pressió assistencial.

Altrament, els centres reformats donen visita concertada, i segons la pressió assistencial hi ha llistes d'espera entre 3 i 10 dies. L'excepció és Vic,** on, segons la declaració dels professionals, no hi ha llista d'espera.

17. Quin temps es triga a fer determinades proves o visites i obtenir-ne es resultat?

La coordinació de tots els serveis i el funcionament dels centres amb els diferents nivells assistencials i amb la resta de recursos sanitaris i socials funciona, en general, millor als centres reformats que als no reformats. Entre els reformats es destaca el de Vic,** per la bona coordinació, tot i que hem de recordar que en aquest centre els metges que contesten el qüestionari són al mateix temps propietaris de l'EBA que gestiona el centre i és normal que en vulguin donar la imatge més positiva possible. Per contra, els professionals del CAP del Carmel* entenen que la coordinació del centre amb altres nivells assistencials és insatisfactòria.

Es poden demanar totes les proves necessàries per a un bon diagnòstic, sense limitacions, a quasi tots els centres, llevat dels impediments per llistes d'espera, sense més limitacions que les derivades d'aquestes llistes. Els centres no reformats necessiten més temps que els reformats per obtenir les proves. Entre els mateixos centres reformats també hi ha diferències remarcables, perquè els centres de gestió privada aconsegueixen tenir els resultats de les proves molt més aviat que els públics, segons declaren els seus professionals.

La situació del centre de Vic** resulta excepcional, ja que aconsegueix tenir la majoria de les proves sol·licitades (radiologia, analítica, dermatologia, psiquiatria, ecografia, TAC, ergometria, ressonància magnètica) en un temps molt més reduït (d'1 a 15 dies) que els altres CAP (entre 2 i 4 mesos, segons les proves o l'especialista). Això potser es pot explicar pel fet que Vic** pot escollir proveïdor per a aquestes proves.

Les diferències significatives detectades entre centres reformats i no reformats en aquesta matèria evidencien una vegada més les diferències en la qualitat assistencial que reben els ciutadans que estan atesos per cadascun dels dos sistemes.

5) RECEPTES

El procés d'expedició de les receptes –amb la problemàtica que genera– i la responsabilitat sobre els documents també van ser objecte d'anàlisi, ja que havíem

rebut queixes sobre possibles irregularitats en aquestes matèries.

18. Qui expedeix les receptes i qui les controla?

Segons els professionals, a tots els centres els metges expedeixen, controlen o supervisen les receptes. Materialment en poden expedir els infermers o les unitats de recepció d'usuaris, però sempre són els metges qui les controlen i autoritzen. Certament no calia esperar una resposta diferent perquè hauria significat el reconeixement d'una transgressió greu de l'ordenament jurídic. De tota manera, podem tenir algun dubte sobre l'efectivitat d'aquesta supervisió en alguns casos, especialment quan els metges estan subjectes al règim antic de 2,5 hores de consulta, sense cita prèvia.

Les respostes indiquen que les receptes de malalties cròniques acostumen a expedir-les els infermers i la unitat de recepció d'usuaris sota el control del metge.

19. Les recomanacions administratives sobre l'ús racional del medicament malmeten seriosament la llibertat de prescripció?

En cap centre no s'han considerat negatives les recomanacions administratives sobre l'ús racional dels medicaments, ni que aquestes puguin malmetre la llibertat de prescripció facultativa. De totes maneres, l'efectivitat d'aquestes recomanacions pot estar relacionada amb l'existència d'incentius.

6) DOCUMENTS SOBRE ORGANITZACIÓ INTERNA

L'article 50 del RM estableix que l'EAP ha d'avaluar i promoure la qualitat assistencial. Les activitats d'avaluació i de promoció es faran seguint un pla escrit d'avaluació. Aquest pla ha d'incloure els mecanismes per identificar els problemes i decidir la realització dels estudis destinats a valorar les possibles deficiències. S'ha d'elaborar també una memòria anual d'activitats, que es trameta a la direcció del sector (art. 52 RM). L'article 5 del mateix reglament estableix que l'EAP es regeix i s'organitza d'acord amb les previsions del reglament de règim intern que s'ha d'elaborar durant els primers sis mesos de funcionament.

20. Hi ha un pla escrit d'avaluació i promoció de la qualitat assistencial?

21. Es fa memòria anual d'activitats?

22. S'ha elaborat el reglament de règim intern durant els primers sis mesos posteriors a la constitució de l'Equip d'Assistència Primària?

23. Es tenen protocols d'actuació? Funcions habituals dels infermer.

En tots els CAP reformats es compleix el Reglament-Marc de funcionament dels EAP quant a l'existència d'un pla escrit d'avaluació i promoció de la qualitat assistencial i de l'elaboració de la memòria anual d'activitats (art. 52 RM). En principi els centres no reformats no tenen aquests documents, ja que no tenen cap obligació d'elaborar-los. Tot i això, el centre no reformat de les Corts elabora una memòria anual d'activitats.

La normativa estableix que tots els centres reformats han d'elaborar el reglament de règim intern durant els primers sis mesos de constitució de l'EAP, però alguns centres consultats, públics o privats com ara els de Castelldefels* i Vic,** no l'havien elaborat quan es va realitzar l'enquesta, incomplint clarament les disposicions del Reglament-Marc.

Tots els centres consultats disposen de protocols d'actuació, més o menys complets i detallats.

7) URGÈNCIES

Ens vam interessar també pel funcionament del servei d'urgències, atesa la seva importància per a la salut dels usuaris. La normativa qualifica d'urgència tot «problema de salut que requereix una atenció immediata a causa del seu risc intrínsec, vital o per a la integritat física del pacient, bé des d'un punt de vista objectiu, bé atesa la vivència de necessitat d'atenció immediata per part del mateix usuari».

24. Coordinació de l'EAP amb urgències

25. Els metges del servei d'urgències, tenen accés a les històries clíniques?

26. Quins recursos i quina organització hi ha per a l'atenció a les urgències fora de l'horari del CAP?

El Reglament-Marc estableix que els EAP han d'organitzar l'atenció a les urgències i que els corresponents reglaments de règim intern han de contenir la distribució del temps, els horaris i els llocs d'aquests serveis. A més, l'EAP té l'obligació d'informar d'aquesta organització dels recursos d'urgències i fer-la pública. La manera com es concreta aquesta organització depèn molt de les característiques de cada ABS i s'ha de tenir en compte tant si hi ha servei d'atenció continuada a la mateixa ABS com també l'atenció domiciliària amb el 061.

Els centres no reformats no tenen servei d'atenció continuada, fet que dificulta la coordinació entre els professionals de l'atenció primària i els que atenen els usuaris en cas d'urgències. Tot i això, els professionals d'aquests centres asseguren aquesta coordinació quan el cas clínic ho requereix.

8) ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Un grup de preguntes es destinava a esbrinar com es compleix l'atenció domiciliària, que ha de ser atesa per l'EAP segons l'article 9 del RM. Segons l'article 22, qualsevol professional ha de prestar aquest servei durant l'horari normal d'activitats de l'EAP i la visita s'ha d'enregistrar a la història clínica d'atenció primària. Amb motiu de diverses queixes, el Síndic de Greuges ha recordat l'obligació de prestar aquest servei malgrat l'existència del 061.

27. És bo anar a casa en visita domiciliària? Qui fa l'atenció domiciliària?

28. Hi ha recursos específics per a l'atenció domiciliària, exclòs el programa PADES?

Tots els centres declaren que fan atenció domiciliària, malgrat que alguns reconeixen fer certa selecció i admeten la dificultat d'atendre-la en pediatria. No hi ha recursos específics a cap centre per a l'atenció de malalts crònics, ja que l'abast actual del programa PADES –Programa d'atenció domiciliària i equips de suport– i els seus mitjans semblen molt limitats.

Així, els únics recursos específics són els mateixos professionals, que, amb seva dedicació, han d'atendre patologies agudes no programades i la visita a persones que no es poden desplaçar al CAP. No s'observa cap diferència entre centres reformats o no reformats, públics o privats. Sí que es veu una certa reticència, tant en els de gestió privada (Sant Cugat**) com en els de gestió pública (el Carmel*) a fer l'atenció domiciliària pediàtrica, incomplint els deures d'aquesta modalitat d'atenció mèdica.

9) HISTÒRIES CLÍNQUES

També s'ha estudiat el funcionament de les històries clíniques en els centres reformats. L'article 15 del RM estableix que s'ha d'obrir una història clínica d'atenció primària a tothom que sollicita atenció per primera vegada. El Síndic de Greuges ha rebut queixes derivades de la insuficient regulació de la custòdia dels historials clínics, i ha recomanat que es reguli adequadament.

29. *Del CAP, qui pot accedir a una història clínica?*

30. *Qui té la custòdia de la història clínica i per quant temps?*

Quan els professionals van contestar aquest qüestionari, l'octubre de 2000, els centres no reformats no tenien l'obligació d'elaborar la història clínica dels pacients. Tot i això, alguns centres no reformats, entre ells els dos considerats al nostre estudi, començaven a implantar-la tímidament.

Posteriorment la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre drets d'informació, concernent la salut i l'autonomia del pacient, i documentació clínica, va establir l'obligació generalitzada d'elaborar la història clínica, però va concedir un termini d'un any a tots els centres –reformats i no reformats– per adoptar les mesures tècniques i organitzatives necessàries per adaptar-se a la nova disposició.

En el moment de redactar aquest informe la història clínica ja ha estat implantada en els centres no reformats de Badalona i les Corts.

Les respostes demostren un desconeixement total del temps de conservació de la història clínica d'atenció primària en custòdia dels CAP, ja que fins l'any passat hi havia un buit legal. Poc després de fer l'enquesta, la ja mencionada Llei 21/2000, de 29 de desembre, va posar fi a aquest buit amb l'establiment de l'obligació de conservar al centre de la història clínica fins vint anys després de la mort del pacient, llevat dels documents no rellevants per a l'assistència, els quals s'han de conservar només durant deu anys des de l'última atenció al pacient. També estableix la possibilitat d'informatitzar-la, amb accés restringit o selectiu i amb

codis d'identificació. Mentrestant, segons els professionals, en la majoria de CAP l'accés a la història clínica és restringit als professionals sanitaris, és a dir metges i infermers (*Informe 1998* pàg. 202; BOPC pàg. 31.210).

10) LLIURE ELECCIÓ DE METGE

Tant el Decret 84/1985, de reforma de l'atenció primària, com el RM i la LOSC, garanteixen la lliure elecció de metge en el marc de la normativa vigent. L'article 14 del RM estableix que l'EAP ha de tenir un sistema d'assignació d'unitat assistencial (metge-infermer) que respecti la llibertat de l'usuari. El Síndic de Greuges ha fet diverses recomanacions al Departament de Sanitat orientades a garantir el respecte d'aquest dret. En la mateixa línia, a l'enquesta ens hem interessat per l'efectivitat de la lliure elecció de metge i, particularment, pel fet de si hi havia molts metges que ja tenien el contingent tancat i, en conseqüència, no estaven en disposició d'atendre nous usuaris.

31. *Quants metges tenen el contingent tancat?*

32. *Possibilitat de lliure elecció de metge en la demarcació geogràfica (l'ABS en els centres reformats)*

Es permet la lliure elecció de metge dins del CAP, o de l'ABS. Al Vic es permet triar a tota la ciutat entre els dos proveïdors: l'ICS i l'entitat de base associativa que gestiona el CAP El Remei,** un dels considerats en aquest informe. Aquest dret no implica el dret de escollir especialista.

Els professionals declaren conèixer el dret a la lliure elecció de metge de família i pediatre, però també saben que manca el desplegament reglamentari d'aquest dret i la limitació territorial dins de l'ABS. També declaren que quasi tots els metges dels CAP tenen el contingent tancat, situació que en la pràctica fa impracticable l'exercici d'aquest dret.

11) ACTIVITATS COMPLEMENTÀRIES I DE PREVENCIÓ

També hem volgut esbrinar si es compleixen les activitats complementàries i de prevenció de l'EAP. Es tracta de saber si es realitzen activitats d'educació, detecció de factors de risc, immunitzacions, rehabilitacions, seguiment d'embarassos i planificació familiar, com també la detecció precoç de problemes de salut.

33. *Quines activitats es fan de promoció de la salut?*

34. *Quines activitats es fan d'atenció psicossocial?*

35. *Quines activitats es fan de rehabilitació?*

En aquesta matèria la divergència entre els CAP tradicionals i els reformats és molt notòria. Tanmateix, assenyalem que als dos centres no reformats visitats es fan activitats de promoció de la salut, d'acord amb les característiques de la població de l'ABS. El CAP de les Corts fa campanyes de vacunacions, divulgació d'opuscles informatius, diabetis, obesitat i el protocol del nen sa. El CAP de Badalona organitza xerrades per a gent gran i per a adolescents i treballs amb serveis socials

per detectar necessitats de la població. A més, quan es va fer l'enquesta ja treballava amb pacients crònics i iniciava el programa del nen sa.

El fet, del tot positiu, que aquests centres tinguin aquestes activitats està relacionat amb la imminent transformació en centres reformats. El CAP Montnegre de les Corts és ja un centre reformat en el moment de redactar aquest informe, i el CAP de l'Avinguda Catalunya de Badalona serà reformat aviat. Però, normalment, en la resta de CAP no reformats, no es fan aquests tipus d'activitats.

12) COORDINACIÓ DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Un altre grup de preguntes volia copsar el funcionament i la coordinació dels EAP i, per tant, anava dirigit només als centres reformats:

36. *Al centre, es fan sessions de coordinació entre els professionals sanitaris? De quin tipus?*

37. *Quina participació hi ha?*

38. *Quantes reunions es fan al mes?*

A tots els centres reformats hi ha una hora diària en la qual coincideixen els professionals dels dos torns; aquest temps és aprofitat per a activitats formatives i per fer sessions clíniques de coordinació entre els membres de l'EAP. Al CAP del Carmel* aquestes reunions són diàries. A Castelldefels,* Sant Cugat** i Vic** també són molt freqüents. En canvi, als centres no reformats, on el personal sanitari no està constituït com a EAP, no es fan reunions clíniques de coordinació del personal sanitari.

13) COORDINACIÓ AMB ALTRES ACTIVITATS SANITÀRIES

Algunes preguntes anaven destinades a copsar la relació amb la resta d'activitats sanitàries. Algunes queixes que els usuaris han presentat els darrers anys han mogut el Síndic de Greuges a interessar-se per la possibilitat de sol·licitar exploracions complementàries i sobre les possibles limitacions en aquest punt. L'article 16 del RM estableix: «El personal mèdic podrà sol·licitar les exploracions complementàries que consideri necessàries per a l'atenció de la població» i «podrà derivar els pacients als metges especialistes i a les consultes externes i al servei d'urgències de l'hospital de referència quan ho consideri necessari». El mateix article estableix que l'EAP ha de consensuar amb els nivells coordinadors superiors els criteris generals sobre aquesta matèria. El Síndic de Greuges ha recomanat que les normes que regulen aquesta coordinació incloguin el dret a una segona opinió o diagnòstic.

39. *Hi ha una bona coordinació amb la resta de recursos sanitaris i socials de l'àrea bàsica de salut? (o de la zona atesa en el cas dels no reformats)*

La coordinació de tots els serveis i el funcionament dels centres amb els diferents nivells assistencials junt amb la resta de recursos sanitaris i socials funciona bé en el centre de Vic** i és insatisfactòria al Carmel* i als CAP no reformats, segons els professionals d'aquests centres.

Aquestes valoracions apunten de nou a l'existència d'una millor qualitat assistencial als centres reformats. Les diferències observades poden explicar-se en part per la presència d'alguns especialistes als mateixos CAP reformats, però sobretot perquè el sistema reformat afavoreix més la presència física del metge al centre i possibilita les activitats de coordinació.

40. *Es poden demanar totes les proves per a un bon diagnòstic?*

41. *Hi ha limitacions raonables per demanar exploracions complementàries?*

En tots els centres es poden demanar totes les proves necessàries per a un bon diagnòstic. No hi ha tampoc limitacions destacables per demanar exploracions complementàries. Ara bé, a tots els CAP considerats, llevat de Castelldefels* i Vic,** per demanar certes proves o exploracions complementàries cal la validació del director del centre. A més, certes proves només les pot demanar l'especialista, raó per la qual resulta difícil sol·licitar-les des d'un CAP, i més particularment des d'un CAP no reformat.

Les limitacions que deriven de les llistes d'espera, subratllades especialment en el CAP del Carmel,* no s'adiriuen amb el dret del personal mèdic a sol·licitar les exploracions complementàries que consideri necessàries per a l'atenció dels seus pacients.

42. *Quin percentatge de derivació dels pacients es fa als especialistes o a les urgències hospitalàries?*

Tot i el dret del personal mèdic a derivar pacients als metges especialistes, el percentatge de derivació és del 5-10 % en els CAP reformats –de gestió pública o privada– que ens han donat una resposta concreta, i arriba al 30 % en el CAP no reformat de les Corts. En termes generals cal dir que el percentatge de derivació és més alt als centres no reformats que als centres ja reformats.

43. *Teniu possibilitats de derivar un pacient a un segon especialista?*

Els professionals declaren no haver negat mai aquesta possibilitat als pacients que ho havien sol·licitat. Tanmateix, el dret a una segona opinió no va ser reconegut fins que el Síndic de Greuges va fer una recomanació expressa que va ser acceptada pel Departament de Sanitat i incorporada a la projectada Carta de drets i deures dels usuaris de la sanitat, que recull també altres recomanacions del Síndic.

14) FORMACIÓ CONTINUADA DEL PERSONAL SANITARI

La reforma de l'atenció primària dóna gran importància a la formació continuada del personal sanitari i també s'interessa per la docència i la recerca. La normativa estableix que s'ha d'elaborar un pla anual de formació continuada per a tot el personal de l'EAP.

44. *Hi ha formació continuada del personal de l'EAP? És suficient?*

Segons el Reglament-Marc (RM), tots els membres de l'EAP tenen el dret i el deure de participar en totes les

activitats internes de formació continuada del seu camp professional, però en molts CAP els professionals subratllen la manca d'una bona formació continuada. Aquesta formació només la consideren suficient a Castelletfels* i Vic**; al Carmel* atribueixen les insuficiències a les limitacions de l'horari de treball.

Per tant, cal dir que es detecten deficiències en la formació continuada dels professionals a la majoria dels centres considerats. Aquestes deficiències són molt més importants als centres no reformats, on aquesta formació no és prevista expressament per la normativa i, a més, els professionals tenen una jornada molt reduïda, que no permet fàcilment absentar-se del lloc de treball per ampliar coneixements. Amb tot, l'horari reduït permet a aquests professionals, si hi estan interessats, realitzar la formació continuada fora de l'horari de treball. En aquest sentit, la situació dels metges de l'ICS no reformats és similar tant si treballen a centres no reformats com si ho fan a centres reformats públics o privats. D'altra banda, cal recordar que els metges reformats de l'ICS que treballen a centres privats han de rebre també la formació continuada.

No hi ha dubte que aquestes insuficiències en la formació continuada dels professionals han de repercutir a llarg termini en la qualitat del servei que presten.

15) TRÀMITS ADMINISTRATIUS

La flexibilitat i agilitat dels tràmits administratius són una dimensió important de la qualitat de l'atenció primària. El Síndic de Greuges s'ha interessat diverses vegades per la conveniència de la gratuïtat dels certificats mèdics oficials i per facilitar aquests certificats, tot garantint-ne la confidencialitat.

45. *Quin temps es requereix per a un tràmit administratiu de sol·licitud de canvi de metge?*

46. *Quin temps es requereix per a un tràmit administratiu de citacions?*

47. *Quin temps es requereix per a un tràmit administratiu de recepta de crònics?*

48. *Quin temps es requereix per a un tràmit administratiu de baixa?*

49. *La baixa mèdica, s'expedeix en el moment immediat a l'assistència?*

50. *La baixa mèdica, s'expedeix en el moment immediat a l'atenció domiciliària?*

51. *Qui expedeix els certificats de confirmació de baixa?*

52. *Hi ha problemes per expedir certificats de defunció?*

53. *Hi ha problemes per expedir certificats de salut?*

Tots els centres triguen, més o menys, el mateix temps a executar els tràmits administratius. La gestió administrativa només es veu afectada per la pressió assistencial. Així doncs, el temps que ha d'esperar el ciutadà per obtenir resposta a qualsevol de les sol·licituds indicades no comporta cap variació entre els CAP visitats, tret pel

canvi de metge, que requereix més d'un dia al Carmel* i a Sant Cugat.** La resta de tràmits administratius es fan al moment o es gestionen durant el mateix dia.

En la modalitat d'atenció domiciliària la baixa mèdica no s'expedeix en el moment immediat a l'assistència, tal com estableix la normativa vigent. Tots els centres, llevat del Carmel* i de Vic,** obliguen els afectats o els seus familiars a anar al CAP a recollir la baixa. Ja fa alguns anys que el Síndic de Greuges va recomanar al Departament de Sanitat que fes efectiva aquesta obligació dels facultatius d'estendre la baixa o l'alta immediatament després del reconeixement mèdic al domicili del malalt, recomanació que va ser acceptada. Cal, doncs, que la inspecció sanitària vetlli perquè aquesta obligació sigui complerta per tots els facultatius dels CAP, ja que només es compleix al Carmel* i Vic.**

Segons les respostes al qüestionari, en tots els centres els metges expedeixen, autoritzen o supervisen les baixes i les seves confirmacions. Les declaracions dels professionals no permeten detectar cap incompliment de la normativa en relació amb aquesta responsabilitat.

Pel que fa a la dificultat d'estendre certificats de defunció i de salut, cal indicar també que els CAP del Carmel* i de Vic,** que en general presenten una certa eficàcia en aquesta gestió administrativa, afirmen no tenir cap problema.

Altrament, el Síndic de Greuges havia recomanat al Departament de Sanitat que els certificats mèdics oficials fossin estesos de franc pels metges de família, recomanació que fou acceptada l'any 1991. Això no obstant, encara avui, un contenciós entre l'Organització Mèdica Col·legial i el Ministeri de Sanitat i Consum impedeix que els impresos dels certificats mèdics oficials siguin gratuïts.

A tots els centres –llevat, una altra vegada, del Carmel* i de Vic–** existeix algun problema per estendre certificats de salut, sobretot, si l'usuari requereix proves complementàries o acreditacions especials.

16) DADES I VALORACIONS GENERALS

Hi ha estudis sobre l'índex de mortalitat i de morbiditat que suggereixen que és major en la no reformada. Les preguntes finals volien recollir aquesta informació i també la valoració general de l'atenció proporcionada des de la perspectiva dels mateixos professionals

54. *S'han fet estudis sobre l'índex de morbiditat i de mortalitat de la població del CAP?*

Als centres públics no reformats no s'han fet estudis sobre morbiditat i mortalitat de la població del CAP. Als centres reformats sí que se n'han fet, llevat del centre de Sant Cugat.**

55. *Quants habitants té assignat el CAP?*

El nombre d'habitants mostra clares diferències: d'una banda, Vic** i el Carmel,* amb una pressió assistencial moderada, i de l'altra els de Sant Cugat** i les Corts, amb més de 60.000 habitants assignats; d'aquí que ja s'hagi previst constituir un altre CAP a Sant Cugat** i la reforma del CAP Montnegre de les Corts.

El Carmel:* 21.340 / Vic:** 17.000

Badalona: 29.392 / Castelldefels:* 48.000

Montnegre: 65.000 / Sant Cugat:** 64.000

56. *Considerereu suficients els recursos humans del CAP, en relació amb les peculiaritats de l'àrea bàsica de salut (o la zona atesa en el cas dels no reformats)?*

Tots els centres consideren insuficients els recursos humans disponibles en relació amb el nombre d'usuaris assignats i, en conseqüència, afirmen que el volum de població atesa per professional és excessiva.

L'excepció és el centre de Vic,** on segons els professionals els recursos humans són suficients. Amb tot, hem de recordar que en aquest centre els metges que contesten l'enquesta, i que probablement han supervisat la resposta dels altres professionals, són al mateix temps propietaris de l'EBA que gestiona el centre, de manera que qualsevol augment de personal reduiria de manera directa els seus beneficis. A més, a Vic** és on hi ha menys pressió assistencial, fet que facilita els bons resultats en qualitat assistencial i eficàcia. De tota manera, aquesta pressió assistencial queda incrementada pel fet de tenir un índex de freqüentació doble de la mitjana de la UE i de Catalunya, segons les dades aportades pel seu director mèdic.

57. *S'han identificat els principals problemes i les necessitats de salut de la població assignada?*

Els principals problemes i les necessitats de salut de la població assignada només han estat identificats a Badalona, Castelldefels* i Vic,** segons els professionals. La resta dels centres no han complert aquest imperatiu legal.

No és estrany que entre els centres que tenen identificats els problemes i necessitats siguin Castelldefels* i Vic,** els dos centres –un de públic i un de gestió privada, tots dos reformats– que al nostre entendre s'adeqüen amb millor criteri al Reglament-Marc, ja que

compleixen les activitats de prestació obligatòria de l'EAP –com ara els serveis preventius i de promoció de la salut–, detecten els factors de risc de la població i identifiquen, finalment, els principals problemes i les necessitats de salut de la població que tenen assignada.

58. *Suggeriments a fer*

El centre de Vic** reclama que l'Administració sanitària incideixi en una valoració del seu model de gestió privada, en el qual el centre és gestionat pels seus metges mateixos, organitzats en una entitat proveïdora de base associativa. Cal plantejar-se si l'èxit del funcionament d'aquest centre –acreditat no únicament per les declaracions dels seus professionals, sinó, sobretot, per les respostes dels usuaris– situa el model de gestió privada associativa com una alternativa seriosa als models actualment més generalitzats.

Els professionals d'altres centres demanen una millor distribució de recursos d'acord amb les ràtios i característiques de la població. El Carmel demana que el temps de visita no sigui inferior a 10 minuts, cosa que obligaria a reduir les relacions actuals usuaris/metge. En alguna de les respostes del centre de Castelldefels* es planteja la conveniència de motivar econòmicament el personal del centre.

També es demana poder obtenir les exploracions complementàries en un temps acceptable, dotar adequadament les admissions per agilitar la gestió burocràtica i definir millor les funcions i la competència de la unitat bàsica assistencial metge-infermer en el marc de l'activitat assistencial diària.

ANNEX III: QÜESTIONARI PER ALS USUARIS

A) ASPECTES GENERALS

1. REGULARITAT AMB QUÈ ES VISITA AL CAP

Taula 1. Últimament, amb quina regularitat visiteu el Centre d'Atenció Primària? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Menys d'un cop el trimestre	26	27	15	34	33	21
Un cop cada trimestre	16	13	31	13	23	32
Un cop el mes	33	31	20	20	25	24
Més d'un cop el mes	17	20	18	24	14	16
Més d'un cop la setmana	8	9	16	9	5	7
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

* Com s'ha assenyalat al principi d'aquest estudi, els CAP de gestió pública reformats apareixen sempre amb un asterisc per facilitar la comparació entre els diferents models de gestió

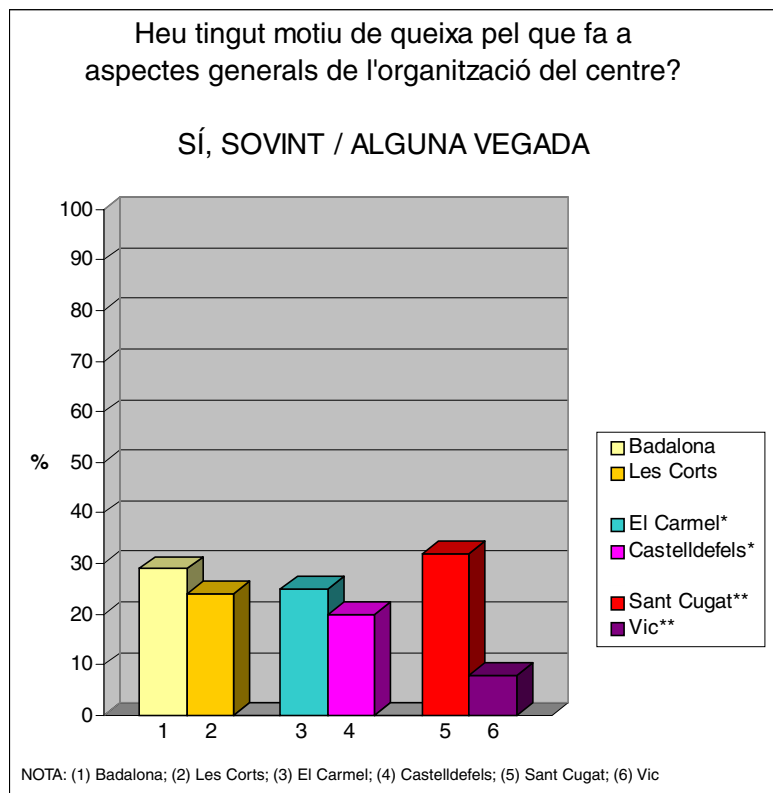
** Per la mateixa raó anterior, els CAP de gestió privada reformats porten dos asteriscos sempre que són mencionats

Les respostes mostren diferències molt lleus entre els centres tradicionals i els reformats. La pregunta no pot proporcionar-nos informació precisa sobre la freqüentació, ja que l'enquesta es va fer a l'entrada dels CAP respectius i, per tant, ja anava dirigida preferentment a la gent que utilitzava amb més freqüència els serveis d'atenció primària.

Tan sols ens serveix per confirmar alguns elements apuntats en parlar del perfil dels centres, com ara l'escassa freqüentació del CAP de Sant Cugat,** relacionada amb el predomini de població jove, i l'elevada utilització del CAP del Carmel,* lligada a una població amb una mitjana d'edat més alta.

En tot cas, s'apunta una menor freqüentació en els centres privats que en els públics, cosa que podria atribuir-se al fet que els concerts amb entitats privades es realitzen més fàcilment en zones de menor demanda assistencial en relació amb la població assistida. Tot i això, les dades obtingudes no ens confirmen l'elevadíssim índex de freqüentació (8 visites anuals per usuari, quasi el doble de la mitjana europea i catalana) que declaren tenir els responsables del centre de Vic.**

2. MOTIUS DE QUEIXA SOBRE ASPECTES GENERALS



Taula 2. Heu tingut motiu de queixa pel que fa a aspectes generals de l'organització del centre? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
No, mai	70	75	75	77	67	92
Alguna vegada	27	18	22	19	26	7
Sí, sovint	2	6	3	1	6	1
NS/NC	1	1	-	2	1	-
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

A la pregunta de si han tingut motiu de queixa sobre aspectes generals de l'organització del centre, trobem que la majoria dels usuaris enquestats manifesten no haver-ne tingut mai cap. Cal dir que no resulta fàcil per als usuaris valorar l'organització d'un centre sanitari, sobretot si no tenen prou informació sobre models alternatius.

El CAP de Vic** és el centre on més usuaris afirmen no tenir cap motiu de queixa (92%) i, a l'altre extrem, el CAP de Sant Cugat, on només el 67 % no han trobat motiu per queixar-se. Tots dos centres són reformats i de gestió privada, de manera que aquestes diferències cal atribuir-les a la particularitat de cada CAP, com ara la dedicació i vigilància dels metges propietaris de

l'EBA proveïdora de serveis en el cas de Vic** i l'exagerada pressió assistencial en el de Sant Cugat.**

D'altra banda, els centres públics se situen en una posició intermèdia, sense diferències significatives –donat el marge d'error de l'enquesta– entre reformats* (73 %) i no reformats (76 %). Sorpren aquesta igualtat, ja que les prestacions d'un centre reformat són, en principi, superiors. Caldria tenir en compte que els motius de queixa no estan només relacionats amb la manca de

qualitat assistencial, sinó també amb les expectatives dels usuaris. Resulta difícil que els usuaris es queixin de la inexistència d'un servei que desconeixen. En canvi, és fàcil que es queixin de les novetats que no els agraden en els centres reformats, com ara la major dificultat per aconseguir la recepta o les llistes d'espera.

3. PRESENTACIÓ DE QUEIXA O RECLAMACIÓ

Taula 3. Heu presentat alguna vegada alguna queixa o reclamació? (percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
No, mai	88	92	95	95	87	98
Alguna vegada	9	8	5	2	10	2
Sovint	1	–	–	–	2	–
NS/NC	2	–	–	3	1	–
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

La majoria dels consultats manifesten no haver presentat mai cap queixa o reclamació. Es tracta d'una circumstància previsible, ja que habitualment només una petita part dels ciutadans fa ús del dret de presentar una reclamació oficial i, a més, als CAP, a diferència dels centres hospitalaris, no és freqüent que es produeixin circumstàncies extremes, que són les que més fàcilment acaben en reclamació.

En les respostes s'apunta –de manera molt lleu i potser no prou significativa– una major acceptació dels centres reformats respecte als no reformats.

4. TIPUS DE QUEIXES PRESENTADES

Tipus de queixes presentades per CAP

Taula 4 bis En cas d'haver presentat alguna queixa, de què es tractava? (nombre de queixes)

	Atenció telefònica	Diferències amb el doctor	Tracte personal administratiu	Recepta errònia o insatisfacció amb aquesta	Puntualitat i llistes d'espera
CAP Avinguda Catalunya (Badalona)	–	4	2	1	2
CAP Montnegre (les Corts, Barcelona)	–	2	1	3	–
CAP Castelldefels*	–	1	–	–	1
CAP El Carmel*	–	1	1	1	2
CAP Sant Cugat**	3	1	1	1	6
CAP El Remel** (Vic)	–	–	–	1	–
Total	3	9	5	7	11

Font: elaboració pròpia

Es tracta d'un nombre molt reduït de queixes, sense cap valor mostral, però que ens orienten en el sentit que els motius de queixa estan força diversificats, és a dir, no es concentren en un problema específic. La manca de valor mostral ens inclina a fer una presentació exclusivament qualitativa dels motius de queixa d'aquest grup de ciutadans.

S'apunta més tendència a queixar-se de l'actuació del metge en els no reformats i del temps d'espera en els privats reformats. Alguns ciutadans de centres no refor-

mats s'han queixat del mal tracte humà rebut per part dels metges. Els usuaris de centres reformats s'han queixat principalment del temps que han hagut d'esperar a urgències o a la sala d'espera. Un usuari s'ha queixat del fet de trobar-se sis persones citades a la mateixa hora amb el mateix metge. L'elevada pressió assistencial del centre de Sant Cugat** fa que concentri un nucli significatiu de queixes per aquests motius.

Altres usuaris s'havien queixat de la prescripció de medicaments erronis o del fet que hi hagi medicaments

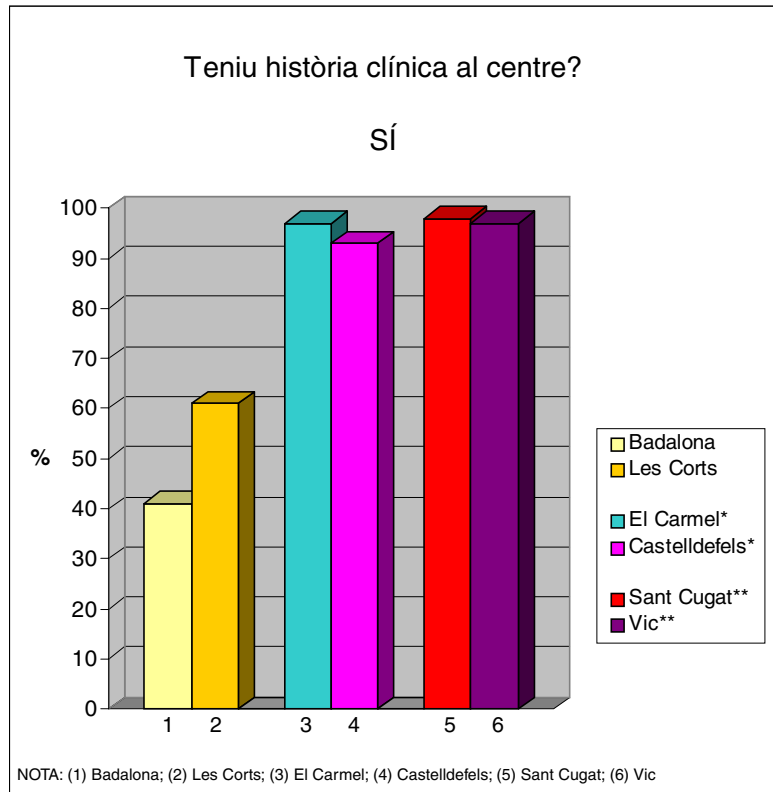
exclosos de l'assegurança mèdica. També alguns ciutadans han declarat haver presentat queixa per la manca d'amabilitat del personal administratiu o per la seva incapacitat per resoldre problemes d'escassa magnitud.

En tot cas, cal recordar que els que han presentat queixa alguna vegada per qualsevol motiu són només el 12 % del total d'entrevistats. I alguna d'aquestes queixes podria ser fruit únicament de la mateixa sensibilitat de

l'usuari, representant més una decepció enfront de les expectatives creades que no pas una vulneració de la normativa o una deficiència de la qualitat assistencial.

B) EFECTIVITAT DE LES NORMES

5. HISTÒRIA CLÍNICA



Taula 5. Teniu història clínica al centre? (Percentatges)

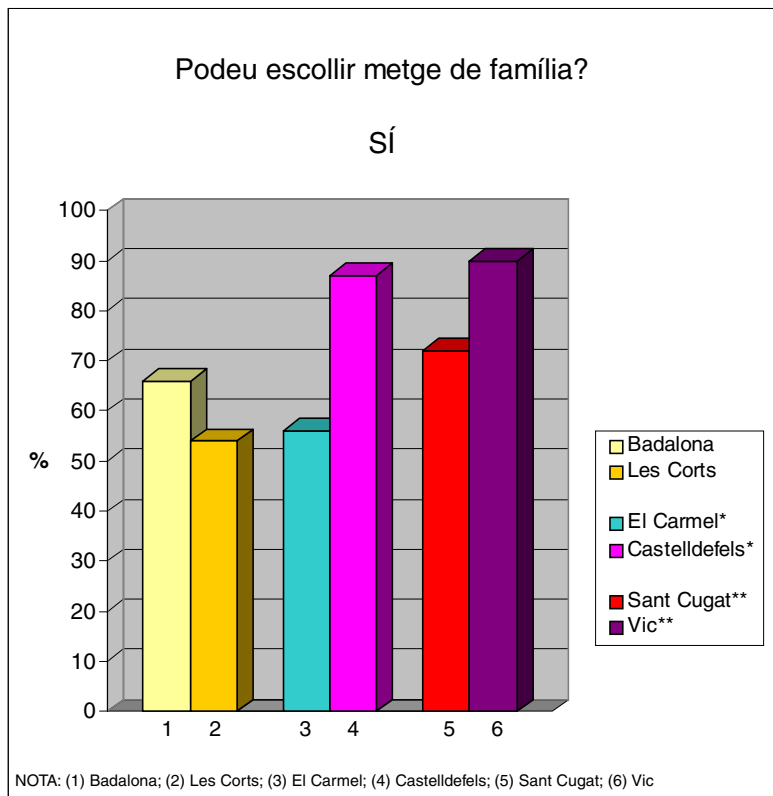
CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí	41	61	97	93	98	97
No	48	31	3	3	2	-
NS/NC	11	8	0	4	0	3
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

Com és lògic, els centres reformats, on la història clínica té caràcter obligatori, tenen un alt índex de respostes afirmatives (93-98 %). De fet les escasses respostes negatives (2-3 %) es deuen probablement al desconeixement dels usuaris sobre els procediments seguits al centre. En els centres no reformats, per contra, un percentatge significatiu dels enquestats afirmen no tenir història clínica (48% a Badalona i 31% a les Corts). Aquest resultat és normal si tenim en compte que, quan es va fer l'enquesta, en els centres no reformats no era obligatori que els pacients hi tinguessin història clínica.

Ara bé, al CAP Montnegre, a les Corts, ja s'havia començat a implantar la història clínica en el moment de fer l'enquesta, raó per la qual apareix una majoria de gent (61%) que afirmen tenir-hi història clínica. Aquesta circumstància ens recorda el caràcter progressiu que ha tingut, en la pràctica, l'aplicació de la reforma: els centres no reformats han incorporat anticipadament alguns elements de la reforma i, com veurem, els centres reformats s'han vist obligats a assimilar elements residuals del sistema antic que han limitat la plena aplicació de la reforma.

6. POSSIBILITAT D'ELECCIÓ DE METGE DE FAMÍLIA



Taula 6. Podeu escollir metge de família? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí	66	54	56	87	72	90
No	19	10	43	1	8	2
NS/NC	15	36	1	12	20	8
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

Pel que fa a la possibilitat de triar metge de família, veiem com la majoria dels enquestats manifesten que gaudeixen d'aquesta opció, tot i que s'adverteixen certes peculiaritats. En conjunt es detecta certa diferència entre els centres reformats i els no reformats: els usuaris d'aquests últims es mostren menys conscients d'aquesta llibertat d'elecció.

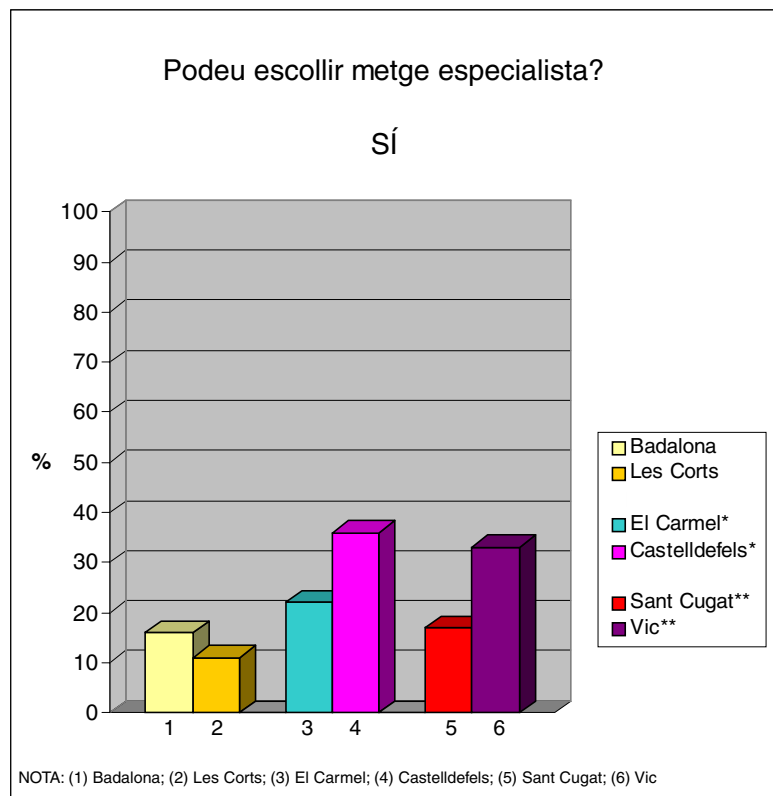
Així i tot, cal destacar que en aquest punt les diferències no són tan clares. Fins i tot al CAP reformat del Carmel* un 43 % dels enquestats afirmen no tenir llibertat d'elecció, percentatge molt més alt que el dels centres no reformats (10-19 %).

En teoria, aquesta llibertat existeix tant en el sistema antic com en el nou, però mai no s'han desplegat amb caràcter general uns procediments eficients que en facilitin l'exercici. Per això, l'efectivitat d'aquest dret depèn sobretot del fet que l'organització concreta de cada centre s'hagi orientat a facilitar l'exercici d'aquest

dret. Aquest pot ser el cas dels CAP de Castelldefels* i de Vic,** on trobem una majoria aclaparadora d'usuaris que afirmen tenir la llibertat d'escollir metge de família (87-90 %), enfront dels que afirmen no tenir aquest dret (1-2 %).

Les dificultats per fer efectiva la lliure elecció de metge han provocat reiterades queixes davant el Síndic de Greuges i han estat motiu de diverses recomanacions al Departament de Sanitat i Seguretat Social.

7. POSSIBILITAT D'ELECCIÓ DE METGE ESPECIALISTA



Taula 7. Podeu escollir metge especialista? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí	16	11	22	36	17	33
No	46	25	72	22	32	20
NS/NC	38	64	6	42	51	47
% total	100	100	100	100	100	100

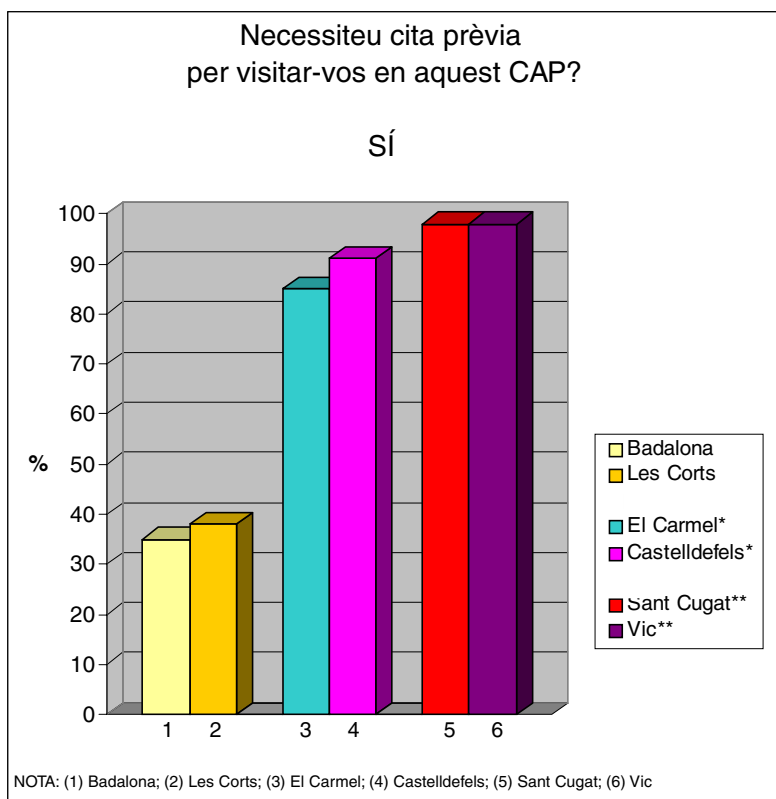
Font: elaboració pròpia

Pel que fa al metge especialista, s'incrementen tant els dubtes sobre la possibilitat d'escollir-lo com també les respostes negatives. Els NS/NC arriben a un 38-64 %, amb excepció del Carmel* on només no contesten un 6 %, ja que la majoria (72 %) semblen tenir clar que no tenen aquest dret. En general, són més els que afirmen no tenir aquesta llibertat, sense diferències clares entre els tipus de centre. Amb tot, cal dir que els centres reformats, amb l'excepció ja mencionada del Carmel,* mostren una igualtat substancial entre les dues postures.

Les preguntes sobre la llibertat d'elecció ens interessaven tant per copsar l'efectivitat de l'aplicació d'aquesta norma com per calibrar fins a quin punt els usuaris coneixen un dret que tenen reconegut, almenys en teoria. Només aquest coneixement obre la possibilitat de reclamar que es compleixi. El resultat indica que la majoria no creuen tenir la possibilitat de triar especialista, i que, als CAP on no se'n facilita l'elecció, els interessats no són conscients de poder escollir metge de família.

C) TEMPS I LLISTES D'ESPERA

8. NECESSITAT DE CITA PRÈVIA



Taula 8. Necessiteu cita prèvia per visitar-vos en aquest CAP? (Percentatges)

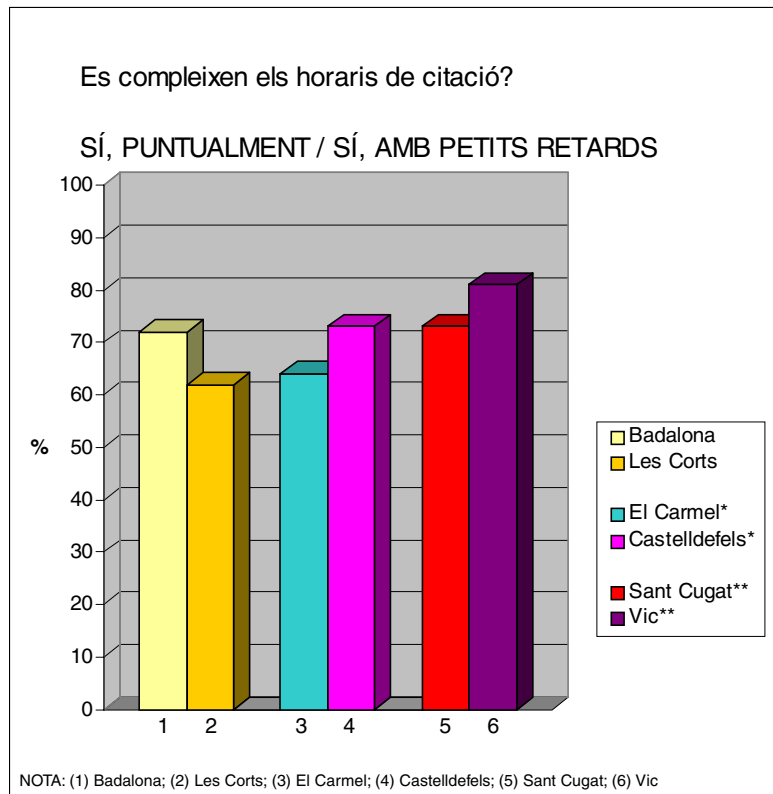
CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí	35	38	85	91	98	98
No	65	58	15	8	2	-
NS/NC	-	4	-	1	-	2
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

Les respostes mostren com en els centres no reformats s'ha començat a implantar parcialment el sistema de cita prèvia, encara que la majoria continuen aplicant el sistema tradicional d'acudir al CAP sense concertar visita. En canvi, en els centres reformats, on la normativa estableix el sistema de cita prèvia amb caràcter generalitzat, quasi tots els usuaris utilitzen aquest sistema. En el cas dels centres reformats de gestió privada la implantació del nou sistema sembla pràcticament total.

Cal recordar que el sistema de cita prèvia facilita, en principi, una adequada planificació de l'atenció mèdica, permet garantir un temps de visita adequat i reduïx el temps perdut a la sala d'espera.

9. COMPLIMENT DELS HORARIS DE CITACIÓ



Taula 9. Es compleixen els horaris de citació? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí, puntualment	39	57	22	26	29	35
Sí, però amb petits retards	33	5	42	47	44	46
No, però el temps d'espera no és excessiu	6	10	16	22	14	10
No, no són gens puntuals	14	9	20	3	12	9
NS/NC	8	19	0	2	1	0
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

La proporció dels qui manifesten que es compleixen els horaris de citació –puntualment o amb un petit retard– mostra una regularitat sorprenent (62-73 %), amb l'excepció de Vic, que arriba a un 81 %, encara que, com veurem, es tracta d'una homogeneïtat només aparent.

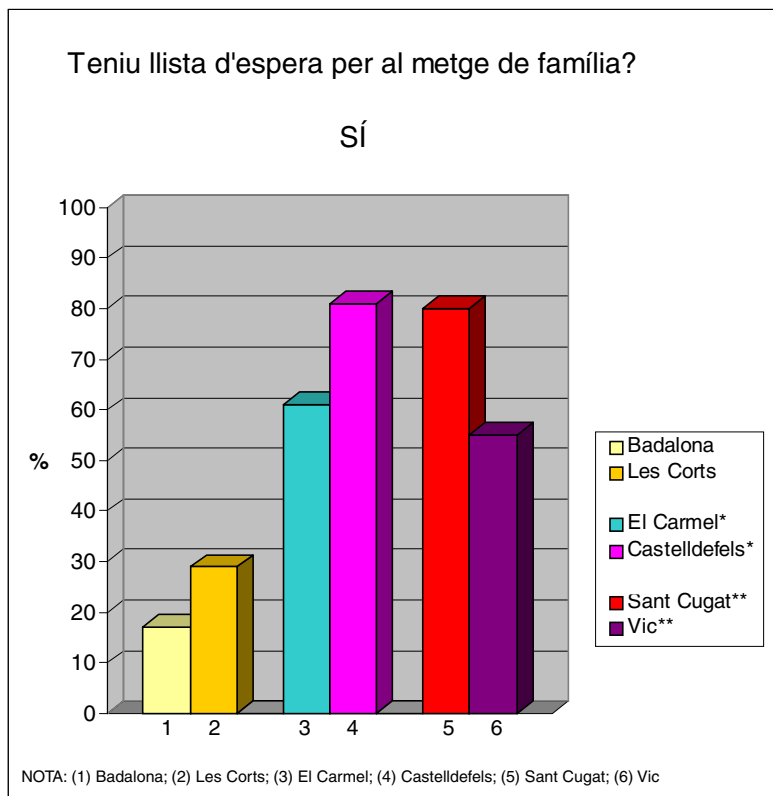
En conjunt, cal parlar d'una satisfacció general dels usuaris amb la puntualitat de l'atenció mèdica. Només una petita part (9-12 %) dels usuaris afirma que els metges que els atenen no són gens puntuals. Aquesta proporció s'eleva al 20 % en el cas del Carmel* i baixa a un irrellevant 3 % en el CAP de Castelldefels,* dada que acredita la bona organització d'aquest centre en aquesta matèria.

No és casual que siguin els centres no reformats aquells on els usuaris manifesten en major mesura que es com-

pleixen els horaris de citació, ja que és en aquests centres on, en ser atesos sense necessitat de cita prèvia, és més fàcil que els usuaris mostrin resultats millors i un percentatge més alt de gent que contesta NS/NC (19 % a les Corts). Si no hi ha cita prèvia, no és fàcil ser impuntual. Per tant, els centres no reformats presenten una proporció més alta d'usuaris (39-57 %) que no tenen cap queixa de la puntualitat. Però en aquests mateixos centres un 58-65 % manifesten no tenir cita prèvia, de manera que encara sembla una proporció baixa d'usuaris plenament satisfets.

Així doncs, malgrat el que podria semblar amb una lectura massa ràpida de les dades, podem afirmar que els usuaris dels centres reformats estan relativament més satisfets amb la puntualitat dels seus centres que els dels centres no reformats que tenen llista d'espera.

10. LLISTA D'ESPERA PER AL METGE DE FAMÍLIA



Taula 10. Teniu llista d'espera per al metge de família? (percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí	17	29	61	81	80	55
No	83	61	33	14	18	41
NS/NC		10	6	5	2	4
% total	100	100	100	100	100	100

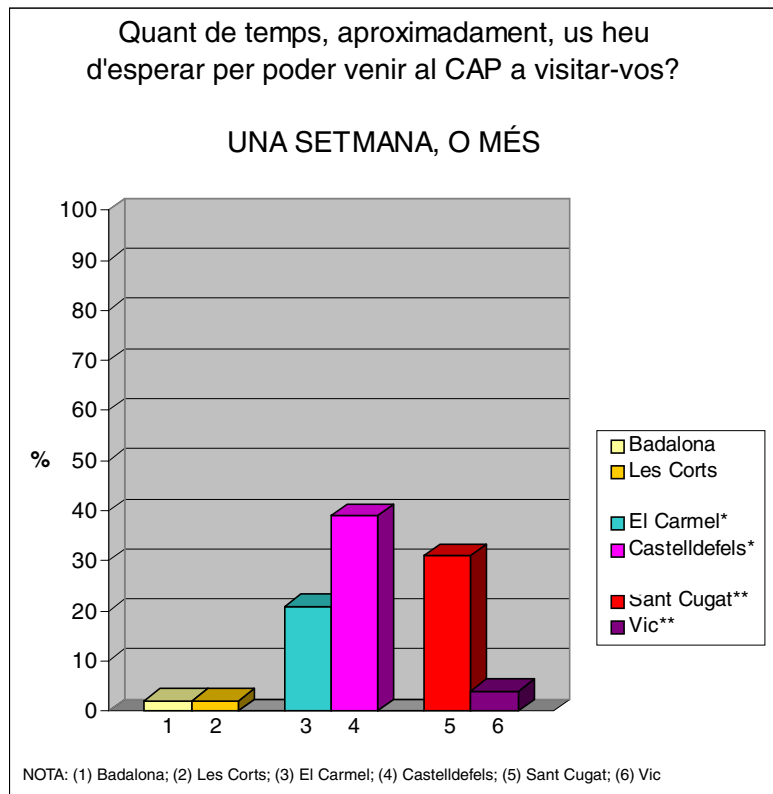
Font: elaboració pròpia

Es pot observar a la gràfica les diferències existents segons els diversos models de gestió dels CAP en relació amb la llista d'espera per al metge de família. En els centres reformats la majoria dels usuaris (71-80 %) afirmen haver d'assumir llistes d'espera. Amb tot, en el centre de Vic** només el 55 % dels usuaris reconeixen tenir llista d'espera, dada que parla a favor de l'agilitat del seu sistema d'atenció. Caldria també relacionar l'elevada proporció de llista d'espera dels centres de Castelldefels* i Sant Cugat** amb la seva elevada pressió assistencial que suporten.

Com era d'esperar, com que la cita prèvia no té un caràcter generalitzat, els centres no reformats presenten una proporció baixa (23 %) d'usuaris amb llista d'espera. Això és un 60-65 % dels que afirmaven tenir cita prèvia en aquests centres, proporció no gaire allunyada de la del conjunt dels centres reformats.

En tot cas, la proporció de ciutadans que han recórrer a la llista d'espera per ser atesos pel metge de família sembla excessiva. La qualitat de l'atenció primària exigiria augmentar les plantilles de professionals –o el nombre dels CAP, com ja es fa a Sant Cugat– per poder atendre amb agilitat tots els usuaris.

11. TEMPS ESPERA PER AL METGE DE FAMÍLIA



Taula 11. Quant de temps, aproximadament, us heu d'esperar per poder venir al CAP a visitar-vos? (Percentatges)

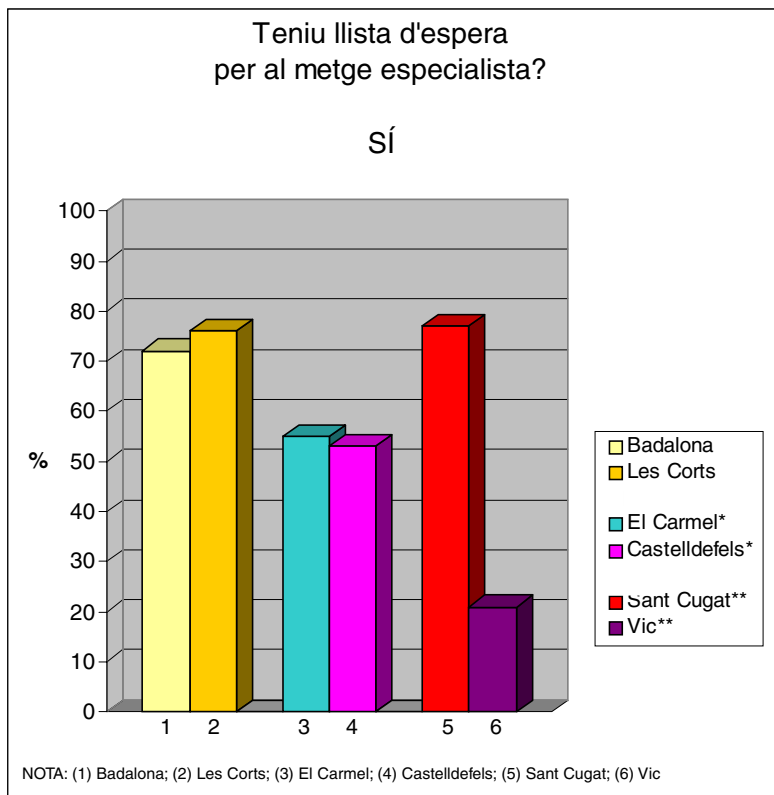
CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Més d'un mes	2	2	2	2	0	0
Entre un mes i una setmana	0	5	19	37	37	4
Menys d'una setmana	1	8	46	39	49	23
D'un dia per l'altre	9	11	28	20	11	33
El mateix dia	84	60	0	0	1	40
NS/NC	4	14	5	2	2	—
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

El fet de no haver implantat amb caràcter generalitzat la cita prèvia fa que siguin els centres no reformats els que presenten millors resultats en aquesta matèria, amb un 60-84 % d'usuaris atesos el mateix dia que ho sol·liciten. El CAP de Vic** sembla que és, entre els centres reformats, el que ha trobat una fórmula més àgil d'atenció, ja que aconsegueix atendre el mateix dia el 40 % dels usuaris i només un 4 % necessiten més d'una setmana per ser atesos. La resta dels centres reformats presenten uns resultats poc satisfactoris en aquesta matèria. Sorpren que els pitjors resultats –78 % dels usuaris que han d'esperar més d'un dia per ser atesos– siguin els de Castelldefels,* un centre ben valorat en altres aspectes, però cal recordar que aquest centre també suporta una elevada pressió assistencial.

Des de la perspectiva de la qualitat assistencial, aquí trobem el principal defecte de la reforma, ja que ha burocratitzat excessivament l'atenció primària. Cal trobar fórmules, com sembla que se n'han trobat a Vic,** per agilitar al màxim aquesta atenció. En cas contrari els usuaris podrien inclinar-se a pensar que amb el sistema anterior tenien més bona atenció sanitària, cosa que, per altres aspectes, sembla allunyada de la realitat.

12. LLISTA D'ESPERA PER AL METGE ESPECIALISTA



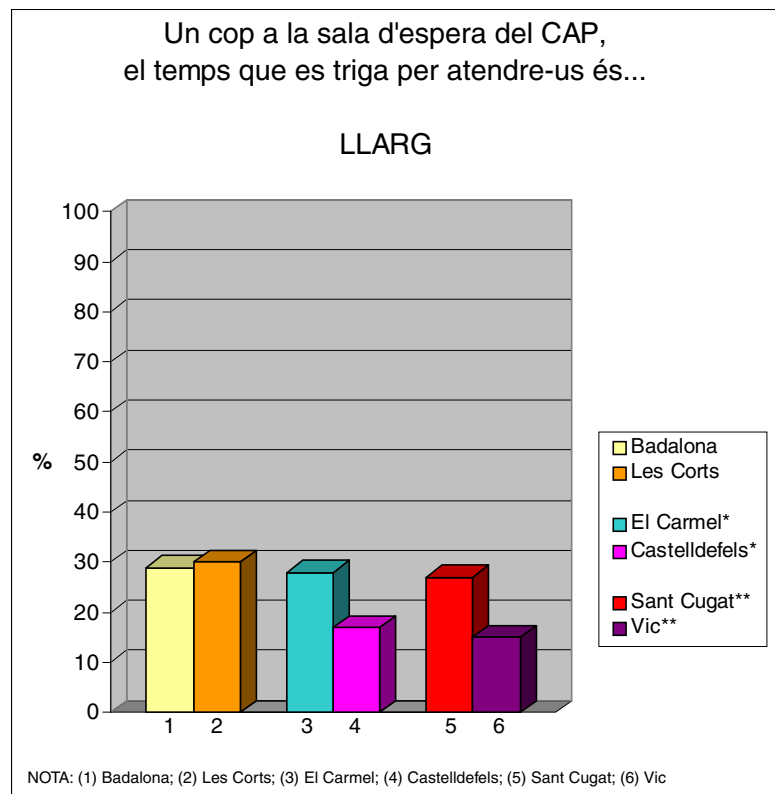
Taula 12. Teniu llista espera per al metge especialista? (percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí	72	76	55	53	77	21
No	24	16	16	11	10	8
NS/NC	4	8	29	36	13	71
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

En aquesta matèria sembla que la implantació reforma no ha generat canvis significatius. La major proporció de llistes d'espera a Sant Cugat** està en relació amb la major pressió assistencial que suporta. Només es diferencien els usuaris del centre de Vic,** la majoria dels quals ignoren si tenen llista d'espera amb els especialistes. Aquests resultats potser deriven del fet que no hi ha especialistes de centre ni hospital de referència per als especialistes, cosa que significa poder escollir l'especialista amb menys llista d'espera (*Informe 2000* pàg. 175; BOPC pàg. 92).

13. TEMPS A LA SALA D'ESPERA



Taula 13. Un cop a la sala d'espera del CAP, el temps que es triga en atendre-us és... (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Curt	16	10	11	10	20	26
Raonable	52	60	54	71	50	59
Llarg	29	30	28	17	27	15
NS/NC	3	0	7	2	3	0
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

En relació amb el temps que els usuaris passen a la sala d'espera, hi ha més usuaris que es queixen d'un temps d'espera llarg (29-30%) en els centres no reformats que en els centres reformats (15-28 %). Però la diferència és més reduïda del que semblaria normal, tenint en compte que la reforma ha introduït la cita prèvia amb caràcter general.

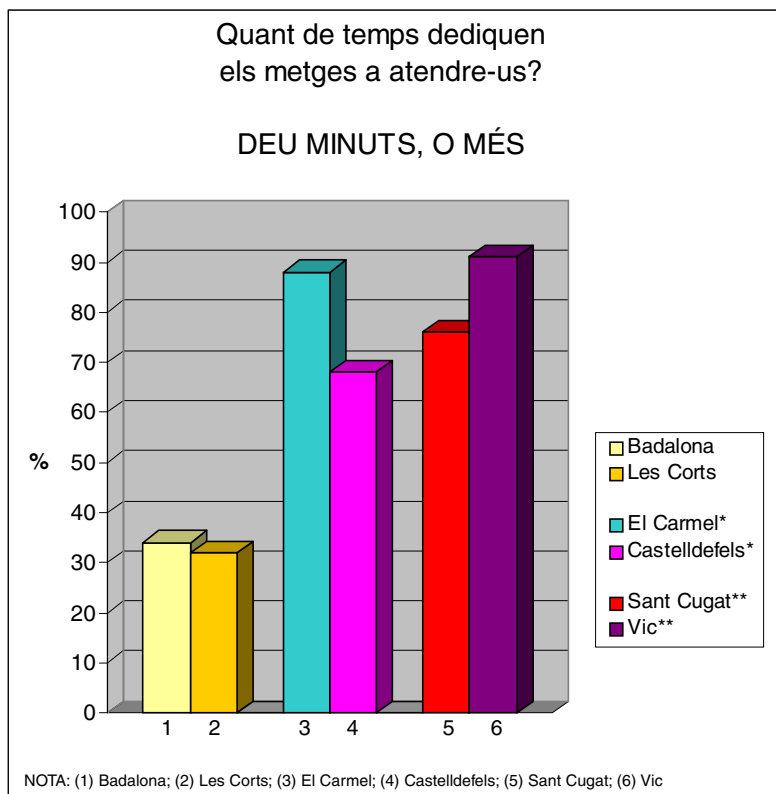
L'explicació pot trobar-se en part en el fet que amb el sistema antic molts usuaris acudeixen només per obtenir la recepta o la baixa, que aconsegueixen sense gaires dificultats i en poca estona. En canvi, amb el sistema nou han d'esperar a ser realment atesos pel metge. Una altra raó podria derivar-se de les diferents expectatives dels usuaris: un determinat temps d'espera pot semblar poc a un usuari que, després de fer cua per obtenir el número, ha d'esperar que siguin ateses les deu o vint visites que té per davant. En canvi, el qui ha

obtingut individualment una cita a una hora determinada normalment trobarà excessiu aquest mateix temps d'espera.

En tot cas, cal destacar una certa tendència majoritària a considerar raonable o curt el temps d'espera (69-85 %), fet que hem de valorar com un element positiu de l'atenció primària a Catalunya. Tot i això, cal esforçar-se perquè no hi hagi una minoria de ciutadans que hagin d'esperar-se un temps excessiu a l'interior dels CAP.

D) QUALITAT DE L'ATENCIÓ MÈDICA

14. DURADA DE LA CONSULTA



Taula 14. Quant de temps dediquen els metges a atendre-us? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Més de 15 minuts	3	7	7	25	28	37
10 minuts	31	25	81	43	48	53
5 minuts	38	29	5	19	19	7
Menys de 5 minuts	22	36	1	11	1	1
NS/NC	6	3	6	2	4	2
Total %	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

Taula 14 bis. Durada de la consulta. Resposta dels responsables del centre (minuts)

Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
3-5 min. ⁽¹⁾	5 min.	7-8 min.	6 min.	5-10 min.	8 min.

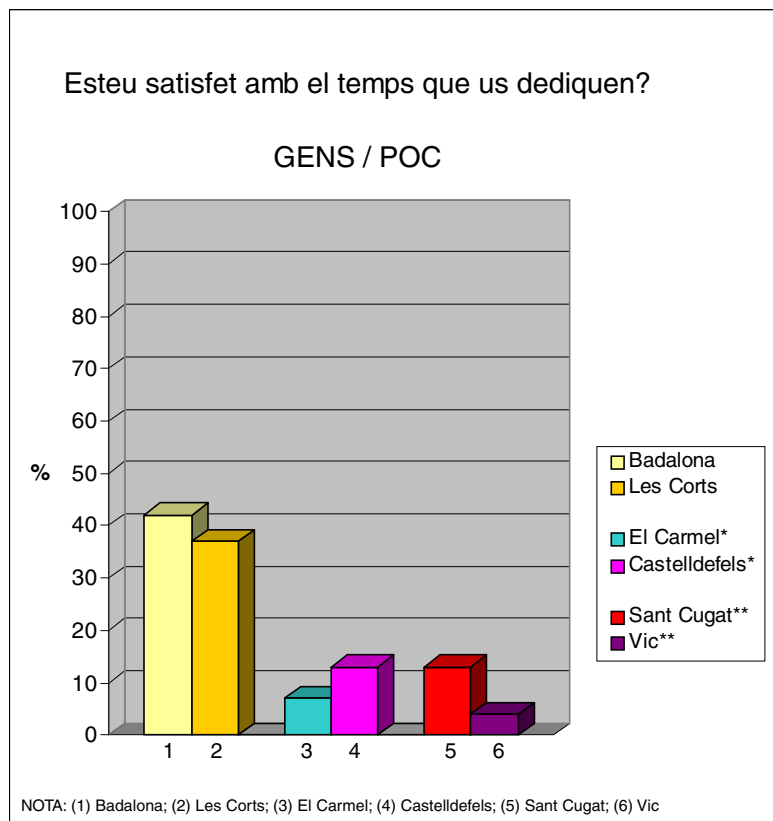
Font: elaboració pròpia

(1) excepte la primera visita, que dura aproximadament 10-15 minuts

És en aquesta matèria on les diferències entre centres reformats i no reformats són més acusades. Segons els usuaris, en els centres reformats un 68-90 % de les visites mèdiques duren 10 minuts o més. Per contra, els usuaris dels centres no reformats són atesos en molt poc temps en les seves visites. Només un 3-7 % asseguren rebre més de 15 minuts d'atenció mèdica, i només un 32-34 % reconeixen rebre en total almenys 10 minuts

d'atenció. En aquests centres un 60-65 % asseguren ser atesos en 5 minuts o menys. Encara més: els atesos en menys de 5 minuts en els centres no reformats són un 22-36 %, mentre que entre els reformats només un –Castelldefels– supera l'1 %. Aquest temps tan reduït de cap manera pot garantir una atenció mèdica adequada, i cal recordar que aquesta durada tan escassa constitueix un tret característic del model tradicional.

15. SATISFACCIÓ AMB LA DURADA DE LA CONSULTA



Taula 15. Esteu satisfet amb el temps que us dediquen? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Gens	21	15	4	4	3	1
Poc	21	22	3	9	10	3
Bastant	28	42	47	55	27	46
Molt	29	20	45	31	57	50
NS/NC	1	1	1	1	3	0
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

Taula 15 bis. Considereu suficient el temps que es dedica als malalts? Resposta dels professionals

Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat **	Vic**
Sí	No	No ¹	No	No	Sí

Font: elaboració pròpia

1 Opinió dels metges, que consideren que el temps dedicat és insuficient, contrària a la del col·lectiu d'ATS i del personal d'infermeria, que consideren que el temps dedicat és suficient.

Una cosa ben diferent és saber fins a quin punt els usuaris estan satisfets amb el temps que els han dedicat a la consulta. La gran majoria d'enquestats es mostren bastant satisfets o molt satisfets. Només en

el cas dels centres no reformats el percentatge de respostes (37-42 %) en el sentit d'estar poc o gens satisfet amb el temps de la consulta resulta rellevant. Al mateix temps, només un 20-29 % dels consultats dels centres no reformats manifesten estar molt contents

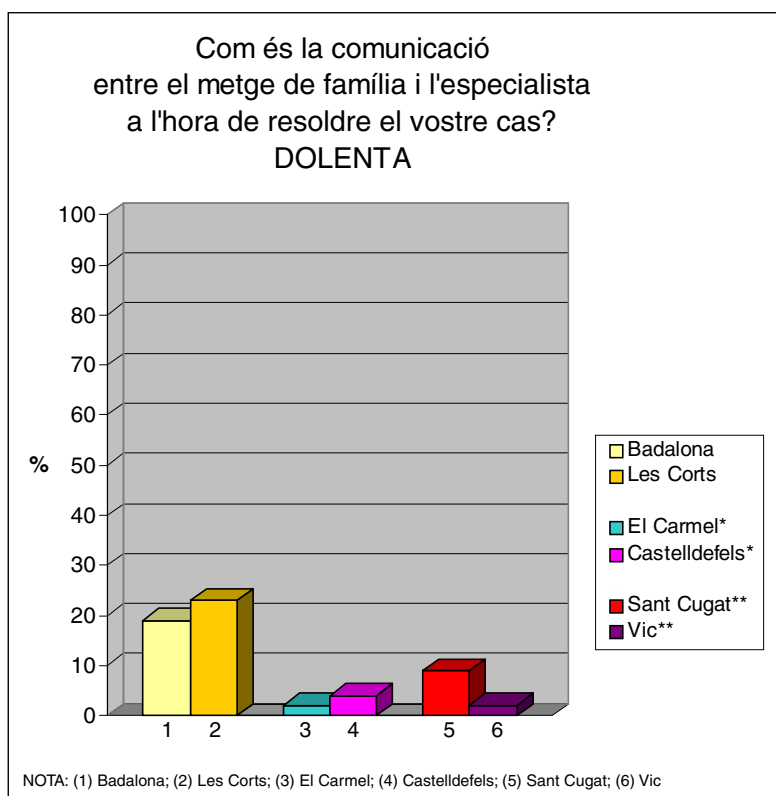
amb el temps dedicat a la consulta, mentre que, als centres reformats de l'ICS, els que es declaren molt satisfets arriben al 31-45 %, i en els reformats de gestió privada aquest percentatge arriba a la meitat (50-57 %). El resultat de Sant Cugat** (57 % molt satisfets) és realment bo, atesa la seva pressió assistencial.

Dins del mateix model trobem que, amb l'excepció de Sant Cugat,** els centres amb més pressió assistencial presenten uns resultats pitjors que els centres amb una pressió assistencial moderada. Així, Badalona té més usuaris molt satisfets (29 %) que les Corts (20 %), i el Carmel* (45 %) més que Castelldefels* (31 %). Però potser també s'haurien de considerar altres factors: els usuaris de nivell econòmic i cultural comparativament més alt –les Corts i Castelldefels– són pro-

bablement més exigents que els de Badalona o el Carmel.*

Les respostes dels usuaris a aquesta pregunta són de les més significatives de tota l'enquesta. Mostren clarament que els usuaris estan més satisfets amb l'atenció rebuda als centres reformats. A més, no podem oblidar que hi ha un tipus d'usuari que va al CAP només per obtenir la baixa o la recepta i que, en conseqüència, es troben més còmodes amb el sistema antic; de manera que les diferències observades són encara més significatives sobre l'opció de la resta dels usuaris a favor del nou sistema.

16. COMUNICACIÓ PERCEBUDA ENTRE METGE DE FAMÍLIA I ESPECIALISTA



Taula 16. Com és la comunicació entre el metge de família i l'especialista a l'hora de resoldre el vostre cas? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Dolenta	19	23	2	4	9	2
Raonable	19	16	21	37	15	7
Bona	26	21	43	15	32	32
NS/NC	36	40	34	44	44	59
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

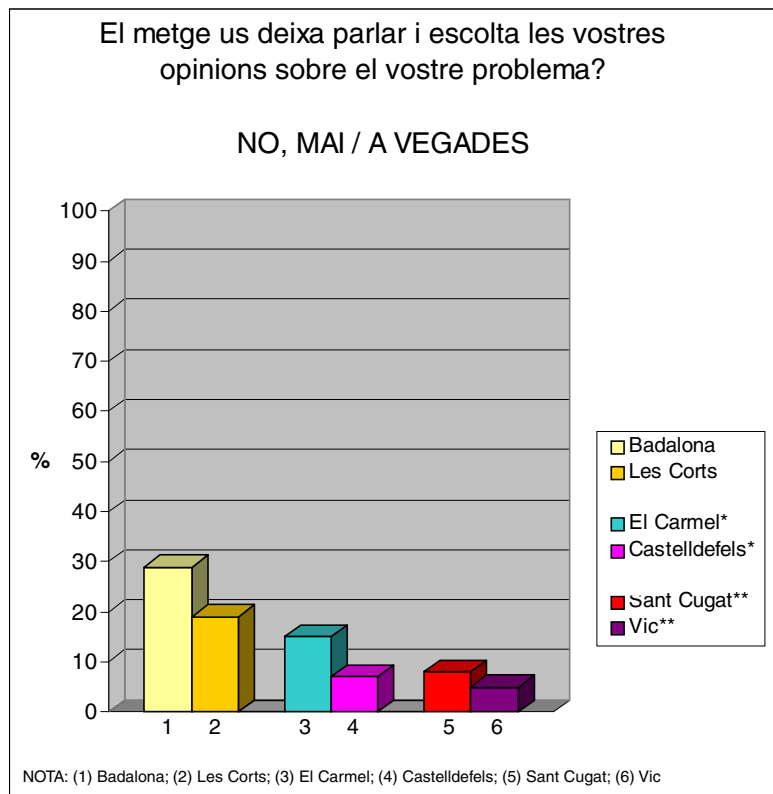
Els interessats es mostren desorientats i contesten majoritàriament NS/NC (34-59 %). El fet que els usuaris enquestats no tinguin en aquest punt una idea clara pot venir del fet que n'hi ha molts que no han requerit serveis de l'especialista. De tota manera, aquesta pregunta ens orienta sobre l'existència d'una bona comunicació entre els metges, ja que, en cas d'haver existit aquesta comunicació, l'usuari se n'adonaria amb certa facilitat. En altres paraules, el percentatge d'indecisos podria incloure aquells que ni tan sols han percebut aquesta comunicació, i per tant un alt percentatge d'indecisos podria reflectir una mala comunicació entre metge de família i especialista.

A partir de les respostes en ferm, el centre del Carmel* és el que presenta millors resultats amb un 43 % de respostes que manifesten que la coordinació és bona. També els de Sant Cugat** i Vic** presenten uns resultats acceptables, ambdós amb un 32 % que afirmen això mateix.

Els centres no reformats presenten uns resultats molt inferiors als de la majoria dels centres reformats: només un 21-26 % parlen d'una «bona» relació, fet que comporta una certa denúncia sobre la manca de coordinació entre metge de família i especialista.

Entre els centres reformats veiem com els usuaris del CAP de Castelldefels* no estan tan satisfets com els del Carmel,* ja que s'inclinen més per contestar que la comunicació entre metge i especialista és «raonable» (37%). Cal destacar també el gran nombre d'indecisos al CAP de Vic** (59%). Això podria explicar-se pel fet que aquest centre no té especialistes, de manera que la comunicació no es dona entre metges del mateix centre.

17. RECEPTIVITAT DEL METGE



Taula 17. El doctor us deixa parlar i escolta les vostres opinions sobre el vostre problema? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí, sempre	71	74	85	91	90	93
A vegades	25	13	13	7	7	5
No, mai	4	6	2	0	1	0
NS/NC	0	7	0	2	2	2
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

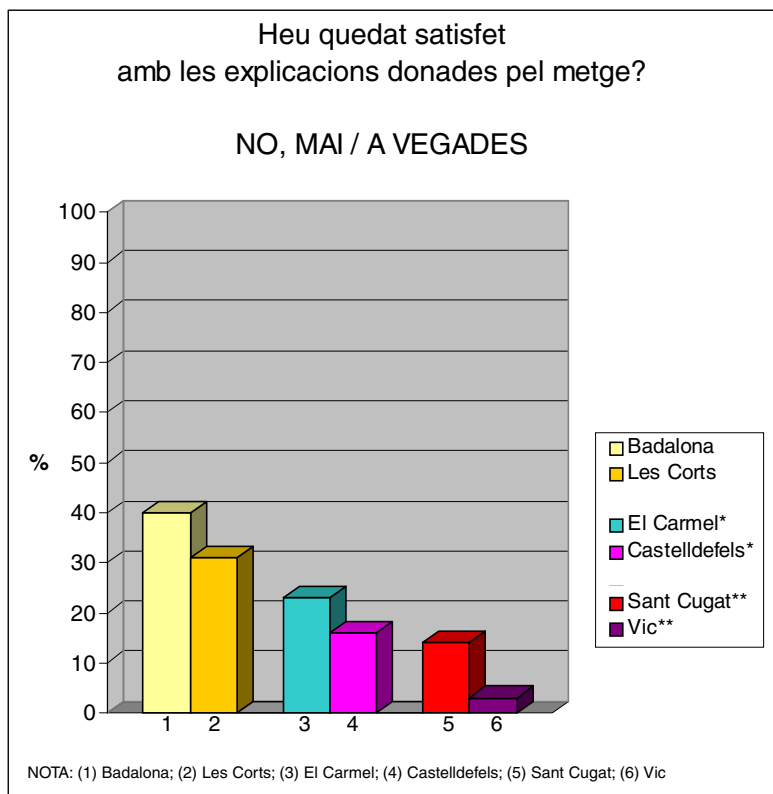
Una manera de mesurar el tracte humà rebut és esbrinar si el metge té en consideració les opinions del pacient, si aquest se sent escoltat i comprès. En aquest sentit, una gran majoria dels enquestats (71-93 %) manifesten sentir-se escoltats. Així i tot, algunes diferències poden ser significatives.

La diferència entre els centres reformats de gestió privada (90-93 %) i els reformats de l'ICS (85-91 %) és massa petita per tenir alguna rellevància. Però els centres no reformats presenten una acceptació més baixa. Des d'una altra perspectiva, resulta preocupant que un 19-29 % dels usuaris dels centres no reformats afirmen que el doctor només els escolta a vegades o bé mai. És

una dada que reflecteix serioses deficiències en l'atenció rebuda pels usuaris dels centres encara no reformats.

D'altra banda, es pot apreciar la influència del factor cultural: els usuaris amb un entorn cultural similar al dels metges se senten més fàcilment escoltats. Per això, centres situats en barris amb un nivell cultural més baix, com Badalona o el Carmel,* presenten resultats pitjors en aquest sentit.

18. Satisfacció amb les explicacions donades pel metge



Taula 18. Heu quedat satisfet amb les explicacions donades pel metge? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí, sempre	60	63	77	82	84	94
A vegades	27	24	19	16	12	1
No, mai	13	7	4	0	2	2
NS/NC	0	6	0	2	2	3
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

De manera similar a la pregunta anterior, aquí les respostes són en termes generals positives (60-94 %), però l'anàlisi de les diferències resulta particularment significativa.

El CAP de Vic torna a tenir els millors resultats: la satisfacció dels seus usuaris és pràcticament total. Però el

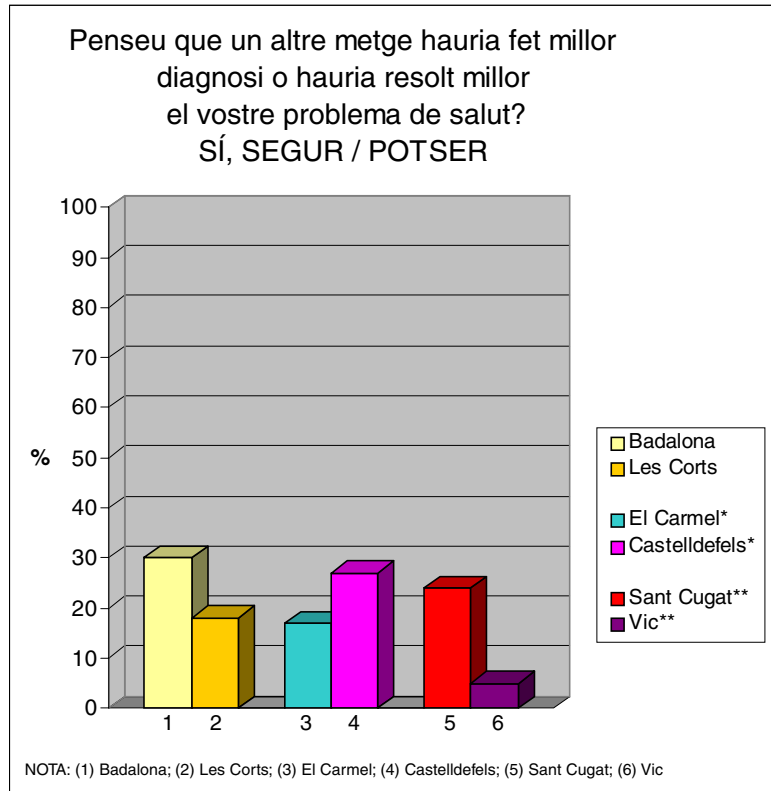
més destacable és que els resultats dels centres no reformats 60-63 % són clarament inferiors als dels centres reformats (77-94 %). Vist des d'una altra perspectiva, als centres reformats entre el 3 i el 23 % dels usuaris mai, o només a vegades, no queden satisfets amb les explicacions del seu metge. Però aquesta proporció s'eleva fins al 31-40 % en els centres no reformats.

Això torna a evidenciar serioses deficiències en l'atenció primària que proporcionen els centres no reformats.

Les tendències recollides en aquesta pregunta reforcen allò que el Síndic ha afirmat en els informes al Parlament dels darrers anys, respecte als centres d'assistència primària públics: que en relació amb els aspectes de

tracte humà al pacient, els centres afectats per la reforma tenen un comportament sensiblement millor.

19. CONFIANÇA EN EL METGE I EL SEU DIAGNÒSTIC



Taula 19. Penseu que un altre metge hauria fet millor diagnosi o hauria resolt millor el vostre problema de salut? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí, segur	10	6	2	2	5	0
Potser	20	12	15	25	19	5
No, de cap manera	53	51	59	64	55	78
NS/NC	17	31	24	9	21	17
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

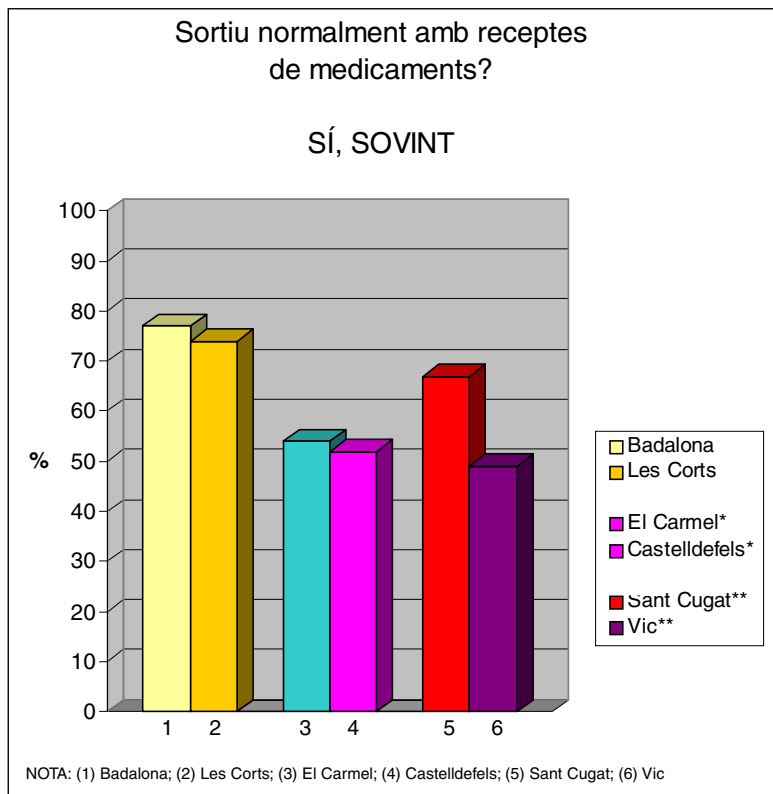
Els enquestats, en general, mostren una gran confiança en la capacitat professional del metge de família, ja que, majoritàriament, contesten que de cap manera pensen que un altre metge hauria fet una millor diagnosi del seu problema. Hi ha una proporció significativa (9-31 %) d'usuaris que no responen la pregunta; això es pot interpretar també com a satisfacció amb la diagnosi, encara que s'ignori si és possible fer-la millor.

En aquest sentit és més significativa l'estadística dels descontents, aquells que dubten o que estan segurs que un altre metge hauria pogut fer millor diagnòstic. A Vic,** on sembla que la satisfacció dels usuaris és sem-

pre la tònica general, només dubten un 5 %. Però la resta de centres presenten uns resultats molt semblants: entre un 17 i un 30 % desconfien de la diagnosi del metge, sense diferències significatives entre reformats i no reformats. Només s'identifica una tendència, lleugerament favorable als reformats, quan s'analitza els qui «de cap manera» no creuen que un altre metge hauria diagnosticat millor. Donat el fet objectiu que sempre és possible millorar el coneixement d'un problema o d'una malaltia, sembla un bon resultat pel que fa a la idea que té la població de Catalunya de la competència professional dels metges de família que els atenen.

E) RESULTAT DE LES VISITES

20. RECEPTES



Taula 20. Sortiu normalment amb receptes de medicaments? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí, sovint	77	74	54	52	67	49
A vegades	21	20	41	46	23	48
No, mai	1	6	5	1	7	3
NS/NC	1	0	0	1	3	0
% total	100	100	100	100	100	100

Font: Elaboració pròpia

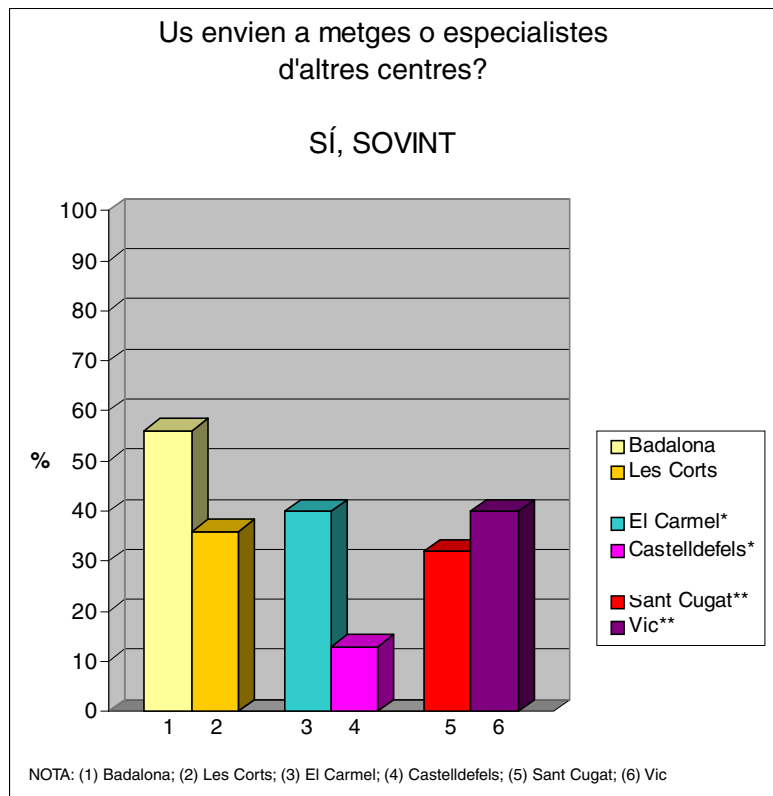
Veiem com és en els centres no reformats on els usuaris manifesten rebre receptes amb més freqüència (74-77 %). En canvi, en els centres reformats els que surten sovint amb receptes són només el 49-54 %, amb excepció de Sant Cugat on, probablement com a conseqüència d'una pressió assistencial excessiva, arriben a un 67 %.

Aquestes dades ens recorden alguna de les característiques més rellevants de la nostra situació sanitària. D'una banda, tenim una despesa farmacèutica excessiva, en gran part fruit del descontrol en l'expedició de receptes, i de l'altra, els centres reformats són considerablement més barats que els no reformats. Això és una veritable paradoxa, ja que els centres reformats presten molts més serveis. Però cal recordar que en el model tradicional els metges treballen només 2,5 hores diàri-

es i cobren generalment molt més que els metges del model reformat, que treballen 6 hores diàries. A més, l'oblit de l'atenció preventiva, per centrar-se únicament en la curativa, comporta a la llarga una major despesa en medicaments; despesa que pot créixer si hi ha excessiva facilitat en l'expedició de receptes (*Informe 1997* pàg. 225; BOPC pàg. 31.214).

Per això, quan es reforma un CAP, a curt termini la despesa puja, perquè l'atenció preventiva fa que molta gent que es creia sana descobreixi alguna malaltia amagada i hagi de tractar-la. Però a mitjà i a llarg termini és molt més barat perquè s'evita el desenvolupament de les malalties, s'estalvia en despesa farmacèutica i els metges treballen 36 hores setmanals cobrant un sou fins i tot inferior.

21. DERIVACIÓ A ALTRES CENTRES



Taula 21. Us envien a metges o especialistes d'altres centres? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Sí, sovint	56	36	40	13	32	40
A vegades	19	19	41	29	15	14
No, mai	18	26	16	27	45	32
NS/NC	7	19	3	31	8	14
% total	100	100	100	100	100	100

Font: elaboració pròpia

Taula 21 bis. Quin percentatge de pacients es deriven als especialistes i a les urgències hospitalàries? (Respostes dels professionals)

Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
5%	30%	–	10%	10%	–

La derivació es considera una pràctica negativa quan és reflex d'una manca d'interès dels metges que atenen el pacient en primera instància. Per aquest motiu, conèixer la proporció dels que són atesos sense necessitat d'anar a cap altre centre mèdic és un indicador vàlid de la qualitat en l'atenció. Tot i això, en aquesta pregunta trobem uns resultats molt dispersos, per raó potser del diferent nombre d'especialistes que es poden trobar en cadascun dels centres estudiats.

En els centres no reformats trobem més proporció de derivacions freqüents (36-54 %) que als no reformats

(13-40 %), i això pot ser un nou indicatiu que la qualitat assistencial és superior en els centres reformats. De tota manera ja hem assenyalat que en aquesta matèria es produeix una certa dispersió de dades que redueix el valor significatiu dels resultats.

Sorpren el cas de Castelldefels,* on només el 13 % manifesta ser derivat sovint a especialistes. Això podria ser degut al fet que molts especialistes tenen la consulta dins de les instal·lacions del CAP, de manera que els usuaris no consideren derivació el fet de ser atesos per ells.

Cal destacar també el cas de Sant Cugat,** on un 45 % afirma no haver estat mai enviat cap a l'especialista d'un altre centre. L'explicació podria estar en el fet que Sant Cugat té una població molt jove: els nens són atesos pels pediatres –que treballen sempre al mateix CAP– i els homes i dones joves no acostumen a tenir malalties de les que fan necessària la visita a l'especialista.

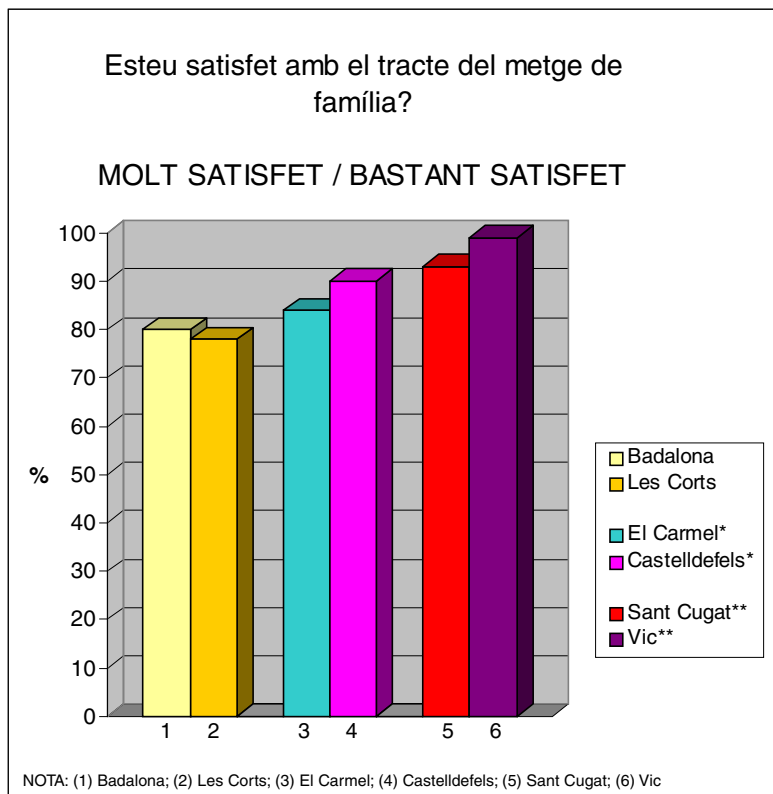
De tota manera, aquestes dades contrasten seriosament amb les aportades pels mateixos professionals dels centres, que reconeixen uns percentatges de derivació molt inferiors als referits pels usuaris. També és cert que «sovint» i «de vegades» són conceptes subjectius que els usuaris poden interpretar de manera diferent de com ho fan els metges quan tracten de quantificar-los. A més, cal destacar que, en aquest cas, la pregunta no va ser exactament la mateixa, de manera que els percentatges resultants en els dos qüestionaris no tenen una correspondència exacta. A tall d'exemple, un usuari que

fos derivat només en un 50 % de les seves visites probablement respondria «sí, sovint» a la pregunta que se li formula.

En tot cas, el contrast entre les respostes dels professionals i les dels usuaris és en alguns casos massa fort, cosa que ens invita a relativitzar les dels professionals quan afecten dades que podrien qüestionar la qualitat del seu treball. Concretament a Badalona el contrast entre la resposta dels usuaris i la dels professionals és tan gran que crea dubtes sobre el rigor del procediment amb què s'ha canalitzat la resposta a l'enquesta dels professionals d'aquest centre.

F) SATISFACCIÓ AMB EL COMPORAMENT DEL PERSONAL

22. SATISFACCIÓ AMB EL TRACTE DEL METGE DE FAMÍLIA



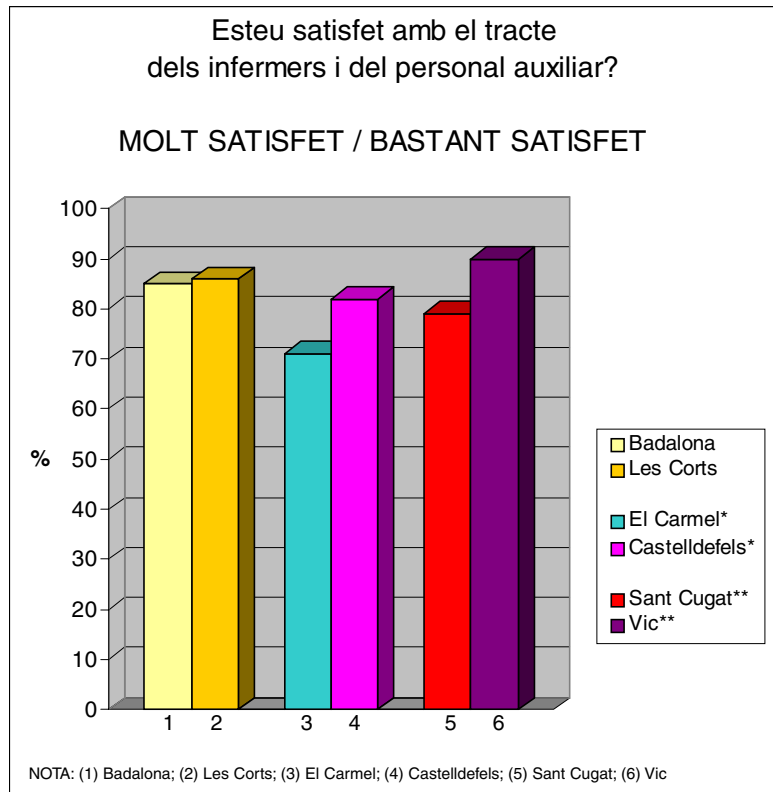
Taula 22. Esteu satisfet amb el tracte del metge de família? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Gens satisfet	4	4	1	3		1
Poc satisfet	4	2	1		2	
Regular	11	14	13	6	3	
Bastant satisfet	42	21	55	23	27	11
Molt satisfet	38	57	29	67	66	88
NS/NC	1	2	1	1	2	
Total %	100	100	100	100	100	100

Els usuaris de tots els CAP coincideixen a valorar positivament el tracte que donen els metges de família. Hi ha alguns centres on el percentatge d'usuaris molt o bastant satisfets supera el 90 %. Són Castelldefels,* Sant Cugat** i Vic.** A més, en tots tres casos el percentatge de molt satisfets és notablement superior al de bastant satisfets. El cas més evident és el de Vic,** on el nivell de satisfacció és pràcticament total, amb un 88% d'usuaris molt satisfets i un 11% de bastant satisfets.

Dins dels bons resultats generals, els usuaris dels centres no reformats obtenen uns resultats més modestos, lleugerament inferiors als dels centres reformats: un 78-80 % dels seus usuaris declaren sentir-se molt o bastant satisfets i un 19-20 % sentir-se poc satisfets o gens.

23. SATISFACCIÓ AMB EL TRACTE DELS INFERMERS I DEL PERSONAL AUXILIAR



Taula 23. Esteu satisfet amb el tracte dels infermers i del personal auxiliar? (Percentatges)

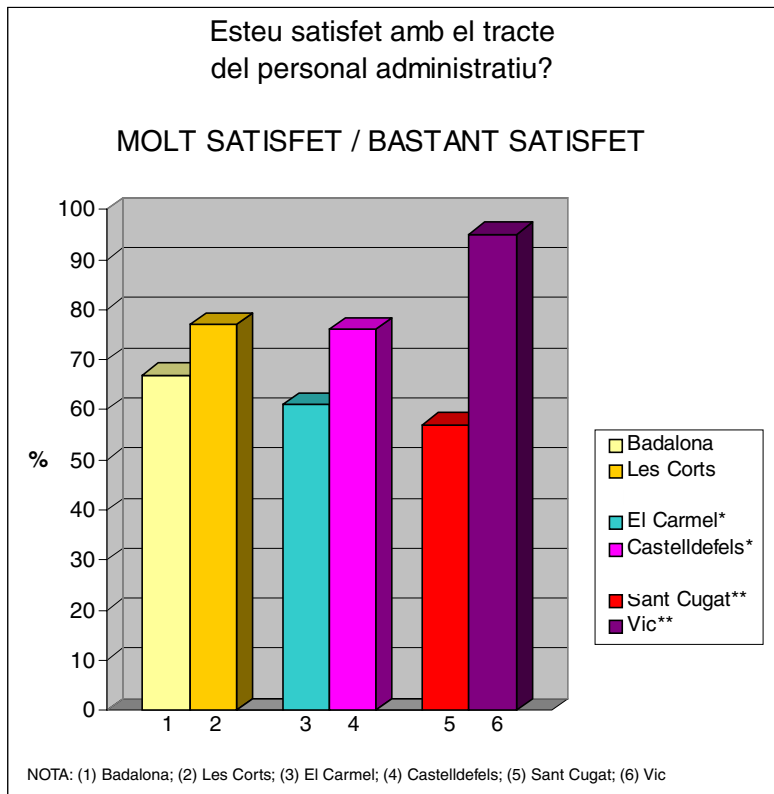
CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Gens satisfet	2	1			1	
Poc satisfet	2	1	5		2	1
Regular	8	9	24	5	12	3
Bastant satisfet	55	42	59	35	46	23
Molt satisfet	30	44	12	47	33	67
NS/NC	3	3		13	6	6
Total %	100	100	100	100	100	100

Tots els usuaris dels centres coincideixen en l'elevada satisfacció pel tracte rebut dels infermers i els auxiliars. Al CAP del Carmel els resultats són més modestos: només un 12 % manifesten sentir-se'n molt satisfets. Malgrat tenir-ne un 59 % de bastant satisfets, és també el centre on més usuaris –un 29 %– declaren sentir-se poc o regularment satisfets amb el tracte d'infermers i auxiliars.

En aquesta matèria no s'observa una diferència clara entre els centres reformats i els no reformats, circum-

stància que apuntaria que el tracte d'infermers i auxiliars depèn més de les persones concretes que presten el servei o que dirigeixen el centre que no del model de gestió. Amb tot, cal assenyalar que també en aquesta matèria és el centre de Vic** el que rep millors qualificacions.

24. Satisfacció amb el tracte del personal administratiu



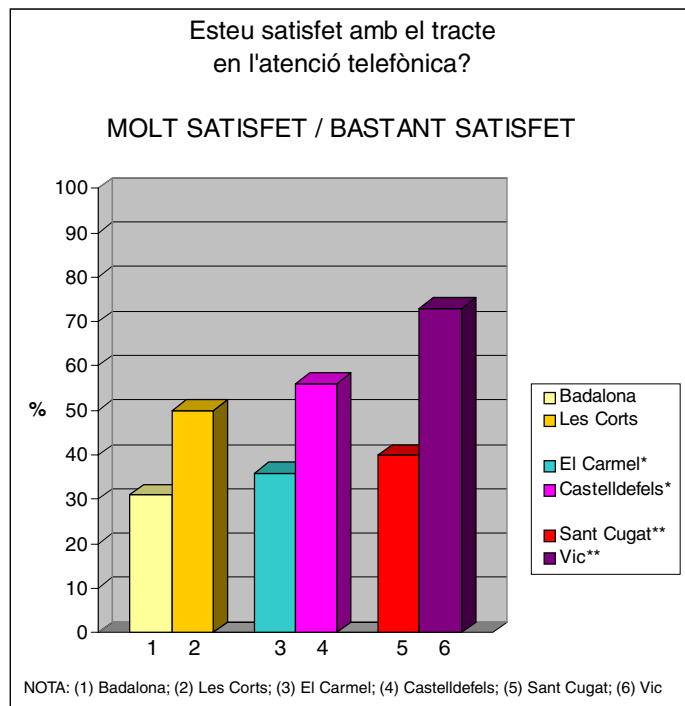
Taula 24. Esteu satisfet amb el tracte del personal administratiu? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Gens satisfet	3	1	—	2	3	—
Poc satisfet	4	3	6	3	5	—
Regular	24	19	32	13	28	2
Bastant satisfet	46	40	53	43	36	31
Molt satisfet	21	37	8	33	21	64
NS/NC	2	—	—	6	7	3
Total %	100	100	100	100	100	100

La valoració que fan els usuaris del tracte del personal administratiu és també positiva. Més de dos terços dels usuaris declaren sentir-se bastant o molt satisfets amb el tracte del personal administratiu. A Vic** aquesta proporció arriba al 95 %. Tampoc aquí no s'aprecia una diferència significativa entre els diversos models de gestió: el Carmel* i Sant Cugat** obtenen uns resultats més modestos que Castelldefels* i Vic,** i els resultats situen els centres no reformats en un nivell intermedi.

El centre del Carmel** és potser el més mal valorat en aquest aspecte, amb un 39 % dels usuaris que es declaren regularment, poc o gens satisfets del tracte del personal administratiu. A Sant Cugat** opinen el mateix un 36 % dels usuaris, xifra elevada però comprensible, atesa la pressió assistencial.

25. **SATISFACCIÓ AMB EL TRACTE EN L'ATENCIÓ TELEFÒNICA**



Taula 25. Esteu satisfet amb el tracte en l'atenció telefònica? (Percentatges)

CAP	Badalona	Les Corts	El Carmel*	Castelldefels*	Sant Cugat**	Vic**
Gens satisfet	6	3	3	4	17	–
Poc satisfet	2	3	5	11	11	1
Regular	21	14	26	20	24	5
bastant satisfet	23	24	33	37	30	32
Molt satisfet	8	26	3	19	10	51
NS/NC	40	30	30	9	8	11
Total %	100	100	100	100	100	100

Pel que fa al tracte rebut en l'atenció telefònica, els usuaris no es mostren tan satisfets com respecte al tracte d'infermers o administratius. Hi ha tres centres, el dos no reformats i el del Carmel, en els quals al voltant de la tercera part dels usuaris no donen cap resposta, fet que evidencia un índex baix d'utilització del servei d'atenció telefònica. A més, en els centres de Badalona i del Carmel* el nombre d'usuaris que es declaren mitjanament, poc o gens satisfets (29-31 %) és molt similar al dels que se'n declaren bastant o molt (31-36%). Encara pitjors són els resultats a Sant Cugat,** on els insatisfets (52 %) superen amb claredat els satisfets (40 %). En termes generals, això evidencia que el funcionament d'aquest servei en aquests centres és clarament millorable.

Aquest fet no té gaire importància en el cas dels centres no reformats, perquè l'atenció telefònica no hi té tant tasques ni tan importants com en els reformats –cas de la cita prèvia. Però en centres reformats com el Carmel,* Castelldefels* o Sant Cugat** les possibles deficiències en aquest servei poden afectar significativament la qualitat de l'atenció prestada. De tota manera, potser en els resultats han influït circumstàncies específiques, ja que al Carmel* els mateixos responsables del centre van reconèixer problemes en l'atenció telefònica, i els centres de Castelldefels i Sant Cugat** pateixen una anormal pressió assistencial.

P R E U S

Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya

Subscripció anual (edició impresa o en microfita) 45,08 euros
Número solt 1,35 euros

Diari de Sessions del Parlament de Catalunya

Subscripció anual (edició impresa o en microfita) 36,06 euros IVA inclòs
Número solt 0,72 euros

Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya

i Diari de Sessions del Parlament de Catalunya

Subscripció conjunta (edició impresa o en microfita) 78,13 euros

Les publicacions oficials també són consultables a www.parlament-cat.es

ISSN 0213-7798

Dipòsit legal: B-20.066-1980

Imprès a Multitext, SL • Barcelona



9 770213 779000