



# **Avaluació de l'estructura i la prestació d'atenció primària al Principat d'Andorra**



Oficina Regional de  
l'OMS per a Europa



Institut Holandès  
d'Investigació en  
Serveis Sanitaris

# Avaluació de l'estructura i la prestació d'atenció primària al **Principat d'Andorra**

Un projecte basat en enquestes

Agost del 2014

## Resum

Les reformes sanitàries formen part dels canvis profunds i integrals en les funcions essencials de la societat i els valors que es produeixen en molts estats membres de la regió europea de l'OMS. La reforma de l'atenció primària no sempre es basa en l'evidència i pot ser impulsada per arguments polítics o els interessos de grups professionals concrets. Tanmateix, actualment els responsables polítics i els administradors de les prestacions mèdiques exigeixen cada vegada més evidències dels efectes de les reformes i la capacitat de resposta dels serveis.

L'eina d'avaluació d'atenció primària de l'OMS (PCET, per la seva sigla en anglès, *Primary Care Evaluation Tool*) pretén donar un plantejament estructurat a l'avaluació. Se centra en les funcions dels sistemes sanitaris, com ara la gestió, el finançament i la generació de recursos, i les característiques d'un sistema de prestació de serveis d'atenció primària, que inclouen l'accessibilitat, la integralitat, la coordinació i la continuïtat. Aquest informe ofereix un resum dels resultats de la utilització de la PCET al Principat d'Andorra.

El projecte s'ha dut a terme entre el 2012 i el 2014 com a part d'un acord de col·laboració biennal entre l'Oficina Regional de l'OMS per a Europa i el Ministeri de Salut i Benestar d'Andorra, un acord que estableix les principals àrees de treball col·laboratiu. També hi han pres part l'Institut Holandès d'Investigació en Serveis Sanitaris (NIVEL) –un centre d'atenció primària que col·labora amb l'OMS– i els partícips del sistema sanitari andorrà.

### Paraules clau

ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

ESTUDIS D'AVALUACIÓ

PLANS DELS SISTEMES SANITARIS – Organització i administració

REFORMA DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

POLÍTICA SANITÀRIA

QÜESTIONARIS

ANDORRA

### © Organització Mundial de la Salut 2014

Tots els drets reservats. L'Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut atén sol·licituds d'autorització per reproduir o traduir les seves publicacions, de forma parcial o completa.

Les designacions emprades en aquesta publicació i la forma en què hi apareixen representades les dades no impliquen, per part de l'Organització Mundial de la Salut, l'expressió de cap opinió sobre la condició jurídica de països, territoris, ciutats o zones, ni de les seves autoritats, ni quant a la delimitació de les seves fronteres o límits. Les línies discontinües en els mapes representen d'una manera aproximada fronteres respecte de les quals pot ser que encara no hi hagi ple acord.

La menció de determinades societats mercantils o de certs productes de fabricants no implica que l'Organització Mundial de la Salut els aprovi o recomani amb preferència per altres d'anàlegs que no s'esmenten. Llevat en cas d'error o omisió, les denominacions de productes patentats porten lletra majúscula inicial.

L'Organització Mundial de la Salut ha adoptat totes les precaucions raonables per verificar la informació que figura en aquesta publicació. Tanmateix, el material publicat es distribueix sense garantia de cap tipus, ni explícita ni implícita. El lector és responsable de la interpretació i l'ús que faci d'aquest material, i l'Organització Mundial de la Salut no es pot considerar en cap cas responsable pels danys i perjudicis causats pel seu ús. Les opinions expressades pels autors, editors o grups d'experts no representen necessàriament les decisions o la política declarada de l'Organització Mundial de la Salut.

Dipòsit legal: AND.718-2014

ISBN: 978-99920-0-771-6

# ÍNDEX

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Abreviatures                                                            | 4         |
| Agraïments                                                              | 5         |
| Pròleg                                                                  | 6         |
| Prefaci                                                                 | 7         |
| Resum executiu                                                          | 8         |
| Mesures recomanades                                                     | 17        |
| <b>Avaluació de l'AP: antecedents i aplicació</b>                       | <b>20</b> |
| El marc teòric de la PCET                                               | 20        |
| Desenvolupament de la PCET                                              | 25        |
| Aplicació de la PCET a Andorra                                          | 29        |
| <b>Presentació del Principat d'Andorra</b>                              | <b>35</b> |
| El país                                                                 | 35        |
| Població i salut                                                        | 36        |
| El sistema sanitari                                                     | 38        |
| <b>L'AP a Andorra: situació i context nacional</b>                      | <b>41</b> |
| Administració / gestió                                                  | 41        |
| Generació de recursos                                                   | 46        |
| Finançament i incentius                                                 | 47        |
| Prestació de serveis d'AP                                               | 50        |
| Temes d'actualitat i plans per a l'AP                                   | 51        |
| <b>Els metges de família i la seva situació en l'atenció primària</b>   | <b>52</b> |
| Característiques dels enquestats                                        | 52        |
| Accessibilitat de l'atenció                                             | 53        |
| Continuïtat de l'atenció                                                | 55        |
| Coordinació de l'atenció                                                | 56        |
| Integralitat de l'atenció                                               | 59        |
| <b>Les infermeres dels CAP i la seva situació en l'atenció primària</b> | <b>67</b> |
| Característiques dels enquestats                                        | 67        |
| Accessibilitat de l'atenció                                             | 67        |
| Continuïtat de l'atenció                                                | 69        |
| Coordinació de l'atenció                                                | 71        |
| Integralitat de l'atenció                                               | 74        |
| <b>Opinions i experiències dels pacients amb l'AP</b>                   | <b>76</b> |
| Característiques dels enquestats                                        | 76        |
| Accessibilitat de l'atenció                                             | 77        |
| Continuïtat de l'atenció                                                | 81        |
| Percepció de la coordinació en l'atenció i l'elecció del metge          | 84        |
| Percepcions i expectatives envers els metges de família                 | 86        |
| Referències i fonts                                                     | 88        |
| Altres fonts                                                            | 89        |
| Annex 1: Perfil de les tasques clíniques                                | 90        |

## ABREVIATURES

|                      |                                                                                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acord biennal</b> | Acord de col·laboració biennal (entre l'Oficina Regional de l'OMS per a Europa i els estats membres) |
| <b>AP</b>            | atenció primària                                                                                     |
| <b>APS</b>           | atenció primària de salut                                                                            |
| <b>BM</b>            | Banc Mundial                                                                                         |
| <b>CASS</b>          | Caixa Andorrana de Seguretat Social                                                                  |
| <b>ECG</b>           | electrocardiograma                                                                                   |
| <b>FMC</b>           | formació mèdica contínua                                                                             |
| <b>ITS</b>           | infecció de transmissió sexual                                                                       |
| <b>MCV</b>           | malaltia cardiovascular                                                                              |
| <b>MF</b>            | metge de família                                                                                     |
| <b>MSB</b>           | Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra                                                |
| <b>NIVEL</b>         | Institut Holandès d'Investigació en Serveis Sanitaris                                                |
| <b>ONG</b>           | organització no governamental                                                                        |
| <b>PCET</b>          | eina d'avaluació d'atenció primària de l'OMS                                                         |
| <b>PIB</b>           | producte interior brut                                                                               |
| <b>PPA</b>           | paritat de poder adquisitiu                                                                          |
| <b>SAAS</b>          | Servei Andorrà d'Atenció Sanitària                                                                   |
| <b>TME</b>           | taxa de mortalitat estandarditzada                                                                   |
| <b>UE</b>            | Unió Europea                                                                                         |
| <b>UE15</b>          | països pertanyents a la UE abans del maig del 2004                                                   |

# AGRAÏMENTS

L'Oficina Regional de l'OMS per a Europa dona les gràcies a tothom que ha contribuït als èxits d'aquest projecte.

## **L'equip d'execució del projecte**

### ***Autors principals***

Wienke G. W. Boerma, Institut Holandès d'Investigació en Serveis de Salut (NIVEL) (autora i cap del projecte tècnic)

Therese A. Wieggers, NIVEL (coautora)

Sanne Snoeijs, NIVEL (coautora)

### ***Coordinació del projecte (en l'Oficina Regional de l'OMS)***

Valentina Baltag (fins al 2011)

Christine Beerepoot (a partir del 2012)

### ***Equip del país***

Josep M. Casals Alis, director general de Salut i Benestar; Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra

Rosa Vidal Pardenilla, cap del Servei de Prevenció, Promoció de la Salut i Vigilància; Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra

Mònica Malet Saltó, experta en salut pública; Servei de Prevenció, Promoció de la Salut i Vigilància; Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra

### ***Coordinació del treball de camp relacionat amb les enquestes i de l'entrada de dades***

Joan Micó, director del Centre de Recerca Sociològica (CRES) a l'Institut d'Estudis Andorrans (IEA), Andorra

Mercè Casals, cap de projectes al Centre de Recerca Sociològica (CRES), Andorra

## **S'han rebut consells i aportacions valuosos de:**

- CASS (Caixa Andorrana de Seguretat Social)
- SAAS (Servei Andorrà d'Atenció Sanitària)
- Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra

A més, l'equip d'execució del projecte agraeix la participació de tots els pacients, metges de família, infermeres d'atenció primària, treballadors de camp i organitzadors locals de tot el país.

L'any 1978 va tenir lloc la Conferència internacional sobre els serveis de salut d'atenció primària, en què es va aprovar el que des de llavors es coneix com a Declaració d'Alma-Ata. El text exhortava tots els governs, organismes internacionals (particularment l'OMS i l'Unicef), així com altres agències internacionals no governamentals, a promoure i potenciar l'atenció primària, entesa com una necessitat conseqüència de les noves condicions econòmiques i socioculturals.

Aquesta Declaració defineix l'atenció primària com el principal nucli assistencial de tot sistema de salut, primer punt de contacte de l'individu, la família i la comunitat amb el sistema assistencial, entès com el conjunt de serveis de promoció, de prevenció, de tractament i de rehabilitació, a fi de poder assolir així el màxim nivell possible de resolució d'aquests problemes fent el millor ús possible dels recursos disponibles.

Malgrat els immensos avenços assolits en matèria de salut les darreres dècades, l'any 2008, l'*Informe mundial de la salut* de l'OMS instava de nou els països a enfortir l'atenció primària de salut com la manera més eficient i rendible per garantir un accés just i equitable als serveis de salut.

En aquest context, aquest estudi centrat a avaluar l'organització i el model actual de proveïment de serveis d'atenció primària d'Andorra forma part de les actuacions previstes en el marc del desplegament de la Reforma del sistema de salut i protecció social, una reforma que té com a objectiu principal potenciar els serveis de proximitat i en particular el conjunt dels serveis i recursos sanitaris i socials que conformen la xarxa assistencial i sociosanitària del nostre país, que avui, com arreu, ens hem de replantejar a fi de poder assegurar la seva capacitat per poder respondre a aquests reptes de la forma més adequada possible.

Els resultats i les recomanacions que sorgeixen del mateix text esdevenen una font objectiva de coneixement de la situació present; identifiquen els punts forts i les debilitats del proveïment i l'organització dels nostres serveis d'atenció primària, i confirmen la necessitat d'implementar un nou model assistencial, el denominat Model andorrà d'assistència sanitària (MAAS).

El MAAS té com a finalitat desenvolupar i implantar una primera regulació efectiva del sistema que, respectant els principis de lliure elecció propis del nostre sistema, estableixi la creació de la figura del metge referent, i amb ell, la creació d'un equip multidisciplinari d'atenció primària que ha d'esdevenir la porta principal d'accés al sistema de salut, per garantir una atenció integral, coordinada i continuada centrada en les necessitats de les persones, i afavorir, al mateix temps, un ús racional dels recursos.

Aquest estudi s'ha dut a terme amb l'estreta col·laboració i el suport de l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS (OMS / EURO) i l'Institut Holandès de Recerca en Serveis de Salut (NIVEL –Netherlands Institute for Health Services Research–), en tant que centre col·laborador de l'OMS / EURO que compta amb una dilatada experiència en la matèria. Els seus resultats, altament representatius, ens confirmen que estem en la bona direcció, tot i que fan palès que cal actuar més enllà de la regulació assistencial i que és necessari abordar també un nou model de govern i lideratge del sistema, així com introduir noves figures de finançament que afavoreixin un accés més equitable.

Voldria agrair molt especialment la col·laboració i la participació de tots els professionals i ciutadans que han fet possible la seva realització. Les conclusions d'aquesta avaluació són un element més per consolidar el nostre sistema de salut.

**Cristina Rodríguez Galan**

Ministra de Salut i Benestar

## PREFACI

L'atenció primària de salut encarna els valors i els principis que l'OMS persegueix en la seva labor arreu del món per ajudar els països a enfortir els seus sistemes sanitaris per fer-los més equitatius, inclusivament i justos. L'OMS va renovar el seu compromís amb la millora de la salut mundial, particularment per a les poblacions més desfavorides, en l'*Informe de salut mundial 2008* (1), que insta els països a enfortir l'atenció primària de salut com la manera més eficient, justa i rendible d'organitzar un sistema sanitari. El subtítol de l'informe posa en relleu la urgència del seu missatge: «atenció primària de salut: ara més que mai».

La regió europea de l'OMS té una llarga història quan es tracta d'elaborar estratègies de salut basades en intervencions científicament sòlides i socialment acceptables que promoguin la solidaritat, l'equitat i la participació activa de diversos sectors i la societat civil. La salut als 53 estats membres europeus ha millorat considerablement durant els últims 30 anys, malgrat els canvis significatius en els patrons i en les tendències pel que fa a la presència de malalties, els perfils demogràfics i l'exposició a riscos i perills més grans en un entorn socioeconòmic que evoluciona ràpidament. La regió també ha presenciado el desenvolupament de models d'atenció més integrats i un pluralisme més gran en el finançament i l'organització dels sistemes sanitaris.

Els governs continuen replantejant-se les seves funcions i responsabilitats en la salut de la població i l'organització i la prestació d'assistència sanitària. El marc de la política europea de l'OMS per a la salut i el benestar, Salut 2020, és un exemple d'aquesta reflexió. Ofereix vies pràctiques per abordar els problemes actuals i nous en matèria de salut a la regió, i deixa ben clar que l'atenció primària de salut és un dels instruments preeminents per integrar la prevenció dins el conjunt del sistema sanitari.

Aquest informe avalua l'evolució de l'atenció primària a Andorra utilitzant una metodologia que descriu un bon sistema d'atenció primària com un sistema integral, accessible, coordinat i continuat. La metodologia avalua si la prestació de serveis d'atenció primària té el suport d'un marc legal i normatiu adequat, mecanismes de finançament, estratègies de recursos humans, subministrament d'instal·lacions adequades, equips i medicaments, i un lideratge efectiu. Per tant, l'informe ofereix un resum estructurat dels punts forts i febles de l'organització, i la prestació de serveis d'atenció primària al país –elaborat, entre d'altres, a partir de les percepcions dels professionals i pacients– per als responsables polítics i les parts interessades. L'Oficina Regional espera que l'informe doni a conèixer noves reformes en l'atenció primària a Andorra que ajudin l'assistència sanitària a satisfer les necessitats i les expectatives de la gent.

Vull donar les gràcies als molts participants que han contribuït generosament a aquest projecte amb les seves idees i percepcions.

**Hans Kluge**

Director del Departament de Sistemes Sanitaris i Salut Pública  
Oficina Regional de l'OMS per a Europa

L'aplicació de l'eina d'avaluació d'atenció primària (PCET) es troba entre les activitats esmentades en l'acord de col·laboració biennal 2012-2013 entre el Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra i l'Oficina Regional de l'OMS per a Europa. Altres parts en aquest acord són l'Institut Holandès d'Investigació en Serveis Sanitaris (NIVEL) –un centre d'atenció primària de salut que col·labora amb l'OMS–, el Centre de Recerca Sociològica (CRES) de l'Institut d'Estudis Andorrans (IEA) i els participants del sistema sanitari andorrà. L'eina d'avaluació de l'atenció primària (PCET) aborda els aspectes d'oferta i demanda de l'atenció primària de salut. El seu objectiu és ajudar els ministeris de salut i altres parts interessades a monitorar el progrés de les reformes i polítiques relacionades amb l'atenció primària de salut, i aportar proves per establir noves prioritats amb l'objectiu d'enfortir l'atenció primària de salut.

## MÈTODES

El desenvolupament de la PCET es va iniciar a partir dels principis del marc dels sistemes sanitaris de l'OMS del 2000 (1), que afirmen que el funcionament d'un sistema sanitari està determinat per la manera com s'organitzen les seves funcions. Aquestes funcions són l'administració, la generació de recursos, el finançament i la prestació de serveis. La PCET aborda aquestes quatre funcions, juntament amb les característiques clau dels serveis d'atenció primària de salut (AP), incloent-hi l'accessibilitat dels serveis, la continuïtat de l'atenció, la coordinació de l'atenció i la integralitat. En la PCET s'han inclòs indicadors o substituïts apropiats per cadascuna d'aquestes funcions i característiques.

Per avaluar la complexitat dels sistemes d'atenció primària, l'eina recopila informació de diferents nivells, i des del punt de vista tant de l'oferta com de la demanda. En conseqüència, la PCET consta de tres instruments: un qüestionari que aborda la situació, l'estructura i el context de l'AP en l'àmbit nacional; un altre qüestionari per als metges d'atenció primària (metges de família), i un tercer qüestionari per als pacients. A Andorra es va elaborar un qüestionari addicional per a les infermeres que treballen als centres d'atenció primària. Els qüestionaris per als metges de família (MF), les infermeres d'atenció primària i els pacients ja vénen estructurats, amb respostes codificades. El qüestionari nacional conté preguntes obertes i ja estructurades, amb espai per a dades estadístiques.

L'equip del projecte, en estreta col·laboració amb els responsables polítics, les parts interessades i els experts del país, ha implementat l'eina a Andorra en diverses etapes, entre el 2011 i el 2014. Els tres qüestionaris els han omplert, respectivament, experts en política nacional i altres participants del sistema sanitari; infermeres d'atenció primària; metges de família i pacients que han visitat aquests MF. L'equip del projecte ha processat i ha analitzat les dades la primavera del 2014. L'esborrany s'ha analitzat amb els responsables polítics, els participants i els experts a Andorra el juny del 2014. L'informe final s'ha completat el juliol del 2014.

El plantejament de la PCET mitjançant enquestes implica que els resultats depenen de la conducta i les experiències declarades pels enquestats. La presumpta implicació dels metges de família i les infermeres en certs serveis sanitaris no suposa una mesura de la qualitat. Els resultats són estimacions de la situació real.

## RESULTATS

### Resposta de l'estudi

Les enquestes inclouen la resposta de 26 metges de família (MF), 41 infermeres d'AP i 390 pacients que han visitat un MF. Els percentatges de resposta obtinguts (el 70,3% entre els metges de família, el 95,3% entre les infermeres d'atenció primària i el 93% entre els pacients) són molt satisfactoris. Atès que en l'estudi s'ha pogut incloure el total de metges de família i infermeres d'atenció primària, els resultats proporcionen una visió molt fiable sobre la situació de l'atenció primària al país.

### Resultats nacionals

*(Basats en les respostes del qüestionari nacional, la informació dels experts i les visites in situ).*

#### Context

Tot i que Andorra és un país més ric que els seus països veïns, també ha experimentat una recessió econòmica. El deteriorament de les finances públiques des del 2008 ha instat el govern a aplicar mesures d'austeritat que també han afectat el sistema sanitari. Atès que l'economia depèn en gran mesura de mà d'obra estrangera, els andorrans són una minoria al seu país. El nombre d'habitants fluctua amb la tendència de l'economia. Quan els treballadors estrangers es queden sense feina, sovint decideixen tornar al seu país d'origen. A Andorra, l'esperança de vida és alta i els indicadors de salut són positius, però no es poden comparar degudament amb els d'altres països, perquè la mobilitat de la població és més elevada que en altres llocs; en particular, la remigració cap al país d'origen quan s'arriba a la vellesa és un fenomen que s'esdevé sovint.

#### Administració / gestió

Al país s'ha desenvolupat una política explícita sobre assistència sanitària relativament tard. La Llei general de sanitat, de 1989, defineix les funcions dels actors del sistema sanitari i estableix les bases per tenir un sistema sanitari generós amb molta llibertat, tant per als pacients com per als proveïdors, i amb poca prioritat de configuració i planificació. El Ministeri de Salut es va establir el 1993.

La tendència va canviar el 2009, amb el Pla estratègic de salut (PES), que analitzava el sistema sanitari i feia propostes per enfortir la gestió de l'assistència sanitària i controlar les despeses. El 2012, això es va elaborar en el Model andorrà d'atenció sanitària (MAAS) i en el Pla governamental 2012-2015 per a la reforma del sistema sanitari i de protecció social. Aquests documents expliquen principis del sistema sanitari, com ara la capacitat de resposta, la importància de centrar l'atenció en la persona, la integralitat i la continuïtat, i els requisits de seguretat, qualitat i eficiència. La formulació d'una sèrie d'objectius estratègics va completar la ruptura amb el passat.

L'execució del sistema de la Seguretat Social està a les mans de la Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS), parapública. Els pagaments per part de la CASS es basen en un catàleg de serveis acordat. La gestió dels serveis sanitaris finançats públicament està al càrrec del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

#### Desenvolupament de polítiques per a l'AP

Les reformes iniciades recentment pretenen reestructurar l'atenció primària per esdevenir l'accés al sistema sanitari i per fer que els serveis se centrin més en l'usuari. El nou model d'atenció identifica tres nivells al voltant del "metge de referència". L'atenció primària i algunes especialitats properes a l'atenció primària han de ser el primer nivell. La continuïtat de l'atenció ha d'estar

garantida per nous mecanismes a fi de promoure la coordinació i la comunicació entre els proveïdors. L'accés regulat al sistema es considera desitjable i, a més, les activitats en l'atenció primària, l'atenció domiciliària i els àmbits comunitaris s'haurien d'ampliar a costa de l'atenció facilitada en els altres nivells.

### *Finançament*

El sistema sanitari a Andorra és una variant del model d'assegurança social. El pagament de primes és obligatori per als empleats així com per als treballadors per compte propi. Per als desocupats, el govern paga primes d'assegurança social. S'estima que un 10% de la població està mal coberta, perquè no pot pagar les primes.

Les persones assegurades normalment paguen el 25% de la factura en atenció ambulatoria i el 10% en atenció hospitalària. Molta gent té una assegurança privada per a aquests costos compartits. Les despeses sanitàries han augmentat considerablement a Andorra, especialment des del 2005, però el Govern ha tingut poques possibilitats de frenar aquesta tendència. Aproximadament una sisena part de les despeses de salut pública es destina a pagar els serveis sanitaris utilitzats fora del país.

Els metges de família treballen de forma independent i cobren una tarifa per serveis. Els metges especialistes amb consulta privada, que proporcionen atenció ambulatoria secundària, també tenen una tarifa per serveis. Els metges de l'hospital empleats del SAAS reben un salari fix. Els centres d'atenció primària es financen per cobrament d'actes respecte als serveis d'infermeria i llevadora, i quant als serveis restants, mitjançant un pressupost general.

La reforma de l'assistència sanitària pretén crear nous sistemes de reemborsament i pagament com a incentius per assolir més eficiència i una qualitat millor en l'atenció.

### *Recursos humans i formació*

Els metges de família suposen el 15% de la plantilla de metges al país. Atès que Andorra no disposa de formació mèdica, la majoria dels metges ha estudiat a Espanya o França. Igualment, pel que fa a la formació mèdica contínua (FMC), també han d'anar a l'estranger. Tanmateix, la FMC no és obligatòria a Andorra. Les infermeres poden formar-se al país.

La densitat de metges a Andorra és semblant a la de França, però inferior a la d'Espanya i Portugal. No hi ha normes nacionals quant al nombre de pacients per metge de família ni la distribució del personal d'assistència sanitària. No consta que hi hagi escassetat de personal, però la mitjana elevada de l'edat dels metges de família indica que en un futur proper caldrà fer reemplaçaments a causa de les jubilacions.

### *Drets dels pacients*

No hi ha lleis ni reglaments que tractin específicament els drets dels pacients. Un òrgan consultiu del Govern ha fet un primer pas per tenir una llei sobre els drets i els deures dels pacients. No s'han desenvolupat programes d'apoderament del pacient; tanmateix, des del 2013, les pràctiques i els serveis sanitaris a Andorra estan obligats a sotmetre's a un procediment per atendre les queixes dels pacients.

### *Gestió de la qualitat*

Per controlar el funcionament del sistema sanitari no s'utilitzen processos rutinaris ni mesuraments de resultats. La satisfacció de la població amb els serveis sanitaris s'avalua a través d'una enquesta nacional de salut (la darrera de les quals es va dur a terme el 2011). Els metges i les infermeres no estan obligats a sotmetre's a proves regulars de coneixements professionals ni de nivell de competència. Els procediments de renovació de llicències encara no són vigents. En la reforma actual del sector sanitari s'estan abordant els temes de les garanties de qualitat i supervisió.

S'han elaborat una sèrie de guies de pràctica clínica per a l'ús dels metges de família, però hi falten mecanismes per difondre-les i promoure'n l'ús. La situació de les guies de pràctica infermera i els protocols d'infermeria és més positiva.

### **Prestació de serveis**

*(A partir del qüestionari nacional)*

L'atenció mèdica primària la proporcionen metges de família i metges especialistes que treballen per compte propi, mentre que els serveis d'infermeria, maternitat i comunitat els faciliten els centres de salut finançats i administrats públicament.

Al país només hi ha un hospital, el Centre Hospitalari Andorrà (CHA), gestionat pel SAAS. Tant els metges assalariats de l'hospital com els especialistes privats n'usen les instal·lacions. Els serveis d'urgències i accidents també tenen la seva seu al CHA. El nombre de llits d'hospital a Andorra és considerablement menor que als països veïns.

La majoria de metges de família treballen en una consulta sense ajuda; no tenen una funció de control de la derivació de pacients. El model del "metge de referència" té en compte una certa forma de control de la derivació de pacients, tot i que no exclusivament per als metges de família, la qual es promou en la reforma actual del sector sanitari.

Els índexs de contacte i prescripció dels metges de família són alts. De mitjana, els pacients tenen 10 contactes amb el metge de família per any; i per cada 100 contactes de pacients, els metges de família produeixen 124 receptes.

A més dels serveis sanitaris d'Andorra, la població té accés a rebre atenció mèdica fora del país, en particular, a Catalunya i França.

### **Resultats relatius als metges de família, els pacients i les infermeres en l'AP**

*(A partir de les enquestes)*

Gairebé tots els metges de família són professionals lliberals i només una quarta part ha completat una especialització en medicina familiar. Amb 51 anys, la mitjana d'edat dels metges de família és alta. Tanmateix, els qui disposen d'una especialització en medicina familiar són les cohorts més joves. Més de la meitat dels metges de família ha treballat fora d'Andorra durant algun temps, però, tot i així, de mitjana, fa 19 anys que treballen al país. Les infermeres treballen als centres d'atenció primària, dirigits pel SAAS. De mitjana, són gairebé 10 anys més joves que els metges de família, 42 anys, i tenen 11 anys d'experiència com a infermeres.

La majoria dels pacients pertany als grups d'edat més avançada, tot i que encara no estan jubilats. Com era d'esperar, la majoria són dones i, a més, la majoria dels enquestats viuen amb el marit o amb la dona, o en una família més gran. Menys d'un terç ha nascut a Andorra. A més de la cobertura universal de l'assegurança de malaltia de la CASS, menys de la meitat dels enquestats tenen una assegurança mèdica privada complementària.

### **Càrrega de treball**

Tres quartes parts dels metges de família treballen amb un/a secretari/ària mèdic/a. Amb 37,4 hores, la jornada setmanal mitjana és relativament curta per als metges de família lliberals, però les variacions són considerables. La càrrega de treball, en termes de contactes amb els pacients, és més alta a l'hivern que a l'estiu. El nombre de contactes a la consulta és de 18 a l'hivern i 14 a l'estiu. Les visites a domicili són escasses: 2-3 per setmana. Les infermeres tenen una jornada setmanal mitjana de 39 hores, i veuen 30 pacients per dia al centre i uns quants en les visites domiciliàries (junts, 12 per setmana). Quasi la meitat dels contactes amb els pacients resulta d'una derivació d'un metge de família.

## *Accessibilitat de l'atenció*

Als metges de família i centres de salut del SAAS, s'hi pot accedir fent desplaçaments curts, també amb transport públic. Els pacients troben que es podria millorar l'accessibilitat a les consultes dels metges per a les persones amb mobilitat reduïda. Els copagaments per als serveis d'atenció primària poden ser un obstacle financer i una font de desigualtat en l'assistència sanitària. Durant els 12 mesos anteriors a aquesta visita, els copagaments van fer que l'11% dels pacients enquestats decidís no visitar o endarrerir una visita amb el seu metge. L'accés electrònic a les consultes dels metges de família no sembla una opció, però no és un gran problema per als pacients.

Els metges de família informen que, en general, els pacients poden veure'ls el mateix dia, cosa que coincideix amb el que diuen la major part de pacients. Quan els metges de família no hi són, la majoria demanen hora amb un altre metge. Pràcticament tots els metges de família treballen al vespre almenys un cop per setmana, però només la meitat dels pacients ho saben. No obstant això, no és habitual que treballin un dia de cap de setmana. Tot i així, només uns quants pacients no estan satisfets amb l'horari actual de les consultes mèdiques. Part dels pacients agrairia que l'eficàcia es traduís en temps més curts per concertar visites i poder seure a la sala d'espera.

Només cinc metges han notificat sessions de grup o clíniques per a grups específics de pacients, per exemple, pacients amb diabetis o hipertensió, i només un metge ha indicat sessions clíniques per a la gent gran o per a informació de planificació familiar. Les visites el mateix dia als centres de salut del SAAS, segons les infermeres, en general són possibles, però les obertures al vespre són inusuals. També als centres d'atenció primària del SAAS, les activitats de grup són rares i la meitat de les infermeres no hi participen en absolut. L'única excepció són les activitats per a les dones embarassades (esmentades pel 39% de les infermeres).

Segons la imatge general que tenen els pacients dels metges de família a Andorra, es considera que exerceixen una funció important quan es tracta d'assessorar i tractar els problemes somàtics que no requereixen un dispositiu o un equip específic. Els problemes de salut amb components tècnics o interpersonals, en canvi, no es perceben com a problemes que pertanyin al camp professional del metge de família.

## *Coordinació de l'atenció*

Més de la meitat dels metges de família treballa en una consulta sense ajuda. La col·laboració estructurada amb altres professionals d'atenció primària no està ben establerta. La meitat dels metges de família tenen reunions regulars amb col·legues, però les reunions amb infermeres, treballadors socials, psicòlegs i farmacèutics són poc freqüents, i amb les llevadores no consten en absolut. Les relacions amb la comunitat també són escasses. Per contra, els contactes professionals amb metges especialistes, en forma de consultes i demandes de consell, estan ben establerts, especialment amb els cardiólegs, internistes i cirurgians. Els metges de família informen que el 6% dels contactes que mantenen amb els pacients acaben amb una derivació, de vegades, a Espanya o França. Tanmateix, els pacients també poden posar-se en contacte amb els metges especialistes directament, sense una derivació del metge de família.

D'altra banda, els pacients es mostren molt més positius respecte del flux d'informació que va dels metges de família als metges especialistes i viceversa, que no pas entre metges de família. Als centres d'atenció primària del SAAS, les infermeres treballen amb altres infermeres i en altres disciplines, en particular, les llevadores i els treballadors socials, cosa que facilita les reunions regulars. Molts pacients es visiten per recomanació del metge de família, però només alguns tenen trobades regulars amb els metges de família. Altres formes secundàries, com ara demanar assessorament per telèfon, s'utilitzen amb molta més freqüència. La majoria de les infermeres també tenen aquests contactes amb els cirurgians, pediatres, internistes i el servei d'urgències. Algunes infermeres, així com els metges de família, tenen reunions periòdiques amb les autoritats locals o els treballadors de la comunitat.

## *Continuïtat de l'atenció*

Encara que els metges de família declaren que les històries clíniques es gestionen correctament, l'emmagatzematge i l'accés és probable que no siguin òptims. No tots els metges de família utilitzen l'ordinador per desar-hi les històries clíniques o fer les receptes mèdiques i escriure informes de derivació. A més, el sistema d'informació de la majoria de metges de família no genera d'una manera senzilla llistes de pacients segons el diagnòstic o el risc per a la salut. El sistema d'informació que s'utilitza als centres d'atenció primària del SAAS no sembla que sigui millor. Aparentment, els telèfons encara tenen un paper important en la comunicació entre els professionals sanitaris.

Tot i que els pacients han notificat una variació en el temps de consulta, en conjunt, els metges de família dediquen molt de temps als seus pacients, cosa que està ben valorada. Els pacients, en general, també es mostren positius amb el coneixement que els metges de família tenen dels seus antecedents personals i mèdics, i la seva capacitat de comunicació. Els pacients són més reservats quant al paper del metge de família a l'hora de tractar problemes personals, l'equip mèdic disponible a la consulta i la preparació del metge per fer visites a domicili.

## *Integralitat de l'atenció*

S'han distingit quatre grups d'activitats en el perfil de tasques clíniques dels metges de família: el paper del metge en el primer contacte amb els problemes de salut dels pacients; l'aplicació de procediments tècnics mèdics; la gestió de les malalties, i la implicació en la salut pública per a certs grups de persones. Els metges de família diuen que tenen un paper modest com a metge de primer contacte per a pacients amb problemes i queixes relacionats amb la salut (puntuació: 52%). El paper dels metges de família en el tractament de les malalties és més important (71%). Però el seu paper en la prestació de procediments tècnics mèdics i serveis preventius és força limitat (44%). Finalment, respecte a les activitats de salut pública i per a grups específics, els metges de família han contestat que estan moderadament implicats en activitats com els cribratges, la rehabilitació, la salut escolar i el tractament de grups d'alt risc. En particular, la implicació dels metges de família en programes de cribratge i vigilància pediàtrica és baixa. Més de la meitat dels metges de família no està involucrada en la planificació familiar i la contracepció. La majoria dels pacients han dit que els metges de família parlen amb ells sobre mantenir una alimentació sana i fer exercici físic, però el consum d'alcohol i el tabaquisme són temes que s'esmenten amb molta menys freqüència.

El perfil de prestació de serveis de les infermeres s'ha valorat a través de 14 activitats, incloent-hi diversos cribratges, assessorament al pacient, educació per a la salut i infermeria tècnica. La puntuació mitjana de 66% (màxim 100%) indica que hi ha marge de millora, en concret, quant a la supervisió de l'abandó de l'hàbit de fumar, l'assessorament al pacient pel que fa a l'admissió en entorns residencials, l'assessorament geriàtric, l'educació tècnica per a la salut i l'educació per a la salut a les escoles.

Els metges de família difereixen en l'equip mèdic que tenen a la consulta. De mitjana, tenen 23 elements d'una llista de 30. En general, els que no hi ha disponibles són: aspirador, ultrasò, mesurador de l'hemoglobina, mesurador del flux expiratori màxim i ènemes. Per a emergències, les consultes dels metges de família disposen de cortisona, analgèsics i diazepam d'una manera abundant, i en menor mesura, de fàrmacs hipotensors.

Prop d'una quarta part dels metges de família han assenyalat que no tenen servei de laboratori ni aparell de raigs X o hi tenen un accés insuficient.

Els centres d'atenció primària del SAAS sembla que estan ben equipats. D'una llista de 20 elements, almenys n'hi ha 18 de disponibles. Els menys esmentats han estat el mesurador de flux expiratori màxim i els materials de sutura. Els resultats indiquen deficiències importants quant a la disponibilitat de materials d'informació i educació per a la salut a les consultes dels metges de família, així com als centres d'atenció primària del SAAS. Per exemple, en ambdós llocs, no

hi ha informació sobre riscos cardiovasculars, obesitat, diabetis, malalties de transmissió sexual, contracepció i l'autotractament del refredat, segons la majoria de metges de família i infermeres.

### Garantia de la qualitat

Els metges de família apliquen poc els instruments per mantenir la qualitat de l'assistència i obtenir informació per ajustar l'atenció mèdica a les necessitats locals. La majoria d'ells no acostumen a fer servir guies de pràctica clínica, i el procediment obligatori de reclamacions tan sols està disponible en algunes consultes, fet que es veu confirmat pels resultats de l'enquesta dels pacients. Dos metges de família han organitzat un estudi sobre la satisfacció dels pacients. L'assistència a actes de formació mèdica contínua (FMC) és gairebé igual a Andorra que a Espanya. Els centres d'atenció primària del SAAS disposen de procediments de reclamacions, i la majoria de les infermeres ha contestat que sovint utilitza protocols i guies de pràctica. No obstant això, amb prou feines s'utilitzen estudis sobre la satisfacció del pacient i la satisfacció amb la feina de les infermeres.

### Indicadors seleccionats

La taula 1 mostra un resum dels resultats, segons un conjunt d'indicadors extrets de les enquestes entre metges de família, infermeres i pacients.

**TAULA 1**

#### Indicadors seleccionats d'AP a Andorra

| Funcions                      | Indicadors indirectes seleccionats                                                                                       | Resultats<br>MF (n = 26)<br>Infermeres d'AP (N = 41)<br>Pacients (N = 390) |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Administració / gestió</b> | Departament del Ministeri de Salut encarregat específicament de l'AP                                                     | No                                                                         |
|                               | MF i infermeres que diuen que tenen una bústia i un procediment per atendre les reclamacions dels pacients a la consulta | MF: 19%<br>Infermeres: 95%                                                 |
|                               | Pacients que afirmen que a la consulta del seu metge hi ha una bústia i un procediment per atendre reclamacions          | 15%                                                                        |
|                               | Pacients que diuen que no tenen objeccions per haver de triar un MF abans de visitar un metge especialista               | 49%                                                                        |
| <b>Finançament</b>            | Pacients que declaren que fan copagaments per una visita al MF                                                           | 38%                                                                        |
|                               | Pacients que diuen que fan copagaments per medicaments receptats per l'MF                                                | 29%                                                                        |
|                               | Pacients que afirmen haver endarrerit o deixat de fer una visita al metge per no poder assumir-ne el cost                | 11%                                                                        |
|                               | MF que diuen que recepten medicaments genèrics de forma rutinària (si estan disponibles)                                 | 15%                                                                        |
| <b>Generació de recursos</b>  | Proporció de metges actius a Andorra que treballen en AP                                                                 | 14%                                                                        |
|                               | Mitjana de població per MF                                                                                               | 1.900 habitants                                                            |
|                               | MF que han completat una especialització de postgrau en medicina familiar                                                | 6%                                                                         |
|                               | Mitjana d'edat dels MF                                                                                                   | 51,1 anys                                                                  |

segueix

| Funcions                                                | Indicadors indirectes seleccionats                                                                                                                  | Resultats<br>MF (n = 26)<br>Infermeres d'AP (N = 41)<br>Pacients (N = 390) |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Generació de recursos</b><br>(continuació)           | Temps destinat a lectures especialitzades (hores / mes)                                                                                             | MF: 10,8 h<br>Infermeres: 7,7 h                                            |
|                                                         | Equipament mèdic disponible per als MF (d'una llista de 30 elements)                                                                                | 22,6 (75%)                                                                 |
|                                                         | Equipament mèdic disponible per a infermeres (d'una llista de 20 elements)                                                                          | 18,4 (92%)                                                                 |
|                                                         | Pacients que estan d'acord que l'equipament de la consulta de l'MF és suficient                                                                     | 60%                                                                        |
|                                                         | MF que diuen que no tenen o tenen un accés insuficient a serveis de laboratori                                                                      | 27%                                                                        |
|                                                         | MF que diuen que no tenen o tenen un accés insuficient a aparells de raigs X                                                                        | 23%                                                                        |
|                                                         | MF que no fan servir ordinador                                                                                                                      | Cap                                                                        |
|                                                         | Professionals que utilitzen l'ordinador per portar un registre dels pacients                                                                        | MF: 73%<br>Infermeres: 100%                                                |
| <b>Prestació de serveis</b><br><i>Accés als serveis</i> | Proporció de pacients que viuen a menys de 20 minuts de l'MF, farmacèutic i dentista preferit                                                       | MF: 84%<br>Farmacèutic: 93%<br>Dentista: 66%                               |
|                                                         | Mitjana de pacients informats per MF (enquesta)                                                                                                     | 3.239 pacients                                                             |
|                                                         | Mitjana de consultes de pacients per dia a l'hivern (h) i a l'estiu (e)                                                                             | MF: (h) 18 / (e) 14<br>Infermeres: 30                                      |
|                                                         | Mitjana de visites domiciliàries per setmana                                                                                                        | MF: (h) 2 / (e) 3<br>Infermeres: 12                                        |
|                                                         | Mitjana d'hores treballades per setmana                                                                                                             | MF: 37,4 h<br>Infermeres: 39,3 h                                           |
|                                                         | Mitjana de la durada de les consultes dels pacients (en minuts; enquesta dels pacients)                                                             | MF: 24,6 min                                                               |
|                                                         | Obertura al vespre almenys un cop per setmana                                                                                                       | MF: 96%<br>Infermeres: 5%                                                  |
|                                                         | Pacients satisfets amb l'horari de l'MF                                                                                                             | 87%                                                                        |
|                                                         | Pacients que informen que es poden fer visites el mateix dia amb l'MF si es demanen                                                                 | 76%                                                                        |
|                                                         | Pacients que <i>no estan d'acord</i> que la sala d'espera de l'MF sigui idònia                                                                      | 13%                                                                        |
|                                                         | Pacients que <i>no estan d'acord</i> que la consulta de l'MF sigui accessible per a persones amb mobilitat reduïda o amb cadira de rodes            | 23%                                                                        |
|                                                         | Percentatge de derivació indicatiu dels MF a especialistes de nivell secundari (com a proporció de totes les visites a la consulta i domiciliàries) | 6%                                                                         |
|                                                         | Nombre de derivacions al dia d'infermeres a MF (informat per infermeres)                                                                            | 5                                                                          |
|                                                         | Nombre de derivacions al dia de MF a infermeres (informat per infermeres)                                                                           | 18                                                                         |

segueix

| <b>Funcions</b>                | <b>Indicadors indirectes seleccionats</b>                                                                                    | <b>Resultats</b><br>MF (n = 26)<br>Infermeres d'AP (N = 41)<br>Pacients (N = 390) |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Coordinació</b>             | MF que comparteixen la consulta amb altres MF, professionals d'AP o metges especialistes                                     | 46%                                                                               |
|                                | MF que diuen que tenen reunions regulars amb farmacèutics                                                                    | 8%                                                                                |
|                                | MF que diuen que tenen reunions regulars amb infermeres d'AP                                                                 | 30%                                                                               |
|                                | Infermeres que diuen que tenen reunions regulars amb un MF i demanar-li assessorament si cal                                 | Reunions: 20%<br>Assessorament: 98%                                               |
|                                | MF que diuen que utilitzen sempre informes de derivació                                                                      | 62%                                                                               |
|                                | Pacients que estan d'acord que el seu MF sempre informa el metge especialista en cas de derivació                            | 82%                                                                               |
|                                | Sistema d'informació dels MF que permet generar amb facilitat llistes de pacients segons el diagnòstic o risc per a la salut | 35%                                                                               |
|                                |                                                                                                                              |                                                                                   |
| <b>Continuïtat</b>             | MF i infermeres que diuen que conserven històries clíniques completes d'una manera rutinària                                 | MF: 92%<br>Infermeres: 76%                                                        |
|                                | Pacients que diuen que fa almenys un any que es visiten amb el seu MF                                                        | 83%                                                                               |
| <b>Integralitat</b>            | Funció dels MF en l' <i>atenció primària de salut</i> (amb 18 problemes de salut seleccionats) (% de la puntuació màxima)    | 51,8%                                                                             |
|                                | Implicació dels MF en el <i>tractament de les malalties</i> (selecció de 19 malalties) (% de la puntuació màxima)            | 71,3%                                                                             |
|                                | Implicació dels MF en l'aplicació de 16 procediments <i>medicotècnics</i> i preventius (% de la puntuació màxima)            | 44,3%                                                                             |
|                                | Cobertura de salut pública i activitats per a grups específics (basades en 8 punts; màxim = 100%)                            | MF: 47%<br>Infermeres: 66%                                                        |
|                                | MF que duen a terme cribratges de càncer de cèrvix                                                                           | 27%                                                                               |
|                                | MF que presten serveis de planificació familiar / contracepció                                                               | 46%                                                                               |
|                                | MF que proporcionen atenció prenatal d'una manera rutinària                                                                  | 28%                                                                               |
|                                | MF que duen a terme cribratges de tuberculosi / diagnòstics precoços                                                         | 27%                                                                               |
|                                | Professionals que ofereixen sessions clíniques per a determinades categories de pacients (crònics)                           | MF: 19%<br>Infermeres: 49%                                                        |
| <b>Garantia de la qualitat</b> | MF que tenen reunions periòdiques amb les autoritats locals                                                                  | MF: 8%                                                                            |
|                                | Professionals que informen que sovint utilitzen guies de pràctica clínica / protocols d'infermeria                           | MF: 42%<br>Infermeres: 60%                                                        |
|                                | Professionals que afirmen que avaluen el grau de satisfacció dels pacients                                                   | MF: 8%<br>Infermeres: 5%                                                          |
|                                | Nombre d'actes de FMC als quals s'ha assistit el 2012 (mitjana)                                                              | A Andorra: 4<br>A Espanya: 4<br>A França: 1                                       |

## MESURES RECOMANADES<sup>1</sup>

### Gestió i regulació

#### *Prioritat de l'atenció primària*

El desenvolupament de l'atenció primària, amb una funció més important per als metges de família i les infermeres, ha de ser una prioritat per millorar l'eficiència, la coherència i la qualitat del sistema sanitari en general.

*Recentment s'han desenvolupat uns plans inicials per millorar l'estructura de l'atenció sanitària. Tot i que s'han distingit tres nivells d'atenció, s'espera que s'especifiquin el domini exclusiu de l'atenció primària i la visió sobre les interrelacions entre les consultes dels metges de família, els metges especialistes, l'hospital i els centres d'atenció primària del SAAS. L'execució de plans per tenir serveis d'atenció primària més integrats requereix la participació activa de les parts interessades.*

#### *Capacitat de resposta: opinions dels pacients*

El paper dels pacients i els usuaris dels serveis sanitaris s'ha d'enfortir. Els procediments de reclamació s'han de mantenir millor i cal organitzar les opinions sistemàtiques dels pacients als centres d'atenció primària i les consultes dels metges de família, amb una funció de supervisió per part del Govern.

*Els procediments de reclamació obligatoris s'han mantingut poc en la pràctica general, probablement per la manca de coordinació i inspecció. Actualment, les opinions dels pacients (que no són queixes) no es recullen d'una manera sistemàtica, tot i que poden ajudar els responsables que prenen les decisions i els metges a millorar la qualitat i la capacitat de resposta dels serveis de salut. Un cos d'inspectors de l'Estat hauria de supervisar el bon funcionament del sistema.*

#### *Atenció primària integrada*

Els dos pilars de l'atenció primària, les infermeres als centres d'atenció primària del SAAS i els metges de família a les seves consultes haurien d'estar més integrats. S'han de crear incentius per oferir a la població un conjunt homogeni de serveis. Cal encoratjar els professionals sanitaris perquè cooperin i treballin en equips.

*La cooperació entre metges de família i entre els metges de família i els centres d'atenció primària del SAAS és secundària i no es basa en protocols o plantejaments compartits. El reconeixement dels metges de família i els centres d'atenció primària del SAAS com un nivell del sistema sanitari implica que els serveis s'han de prestar d'una manera menys fragmentada del que es presten ara i, en la mesura que es pugui, s'han de basar en les últimes dades disponibles. En el futur, s'ha d'encoratjar els nous metges de família perquè tinguin la seva consulta en un centre d'atenció primària.*

#### *Funció de coordinació en l'atenció primària*

S'ha de promoure que els metges de família siguin el “metge de referència”, perquè són els qui estan més ben preparats per exercir aquesta funció.

*En els plans de política actuals, el metge de família és una de les opcions per ser el “metge de referència”. Tanmateix, els metges de família, així com l'accés a l'atenció sanitària i en la cruïlla de l'atenció mèdica, social i d'infermeria i la rehabilitació estan més ben preparats per satisfer les expectatives que implica aquesta nova funció.*

---

<sup>1</sup> Les recomanacions es basen en dades de les enquestes entre els MF, les infermeres dels centres de salut del SAAS i els pacients, així com en la informació recollida entre els experts i les observacions fetes pels investigadors en les visites in situ.

## **Llicències i renovació de llicències**

Només els metges que han completat una formació de postgrau en medicina familiar estan autoritzats a treballar com a metges de família. D'acord amb les exigències d'altres països, els metges de família i altres metges han de renovar la seva llicència cada cinc anys si han complert els requisits de FMC i pràctica.

*Les llicències i la renovació de llicències constitueixen una condició bàsica per al personal sanitari qualificat i amb formació actualitzada. Actualment, a Andorra no hi ha cap pla vigent de renovació de llicències. Amb la introducció d'aquest pla, cal tenir en compte la disponibilitat limitada de FMC al país.*

## **Informació sanitària**

La informació sanitària que hi ha disponible s'ha d'utilitzar millor, i cal fomentar encara més el desenvolupament de sistemes d'informació sanitària per generar les dades que necessiten els metges, per fer el seguiment en l'atenció al pacient, i els responsables polítics, per mantenir el sistema sanitari pel bon camí.

*La informació sobre el procés i els resultats de l'assistència sanitària és escassa. Les històries mèdiques i d'infermeria dels pacients són poc accessibles per a la pràctica moderna. Quant al fet que els ordinadors no s'utilitzen en absolut, sembla que és perquè el programari no està actualitzat per recuperar les dades amb fins proactius. Els ordinadors poden promoure el treball clínic dels metges de família i una gestió eficient de la consulta. La continuïtat de l'atenció, la prevenció sistemàtica i la comunicació de les dades dels pacients entre els professionals sanitaris requereixen un sistema d'informació adequat. La planificació del sistema sanitari requereix la disponibilitat de la informació.*

## **Recursos humans**

El Govern ha de desenvolupar una política de recursos humans i un pla per garantir la disponibilitat de professionals sanitaris suficients amb les qualificacions que es requeriran en el futur, en particular, els metges de família.

*En un futur proper, diversos metges de família es retiraran i hauran de ser substituïts. Un pla de recursos humans també ha de considerar les necessitats dels treballadors i la combinació d'aptituds necessàries que es deriven de la nova visió en atenció primària.*

## **Atenció al domicili dels pacients**

Una bona atenció primària ha d'incloure la possibilitat de prestar serveis mèdics i d'infermeria al domicili del pacient. Aquests serveis han d'integrar-se amb els serveis socials i d'atenció que es presten als centres residencials.

*Tant les infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS com els metges de família fan relativament poques visites a domicili. La prestació d'atenció a la gent gran amb salut delicada que viu a casa seva, als malalts crònics o als pacients que necessiten atenció després de l'alta hospitalària encara no està ben organitzada. Els serveis sanitaris i socials que es presten al domicili dels pacients poden ser una resposta eficaç als reptes relacionats amb l'envelliment de la població i el substitut de l'atenció institucional a l'hospital o les residències amb assistència mèdica.*

## **Finançament i incentius**

### **Equitat financera**

L'actual programa general de copagaments s'hauria de reduir per als serveis d'atenció primària, perquè poden ser un obstacle per a l'ús dels serveis sanitaris i poden donar lloc a necessitats sanitàries no ateses.

*Aproximadament la meitat dels pacients han contestat que tenen una assegurança privada per cobrir els copagaments. Una part més petita dels pacients han indicat que han hagut d'endarrerir o no han assistit a una visita al metge de família per motius econòmics durant els 12 mesos anteriors. L'accés és una funció essencial de l'atenció primària. Si la gent endarrerix una visita d'atenció primària per motius econòmics, es poden perdre oportunitats per a la detecció precoç de les malalties.*

## **Incentius financers en l'atenció primària**

S'han de crear nous incentius per encoratjar els professionals d'atenció primària per millorar la seva competència i la qualitat i diversitat dels seus serveis.

*El salari actual de les infermeres i la quota per serveis dels metges de família no inclouen incentius específics. Les noves combinacions d'incentius han de premiar el rendiment específic en atenció primària d'una manera integrada. Han de servir per assolir les prioritats sanitàries i alhora han de ser atractius per als professionals.*

## **Funció de compra**

La CASS ha d'estar facultada per dur a terme la funció de compra de serveis sanitaris per estimular l'eficiència, la qualitat i la capacitat de resposta.

*Actualment, la funció principal de la CASS són els serveis de fons i de pagament. La funció de compra de la CASS encaixaria molt bé en el desenvolupament general per ampliar la gamma d'eines de gestió de la salut.*

## **Garantia de la qualitat**

### **Guies de pràctica clínica**

Cal encoratjar els metges de família i les infermeres perquè adoptin i incorporin guies de pràctica clínica i protocols en les seves rutines diàries. Les guies de pràctica i els protocols utilitzats en diferents disciplines s'han de coordinar per facilitar el desenvolupament de guies clíniques a través del nivell d'atenció.

*Actualment, es disposa d'algunes guies de pràctica i protocols, però la coordinació del seu desenvolupament i execució és inexistent. Les guies de pràctica clínica poden ser la base d'indicadors de rendiment i es poden utilitzar en cursos de formació contínua. Cal crear guies de pràctica per a certes categories de pacients d'una manera coordinada, incloent-hi les infermeres, els metges de família i els metges especialistes.*

## **Prestació de serveis**

### **Integralitat dels serveis dels metges de família**

L'abast dels serveis prestats pels metges de família s'ha d'ampliar en l'àrea d'atenció primària de salut, cirurgia menor i atenció per a grups específics.

*La funció dels metges de família com a accés i atenció primària és limitada. També es pot millorar en l'àrea de procediments mèdics, els quals ara probablement es duen a terme a l'hospital. La prevenció, l'educació per a la salut i certes tasques de salut pública també són idònies per ser transferides al nivell primari.*

### **Equipament mèdic**

Cal revisar la disponibilitat de serveis de laboratori i aparells de raigs X per als metges de família. A més, cal esbrinar si l'equipament mèdic dels metges de família està en consonància amb els serveis que han d'oferir als pacients i la seva funció en el sistema sanitari.

*Els metges de família informen que tenen un accés insuficient als serveis de laboratori i als aparells de raigs X. A més, els pacients són crítics sobre l'equipament disponible a la consulta del seu metge. El Govern i els metges de família poden acordar una llista de l'equipament recomanat per a la consulta.*

## EL MARC TEÒRIC DE LA PCET

### Per què cal avaluar l'AP?

Per dur a terme un procés de reforma, cal fer-ne un seguiment curós. Tot i que enfortir els serveis d'AP és una prioritat en molts dels països de la regió europea de l'OMS, el caràcter d'aquestes reformes varia enormement d'oest a est. A l'Europa occidental, s'espera que l'AP ajudi a fer front a l'increment dels costos i a les demandes canviants que es deriven de les tendències demogràfiques i epidemiològiques. Tanmateix, a la part central i oriental de la regió, els països que formaven part de la Unió Soviètica o que hi estaven estretament vinculats estan lluitant per millorar dràsticament el rendiment i la rendibilitat del conjunt dels seus sistemes sanitaris. Actualment, aquests països estan desenvolupant una AP per millorar l'eficiència del sistema sanitari en general i per acostar serveis sanitaris adequats i eficaços a les seves poblacions. En molts d'aquests països, les reformes sanitàries han estat part de canvis profunds i integrals en valors i funcions socials essencials (2).

Les avaluacions i les verificacions del funcionament tenen un paper cada cop més important en les reformes sanitàries. Les parts interessades necessiten la informació per decidir quina és la millor manera de conduir el sistema sanitari cap a uns resultats millors (3). En el passat, les reformes no sempre es basaven en evidències, i els canvis sovint es veien motivats per debats polítics o interessos professionals en comptes d'avaluacions sòlides. Aquesta situació està canviant. Els partícips de l'àmbit sanitari cada cop fan més responsables les autoritats decisòries per les seves decisions, i en demanen proves, per exemple, l'avenç de les reformes.

A més, els canvis demogràfics i epidemiològics requereixen que els sistemes sanitaris s'adaptin a les noves demandes de la població. L'adaptació efectiva requereix que els sistemes avaluin la capacitat de resposta dels serveis sanitaris des del punt de vista del pacient. Aquestes avaluacions poden proporcionar informació sobre com són d'accessibles i idonis els serveis, com tracten els pacients els professionals sanitaris, com els pacients reben comunicacions que poden afectar el seu comportament i benestar, i com s'administra l'atenció sanitària, tant en l'àmbit de l'AP com més enllà.

No obstant això, les avaluacions dels sistemes sanitaris i de funcionament s'han de contextualitzar apropiadament abans que es formulin polítiques i reglaments. Els governs no només utilitzen aquest material directament, sinó que en exercir la seva funció d'administració també han de generar un flux adequat d'informació, fer que estigui disponible per a altres partícips del sistema sanitari i vetllar per la instauració de la capacitat analítica pertinent (3).

Finalment, les avaluacions dels sistemes sanitaris i de funcionament s'han de basar en un marc adequat. Derivar indicadors des d'un marc acceptat ajuda a assegurar que els indicadors siguin rellevants i que cobreixin els temes clau d'una manera suficient. Els apartats següents descriuen el marc utilitzat per desenvolupar la PCET.

### Avaluació de l'AP i el marc dels sistemes sanitaris

Un sistema sanitari es pot definir com un conjunt estructurat de recursos, actors i institucions relacionats amb el finançament, la regulació i la prestació d'accions sanitàries en una població determinada. Una acció en matèria de salut és tota activitat que té per objectiu principal millorar o mantenir la salut. L'objectiu general d'un sistema sanitari és optimitzar l'estat de salut d'una població sencera durant el cicle de vida de les persones, inclosos els casos de mortalitat prematura i discapacitat (3).

Els sistemes sanitaris tenen per objecte assolir tres objectius fonamentals (1, 4):

- *Millorar la salut* (per exemple, tenir un millor estat de salut i reduir la desigualtat en matèria de salut);
- *Augmentar la capacitat de resposta per satisfer les expectatives de la població*, fet que comprèn: el respecte per la persona (incloent-hi la dignitat, la confidencialitat i l'autonomia), l'orientació al client (incloent-hi l'atenció oportuna, l'accés als serveis, els serveis bàsics i l'elecció del metge), i
- *Garantir l'equitat financera* (incloent-hi l'equitat en les contribucions de les llars a la despesa pública de salut i la protecció contra els riscos financers que es deriven de l'atenció sanitària).

El funcionament general d'un sistema sanitari es reflecteix en l'èxit que tingui a l'hora d'assolir aquests objectius. No obstant això, atès que les condicions en matèria de salut i els sistemes sanitaris varien segons els països, s'ha d'abordar el context del país quan es compara el funcionament dels sistemes sanitaris. Per tant, l'avaluació del funcionament ha de cobrir tant les metes assolides com els recursos disponibles i els processos.

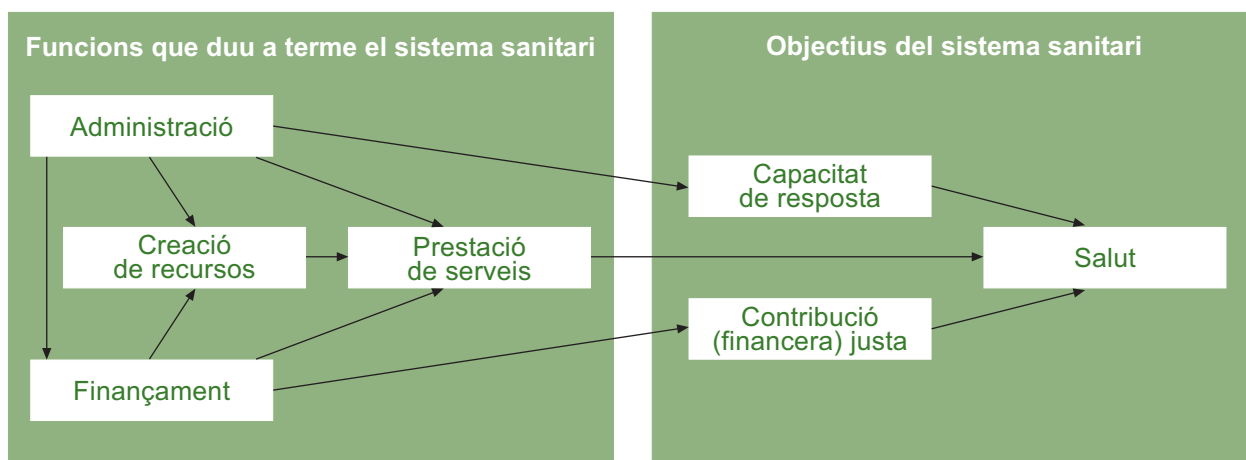
El marc d'actuació dels sistemes sanitaris de l'OMS (vegeu la figura 1) indica que el funcionament d'un sistema està determinat per la manera com s'organitzen quatre funcions clau (4):

- L'administració
- La generació de recursos
- El finançament
- La prestació de serveis

Tot i que la bibliografia internacional presenta altres plantejaments per a l'avaluació del funcionament (5–8), tots utilitzen idees similars o conceptes relacionats. Les quatre funcions poden aplicar-se al conjunt del sistema sanitari d'un país o, per exemple, només a l'AP, amb subcaracterístiques específiques per a la prestació de serveis d'AP.

**FIGURA 1**

**Objectius i funcions del sistema sanitari de l'OMS**



## Què comprèn cada funció del sistema sanitari?

### *Administració*

L'administració és una funció primordial que supervisa totes les funcions bàsiques del sistema sanitari, però d'una manera més àmplia que la regulació. Afecta els resultats del sistema sanitari directament i indirectament (1). L'administració comprèn les tasques de definir la visió i la direcció de la política sanitària, exercir influència a través de la regulació i la defensa, i recollir i utilitzar informació. Té tres aspectes principals: *i)* configurar, executar i seguir les regles del sistema sanitari; *ii)* assegurar unes condicions equitatives per als compradors, professionals i pacients, i *iii)* definir les orientacions estratègiques del sistema sanitari en el seu conjunt.

L'administració també es pot subdividir en les subfuncions de disseny global del sistema, avaluació del funcionament, establiment de prioritats, regulació, promoció intersectorial i protecció del consumidor (4). En definitiva, l'administració implica regir, difondre informació, coordinar i regular el sistema sanitari en els diferents àmbits.

### *Generació de recursos*

Els nivells d'un sistema sanitari no només necessiten una varietat equilibrada de recursos per funcionar correctament, sinó que aquests també s'han de seguir desenvolupant per mantenir els serveis sanitaris en el temps i a través de diversos nivells i àrees geogràfiques. Els recursos necessaris inclouen instal·lacions, equipament, subministraments consumibles, recursos humans, coneixements i informació.

És especialment important que la quantitat i la qualitat dels recursos humans s'ajusti adequadament a la demanda de serveis a través dels diferents nivells d'atenció d'assistència sanitària, i que es distribueixin equitativament per tot el país. Naturalment, per garantir la qualitat de l'atenció, les aptituds i els coneixements del personal sanitari, s'han d'actualitzar i fer compatibles amb els avenços de la tecnologia i la medicina basada en l'evidència. El desenvolupament de polítiques relatives a la planificació de recursos humans i físics depèn de la funció d'administració, com ho fan els marcs regulatoris per assegurar la prestació d'un servei d'alta qualitat i la protecció del consumidor. Tanmateix, el volum de personal actual, la distribució i el desenvolupament professional (incloent-hi la formació, l'FMC i la recerca) se solen valorar com a part de la generació de recursos.

### *Finançament*

En general, el finançament s'ocupa de la mobilització, l'acumulació i l'assignació de fons per cobrir les necessitats sanitàries de les persones, individualment i col·lectivament, en el sistema sanitari (9). Murray & Frenk (4) defineixen la funció de finançament en els sistemes sanitaris com «el procés pel qual els ingressos són recollits de fonts primàries i secundàries, acumulats en fons comuns i destinats a activitats de serveis». Poden distingir-se tres subfuncions: cobrament d'ingressos, agrupació de fons i compres. El cobrament d'ingressos significa la mobilització dels fons provinents de fonts primàries (com les llars i les empreses) i fonts secundàries (per exemple, els governs i les agències donants). Hi ha una sèrie de mecanismes a través dels quals els fons es poden mobilitzar, que varien amb el context, per exemple, els pagaments directes, l'assegurança voluntària segons el salari, l'assegurança voluntària segons el risc, l'assegurança obligatòria, els impostos generals, els impostos destinats a fins específics, les donacions d'organitzacions no governamentals (ONG) i les transferències d'organismes donants. L'agrupació de fons utilitza diverses formes d'assegurança de salut per compartir i reduir els riscos per a la salut. Comprar és l'assignació de fons per cobrir els costos (per exemple, per a la dotació de personal, béns durables i operacions) del personal mèdic, ja siguin institucionals o individuals, per a intervencions específiques (4). La manera com s'organitzen i s'executen aquestes subfuncions afecta l'accessibilitat dels serveis sanitaris.

## Prestació de serveis

La prestació de serveis implica la combinació d'entrades necessàries per efectuar intervencions en matèria de salut dins una configuració organitzativa específica (4). Inclou serveis preventius, curatius i de rehabilitació prestats als pacients individuals i a poblacions més grans (per exemple, a través de la promoció de la salut i l'educació per a la salut) en institucions públiques o privades. Prestar serveis és el que el sistema sanitari fa, no el que el sistema sanitari és.

## El marc d'avaluació de l'atenció primària

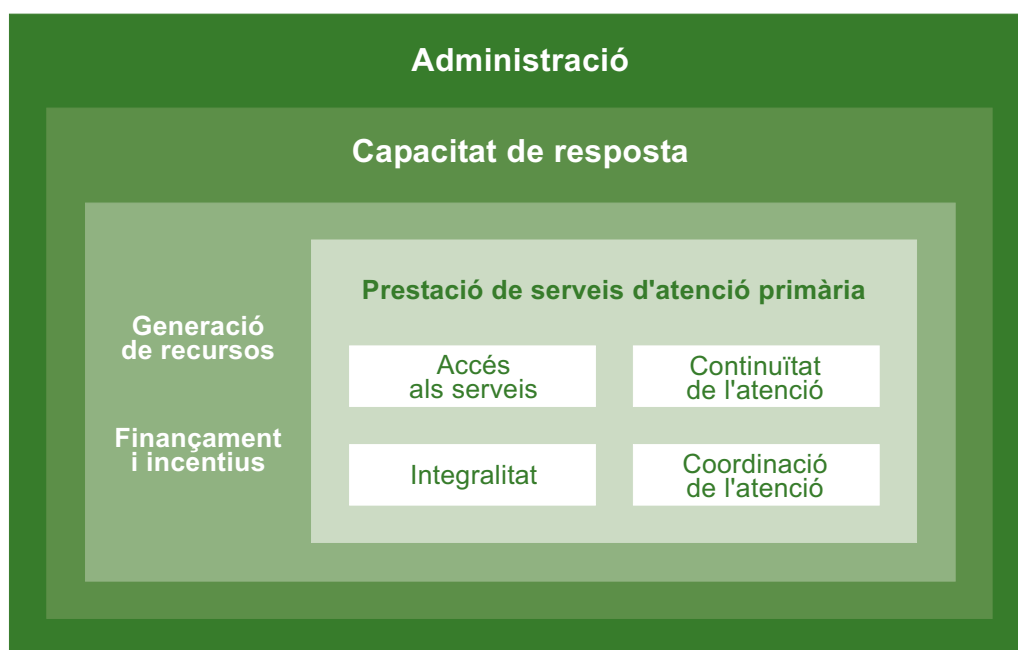
Les característiques de l'AP varien de país a país, i hi ha diferents definicions del que constitueix. Tanmateix, un sistema d'AP integral o ben concebut s'ha d'ajustar a la descripció següent:

*L'atenció primària (de salut) és el nivell d'un sistema sanitari que proporciona l'accés al sistema per a totes les noves necessitats i problemes, presta atenció (no orientada a la malaltia) centrada en la persona al llarg del temps, presta atenció en totes les condicions, excepte en les molt infreqüents o inusuals, i coordina o integra l'atenció proporcionada en un altre lloc o per altres (10).*

El marc d'avaluació de l'atenció primària (vegeu la figura 2), a partir del qual s'ha desenvolupat la PCET, comprèn les quatre funcions del sistema sanitari (com s'ha descrit anteriorment), combinades amb les quatre característiques clau dels serveis d'atenció primària (de salut) que són part de la prestació de serveis.

**FIGURA 2**

### Marc d'avaluació de l'atenció primària



## En què consisteixen les quatre característiques clau d'un bon sistema d'AP?

### *Accés als serveis*

En general, l'accés als serveis sanitaris es pot definir com la facilitat amb què s'obté atenció sanitària (6). Alternativament, es pot definir com «la capacitat dels pacients per rebre atenció on i quan la necessiten» (11). Hi ha diverses barreres físiques, psicològiques, socioculturals, informatives i financeres que limiten l'accessibilitat. Per exemple, el Pla d'avaluació de l'atenció primària aborda els obstacles geogràfics (distància i distribució de les consultes generals), els obstacles en l'organització de les consultes d'AP (horari d'atenció, consultes a distància, temps d'espera) i els obstacles financers (repartiment de costos, pagaments directes).

### *Continuïtat dels serveis*

Les intervencions sanitàries han d'estar orientades a les necessitats dels pacients durant un període de temps prolongat i cobrir episodis posteriors d'atenció i tractament. Una definició general de continuïtat del servei és «el seguiment des d'una visita fins a la següent» (12). L'OMS proporciona una definició més àmplia que té en compte la possible participació de professionals sanitaris diversos, i que descriu la continuïtat com «la capacitat dels serveis pertinents per oferir intervencions que siguin coherents a curt termini, tant dins com entre equips (continuïtat transversal), o una sèrie ininterrompuda de visites a llarg termini (continuïtat longitudinal)» (11).

S'han distingit diversos nivells de continuïtat (13). En primer lloc, la *continuïtat de la informació* significa un conjunt organitzat d'històries mèdica i social d'un pacient que és accessible per a qualsevol professional sanitari que atengui aquest pacient. En segon lloc, la *continuïtat longitudinal* apunta a un entorn accessible i familiar en què un pacient habitualment rep atenció mèdica d'un professional o un equip de professionals. En tercer lloc, la *continuïtat interpersonal* és una relació personal contínua entre pacient i professional, caracteritzada per la confiança personal i el respecte (13). Reid *et al.* també van afegir-hi la *continuïtat de la gestió*, que és la prestació de serveis oportuns i complementaris com a part d'un pla de gestió compartida (14). El Pla d'avaluació de l'atenció primària inclou la continuïtat de la informació, longitudinal i interpersonal, de l'atenció.

### *Coordinació de la prestació*

Justament perquè l'AP és el punt d'accés més comú a la sanitat i sovint proporciona una funció de control de la derivació de pacients a altres nivells d'atenció, la coordinació dels serveis en l'àmbit de l'AP és un determinant clau de la capacitat de resposta de la prestació de serveis sanitaris i el sistema sanitari en el seu conjunt. La possibilitat que sorgeixin problemes de coordinació són particularment evidents en les interfícies entre l'atenció primària i secundària, i entre l'assistència curativa i els serveis de salut pública en el camp de la promoció de la salut (15). Una definició general de coordinació és «una tècnica d'interacció social en què es consideren diversos processos simultàniament i la seva evolució disposada per al benefici òptim del conjunt» (9). Respecte a l'atenció sanitària, es pot definir com:

*[...] una característica de servei que dona lloc a plans de tractament coherent per a pacients individuals. Cada pla ha de tenir unes metes clares i unes intervencions necessàries i eficaces, ni més ni menys. La coordinació transversal significa la coordinació d'informació i serveis dins un episodi d'atenció. La coordinació longitudinal significa les interconnexions entre els membres del personal i les agències durant un període de tractament prolongat (11).*

En el Pla d'avaluació de l'atenció primària, les dimensions de coordinació inclouen la col·laboració dins la mateixa consulta d'AP, la col·laboració entre els professionals d'AP (per exemple, metges de família, infermeres d'assistència domiciliària, fisioterapeutes, etc.) i la col·laboració entre el primari i altres nivells d'atenció a través de la consulta i la derivació.

## ***Integralitat***

La integralitat es pot definir com la mesura en què un professional sanitari ofereix directament una gamma completa de serveis o un altre professional o l'organització específica per a la seva disposició en altres llocs (16). En el marc de l'AP, la integralitat es refereix al fet que els serveis poden comprendre atenció curativa, de rehabilitació i de suport, així com la promoció de la salut i la prevenció de malalties (15, 17). També es refereix a la capacitat de considerar diverses condicions a la vegada en un pacient, particularment condicions cròniques. La integralitat dels serveis es refereix no només a la gamma de serveis prestats, sinó també a les condicions de la consulta, les instal·lacions, l'equip i les aptituds professionals del professional d'atenció primària. Els vincles entre els professionals d'AP amb els serveis comunitaris i amb la comunitat també tenen una funció. Totes aquestes dimensions estan incorporades en el Pla d'avaluació de l'atenció primària.

## **El Pla d'avaluació de l'atenció primària**

Prenent com a base el marc d'avaluació de l'atenció primària (1), el Pla d'avaluació de l'atenció primària n'ofereix més detalls, concentrant-se en temes específics mesurables i elements relatius a les característiques essencials i les prioritats nacionals per a la reforma de l'atenció primària (de salut) i les condicions propícies. El Pla d'avaluació de l'atenció primària, que constitueix la base de la PCET, inclou una sèrie de dimensions clau que s'han identificat per a cada funció del sistema d'AP. Cada dimensió, al seu torn, s'ha traduït en un o més elements d'informació o indicadors indirectes per a la dimensió (vegeu la taula 2 a la pàgina següent).

Per avaluar adequadament la complexitat d'un sistema d'AP, la PCET reuneix informació de diferents nivells administratius i des del punt de vista tant de l'oferta com de la demanda, és a dir, dels professionals sanitaris i els pacients. En conseqüència, la PCET consta de tres qüestionaris separats:

- Un qüestionari per als experts, en relació amb les estructures i les polítiques nacionals d'AP.
- Un qüestionari per als metges d'AP (i infermeres com a opció).
- Un qüestionari per als pacients.

Junts, aquests qüestionaris cobreixen les funcions de l'AP, les dimensions i la informació dels temes identificats en el Pla. Els qüestionaris dels metges, les infermeres i els pacients ja estan estructurats. El qüestionari nacional conté preguntes obertes i ja estructurades, i mostra les dades estadístiques que s'han de presentar.

## **DESENVOLUPAMENT DE LA PCET**

El desenvolupament de la PCET es va iniciar el febrer del 2007 i es va concloure el maig del 2008, quan l'instrument final es va posar a la disposició de l'OMS per a les seves activitats de suport al sistema sanitari amb els estats membres. Tot seguit, s'expliquen breument les etapes successives del desenvolupament. El procés de desenvolupament de l'eina es descriu amb més detall en un altre lloc (18, 19).

### ***Revisió bibliogràfica***

Com a primer pas, els investigadors de NIVEL van fer un estudi dirigit de bibliografia, basat en el marc d'actuació de l'OMS (1), per reunir informació sobre possibles maneres de valorar les funcions clau del sistema d'AP. Van prestar una particular atenció als indicadors d'AP i a les eines i els qüestionaris existents de valoració i avaluació del funcionament de l'AP. Van elaborar una llista preliminar de dimensions i elements per a l'eina.

**TAULA 2**

**Resum de les funcions, dimensions i elements d'informació seleccionats**

| <b>Funció</b>           | <b>Subfunció</b>  | <b>Dimensió</b>                           | <b>Elements seleccionats / substituïts</b>                                       |
|-------------------------|-------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Administració           |                   | Desenvolupament de polítiques             | Prioritats de la política d'AP                                                   |
|                         |                   | Desenvolupament professional              | Sistema (de renovació) d'acreditacions per a l'AP                                |
|                         |                   |                                           | Mecanismes de garantia de la qualitat de l'AP                                    |
|                         |                   | Condicions per al procés d'atenció        | Lleis i reglaments                                                               |
|                         |                   |                                           | Planificació dels recursos humans                                                |
|                         |                   | Condicions per a la capacitat de resposta | Participació de professionals i pacients en el procés d'elaboració de polítiques |
|                         |                   |                                           | Drets del pacient; procediments de reclamació                                    |
| Generació de recursos   |                   | Volum de la plantilla                     | Nombre i densitat                                                                |
|                         |                   | Desenvolupament professional              | Funció i organització de professionals                                           |
|                         |                   |                                           | Educació en AP                                                                   |
|                         |                   |                                           | Desenvolupament científic i qualitat de l'atenció                                |
|                         |                   | Moral professional                        | Satisfacció a la feina                                                           |
|                         |                   | Instal·lacions i equipaments              | Equipament mèdic                                                                 |
|                         |                   |                                           | Altres equips                                                                    |
| Finançament i incentius |                   | Finançament de l'atenció sanitària / AP   | Fons d'AP                                                                        |
|                         |                   | Despeses d'atenció sanitària              | Despeses en AP                                                                   |
|                         |                   | Incentius per a professionals             | Emprenedoria                                                                     |
|                         |                   |                                           | Mode de remuneració                                                              |
|                         |                   | Accés al finançament per als pacients     | Compartiment de despeses / pagament directe per a l'AP                           |
| Prestació de l'atenció  | Accés als serveis | Accés geogràfic                           | Distància fins a la consulta d'AP                                                |
|                         |                   |                                           | Distribució dels metges d'AP                                                     |

segueix

| <b>Funció</b>                           | <b>Subfunció</b>                   | <b>Dimensió</b>                          | <b>Elements seleccionats / substituïts</b>                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Prestació de l'atenció<br>(continuació) | Accés als serveis<br>(continuació) | Accés organitzacional                    | Mida de la llista                                               |
|                                         |                                    |                                          | Càrrega de treball del personal d'AP                            |
|                                         |                                    |                                          | AP fora de l'horari d'atenció                                   |
|                                         |                                    |                                          | Visites a domicili d'AP                                         |
|                                         |                                    |                                          | Accés electrònic                                                |
|                                         |                                    |                                          | Planificació de les consultes no agudes                         |
|                                         |                                    | Capacitat de resposta                    | Puntualitat de l'atenció                                        |
|                                         |                                    |                                          | Aspectes del servei                                             |
|                                         | Continuïtat                        | Continuïtat informativa                  | Consultes per a grups específics de pacients                    |
|                                         |                                    |                                          | Informatització de la consulta                                  |
|                                         |                                    | Continuïtat longitudinal                 | Històries clíniques                                             |
|                                         |                                    |                                          | Llistes de pacients                                             |
|                                         |                                    |                                          | Hàbits de pacients amb visites de primer contacte / derivacions |
|                                         |                                    |                                          | Durada de la relació metge / pacient                            |
|                                         |                                    | Continuïtat interpersonal                | Relació metge / pacient                                         |
|                                         | Coordinació                        | Cohesió en AP                            | Gestió de consultes d'AP                                        |
|                                         |                                    |                                          | Col·laboració entre metges de família                           |
|                                         |                                    |                                          | Col·laboració del metge d'AP amb altres professionals d'AP      |
|                                         |                                    | Coordinació amb altres nivells d'atenció | Sistema de derivació / control de la derivació de pacients      |
|                                         |                                    |                                          | Mesures per a l'atenció compartida                              |
|                                         | Integralitat                       | Condicions de la consulta                | Instal·lacions, equipaments                                     |
|                                         |                                    | Prestació de serveis                     | Procediments mèdics                                             |
|                                         |                                    |                                          | Activitats preventives, educatives i de rehabilitació           |
|                                         |                                    |                                          | Gestió de malalties                                             |
|                                         |                                    | Orientació de la comunitat               | Política de la consulta                                         |
|                                         |                                    |                                          | Monitoratge i avaluació                                         |
|                                         |                                    | Competències professionals               | Vincles amb la comunitat                                        |
|                                         |                                    |                                          | Aptituds tècniques                                              |

### ***Primera consulta amb els experts de la regió europea***

El març del 2007, es va convocar una reunió d'experts internacionals per parlar sobre els resultats de l'estudi bibliogràfic. Els objectius principals de la reunió eren debatre i arribar a un consens sobre els conceptes clau i les definicions; debatre i ratificar el conjunt provisional de dimensions, els indicadors indirectes i els elements d'informació de la PCET, i millorar la versió inicial del Pla d'avaluació de l'atenció primària (vegeu la taula 2) per elaborar les preguntes per als qüestionaris. Els participants també van adoptar les primeres mesures per a una aplicació pilot de l'eina provisional.

### ***Elaboració, validació i traducció dels qüestionaris***

Les versions provisionals dels qüestionaris es van elaborar partint de la informació i els comentaris extrets de la reunió d'experts. Els comentaris dels experts sobre aquestes versions es van incorporar a les noves versions dels tres qüestionaris. Posteriorment, aquestes versions es van adaptar a la situació de cada Estat membre on es podria aplicar l'eina: la Federació Russa i Turquia. La terminologia es va adaptar a les situacions nacionals i, a petició de les autoritats sanitàries dels dos estats membres, s'hi van incloure algunes preguntes addicionals sobre temes relacionats amb les prioritats nacionals d'AP. Les versions finals es van traduir al rus i al turc amb l'aportació d'un expert en AP, i després es van tornar a traduir a l'anglès i es van comparar amb la versió original.

### ***Dos aplicacions pilot***

L'eina provisional es va aplicar en dos províncies de Turquia i dos districtes de l'*oblast* de Moscou, Federació Russa. Sota la supervisió de l'Oficina Regional i els ministeris de salut respectius dels països pilot, els socis locals van treballar juntament amb el cap tècnic de NIVEL per organitzar els detalls del treball de camp, incloent-hi els procediments de mostreig, la formació per als treballadors de camp, i la logística d'entrada i recollida de dades. En ambdós països es van organitzar reunions amb experts per debatre i validar les respostes als qüestionaris nacionals d'AP. Es van analitzar les dades, es van formular les conclusions i les recomanacions polítiques, i es va elaborar un informe per a cada aplicació pilot, incloent-hi un apartat sobre les lliçons apreses (18, 19).

### ***Reunió de consulta de Copenhaguen***

El projecte d'informe es va debatre en una reunió d'examen amb experts internacionals a l'Oficina Regional de Copenhaguen, els dies 14 i 15 d'abril del 2008. La reunió va revisar els tres qüestionaris, i hi va fer diversos canvis importants. En concret, es van dur a terme les accions següents:

- Reescriure preguntes per afavorir respostes objectives en comptes de demanar opinions;
- Reordenar la seqüència de temes i preguntes;
- Canviar el qüestionari nacional d'AP per un qüestionari i una plantilla perquè un petit equip d'experts locals preparés un document preliminar més complet;
- Reduir la mida dels qüestionaris de metges i pacients;
- Donar més coherència a la terminologia i la fraseologia al llarg dels qüestionaris;
- Decidir complementar els resultats de l'enquesta amb altres fonts d'informació, com ara la bibliografia pública disponible, entrevistes amb els professionals sanitaris i els experts, i observacions personals durant les visites *in situ*;
- Determinar que els països individuals podrien afegir-hi preguntes relacionades amb prioritats nacionals específiques; i
- Decidir que els informes finals contindrien un conjunt d'indicadors indirectes.

Després de la revisió, la PCET es va posar a la disposició dels països de la regió europea. Per informar els encarregats de l'aplicació de l'eina de cada Estat membre, es va preparar un pla d'aplicació, que descrivia els passos que s'havien de fer per utilitzar la PCET.

## APLICACIÓ DE LA PCET A ANDORRA

### El context de l'acord de col·laboració biennal

L'aplicació de l'eina d'avaluació d'atenció primària (PCET) és una de les activitats esmentades en l'acord de col·laboració biennal del 2010-2011 entre el Ministeri de Salut d'Andorra i l'Oficina Regional de l'OMS per a Europa. La consideració de l'atenció primària havia augmentat a Andorra davant l'ambient de preocupació més general, però urgent per la sostenibilitat i l'accessibilitat del sistema sanitari tal com estava funcionant. El gener del 2011, es van adoptar les primeres mesures per a l'aplicació de la PCET a Andorra, data en què es va dur a terme l'intercanvi d'informació inicial entre l'OMS-EURO i les autoritats sanitàries andorranes, incloent-hi el procés del projecte i els requisits logístics relacionats. A l'abril, els investigadors de NIVEL van visitar el país per primera vegada per preparar l'aplicació de la PCET. Més tard aquell any, el juny del 2011, va tenir lloc un diàleg sobre polítiques, organitzat pel Ministeri de Salut d'Andorra. Experts nacionals i estrangers de l'OMS i de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques d'Assistència Sanitària van debatre sobre les preocupacions dels responsables polítics i van identificar possibles prioritats per a l'acció governamental a curt, mitjà i llarg termini. Els profunds canvis en l'àmbit polític, després de les eleccions de l'abril del 2011, van fer que les autoritats decidissin endarrerir l'aplicació ulterior de la PCET. El setembre del 2012 es va reprendre el procés, i el 2014 el projecte s'ha pogut completar amb èxit.

### Visites al país efectuades per l'equip del projecte

Els experts de l'equip de recerca han fet cinc visites a Andorra, una de les quals s'ha combinat amb un diàleg sobre polítiques organitzat pel Ministeri de Salut i Benestar en col·laboració amb l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques d'Assistència Sanitària.

#### *Missió 1*

Del 4 al 7 d'abril del 2011 es va fer una primera visita, que, d'una banda, havia d'informar els investigadors sobre els reptes i les prioritats del sistema sanitari andorrà i, de l'altra, proporcionar informació a les parts interessades sobre la PCET i la seva aplicació. A més, en aquesta ocasió es van debatre temes específics, com plans de finançament i remuneració per al seu ús en atenció primària i la possible funció dels metges de família com a coordinadors de l'atenció dels pacients en el conjunt del sistema sanitari.

Durant les visites *in situ*, que es van efectuar en una consulta d'un metge de família de Sant Julià de Lòria i al centre de salut del SAAS d'Escaldes-Engordany, es van entrevistar els professionals sanitaris. A més, es va dur a terme una entrevista amb un representant de treball social a Andorra.

Pel que fa al mètode d'aplicació de la PCET a Andorra, es va acordar l'objectiu de participació de tots els metges de família del país i es va elaborar un qüestionari addicional per a les infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS. Per obtenir el suport dels metges de família, el Col·legi de Metges es va involucrar en les activitats preparatòries. Finalment, l'enquesta dels pacients només va incloure els pacients de les consultes dels metges de família.

## *Missió 2 / Diàleg sobre polítiques*

Del 27 al 30 de juny del 2011, va tenir lloc una segona visita a Andorra, que es va combinar amb un diàleg sobre polítiques titulat: «Mantenir els serveis sanitaris a Andorra: opcions per contenir-ne els costos i millorar-ne l'eficiència».

El diàleg sobre polítiques va tenir els dos objectius principals següents:

- Identificar i debatre les principals preocupacions de política sanitària a Andorra, en particular, les amenaces per al finançament sostenible de la salut i les opcions per augmentar l'eficiència; i
- Identificar les prioritats per a l'acció governamental a curt, mitjà i llarg termini, tenint en compte les experiències estrangeres.

El diàleg sobre polítiques va ser en forma d'una taula rodona entre el personal de categoria superior del Ministeri de Salut i Benestar, i representants de l'OMS-EURO i l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques d'Assistència Sanitària. Quatre sessions dutes a terme posteriorment van abordar els desafiaments per fer que el finançament sigui més sostenible, els reptes relacionats amb la cobertura i la prestació de serveis, i les opcions per avançar.

La visita també es va dedicar a debatre sobre noves mesures i la planificació del projecte de la PCET a Andorra. Es va tractar el contingut del nou qüestionari elaborat per a les infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS, i es van fer suggeriments per adaptar els qüestionaris utilitzats en les enquestes entre els pacients i els metges de família. A més, es va convenir en una planificació d'activitats futures, incloent-hi la revisió i la traducció dels qüestionaris, i es va acordar la preparació i l'organització del treball de camp. Tanmateix, més endavant, les prioritats urgents del Ministeri van requerir una interrupció de l'execució del projecte fins al 2012.

## *Missió 3*

El projecte es va poder reprendre el setembre del 2012, i va tenir lloc una tercera visita de l'1 al 3 d'octubre del 2012. Durant aquesta “posada al dia”, es va informar els investigadors sobre els últims esdeveniments en la política i la pràctica sanitària a Andorra i, en cas necessari, l'equip de recerca va informar les parts interessades i altres persones implicades en l'aplicació de la PCET sobre la situació i els passos que calia seguir.

Els qüestionaris de la PCET es van debatre en diverses reunions. El qüestionari nacional es va explicar i es va debatre amb els experts que després han proporcionat les respostes i altra informació. El qüestionari dels metges i el plantejament de l'enquesta es van tractar amb els representants dels metges de família. Es va dur a terme una reunió similar amb les infermeres dels centres de salut del SAAS. Respecte als procediments d'enquesta, la recollida confidencial dels qüestionaris completats ha estat un tema important. Atès que el Centre de Recerca Sociològica (CRES) de l'Institut d'Estudis Andorrans (IEA) s'ha encarregat del treball de camp de l'enquesta dels pacients, les dades d'aquesta enquesta es van tractar amb els investigadors del CRES. El CRES també ha organitzat l'entrada de dades per a les tres enquestes.

En una ronda final de revisions, es van acordar els tres qüestionaris. Es va validar el qüestionari de pacients a partir del resultat d'una prova pilot organitzada pel CRES. Finalment, l'equip de recerca va elaborar tots els qüestionaris i, posteriorment, es van traduir al català. Prenent com a base les últimes versions, NIVEL ha desenvolupat el programari que s'ha fet servir per a l'entrada de dades.

## *Observacions seleccionades de les tres missions*

- La gestió de la salut a Andorra no té una visió estratègica ben estructurada, i els rols i les funcions dels serveis d'atenció primària, els metges especialistes i l'hospital tampoc no estan ben determinats, així com en relació amb altres sectors, com ara els serveis d'assistència social.

- Com que el Govern ha limitat en general les possibilitats de dirigir el sistema sanitari, és difícil controlar les despeses i mantenir la qualitat dels serveis sanitaris, especialment pel que fa al “règim liberal”. La utilització de serveis d’atenció mèdica a l’estranger no està ben regulada.
- La falta de poder regulador també s’aplica a la planificació dels recursos humans en l’àmbit sanitari al país. La regulació del nombre de metges que treballen d’una manera independent és molt difícil.
- La cobertura de les assegurances mèdiques no és universal. En concret, la cobertura de salut per a les persones que han estat desocupades durant més de 6 mesos és pobre.
- La informació i les proves sobre els costos, l’eficiència i l’eficàcia de la prestació de serveis pràcticament no estan disponibles o no se n’informa. Això és un obstacle per a la formulació de polítiques eficaces.
- La CASS, en qualitat d’organisme de la Seguretat Social, no està en situació d’operar com a comprador de serveis sanitaris.
- La garantia de la qualitat és una àrea de pocs recursos. No s’utilitzen indicadors de qualitat i el sistema de remuneració dels metges de família no és en funció del rendiment. A més, no hi ha vigent un sistema d’acreditació dels metges ni requisits relatius a la formació mèdica contínua. No hi ha estructures professionals per donar suport a la qualitat de l’atenció, per exemple, per mitjà de guies de pràctica clínica o l’avaluació d’experts.
- Els serveis d’atenció primària es presten d’una manera fragmentada. La cooperació entre els metges de família sembla que sigui marginal, i la integració entre els serveis mèdics prestats per metges de família i els serveis (principalment) d’infermeria oferts als centres d’atenció primària del SAAS no és òptima.
- L’atenció sanitària no urgent fora de l’horari regular d’oficina no sembla que estigui coordinada entre els professionals públics i privats.

## Adaptació i ampliació de la PCET

En cooperació amb les parts interessades i contraparts, els qüestionaris de la PCET s’han adaptat i s’han estès de la manera següent per al seu ús en el context nacional d’Andorra.

En el qüestionari per als **metges de família**:

- La terminologia s’ha adaptat i les categories de resposta s’han modificat o eliminat en diverses preguntes. Per exemple, en les respostes de diverses preguntes s’han inclòs els centres d’atenció primària del SAAS.
- En algunes preguntes s’ha tingut en compte la situació específica del turisme. Per exemple, les preguntes sobre els contactes amb els pacients a la consulta i al domicili s’han dividit en període d’estiu i d’hivern.
- S’han eliminat les preguntes o categories de resposta relacionades amb les infermeres especialitzades (no n’hi ha) i els representants de la comunitat en el consell d’administració de la consulta (no és aplicable).
- S’han afegit preguntes o categories de resposta en els casos següents:
  - Ús de l’ordinador per comunicar-se amb els pacients
  - Disponibilitat de fullets per als pacients sobre higiene per mantenir-se saludable
  - Trobades cara a cara amb el/s treballador/s social/s, logopeda/es, psicòleg/s
  - Sol·licitud d’assessorament al/s cardiòleg/s
  - Derivacions a cardiòleg/s, endocrí/ins, gastroenteròleg/s (en comptes de considerar-los tots junts)
  - Derivacions a metges especialistes d’Espanya i França
  - Reunions regulars amb mestres
  - Disponibilitat de 4 tipus de medicaments a la consulta per a emergències

Per a les **infermeres** que treballen als centres d'atenció primària del SAAS s'ha elaborat un nou qüestionari, que inclou 28 preguntes en les categories següents:

- Informació personal i sobre el centre de salut (4 preguntes)
- Càrrega de treball i temps invertit (5 preguntes)
- Accessibilitat per als pacients (2 preguntes)
- Millora de la qualitat (3 preguntes)
- Informació i registres infermers (5 preguntes)
- Cooperació i coordinació (7 preguntes)
- Equip d'infermeria (1 pregunta)
- Continuïtat de l'atenció (1 pregunta)

En el qüestionari dels **pacients**:

- Igual que en les preguntes del qüestionari dels metges de família, la terminologia i les categories de resposta s'han adaptat a la situació andorrana o s'han eliminat si no són aplicables.
- S'han afegit preguntes sobre:
  - El país de naixement del pacient
  - El mode de cobertura de l'assegurança mèdica
  - La cobertura directa per a les proves complementàries prescrites i les visites de metges especialistes
  - L'hàbit de visitar el metge de família d'una manera regular o també visitar-ne d'altres
  - Les visites dels centres d'atenció primària del SAAS els últims 12 mesos
  - Les visites de metges especialistes a Andorra, França o Espanya els últims 12 mesos
  - L'opinió sobre tenir l'historial amb un metge de família triat (sistema de derivació)
  - La possibilitat de fer consultes per correu electrònic al metge de família
  - La funció que es percep que tenen els metges de família:
    - Tendència a visitar el metge de família per 14 serveis o situacions específics
    - Beneficis que s'esperen d'una visita a un metge de família amb 9 queixes relacionades amb la salut / malalties

En el qüestionari **nacional** s'ha eliminat la majoria de referències a les regions, ja que en aquest estudi és menys significatiu fer aquestes distincions i divisions, ateses les petites dimensions del país. Altres canvis han estat:

- La inclusió de quatre professions més en la pregunta sobre escassetats
- La pregunta sobre la formació de les infermeres
- El desglossament de les despeses sanitàries a Andorra i a l'estranger.

## **Poblacions objectiu, procediment de mostreig i plantejament de l'enquesta**

La població objectiu de l'enquesta dels metges són tots els metges de família. Per a l'enquesta dels pacients, la població objectiu són els pacients que visiten aquests metges de família. En l'enquesta de les infermeres, s'hi han inclòs totes les que treballen als centres d'atenció primària del SAAS. Així, les enquestes cobreixen el conjunt d'Andorra. S'han utilitzat les llistes disponibles de metges de família i infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS per a la selecció. Per a l'enquesta dels pacients, s'ha fixat un nombre objectiu de 15 pacients per cada metge de família.

## **Resposta a les enquestes**

Dels 37 metges de família que hi ha a Andorra, 26 han participat en l'enquesta (70,3%). De les 43 infermeres que treballen als centres d'atenció primària del SAAS, 41 han omplert el qüestionari, cosa que suposa un índex de resposta del 95,3%.

L'objectiu de l'enquesta dels pacients és tenir 15 participants per consulta mèdica. La disposició entre els pacients per emplenar els qüestionaris ha estat molt bona. S'ha aconseguit una resposta de 390 pacients de les consultes dels 26 metges de família participants així com de dos consultes addicionals de metges de família que no han respost ells mateixos. Amb una mitjana de 14 per consulta, l'objectiu de l'enquesta dels pacients quasi s'ha assolit completament. Durant el treball de camp, els entrevistadors han reunit al voltant de 30 pacients que no han sabut o no han volgut completar el qüestionari. Així doncs, l'índex de resposta de l'enquesta dels pacients ha estat del voltant del 93%.

## Funció dels treballadors de camp

Els treballadors de camp, que han estat formats i supervisats pel CRES, s'han acostat als pacients de les consultes mèdiques per fer-los participar en l'enquesta.

## Informació recopilada en l'àmbit nacional

Tres experts del Ministeri de Salut i Benestar han respost el qüestionari nacional i han proporcionat la informació addicional requerida. Aquesta informació i les dades estadístiques proporcionades s'han remès a NIVEL, on s'han utilitzat en el capítol 3 d'aquest informe.

## Processament, anàlisi i informe de les dades

El CRES s'ha encarregat de l'entrada de dades, amb l'ús d'un programari d'entrada de dades proporcionat per NIVEL. Els fitxers de dades es van enviar a l'equip de recerca de NIVEL per al seu processament i anàlisi. Per validar el contingut de l'informe, tractar-ne les recomanacions preliminars i formular-ne de noves, la versió preliminar de l'informe ha estat objecte de debat en una reunió amb els experts i les parts interessades a Andorra. L'informe final s'ha redactat a NIVEL partint de les observacions formulades en la reunió i de les converses entre les parts interessades i els investigadors.

La taula 3 mostra els detalls sobre l'aplicació de la PCET a Andorra.

**TAULA 3**

### Dades clau sobre l'aplicació de la PCET a Andorra

| Elements                    | Explicació                                                                                                                    |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grups destinataris          | Metges de família (MF)                                                                                                        |
|                             | Infermeres que treballen als centres d'atenció primària del SAAS                                                              |
|                             | Pacients que visiten les consultes dels MF                                                                                    |
|                             | Experts en salut (per a informació en l'àmbit nacional)                                                                       |
| Ubicacions                  | S'hi han inclòs totes les consultes de MF i tots els centres d'atenció primària del SAAS del país                             |
| Tipus de recollida de dades | Enquestes de MF i infermeres: mitjançant qüestionaris ja estructurats (distribuïts i amb el suport dels treballadors de camp) |
|                             | Pacients: enquesta mitjançant qüestionaris ja estructurats (administrats personalment pels treballadors de camp)              |
|                             | Experts en salut: plantejament mixt; qüestionari i reunió per a la validació i l'anàlisi de les respostes                     |
|                             | Observacions durant les visites <i>in situ</i> fetes per l'equip de recerca i entrevistes amb MF i infermeres                 |

segueix

| Elements                        | Explicació                                                                                                                              |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mètode de selecció / inclusió   | MF: s'hi han inclòs tots                                                                                                                |
|                                 | Infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS: s'hi han inclòs totes                                                              |
|                                 | Pacients: 10 pacients posteriors que han anat a la consulta mèdica                                                                      |
|                                 | Experts en salut: identificats i seleccionats pel Ministeri de Salut (per a informació en l'àmbit nacional)                             |
| Grandària prevista de la mostra | MF: 37                                                                                                                                  |
|                                 | Infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS: 43                                                                                 |
|                                 | Pacients: 420 (a les consultes mèdiques)                                                                                                |
| Resposta                        | MF: 26 (74,3%)                                                                                                                          |
|                                 | Infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS: 41 (95,3%)                                                                         |
|                                 | Pacients: 390 (93%), captats a les consultes de 28 MF                                                                                   |
| Instruccions                    | Els coordinadors locals han rebut formació sobre la selecció i la logística de les enquestes                                            |
|                                 | Els treballadors de camp han rebut formació sobre els qüestionaris; com acostar-se als pacients i entrevistar-los; aspectes de qualitat |
|                                 | Els treballadors de camp han presentat l'enquesta als enquestats (pacients) i els n'han fet una explicació                              |
| Coordinació del treball de camp | Ministeri de Salut i Benestar: enquestes dels MF i les infermeres                                                                       |
|                                 | Centre de Recerca Sociològica / IEA: enquesta dels pacients                                                                             |
|                                 | NIVEL: supervisió general                                                                                                               |
| Entrada de dades                | Centre de Recerca Sociològica / IEA, sota els auspicis de NIVEL                                                                         |
| Anàlisi i informe preliminar    | NIVEL (Utrecht, Holanda)                                                                                                                |
| Validació i informe final       | NIVEL, amb les entrades de l'OMS / Europa i el Ministeri de Salut i Benestar d'Andorra                                                  |

# PRESENTACIÓ DEL PRINCIPAT D'ANDORRA

## EL PAÍS <sup>2</sup>

Andorra és un microestat amb una superfície de 468 km<sup>2</sup>, situat a l'Alt Pirineu, entre França i Espanya. El seu origen com a país independent es remunta als pariatges del segle XIII entre els bisbes d'Urgell (a Catalunya) i els comtes de Foix (a França). Aquesta història ha estat la base del govern feudal durant segles, i va arribar a la seva fi el 1993, amb l'aprovació de la Constitució, que incloïa un sistema parlamentari i la separació del poder legislatiu, judicial i executiu. Com a vestigi històric, el país té dos coprínceps, que fan la funció de cap d'Estat formal: el bisbe d'Urgell i el president de la República Francesa. El Parlament, anomenat Consell General, està compost de 28 consellers, la meitat dels quals són elegits per les set parròquies del país (vegeu el mapa de la figura 3); i l'altra meitat, mitjançant les eleccions nacionals. Només els ciutadans d'Andorra, que són una minoria de la població, tenen dret a votar. El 1970 es va introduir el sufragi de les dones. Després que la Constitució entrés en vigor, Andorra es va unir a les organitzacions internacionals, com ara les Nacions Unides, el Consell d'Europa i l'Organització Mundial de la Salut.

FIGURA 3

Mapa d'Andorra i la seva situació a Europa <sup>3</sup>



<sup>2</sup> Fonts: The World Fact Book (El llibre mundial de dades) <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/an.html>>, consultat el 07-05-14. Dubois, H.F.W.; Martínez, F.; Cetani, T.; Rico, A.: *Health care systems in transition: Andorra*. Copenhaguen, Oficina Regional de l'OMS per a Europa en nom de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques d'Assistència Sanitària, 2004.

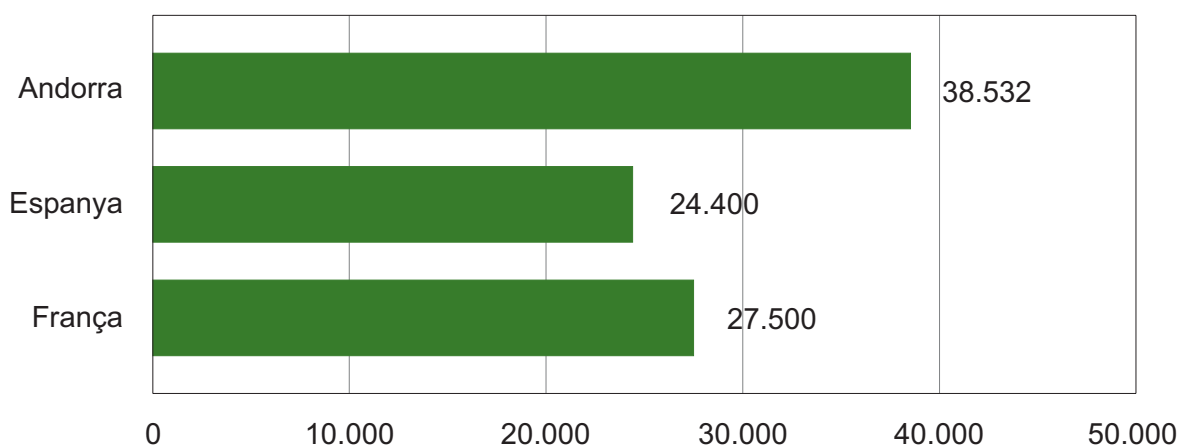
<sup>3</sup> <[http://www.estadistica.ad/serveiestudis/publicacions/Publicacions/Andorra%20en%20Xifres\\_ale.pdf](http://www.estadistica.ad/serveiestudis/publicacions/Publicacions/Andorra%20en%20Xifres_ale.pdf)> i Wikipedia (consultat el 07-05-14).

L'idioma oficial és el català i la moneda nacional és l'euro. Encara que Andorra no és membre de la Unió Europea, les regulacions internacionals han tingut un impacte cada vegada més gran, per exemple, en l'important sector bancari. Un altre dels principals pilars de l'economia andorrana, el comerç al detall lliure d'impostos d'articles de luxe, ha patit des de la introducció del mercat intern de la UE. El turisme, en particular els esports d'hivern, és una altra activitat econòmica important que contribueix a la riquesa del país. El 2012, gairebé 8 milions de persones van visitar el país i van produir més de 6 milions de pernoctacions.

Com mostra la figura 4, Andorra és un país relativament ric. El producte interior brut és superior al dels seus països veïns, França i Espanya. La desacceleració econòmica a Europa també ha afectat Andorra. La caiguda del turisme i del sector de la construcció des del 2010 ha donat lloc a una contracció del PIB i un deteriorament de les finances públiques que va instar el Govern a implementar mesures d'austeritat que també van afectar el sistema sanitari.

**FIGURA 4**

**Taxes del PIB per càpita (€), Andorra, Espanya, França (2012)**<sup>4</sup>

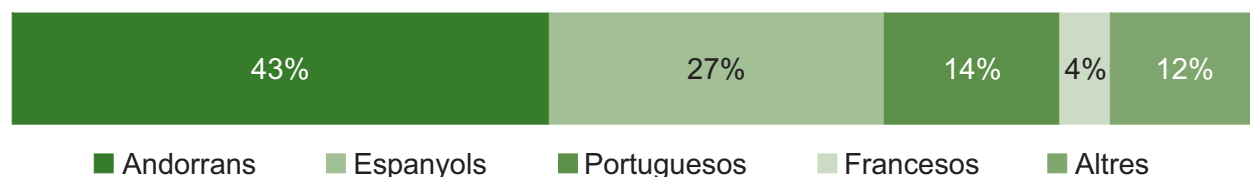


## POBLACIÓ I SALUT

Els andorrans són una minoria al seu país: de la població total aproximada de 70.000 habitants, el 43% té la nacionalitat andorrana. Una part important de la població és d'origen espanyol, portuguès i francès (vegeu la figura 5).

**FIGURA 5**

**Composició de la població d'Andorra**<sup>5</sup>



<sup>4</sup> Font: Govern d'Andorra. Actualitat estadística.ad. Desembre de 2013, número 39 (consultat el 07-05-14).

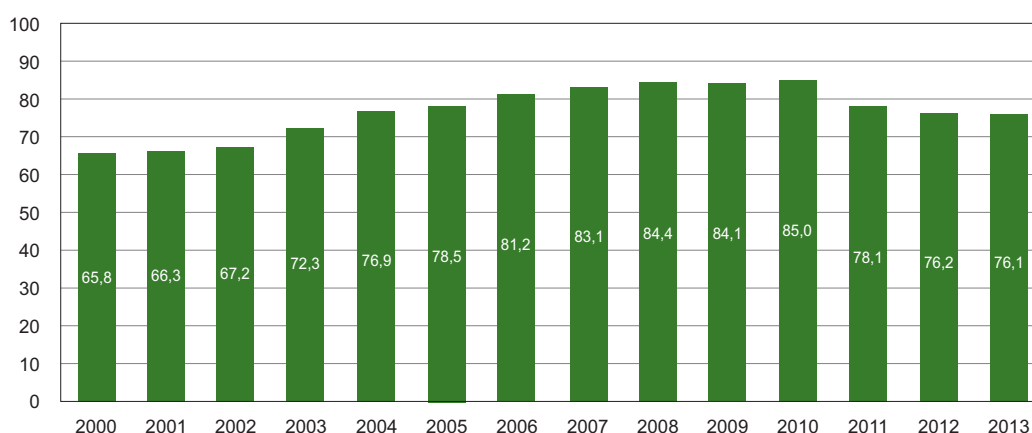
<sup>5</sup> Andorra en xifres, 2013. <<http://www.estadistica.ad/serveiestudis/publicacions/Publicacions/Andorra>>.

Des dels anys 1980, la població d'Andorra ha augmentat més del doble. També durant la primera dècada del segle XXI hi ha hagut un creixement constant de la població de gairebé el 30% (vegeu la figura 6). Tanmateix, des del 2010, s'aprecia una contracció de la població en consonància amb la crisi econòmica. De fet, el volum de la població d'Andorra segueix més o menys la tendència econòmica.

Les indústries amb intensitat de mà d'obra, com ara el comerç detallista i el turisme, atreuen molts treballadors fronterers, en particular, procedents d'Espanya i Portugal. Com que els treballadors estrangers no tenen ple dret per rebre les prestacions de la Seguretat Social, és més probable que tornin al seu país d'origen quan es queden sense feina. Aquesta és la raó de l'elasticitat del nombre d'habitants d'Andorra.

**FIGURA 6**

**Població d'Andorra, 2000-2013 (x 1.000)**

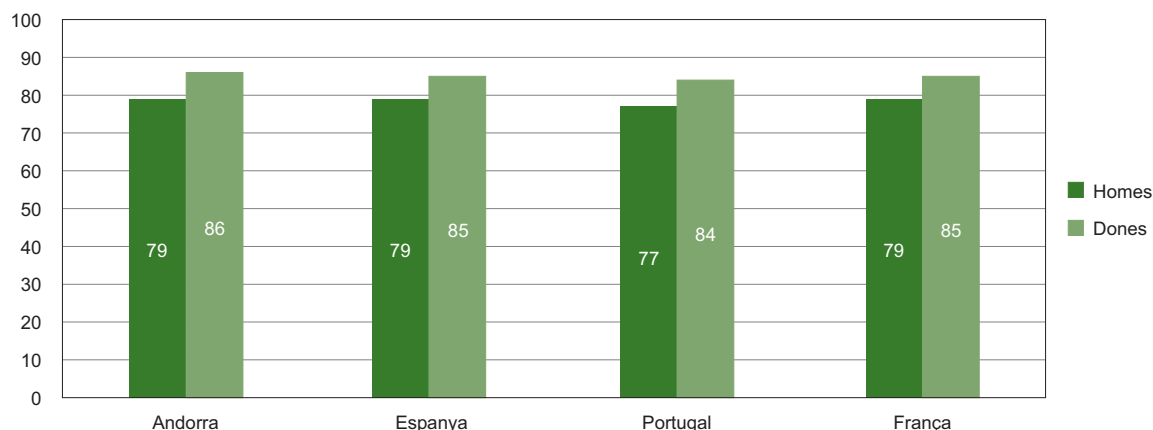


Les fluctuacions en el nombre d'habitants fan que el denominador d'estadístiques sanitàries no sigui estable, cosa que pot perjudicar les comparacions amb altres països. A més, per a Andorra tan sols es disposa d'un nombre limitat de dades estadístiques demogràfiques i sanitàries comparatives.

L'esperança de vida és generalment alta als països del sud d'Europa occidental, i Andorra no n'és una excepció en aquest sentit. L'esperança de vida en néixer a Andorra és bona, en comparació amb les d'Espanya, Portugal i França, encara que la diferència és petita (vegeu la figura 7).

**FIGURA 7**

**Esperança de vida en néixer, homes i dones; 4 països (2012)<sup>6</sup>**



<sup>6</sup> Organització Mundial de la Salut, Observatori Mundial de la Salut. <[www.who.int.gho/countries](http://www.who.int.gho/countries)> (consultat el maig del 2014)

La mortalitat de menors de 5 anys és més baixa a Andorra (3 per 1.000 naixements vius) que a Espanya (5), Portugal (4) i França (4). La mortalitat entre els 15 i els 60 anys és de 92 per als homes i 43 per a les dones per 100.000 habitants, xifra més bona que la de Portugal (114 i 49, respectivament) i la de França (109 i 52, respectivament), i està només lleugerament per sota d'Espanya, on és, respectivament, de 86 i 40 per 100.000 habitants.

## EL SISTEMA SANITARI <sup>7</sup>

### Gestió i finançament

L'assistència sanitària a Andorra és una variant del model d'assegurança social. El pagament de primes és obligatori per als empleats així com per als treballadors per compte propi. Per als desocupats, el Govern paga primes d'assegurança social. Com que la cobertura d'atenció mèdica en el sistema sanitari públic està directament relacionada amb el pagament de les primes d'assegurança social, els qui no les paguen només tenen prestacions limitades. S'estima que el 5-10% de la població no està cobert pel sistema sanitari públic. Aproximadament el 17% de les despeses de salut pública es paguen per serveis utilitzats a l'estranger (principalment a Catalunya/Espanya i França).

Els pagaments directes són fonts addicionals de finançament de l'assistència sanitària. Els beneficiaris del sistema d'assegurança social de salut normalment paguen el 25% de la factura en atenció ambulatoria i el 10% en atenció hospitalària. Els qui no estan coberts paguen els serveis directament. Una minoria important dels assegurats socials tenen una assegurança mèdica privada voluntària per a les despeses que no estan cobertes.

La despesa sanitària a Andorra ha crescut considerablement, sobretot des de l'any 2005. En una època d'ingressos governamentals reduïts, conseqüència de l'empitjorament de la situació econòmica, la despesa sanitària absorbeix una proporció cada vegada més gran del total del pressupost governamental. El Govern va haver de fer front al fet que les possibilitats de controlar la despesa sanitària eren extremadament limitades.

L'únic responsable de l'assistència sanitària és el Consell General, el Parlament nacional, que inicia la legislació i la regulació pertinents. L'execució del sistema d'assegurança social de salut està a les mans de la Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS), que en bona part està controlada pel Govern. La CASS s'encarrega de cobrar les primes, pagar els professionals sanitaris i reemborsar als pacients els pagaments directes als professionals. A més, la CASS regula la prestació de serveis i les prestacions sanitàries mitjançant un catàleg de serveis d'acord amb les professions sanitàries, el Centre Hospitalari Andorrà (CHA) i hospitals seleccionats a França i Espanya. La CASS té molt pocs pocs mitjans per actuar com a compradora de serveis mèdics. Tots els serveis acordats en el catàleg es paguen (amb un copagament per als pacients) sense cap limitació. En la contractació de professionals sanitaris, la selectivitat és poca o nul·la.

Un pla de reestructuració organitzacional els anys 1980 va donar lloc a la creació del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS), responsable de tots els serveis sanitaris finançats públicament. El SAAS s'encarrega de l'ús eficient dels recursos sanitaris; la prestació individual i col·lectiva de serveis curatius, de rehabilitació i prevenció; i el control de les despeses i la qualitat.

En l'àmbit governamental, la importància creixent del sector sanitari va donar lloc a la promulgació de la Llei general de sanitat el 1989, que defineix les funcions dels actors del sistema sanitari.

---

<sup>7</sup> Dubois, H.F.W.; Martínez, F.; Cetani, T.; Rico, A. *Health care systems in transition: Andorra*. Copenhagen, Oficina Regional de l'OMS per a Europa en nom de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques d'Assistència Sanitària, 2004.

Quatre anys després, es va crear el Ministeri de Salut, que el 1997 es va reanomenar Ministeri de Salut i Benestar.

## Prestació de serveis

L'**atenció primària** la faciliten metges de família que treballen pel seu compte i centres de salut finançats i administrats públicament a cadascuna de les parròquies. Els centres de salut, dirigits pel SAAS, són responsables dels serveis d'infermeria, atenció comunitària, atenció domiciliària, immunització, rehabilitació i salut preventiva per a grups com els infants, les mares i els pacients crònics. El personal principal dels centres de salut són les infermeres. La coordinació entre les consultes dels metges de família i els centres d'atenció primària del SAAS, en general, és baixa. Els pacients que visiten un centre de salut normalment paguen una quantitat de forma directa, de la seva butxaca.

L'**atenció secundària** ambulatoria la presten principalment metges especialistes amb consulta privada. Els serveis de rehabilitació física els ofereixen fisioterapeutes que treballen per compte propi a les seves consultes, en col·laboració amb el Servei de Rehabilitació de l'hospital o no. L'atenció hospitalària a Andorra la presta l'únic hospital del país, el Centre Hospitalari Andorrà (CHA, també conegut com a Hospital Nostra Senyora de Meritxell), que és gestionat pel SAAS. Tot i que l'hospital és de propietat pública, els metges de l'hospital, tant públics com privats, utilitzen les seves instal·lacions. Els serveis d'urgències i accidents també es troben al CHA. Els metges independents i assalariats que treballen a l'hospital estan obligats a fer guàrdies per torns. Part de la població també rep atenció mèdica fora d'Andorra, en concret, de metges especialistes.

El mode de **remuneració dels metges** depèn del seu lloc. Els metges empleats del SAAS que treballen a l'hospital reben un salari fix. Els metges independents, amb contracte amb la CASS, cobren sobre una base de tarifa per servei. Les tarifes es negocien anualment entre la CASS i el Col·legi de Metges d'Andorra. Els pacients paguen els metges i reben reemborsaments de la CASS. El reemborsament per l'atenció ambulatoria és del 75% i per l'atenció hospitalària, del 90%. Per a serveis específics, com l'assistència maternal, no s'aplica cap copagament. Quant a l'assistència prestada per metges dins o fora d'Andorra sense contracte amb la CASS, es reemborsa només un terç dels honoraris establerts. Dels serveis de metges contractats fora d'Andorra, es reemborsa un 75% dels honoraris establerts.

## Recursos humans i formació

El personal sanitari disponible per a la població andorrana és difícil d'establir. D'una banda, la gent sovint cerca atenció a Espanya, França i, en menor mesura, a Portugal, i d'altra banda, els metges estrangers treballen d'una manera irregular a Andorra en forma de pagaments directes. Aquests corrents de pacients i metges no estan ben controlats.

Com que a Andorra no es disposa d'una formació mèdica completa, els metges han rebut la seva formació mèdica universitària i especialització de postgrau a l'estranger, generalment, a Espanya o França. Tot i que al país s'organitzen cursos per als professionals sanitaris, per continuar la seva formació els metges han de sortir del país. Tanmateix, cal assenyalar que no hi ha requisits de participació mínima de FMC per als metges que exerceixen a Andorra.

La situació de la formació d'infermeria ha esdevingut molt més favorable des del 1988, quan es va crear una escola d'infermeria, on els/les estudiants reben formació per obtenir títols reconeguts internacionalment. El 2002 l'escola es va integrar a la Universitat d'Andorra, que es va crear el 1997.

## TAULA 4

### Indicadors de prestació d'assistència sanitària a Andorra (2010)<sup>8</sup>

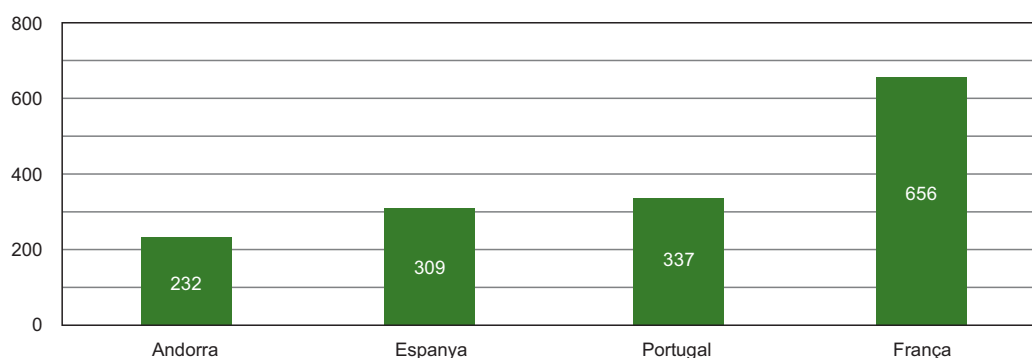
| Subministrament de llits i professionals             | Nombre |
|------------------------------------------------------|--------|
| Llits d'hospital (incloent-hi 12 llits psiquiàtrics) | 181    |
| Metges especialistes (hospital i ambulatoris)        | 220    |
| Metges de família                                    | 37     |
| Farmacèutics (SAAS i privats)                        | 78     |
| Fisioterapeutes                                      | 69     |
| Dentistes                                            | 51     |
| Infermers/es                                         | 309    |
| Psicòlegs                                            | 41     |

La taula 4 proporciona una visió general dels indicadors clau de la prestació d'assistència sanitària a Andorra. L'únic hospital del país tenia 181 llits el 2010. De tots els metges del país, el 14% són metges de família. Tanmateix, als especialistes en assistència ambulatoria s'hi accedeix sense derivació, i molts d'ells també estan implicats en el que pot considerar-se el primer contacte i atenció primària. Entre els farmacèutics, alguns són empleats del SAAS, però la majoria treballa de forma independent en una de les 58 farmàcies del país.

El nombre de metges a Andorra ha crescut enormement els darrers deu anys. En comparació del 1985, el nombre de metges s'ha triplicat; des de l'any 2000, l'augment ha estat del 26%.

## FIGURA 8

### Subministrament de llits d'hospital a Andorra, Espanya, Portugal i França (2011)<sup>9</sup>



La densitat de metges a Andorra es pot calcular que és de 333 per 100.000 habitants, una xifra propera a la densitat de metges a França (316 per 100.000 habitants), però menor que a Espanya i Portugal, on aquesta densitat és de 399 i 398, respectivament.

El subministrament de llits d'hospital a Andorra és considerablement menor que als països veïns (vegeu la figura 8). A França és fins a 2,8 vegades més alt que a Andorra. Això probablement reflecteix que Andorra, en part, es basa en serveis hospitalaris a França i Espanya, en particular, per als serveis més especialitzats.

<sup>8</sup> Informació del MSB.

<sup>9</sup> WHO Health for All Database (<<http://data.euro.who.int/hfadbf/>>, consultat el 16-05-2014); informació del MSB i el CRES.

## L'AP A ANDORRA: SITUACIÓ I CONTEXT NACIONAL

Aquest capítol s'ocupa de polítiques, regulació i estructures pertinents a l'AP a Andorra. En particular, tracta les àrees següents: el desenvolupament de polítiques, els aspectes de finançament, la mà d'obra, la formació dels professionals sanitaris, la garantia de la qualitat i el paper dels pacients.

La major part de la informació d'aquest capítol ha estat lliurada per un petit equip d'experts que han respost al qüestionari nacional. S'ha utilitzat informació addicional a partir d'entrevistes i intercanvis durant les visites dels investigadors al país.

La descripció dels resultats segueix l'estructura de les funcions dels sistemes sanitaris i les característiques utilitzades en el Pla d'avaluació de l'atenció primària, com estableix el capítol 1, que són: administració / gestió; generació de recursos; finançament i incentius; prestació de serveis d'AP.

La informació proporcionada en aquest capítol serveix com a context per a la comprensió dels resultats de les enquestes entre els metges de família, les infermeres d'AP i els pacients, descrites en els capítols 4, 5 i 6.

### ADMINISTRACIÓ / GESTIÓ

#### Reformes passades

L'assegurança social de salut es va introduir com el mode de finançament amb la creació de la CASS el 1968. La creació del SAAS el 1986 va ser l'efecte directe dels plans governamentals per reestructurar el sistema sanitari. Una reforma més àmplia ha estat la promulgació de la Llei general de sanitat, el 1989. La llei, que defineix les funcions dels actors del sistema sanitari andorrà, ha assentat les bases per a l'estructura i l'organització del sistema sanitari actual a Andorra. La llei va donar lloc a un sistema sanitari amb un paquet de prestacions generoses, una prestació de serveis per part de diversos professionals mèdics públics i privats, molta llibertat per als pacients i els professionals, i finançament a través de l'assegurança social de salut i amb els copagaments dels pacients. Es van definir les funcions de la CASS i el SAAS, respectivament, en l'execució del sistema d'assegurança de salut i la gestió dels serveis sanitaris públics. Tanmateix, la llei no aborda la gestió sanitària d'una manera àmplia. En absència d'un establiment i una planificació de prioritats explícits, i atesa la poca informació disponible sobre el funcionament del sistema sanitari durant molts anys, la urgència de dirigir o reformar l'assistència sanitària era baixa. Fins i tot l'augment abrupte de les despeses, com es mostra en l'apartat anterior, no va donar lloc a cap reforma mentre el creixement de l'economia encara fos més fort.

#### Òrgans de govern

La responsabilitat final de la gestió sanitària és del Consell General, el Parlament andorrà, que té el poder legislatiu. Les tasques relacionades amb la planificació, la gestió i la regulació dels serveis sanitaris, i el desenvolupament i la implementació d'estratègies i polítiques nacionals sanitàries han estat delegades al Ministeri de Salut i Benestar. Les responsabilitats del Ministeri cobreixen: la regulació de les professions mèdiques i els professionals privats; la promoció i la prevenció de la salut; la prestació coordinada de tots els serveis sanitaris; la capacitat de planificació; l'aprovació de plans de salut; i la salut, la seguretat i la higiene al lloc de treball.

El Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) és responsable de la gestió de la part pública del sistema sanitari, en particular, la prestació eficient d'atenció primària, els serveis de metges especialistes i la prevenció i la promoció de la salut. El director general del SAAS és també el director de l'Hospital (CHA).

La Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS) cobra les primes de les assegurances de salut, paga els metges de l'hospital i els metges privats, i reemborsa (en part) els pacients pels pagaments que fan als professionals.

La responsabilitat del Ministeri d'Educació quant a l'assistència sanitària és aprovar els programes de formació i els plans d'estudi, i també reconèixer els diplomes estrangers.

Els comuns, com a nivells administratius més baixos de les parròquies, exerceixen una funció en algunes qüestions de salut pública, com ara el subministrament d'aigua potable i higiene, i l'autorització administrativa dels establiments sanitaris de la seva parròquia. Abans de la dècada del 1980, quan hi havia molt poca regulació central i les parròquies eren comunitats molt més aïllades, els comuns van tenir un paper important en l'assistència sanitària.

Avui dia, l'assistència sanitària està molt més centralitzada i, com a conseqüència, les diferències en l'assistència sanitària entre les parts del país han desaparegut en la seva majoria.

## **Desenvolupament de polítiques d'AP**

Les següents activitats polítiques i documents han estat rellevants per al desenvolupament de l'atenció primària a Andorra.

### ***2009 Pla estratègic de salut (PES)***

Aquest Pla presenta un diagnòstic del sistema sanitari andorrà, juntament amb una anàlisi dels seus punts forts i febles. El pla té com a objectiu, entre d'altres, donar resposta als reptes actuals, millorar la gestió sanitària i la direcció del sistema sanitari, i desenvolupar mecanismes de control de les despeses. Els objectius s'han d'aconseguir per mitjà de les tasques següents:

- Definir els serveis essencials de salut.
- Aclarir els drets i deures dels actors i formalitzar les seves interrelacions.
- Ampliar les competències del Govern i reforçar l'administració sanitària.
- Desenvolupar un sistema d'informació sanitària coherent.

Les principals propostes plantejades inclouen: més planificació (Pla de salut, Pla de prestació de serveis i Pla de recursos humans); atorgament de llicències i acreditacions; paquet de prestacions dels serveis rendibles; seguiment i avaluació del funcionament; consolidació de la formació mèdica contínua; regulació de la cerca d'atenció sanitària a l'estranger; millora de l'equitat financera; contractació de professionals de la salut independents, i cooperació internacional en termes d'assistència sanitària.

### ***2012 Model andorrà d'atenció sanitària (MAAS)***

Aquest document explica els principis del model d'atenció sanitària per a la població d'Andorra, tant per a la població resident com temporal. Aquests principis inclouen la importància de centrar l'atenció en la persona, la integralitat i la continuïtat. A més, els serveis han de ser segurs i d'alta qualitat, i alhora donar resposta a les necessitats en matèria de salut de la població. Per acabar, s'han de prestar serveis de manera eficient.

En la prestació de serveis, el model distingeix tres nivells d'assistència sanitària. Per a un bon funcionament del sistema, els professionals contractats utilitzen guies de pràctica clínica i participen en xarxes que suavitzen les transicions dels pacients entre els nivells. L'especificació d'un paquet de prestacions defineix quins serveis són susceptibles de poder ser reemborsats. El volum d'instal·lacions i de professionals sanitaris s'ajusta a les necessitats en matèria de salut de la població. La coordinació de l'assistència es millorarà per mitjà de targetes sanitàries personals que inclouen dades clíniques bàsiques. Els pacients poden triar un metge de referència com a responsable de la coordinació de l'assistència per al pacient.

## **2012 Reforma del Sistema de Salut i Protecció Social. Pla de Govern 2012-2015**

El document es basa en els principis següents: responsabilitat compartida; equitat i solidaritat; sostenibilitat, i qualitat.

En les cinc àrees d'activitat següents s'identifica una sèrie d'objectius estratègics:

- Gestió (i. e. enfortir el Ministeri de Salut i Benestar del Principat d'Andorra; posar els ciutadans en el centre del sistema; reforçar el paper dels professionals; millorar els sistemes d'informació).
- Millora de la qualitat (i. e. reformar el model d'assistència sanitària d'acord amb el Model andorrà d'atenció sanitària o MAAS).
- Eficiència i sostenibilitat del sistema (i. e. definir paquets de serveis i prestacions).
- Determinació de la salut i el benestar com un sector econòmic (el valor afegit en un model de desenvolupament econòmic i social més ampli).
- Actualització del marc normatiu.

### **L'AP en el MSB**

El Ministeri de Salut i Benestar (MSB) del Principat d'Andorra és l'encarregat d'organitzar l'atenció primària, així com de promoure i prevenir la salut. També fomenta una acció coordinada dels professionals de la salut per promoure els plantejaments multidisciplinaris i l'assistència sanitària integral. Així mateix, el Ministeri planifica els serveis sanitaris i en supervisa la qualitat, la seguretat i l'eficiència. La mida del país i el seu sistema sanitari no fa necessari comptar amb un departament ministerial que s'encarregui específicament de l'atenció primària.

### **Control i normativa professional**

Es disposa de molt pocs procediments per avaluar la qualitat i el funcionament de l'atenció primària. Les autoritats sanitàries duen a terme ocasionalment inspeccions de les instal·lacions mèdiques. No obstant això, els resultats dels controls interns en els centres sanitaris i quirúrgics i les auditories clíniques externes de les històries clíniques no es divulguen. A més, l'MSB no utilitza cap procés rutinari o mesures d'avaluació dels resultats per controlar el funcionament del sistema sanitari. La principal font d'informació del Ministeri és l'*Enquesta nacional de salut*, que investiga el grau de satisfacció de la població d'Andorra amb relació a diversos aspectes dels serveis sanitaris. En l'enquesta més recent (2011) s'han inclòs preguntes sobre el grau de satisfacció de la població en relació amb l'atenció primària.

A Andorra, els metges i les infermeres no estan obligats a sotmetre's regularment a proves per avaluar els seus coneixements professionals i el seu nivell de competència com a part d'un procediment de renovació de la llicència. Aquests tipus de procediments no s'han implantat de moment.

En l'actual reforma del sector sanitari, s'estan abordant les garanties de qualitat i seguiment. Per avaluar la pràctica professional es crearà un organisme d'inspecció social i sanitària, control i suport.

### **Concessió de llicències i acreditacions**

Perquè els metges puguin treballar en l'àmbit de l'atenció primària han de complir els requisits formals següents. Necessiten una autorització per exercir: la llicència de professió liberal. Per obtenir-la, han de:

- Tenir la llicenciatura en medicina reconeguda a Andorra.
- Tenir la nacionalitat andorrana o ser resident al país.

Quan s'obté la llicència de professió liberal, el Ministeri de Salut i Benestar inscriu el metge en el Registre de Professionals Sanitaris. També s'han d'inscriure com a membres del Col·legi Oficial de Metges d'Andorra. Per poder treballar en el sistema públic de la Seguretat Social, han de signar un conveni amb la CASS. La concessió de la llicència i el registre també és requisit imprescindible per als metges que treballen exclusivament per a pacients privats que no són reemborsats per la CASS.

### *Renovació de certificacions i llicències*

Com s'ha exposat anteriorment, els metges de família, els altres metges i les infermeres no estan obligats a renovar el seu títol. En el procés de reforma del sistema sanitari es preveu renovar la certificació i la qualificació cada cinc anys.

## **Requisits per al procés d'assistència sanitària**

### *Normes per al personal d'atenció primària*

No hi ha normes nacionals que determinin el nombre màxim de pacients que cal assignar a cada metge de família. A causa de les dimensions territorials, l'organització social i econòmica i del mateix sistema de salut (de lliure elecció) del país, és difícil determinar un nombre de professionals de referència.

En el procés de reforma es preveuen altres mecanismes per garantir una bona distribució dels metges de família per tot el país.

### *Escassetat de personal*

No s'informa d'escassetat de personal en les professions següents: metges de família, pediatres, ginecòlegs, dentistes, farmacèutics, infermeres d'atenció primària, psicòlegs, fisioterapeutes, treballadors socials i oftalmòlegs. En un futur proper, tanmateix, es pot presentar una escassetat de metges de família pel fet que un nombre significatiu es jubilarà aviat. L'edat mitjana dels metges de família és de 51 anys.

### *Tipus de consulta*

L'exercici de la professió en solitari és el tipus de pràctica dominant a Andorra: un 60% dels metges de família treballen sols a la consulta. Deu metges de família treballen en consultes col·lectives, que varien de dos a quatre metges de família. Cinc metges de família formen part d'una consulta mixta que inclou metges especialistes.

## **TAULA 5**

### **Metges de família que exerceixen en solitari o bé en consultes col·lectives**

| Tipus de consulta                                                                 | Nombre de MF |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Metge de família que exerceix en solitari                                         | 22           |
| 2 o 3 metges de família treballen al mateix centre (sense metges especialistes)   | 6            |
| 4 o més metges de família treballen al mateix centre (sense metges especialistes) | 4            |
| Consulta mixta, amb metges de família i metges especialistes                      | 5            |

## *El metge de família en el control de la derivació de pacients*

Els metges de família andorrans no s'encarreguen del control de la derivació de pacients. Els pacients poden visitar lliurement qualsevol metge, fins i tot fora del país. Aquest principi és altament valorat pels ciutadans.

El nou model previst d'assistència sanitària pretén mirar d'introduir el metge en el control de la derivació de pacients per millorar la coordinació i l'enfocament en el pacient.

## **Requisits per a la capacitat de resposta**

### *Paper de les parts interessades*

En la política i el desenvolupament de l'atenció primària, és determinant que hi hagi un cert nombre d'organitzacions interessades. A continuació s'explica breument la seva funció.

El Ministeri de Salut i Benestar reuneix les organitzacions que representen els professionals sanitaris que treballen en l'àmbit de l'atenció primària, en qualsevol programa de desenvolupament o modificació relacionat amb l'atenció primària. Aquestes organitzacions són: l'Associació Andorrana de Metges d'Atenció Primària (AAMAP), el Col·legi Oficial de Metges d'Andorra i el Col·legi d'Infermeres i Llevadores d'Andorra.

Les associacions de pacients del país solen ser per categories, per exemple, l'Associació per al Tractament i la Rehabilitació de les Afeccions Neuromotrius a Andorra (TRANA) i l'Associació de Diabètics d'Andorra. Aquestes organitzacions s'involucren en el procés d'elaboració de polítiques quan els temes estan relacionats amb les malalties que defensen.

## **Paper dels pacients**

Avui dia, els pacients tenen molta llibertat a l'hora de cercar assistència sanitària. Poden triar i consultar qualsevol tipus de professional sanitari sense que un metge de família els hagi visitat primer. El nou model previst d'assistència sanitària vol promoure la figura del metge de referència com una manera de controlar la derivació de pacients. Tampoc no hi ha limitacions per als andorrans a l'hora de cercar serveis d'assistència sanitària a l'estranger coberts per l'assegurança. Si un pacient consulta un professional estranger que no té contracte amb la CASS, només se li reemborsa un terç dels honoraris.

### *Drets dels pacients i organitzacions de pacients*

Avui dia, no hi ha reglaments ni lleis específiques relatives als drets dels pacients. El Consell Assessor de Salut i Benestar Social d'Andorra (un òrgan consultiu del Govern) ha fet els primers passos per elaborar una llei sobre els drets i deures dels pacients.

Com s'ha esmentat anteriorment, diverses organitzacions de pacients defensen els interessos de grups específics de malalts (crònics), com ara els pacients que pateixen de diabetis, malalties mentals o fibromiàlgia.

### *L'apoderament del pacient i la informació al pacient*

L'apoderament i la informació relacionats amb els pacients formen part del procés clínic normal. No hi ha programes explícits disponibles en aquest sentit. En termes generals, és responsabilitat de la CASS defensar els drets dels seus assegurats.

### *Procediment de reclamació dels pacients*

Totes les consultes i centres sanitaris d'Andorra estan obligats a tenir un procediment per donar resposta a les reclamacions dels pacients. Aquest procediment es defineix en la Llei del comerç i en el Reglament pel qual es regulen els centres sanitaris, els serveis i els establiments sociosanitaris.

## GENERACIÓ DE RECURSOS

### Personal d'AP

El 2013, el nombre total de metges actius a Andorra va ascendir a 263, 37 dels quals són metges de família (14,1%).

TAULA 6

#### Nombre de metges de família, infermeres d'AP i llevadores en actiu (2013)

| Professionals actius en l'àmbit de l'atenció primària | Nombre |
|-------------------------------------------------------|--------|
| Metges de família                                     | 37     |
| Infermeres d'AP                                       | 43     |
| Llevadores                                            | 15     |

El nombre de llevadores és el nombre total de llevadores que treballa al país. Gairebé totes treballen tant en l'àmbit de l'atenció primària com hospitalària.

### Formació i desenvolupament professional

#### *Les organitzacions professionals i les revistes especialitzades*

Els metges de família d'Andorra s'organitzen per mitjà de l'Associació Andorrana de Metges d'Atenció Primària (AAMAP), que aplega un total de 34 membres. L'AAMAP defensa activament els interessos financers i materials dels seus membres, així com el seu desenvolupament professional, i les activitats científiques i formatives. L'associació no publica cap revista.

#### *Formació mèdica*

Com que no hi ha cap universitat o escola de medicina a Andorra, el país depèn principalment de les universitats estrangeres següents:

- Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona (Espanya).
- Universitat de Barcelona (UB), Barcelona (Espanya).
- Université Paul Sabatier, Tolosa (França).

No es disposa d'informació relativa als possibles programes de postgraus en medicina general o medicina familiar i comunitària d'aquestes universitats, ni tampoc dels detalls dels programes. Les autoritats andorranes actualment no exerceixen cap influència en els programes. La reforma recull la proposta d'iniciar acords de cooperació amb centres de referència d'Espanya i França en relació amb els programes de formació per als professionals sanitaris d'Andorra.

### Garantia, mecanismes i indicadors de qualitat

#### *Guies de pràctica*

L'Associació Andorrana de Metges d'Atenció Primària, en col·laboració amb el Ministeri de Salut i Benestar, ha elaborat unes guies de pràctica clínica per a l'atenció primària de la depressió, la lumbàlgia aguda i la diabetis. Aquestes guies s'han desenvolupat mitjançant un procediment de revisió per parelles entre els metges de família i els metges especialistes pertinents. Les guies

estan a la disposició de tots els metges de família a través del Col·legi Oficial de Metges i l'MSB. S'ha notificat, tanmateix, que aquestes directrius generalment no es compleixen i que no hi ha cap sistema que en promogui l'ús.

Respecte a l'ús de guies de pràctica infermera o protocols d'infermeria en l'atenció primària, el Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) és l'organisme encarregat de promoure'n el desenvolupament i l'execució. Amb aquesta finalitat s'han creat grups de treball formats per personal amb prou experiència i afinitat amb el tema. Es poden esmentar els exemples següents:

- El 2013, es va actualitzar i ampliar una guia de pràctica del 2010 relativa al seguiment dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). La versió anterior se centrava a tractar els pacients amb oxigenoteràpia domiciliària.
- S'ha actualitzat una guia pràctica sobre la hipertensió arterial en l'atenció primària. S'ha revisat el contingut de la guia i s'han formulat nous procediments d'actuació, concretament, en cas d'urgència hipertensiva.
- S'han revisat les activitats educatives per fomentar la salut a l'escola en el marc d'un programa de millora de la salut dels joves. El programa centra l'atenció en l'educació afectiva i sexual dels joves i adolescents a l'escola.

La direcció del SAAS s'encarrega de distribuir normalment les directrius i les seves actualitzacions als responsables dels serveis d'infermeria dels centres d'atenció primària del SAAS. Els responsables dels serveis, al seu torn, són els encarregats d'aplicar-les als seus centres. A més, les guies de pràctica i els protocols es poden consultar a la intranet del SAAS.

## FINANÇAMENT I INCENTIUS

### Finançament i despesa en AP

L'assistència sanitària es finança mitjançant una combinació de les primes pagades pels treballadors i els pagaments directes que els pacients fan quan utilitzen els serveis sanitaris.

La CASS reemborsa als pacients una part de les prestacions sanitàries, d'acord amb el contingut de la cartera de serveis. Les despeses en matèria de salut per accions empreses o prescrites per cadascun dels professionals sanitaris es reemborsen de la manera següent:

- El 75% de les tarifes esmentades en la llista de definicions.
- Del 30% al 75% de les despeses, en medicaments, productes ortopèdics i altres productes específics de salut, segons les tarifes esmentades en la llista de definicions.
- Del 50% al 75% de les despeses de rehabilitació i readaptació funcional, segons les tarifes esmentades en la llista de definicions.
- El 90% de les despeses d'hospitalització, tant d'estada com d'atenció mèdica, segons les tarifes esmentades en la llista de definicions.
- Els usuaris paguen la quantitat no coberta per la CASS.
- El Govern finança el Ministeri de Salut i Benestar, els programes de salut pública, els serveis i les prestacions d'interès general; participa en el finançament del SAAS, i assumeix les despeses sanitàries de les persones socialment vulnerables.

Dels serveis d'atenció ambulatoria, es reemborsa el 75% de la factura i el 90% de l'atenció hospitalària. En alguns serveis, com ara els d'assistència maternal, no s'aplica el copagament. Dels serveis proporcionats per metges sense contracte amb la CASS (a Andorra o en un altre país) es reemborsa només un terç dels honoraris establerts. Pels serveis dels metges contractats fora d'Andorra es reemborsa un 75% dels honoraris establerts.

En l'actual reforma sanitària s'estudien nous models de copagament i finançament destinats a aconseguir nous objectius en polítiques sanitàries i proporcionar bons incentius per a una assistència de millor qualitat i eficiència.

El Govern aprova anualment les tarifes dels serveis d'AP mitjançant un informe del Consell d'Administració de la CASS. Això està regulat per la Llei general de la Seguretat Social.

Els recursos financers hospitalaris comprenen:

- Les contribucions rebudes per part de l'Administració general.
- Les contribucions rebudes per part de la CASS.
- Els ingressos propis.
- Els ingressos per la participació en acords amb altres organismes d'assistència sanitària.

Els metges especialistes hospitalaris contractats pel SAAS cobren un sou, mentre que els especialistes que treballen independentment cobren uns honoraris pels seus serveis. El procés de reforma preveu un canvi gradual en el model de finançament, que el 2014 ja introdueix el finançament per un pressupost global per la prestació de serveis.

Els centres d'atenció primària del SAAS a les parròquies es financen en funció dels casos atesos pels serveis d'infermeria i llevadoria; la resta s'inclouen en el pressupost global del Govern. Les infermeres, les llevadores i el personal administratiu dels centres són empleats del SAAS.

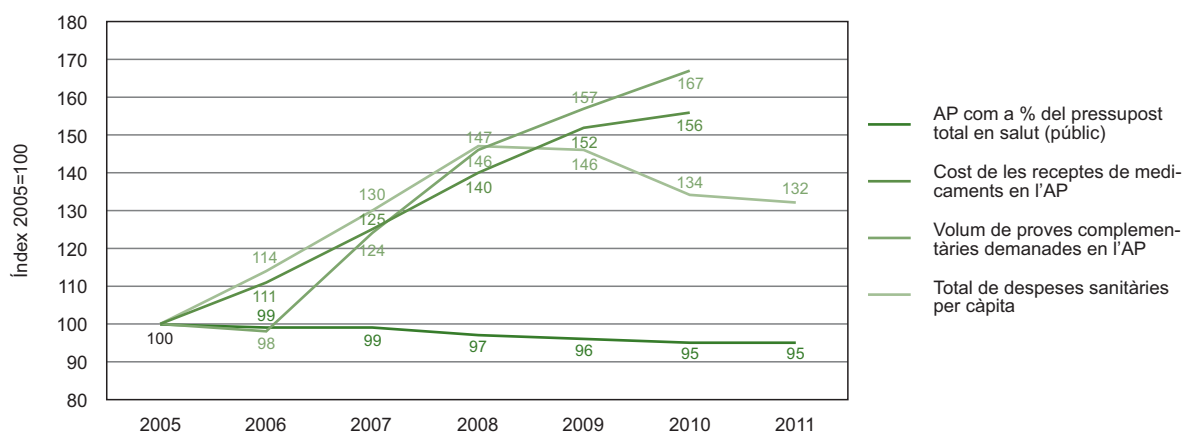
La figura 9 mostra el desenvolupament d'una sèrie d'indicadors relacionats amb els costos i la producció en l'atenció primària entre el 2005 i el 2010-2011.

Les dades de la figura 9 mostren que, en comparació dels altres indicadors, els costos nominals en l'atenció primària de salut en el sistema públic han estat molt estables al llarg del temps i, fins i tot, han disminuït lleugerament. Tanmateix, els costos per la prescripció de medicaments i pel volum de proves demanades en l'atenció primària, han augmentat considerablement al llarg dels anys. Aquest creixement ha seguit la tendència general de les despeses sanitàries totals fins al 2008, però des de l'any 2009 al 2011 ha continuat creixent mentre que la despesa sanitària total s'estancava i, fins i tot, disminuïa.

En comparació de la comunitat autònoma de Catalunya, que destina un 20% del pressupost sanitari a l'atenció primària, Andorra en destina només una petita part del pressupost. Atès que les actuals reformes del sector sanitari se centren a reforçar l'atenció primària, és probable que el pressupost que s'hi destina augmenti en el futur.

**FIGURA 9**

**Desenvolupament de la despesa sanitària i del volum de proves <sup>10</sup>**



<sup>10</sup> Fonts: MSB en el qüestionari nacional. Total de despeses sanitàries per càpita: Banc Mundial.

(<<http://www.tradingeconomics.com/andorra/health-expenditure-per-capita-us-dollar-wb-data.html>>, consultat el 19-05-2014).

## Incentius financers

### *Mecanismes de pagament*

Tots els metges de família d'Andorra, llevat d'un, són professionals lliberals i tenen un contracte amb la CASS que els permet cobrar uns honoraris pels seus serveis. El metge de família assalariat és empleat del SAAS i treballa en un centre sanitari relativament lluny, a prop de les estacions d'esquí situades a les muntanyes més altes.

Les infermeres i llevadores són empleades del SAAS. Altres professionals sanitaris, com els fisioterapeutes, els odontòlegs i els farmacèutics, són professionals lliberals amb contractes amb la CASS.

### *Nivell d'ingressos*

S'observen marcades diferències en els ingressos anuals dels metges al país. Els ingressos dels metges especialistes, com ara ginecòlegs i cardíologs, són de 3 a 3,5 vegades superiors als ingressos dels metges de família. Tanmateix, els ingressos dels especialistes en medicina interna, empleats del SAAS, són els més baixos.

#### TAULA 7

##### Ingressos bruts estimats dels metges (2012)

| Especialitat mèdica                     | Ingressos bruts anuals estimats de mitjana (€) |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| Ginecòleg                               | 273.485                                        |
| Especialista en medicina interna (SAAS) | 126.000                                        |
| Cardiòleg                               | 248.311                                        |
| Metge de família                        | 79.000                                         |

### **Accessibilitat econòmica**

La major part de la població té coberts els costos dels serveis d'atenció primària, encara que generalment s'apliquen els copagaments. Per exemple, hi ha copagaments per a les consultes dels metges de família, així com per als medicaments i les proves prescrits en l'àmbit de l'atenció primària. La cobertura completa només s'aplica a determinats grups de pacients amb ingressos molt baixos o a pacients crònics amb patologies d'alt cost.

La cobertura és molt limitada per a determinades persones que s'han quedat a l'atur; el seu nombre s'estima entre el 5% i el 10% de la població.

## PRESTACIÓ DE SERVEIS D'AP

### *Dades nacionals sobre la utilització i la prestació de serveis d'atenció primària*

#### TAULA 8

##### Indicadors clau de la utilització de serveis d'AP \*

| Indicador                                                                                                      | Nombre |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Nombre de contactes amb el metge de família per pacient i any                                                  | 3      |
| Nombre de derivacions fetes pels metges de família als metges especialistes (per 1.000 contactes amb pacients) | n. d.  |
| Nombre d'ingressos hospitalaris per part dels metges de família (per 1.000 contactes amb pacients)             | n. d.  |
| Nombre de prescripcions de medicaments per part dels metges de família (per cada 100 contactes amb pacients)   | 370    |

\* L'enquesta dels metges també fa referència a la freqüència de contactes i al nombre de derivacions. Els resultats es descriuen en el capítol 4.

L'índex de contactes i receptes del metge de família és elevat. De mitjana, els pacients tenen 3 contactes amb un metge de família l'any. De cada 100 contactes amb pacients, el metge de família fa 370 receptes. Sembla estrany que els pacients surtin de la consulta d'un metge de família sense una recepta mèdica; generalment, en surten amb més d'una.

#### TAULA 9

##### Utilització dels centres d'atenció primària del SAAS

| Utilització                       | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Nombre de pacients                | 16.956  | 17.359  | 19.724  | 18.932  | 20.161  |
| Nombre de visites                 | 110.694 | 113.161 | 110.616 | 105.767 | 108.365 |
| Percentatge de visites a domicili | 11,3%   | 10,6%   | 10,0%   | 9,1%    | 8,8%    |

Sobre una base anual, gairebé una quarta part de la població s'ha visitat en un dels centres sanitaris del SAAS o bé el personal del SAAS l'ha visitat a domicili. La freqüència de contacte de cadascun d'aquests pacients és de 5 o 6 vegades l'any. La major part dels contactes amb els pacients tenen lloc als centres sanitaris, i un 10% només al domicili del pacient. La proporció de visites domiciliàries ha disminuït gradualment any rere any. L'actual sistema d'informació sanitària no permet analitzar amb més profunditat el motiu de les visites i les intervencions dutes a terme.

La informació referent a la prestació de serveis d'AP, basada en les enquestes entre els metges de família, les infermeres d'AP i els seus pacients, es presenta en els capítols 4, 5, 6 i posteriors.

## TEMES D'ACTUALITAT I PLANS PER A L'AP

Mentre els indicadors econòmics han estat positius al país, la urgència de controlar les despeses sanitàries creixents era relativament baixa. Però quan la conjuntura econòmica ha canviat i les despeses sanitàries entren en l'agenda política, es fa palesa la manca de mecanismes de gestió. Aquesta qüestió forma part dels temes cabdals de l'actual reforma de l'assistència sanitària. El rerefons de les creixents despeses sanitàries és una barreja de factors, alguns dels quals són més aplicables a països d'Europa i d'altres són específics de la situació andorrana. Les tendències més generals són el resultat de la crisi econòmica i financera, de l'augment de la demanda com a conseqüència de l'envelliment de la població i de l'ús de les noves tecnologies en l'àmbit sanitari. Els reptes específics d'Andorra i del seu sector sanitari es poden resumir de la manera següent:

- Una disminució de les contribucions disponibles en termes de cobertura mèdica a causa del descens en l'ocupació (particularment, en el sector turístic).
- Un paquet generós de prestacions sanitàries amb molta llibertat per triar serveis sanitaris a Andorra així com a l'estranger.
- Una creixent oferta de serveis generada per l'augment del nombre de professionals sanitaris.
- Molt pocs instruments per controlar la qualitat de l'atenció i la utilització dels serveis.

### Principals plans i intencions polítiques

Avui dia, el sistema andorrà de salut i benestar està sotmès a un procés de reforma. L'objectiu és aconseguir un sistema més centrat en l'usuari i desenvolupar l'atenció primària perquè esdevingui la porta d'accés al sistema sanitari. El nou model d'assistència sanitària s'estableix amb tres nivells al voltant del metge de referència (control de la derivació de pacients), que són els següents:

- *Nivell 1*: inclou l'atenció primària i algunes especialitats estretament relacionades amb l'atenció primària (com ara ginecologia i oftalmologia), els serveis de pediatria i urgències;
- *Nivell 2*: comprèn les altres especialitats (amb el requisit previ que l'usuari entra en el segon nivell per derivació del primer nivell), i
- *Nivell 3*: inclou les intervencions més complexes (amb el requisit previ que l'usuari entra en el tercer nivell per derivació del segon nivell).

Les claus per al bon funcionament d'aquest model són les eines de comunicació i coordinació entre els nivells a fi de garantir al pacient una continuïtat en l'assistència. Avui dia, s'està desenvolupant una nova eina, la «carpeta sanitària compartida», que serà una eina de visualització compartida entre els diferents nivells que inclou la principal informació sanitària i administrativa dels usuaris.

Un altre dels pilars en la introducció del nou model és un sistema de *canvi en el copagament* gestionat per la CASS, que distingeix fins a quin punt els pacients utilitzen els circuits d'atenció establerts pel nou model.

Quan el model s'hagi aplicat totalment, es recomana regular l'accés al sistema amb un augment de l'activitat en el nivell corresponent a l'atenció primària, domiciliària i comunitària, i amb una reducció de l'assistència en els altres nivells. La idea és respondre a les necessitats dels usuaris en el nivell d'assistència més adient i econòmic. S'espera que això tingui efecte sobre la sostenibilitat del sistema de salut i benestar d'Andorra.

Paral·lelament a aquests canvis a llarg termini, s'han pres mesures per millorar l'eficiència a curt termini. Per exemple, s'han posat en marxa estudis per aplicar mesures d'eficiència per tal de: *i)* millorar el control de les baixes per malaltia; *ii)* actualitzar el catàleg de definicions i tarifes; *iii)* oferir recomanacions per a l'acció professional, segons l'evidència científica; *iv)* emprendre accions per a la millora de les despeses farmacèutiques per mitjà de decrets sobre els preus de referència, i *v)* fer propostes per al pagament de preus fixos i altres modalitats de finançament.

Aquest capítol conté els resultats de l'enquesta duta a terme entre els metges de família a Andorra. Dels 37 metges de família en actiu en el moment de l'enquesta, 26 han omplert i han lliurat el qüestionari (70,3%). Quinze (58%) dels enquestats són homes; i 11 (42%), dones. Tots atenen una població no seleccionada de pacients de sexe masculí i femení de qualsevol grup d'edat.

Després de la descripció de les característiques dels enquestats, aquest capítol aborda el paper dels metges de família en els aspectes clau de l'atenció primària, especificats en el capítol 1, com ara l'accessibilitat, la continuïtat i la coordinació de l'assistència i l'amplitud o la integralitat dels serveis que ofereixen als seus pacients. Més concretament, es tracten els temes següents: càrrega de treball i ocupació del temps, serveis disponibles per als pacients, qualitat de l'assistència, ús de la informació clínica, cooperació i treball en equip, equipament mèdic disponible i altres aspectes del perfil clínic de la professió.

## CARACTERÍSTIQUES DELS ENQUESTATS

Dels 26 metges de família, sis han completat una especialització en medicina familiar i comunitària. La taula 10 proporciona una sèrie de dades clau dels metges de família i les seves consultes. Mostra que una minoria de 6 metges de família (23,1%) són especialistes en medicina familiar i comunitària. La resta han completat una formació en medicina general i sis d'ells han esmentat una especialització addicional, com ara medicina interna o medicina física i de rehabilitació.

Tots els metges de família, excepte dos (88,5%), són treballadors lliberals amb un contracte amb la CASS. La majoria dels metges de família (73,1%) treballen actualment a la zona més densament poblada del país, Andorra la Vella o Escaldes-Engordany. L'edat mitjana dels enquestats és de 51,1 anys, i l'edat dels metges és lleugerament superior (52,9 anys) a la de les metgesses (48,6 anys). Només un terç dels enquestats (35%) són menors de 50 anys, però els sis metges de família que han completat una especialització en medicina familiar i comunitària s'inclouen en aquesta categoria d'edat. El nombre d'anys d'experiència com a metge de família treballant a Andorra és de 19 anys de mitjana, i els valors oscil·len entre els 5 i els 37 anys. Quinze dels 26 metges de família (58%) també comenten que han treballat fora d'Andorra, amb una durada mitjana de 5,6 anys i valors que oscil·len entre 1 any i 32 anys.

**TAULA 10**

### Resum de les característiques dels metges de família

|                                                             | (n=26) |      |         |
|-------------------------------------------------------------|--------|------|---------|
|                                                             | N      | %    | N vàlid |
| Gènere del metge de família: masculí                        | 15     | 57,7 | 26      |
| Metges de família especialitzats en medicina familiar       | 6      | 23,1 | 26      |
| Professionals lliberals amb contracte amb la CASS           | 23     | 88,5 | 26      |
| Professionals lliberals sense contracte amb la CASS         | 1      | 3,8  | 26      |
| Actualment treballa a Andorra la Vella o Escaldes-Engordany | 19     | 73,1 | 26      |
| Edat mitjana dels metges de família (anys)                  | 51,1   |      | 26      |
| Mitjana d'anys treballant com a metge de família a Andorra  | 18,9   |      | 26      |

## ACCESSIBILITAT A L'ATENCIÓ

### Accessibilitat a l'organització

#### *Càrrega de treball*

Com es pot observar en la taula 11, només nou dels 26 metges de família han pogut donar una xifra aproximada de la quantitat de població per a la qual treballen (excloent-ne els turistes), mentre que 13 dels enquestats ha respost que no ho sap i quatre que no els és aplicable. La quantitat de població mitjana que atenen els nou enquestats és de 3.239 pacients, amb un mínim de 1.800 i un màxim de 5.688 pacients. La major part dels metges de família (20 de 26) compten amb l'ajuda d'un/a secretari/ària mèdic/a (que no figura en la taula).

El nombre de consultes de pacients per dia i el nombre d'hores de treball setmanals és més elevat a l'hivern que a l'estiu. Els metges de família treballen de mitjana 37,4 hores per setmana, amb un mínim de 12 i un màxim de 60 hores. Les visites a domicili són escasses: 2-3 per setmana. Els metges de família inverteixen més temps a llegir revistes especialitzades o informació mèdica que a participar en cursos de formació i especialització.

**TAULA 11**

#### **Càrrega de treball i ocupació del temps dels metges de família**

| Questions relacionades amb la càrrega de treball            | (n=26)  |         |
|-------------------------------------------------------------|---------|---------|
|                                                             | Mitjana | N vàlid |
| Mida de la llista (nombre de pacients)                      | 3.239   | 9       |
| Nombre de consultes diàries de pacients a l'estiu           | 13,8    | 24      |
| Nombre de consultes diàries de pacients a l'hivern          | 18,1    | 24      |
| Nombre de visites setmanals a l'estiu                       | 2,2     | 23      |
| Nombre de visites setmanals a l'hivern                      | 3,3     | 23      |
| Hores de treball setmanals                                  | 37,4    | 26      |
| Nombre d'hores mensuals destinades a lectura especialitzada | 10,8    | 24      |
| Nombre d'hores mensuals destinades a cursos                 | 5,7     | 24      |

#### *Accés i serveis disponibles per als pacients*

Els pacients generalment poden visitar el metge de família el mateix dia (vegeu la taula 12), almenys en hores laborables. Pràcticament tots els metges de família afirmen que treballen com a mínim un cop per setmana al vespre, però només un metge de família obre un dia de cap de setmana el mes. Quan les consultes estan tancades, aproximadament la meitat dels metges de família proporciona un número de telèfon als pacients per si es posen malalts, però la majoria (73%) acorden amb un altre metge de família que els substitueixi quan estan absents un o més dies (per exemple, per vacances).

Les sessions clíniques per a grups específics de pacients són molt poc freqüents, menys del 20% dels enquestats n'esmenten l'existència. Els casos esmentats corresponen a sessions per a pacients amb diabetis o hipertensió. Només un metge de família comenta l'existència d'una clínica per donar informació de planificació familiar.

La línia inferior de la taula mostra que un terç dels metges de família exerceix de mitjana a una distància de més de 5 quilòmetres del Centre Hospitalari Andorrà (CHA).

**TAULA 12**  
**Indicadors d'accessibilitat a la consulta**

| Questions relacionades amb l'accessibilitat dels pacients                       | (n=26) |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                                                 | %      | N vàlid |
| Visites possibles el mateix dia                                                 | 96,2   | 26      |
| Obertura al vespre almenys una vegada per setmana                               | 96,2   | 26      |
| Obertura un dia de cap de setmana almenys una vegada el mes                     | 3,8    | 26      |
| Telèfon disponible per als pacients quan la consulta està tancada               | 53,8   | 26      |
| Acord amb un altre metge de família en cas d'absència d'un o més dies           | 73,1   | 26      |
| Consultes o sessions en actiu per a grups de pacients especials                 |        |         |
| Per als pacients amb diabetis                                                   | 15,4   | 26      |
| Per als pacients hipertensos                                                    | 15,4   | 26      |
| Per obtenir informació de planificació familiar                                 | 3,8    | 26      |
| Per a les dones embarassades                                                    | 7,7    | 26      |
| Per a la gent gran                                                              | 7,7    | 26      |
| Per a altres grups                                                              | 7,7    | 26      |
| No hi ha sessions per a grups de pacients especials                             | 80,8   | 26      |
| La consulta es troba a 5 km de distància o més de l'hospital general més pròxim | 30,8   | 26      |

### ***Millora de la qualitat***

Les guies de pràctica clínica, les directrius d'especialistes i els procediments per atendre les reclamacions dels pacients són les eines que permeten mantenir i millorar la qualitat de l'assistència. A més, les avaluacions del grau de satisfacció dels pacients amb els serveis i el fet d'estar en contacte amb els representants de la comunitat poden proporcionar als metges de família una important font d'informació perquè puguin sintonitzar els seus serveis amb les necessitats locals.

La taula 13 mostra la utilització dels diferents mètodes de millora de la qualitat. Les guies de pràctica clínica s'utilitzen, de mitjana, amb més freqüència que els procediments de reclamació. Generalment, els metges de família no utilitzen mètodes d'avaluació per determinar el grau de satisfacció dels pacients, dels representants de la comunitat i del personal de la consulta. Només dos metges de família (7,7%) afirmen que fan servir mètodes per avaluar el grau de satisfacció dels pacients, i un (4,0%) diu que fa servir mètodes per avaluar la satisfacció dels representants de la comunitat. No s'informa de mètodes per avaluar el grau de satisfacció amb l'exercici de la professió.

Al començament del 2012, un total de 6,8 metges de família va participar de mitjana en actes de formació mèdica contínua (FMC), lleugerament més sovint a Andorra que a Espanya, a França o a cap altre lloc.

## TAULA 13

### Ús de guies de pràctica clínica, procediments de reclamació, mètodes d'avaluació i formació mèdica contínua (FMC)

| Millora de la qualitat                                                                  | (n=26) |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                                                         | %      | N vàlid |
| Aplicació de les guies de pràctica clínica                                              |        |         |
| Sovint                                                                                  | 42,3   | 26      |
| Ocasionalment o rarament / mai                                                          | 57,7   | 26      |
| Disposició d'un procediment per atendre reclamacions                                    | 19,2   | 26      |
| Utilització de mètodes d'avaluació                                                      |        |         |
| Investigació del grau de satisfacció del pacient                                        | 7,7    | 26      |
| Entrevista als representants de la comunitat per valorar la satisfacció amb la consulta | 4,0    | 25      |
| Entrevista als metges de família sobre el grau de satisfacció amb la feina              | -      | 25      |
| Nombre d'actes de FMC als quals s'assisteix a partir del gener del 2012                 |        |         |
| A Andorra                                                                               | 3,8    | 24      |
| A Espanya                                                                               | 3,5    | 24      |
| A França                                                                                | 1,0    | 23      |
| En un altre lloc                                                                        | -      | 21      |

## CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ

### Continuïtat de la informació

El requisit principal per a una assistència de qualitat i amb continuïtat és registrar sistemàticament la informació mèdica dels pacients, i això forma part de la pràctica diària de gairebé tots els metges de família (vegeu la taula 14). La recuperació d'informació és un tema diferent, però igualment important. La identificació dels grups de pacients sobre la base d'un diagnòstic compartit, del risc per a la salut o, simplement, de l'edat, pot permetre plantejaments eficaços de prevenció i control actius. Tanmateix, els sistemes d'informació de les consultes dels metges de família no semblen adaptats per generar llistes per categories.

Un dels elements bàsics de la cooperació entre l'atenció primària i secundària és la informació que acompanya els pacients quan se'ls deriva a metges especialistes o se'ls hospitalitza, i viceversa. Sis de cada deu enquestats declaren que elaboren informes de derivació per a tots els pacients que deriven.

Tots els metges de família utilitzen ordinadors, principalment per cercar informació a Internet, però també per fer factures, reservar cites, desar-hi les històries clíniques i les receptes dels pacients i, en menor mesura, redactar informes de derivació.

**TAULA 14**

**Disponibilitat i ús de la informació clínica i ús dels ordinadors**

| Millora de la qualitat                                                                          | (n=26) |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                                                                 | %      | N vàlid |
| Registrar sistemàticament les històries clíniques dels pacients per a <b>tots</b> els contactes | 92,3   | 26      |
| Generar fàcilment una llista de pacients per grau de risc o diagnòstic                          | 34,6   | 26      |
| Fer informes de derivació per a <b>tots</b> els pacients que es deriven                         | 61,5   | 26      |
| Utilitzar l'ordinador per:                                                                      |        |         |
| Reservar cites                                                                                  | 73,1   | 26      |
| Fer factures o tasques d'administració financera                                                | 76,9   | 26      |
| Prescriure medicaments                                                                          | 69,2   | 26      |
| Desar-hi les històries clíniques dels pacients                                                  | 73,1   | 26      |
| Escriure informes de derivació                                                                  | 65,4   | 26      |
| Cercar informació mèdica                                                                        | 92,3   | 26      |
| <b>No utilitza l'ordinador</b>                                                                  | -      | 26      |

## COORDINACIÓ DE L'ATENCIÓ

### La cohesió en l'atenció primària

Més de la meitat dels metges de família treballen sols, mentre que gairebé tots els altres treballen en equips de dos o més metges de família al mateix centre. Només un metge de família comparteix instal·lacions amb un metge especialista (vegeu la taula 15).

**TAULA 15**

**Com treballen els metges de família a la consulta**

| Treballen al mateix centre                                              | (n=26) |         |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                                         | %      | N vàlid |
| Un metge de família (sol)                                               | 53,8   | 26      |
| Dos metges de família al mateix centre                                  | 26,9   | 26      |
| Tres o més metges de família al mateix centre                           | 15,4   | 26      |
| Metges de família i metges especialistes que treballen al mateix centre | 3,8    | 26      |
| <b>TOTAL</b>                                                            | 100,0  | 26      |

La major part dels metges de família treballen sols, sense altres disciplines al mateix centre (vegeu la taula 16). Cinc metges de família comparteixen instal·lacions amb infermeres d'AP; tres, amb llevadores, i un altre, amb un dentista. Com en altres disciplines s'esmenten treballadors socials, un fisioterapeuta, un psicòleg i un psiquiatre.

## TAULA 16

### Altres disciplines que treballen a la consulta

| Altres disciplines          | (n=26) |         |
|-----------------------------|--------|---------|
|                             | %      | N vàlid |
| No aplicable (treballa sol) | 57,7   | 26      |
| Infermera d'AP (del SAAS)   | 20,0   | 25      |
| Llevadora                   | 12,0   | 25      |
| Dentista                    | 4,0    | 25      |
| Farmacèutic                 | -      | 25      |
| Altres                      | 48,0   | 25      |

La meitat dels enquestats declara que manté reunions periòdiques amb altres metges de família (vegeu la taula 17). Una minoria informa de reunions periòdiques amb infermeres d'AP, treballadors socials, psicòlegs i farmacèutics. Segons les dades aportades, no es fan reunions periòdiques amb llevadores ni logopedes.

## TAULA 17

### Reunions cara a cara amb altres professionals d'atenció primària

| Reunions cara a cara com a mínim un cop al mes amb: | (n=26) |         |
|-----------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                     | %      | N vàlid |
| Altres metges de família                            | 50,0   | 26      |
| Infermera/es d'AP (del SAAS)                        | 29,9   | 24      |
| Llevadora/es                                        | -      | 24      |
| Farmacèutic/s                                       | 8,3    | 24      |
| Treballador/s social/s                              | 16,7   | 24      |
| Logopeda/es                                         | -      | 23      |
| Psicòleg/s                                          | 12,0   | 25      |

### Contactes amb altres nivells d'atenció i amb la comunitat

El grau de contacte amb metges especialistes és generalment alt. Almenys vuit de cada deu metges de família pregunten sovint o de vegades demanen consell a metges internistes, cirurgians o cardíologs. El contacte amb pediatres, ginecòlegs, neuròlegs i dermatòlegs és lleugerament menys freqüent (vegeu la taula 18).

**TAULA 18**

**Sol·licitud d'assessorament o consell per part dels metges de família als metges especialistes**

| Demana consell freqüentment o ocasionalment a: | (n=26) |         |
|------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                | %      | N vàlid |
| Pediatra/es                                    | 66,7   | 24      |
| Internista/es                                  | 96,0   | 25      |
| Ginecòleg/s                                    | 79,2   | 24      |
| Cirurgià/ans                                   | 88,0   | 25      |
| Neuròleg/s                                     | 60,0   | 25      |
| Dermatòleg/s                                   | 72,0   | 25      |
| Cardiòleg/s                                    | 96,0   | 25      |

El nombre de pacients que s'han derivat a aquests i a altres especialistes en les quatre setmanes prèvies a l'enquesta mostra una variació moderada, amb un índex de derivació més elevat de mitjana cap a les infermeres d'un centre del SAAS (vegeu la taula 19). Els índexs de derivació més baixos s'observen en les derivacions a pediatres i endocrinòlegs d'atenció secundària. (Tingueu en compte, tanmateix, que aquests índexs de derivació s'han de considerar només a títol indicatiu).

Per calcular el percentatge de derivacions de tots els contactes i visites domiciliàries, s'han combinat el nombre de consultes diàries i visites domiciliàries per setmana amb el nombre mensual de contactes amb pacients a l'estiu i a l'hivern. Aquestes xifres s'han prorratejat per representar un mes mitjà en un any.

**TAULA 19**

**Nombre de pacients derivats per part dels metges de família d'atenció primària als metges especialistes en les quatre setmanes prèvies; indicatiu dels índexs de derivació global**

| Pacients derivats a:                                                                                      | (n=26)         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|
|                                                                                                           | Mitjana (rang) | N vàlid |
| Pediatre de nivell secundari                                                                              | 0,3 (0-2)      | 20      |
| Cardiòleg                                                                                                 | 2,2 (0-6)      | 20      |
| Endocrinòleg                                                                                              | 0,5 (0-3)      | 20      |
| Gastroenteròleg                                                                                           | 1,4 (0-6)      | 20      |
| Ginecòleg                                                                                                 | 1,0 (0-4)      | 20      |
| Cirurgià                                                                                                  | 2,1 (0-5)      | 21      |
| Neuròleg                                                                                                  | 1,0 (0-3)      | 20      |
| Dermatòleg                                                                                                | 1,4 (0-5)      | 22      |
| Otorinolaringòleg                                                                                         | 1,9 (0-5)      | 21      |
| Oftalmòleg                                                                                                | 1,0 (0-3)      | 20      |
| Servei d'Urgències de l'hospital                                                                          | 1,9 (0-5)      | 21      |
| Infermera/es d'un centre del SAAS                                                                         | 5,2 (0-15)     | 20      |
| Derivacions totals durant quatre setmanes                                                                 | 20,0 (0-50)    |         |
| Les derivacions notificades són el percentatge de tots els contactes amb pacients i visites domiciliàries | 6,0%           |         |

El nombre total de derivacions en les quatre setmanes prèvies a l'enquesta és de 20, xifra que equival al 6% de tots els contactes amb pacients. Això significa que el 6% dels contactes (a la consulta o al domicili del pacient) va acabar en una derivació a un metge especialista o una infermera. (Les xifres no inclouen les autoderivacions o altres «traspassos» que es produeixen en l'atenció primària).

La taula 20 posa en evidència que alguns pacients es deriven a Espanya i, en menor proporció, a França.

## TAULA 20

### Derivacions dels metges de família als metges especialistes per país (quatre setmanes prèvies; valors indicatius)

| País on es deriven els pacients | (n=26)         |         |
|---------------------------------|----------------|---------|
|                                 | Mitjana (rang) | N vàlid |
| Andorra                         | 10,1 (0-30)    | 21      |
| Espanya                         | 2,6 (0-10)     | 21      |
| França                          | 0,7 (0-4)      | 21      |

Les relacions entre els metges de família i la comunitat són poc significatives. Dos enquestats manifesten que mantenen reunions periòdiques amb les autoritats locals i els/les treballadors/res socials, i un afirma que manté reunions periòdiques amb els professors (vegeu la taula 21).

## TAULA 21

### Relacions amb la comunitat

| Tipus de relació                                          | (n=26) |         |
|-----------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                           | %      | N vàlid |
| Reunions periòdiques amb les autoritats locals            | 7,7    | 26      |
| Reunions periòdiques amb els/les treballadors/res socials | 7,7    | 26      |
| Reunions periòdiques amb els professors                   | 7,7    | 26      |

## INTEGRALITAT DE L'ATENCIÓ

### Estat de la consulta

En l'enquesta es pregunta als metges de família si a la sala d'espera de la seva consulta hi ha exposats o a la disposició de l'usuari materials educatius relacionats amb la salut, com ara fullets o cartells. Els resultats obtinguts s'exposen en la taula 22. La major part de les consultes només disposen d'informació sobre temes com ara les normes d'higiene per mantenir-se saludable, les vacunes, la dieta saludable i l'abandonament del tabaquisme. Segons la taula 22, la disponibilitat mitjana de tot tipus de materials entre els metges de família és del 36%.

## TAULA 22

### Disponibilitat de materials educatius relacionats amb la salut per als pacients a la sala d'espera

| Tema dels materials                     | (n=26) |         |
|-----------------------------------------|--------|---------|
|                                         | %      | N vàlid |
| Risc de malalties cardiovasculars (MCV) | 23,1   | 26      |
| Dieta saludable                         | 61,5   | 26      |
| Abandonament del tabaquisme             | 57,7   | 26      |
| Obesitat                                | 15,4   | 26      |
| Diabetis                                | 11,5   | 26      |
| Malalties de transmissió sexual (MTS)   | 38,5   | 26      |
| Vacunes                                 | 65,4   | 26      |
| Contracepció                            | 3,8    | 26      |
| Autotractament del refredat o la tos    | 15,4   | 26      |
| Serveis socials                         | 42,3   | 26      |
| Higiene per mantenir-se saludable       | 65,4   | 26      |
| Material disponible de mitjana          | 36,4%  |         |

## Equipament mèdic

En l'enquesta es demana als metges de família que indiquin de quin equipament mèdic disposen d'una llista de 30 elements. El diagrama de la figura 10 i la taula 23 resumeixen l'estat de l'equipament mèdic a les consultes.

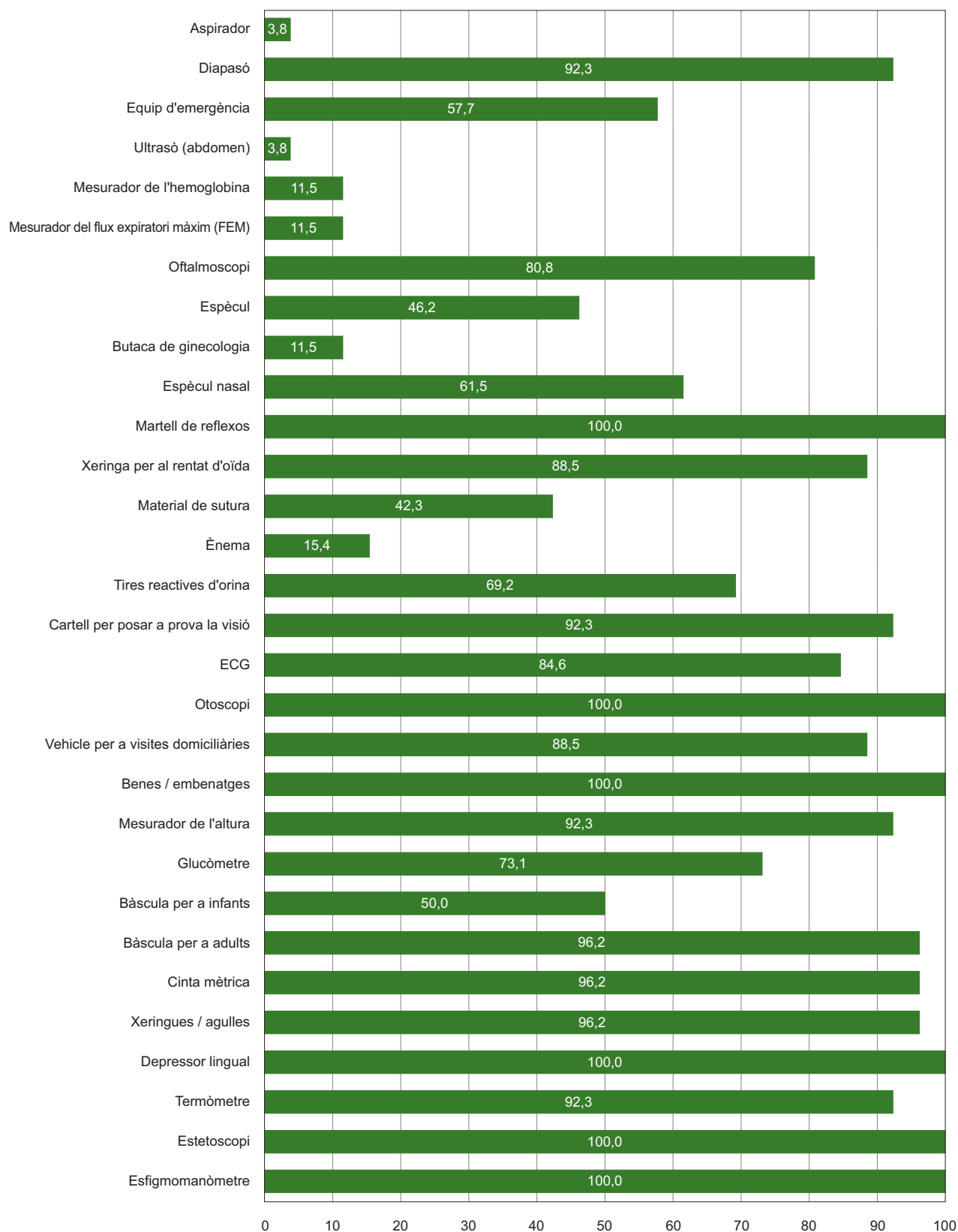
La figura 10 representa la distribució de tots els elements que configuren l'equipament. La figura mostra que hi ha tretze elements que estan a la disposició de (gairebé) tots els metges de família (> 90% = 24 metges de família). Un total de 17 elements està generalment disponible (almenys tres quarts parts dels metges de família = 20 metges de família). En canvi, sis elements estan disponibles per a menys del 20% dels metges de família (< 6 metges de família) i nou elements per al 50% o menys dels metges de família (= 13 metges de família). Aquests resultats demostren que hi ha marge de millora.

La taula 23 mostra que, en termes generals, d'una llista de 30 elements d'equipament mèdic per metge de família, es disposa, de mitjana, de 23. Catorze dels 26 metges de família (53,8%) tenen com a màxim 20 d'aquests elements disponibles.

El metge de família que disposa de menys elements declara que a la consulta té 14 elements de la llista.

**FIGURA 10**

**Equipament disponible a la consulta (% de metges de família)**



**TAULA 23****Nombre d'elements mèdics disponibles a la consulta dels metges de família**

| Nombre d'elements                                                 | (n=26) |       |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-------|
|                                                                   | N      | %     |
| 15 o menys                                                        | 3      | 11,5  |
| 16-20                                                             | 11     | 42,3  |
| 21-25                                                             | 11     | 42,3  |
| 26-30                                                             | 1      | 3,8   |
| Total                                                             | 26     | 100,0 |
| Nombre mitjà d'elements per metge de família (d'una llista de 30) | 22,6   |       |

La taula 24 mostra la disponibilitat de determinats medicaments a les consultes dels metges de família per a casos d'urgència. La cortisona, els analgèsics i el diazepam es troben fàcilment a les consultes dels metges de família, mentre que els hipotensors s'hi troben menys habitualment.

**TAULA 24****Medicaments disponibles per als metges de família (per a casos d'urgència)**

| Tipus de medicament | (n=26) |      |
|---------------------|--------|------|
|                     | N      | %    |
| Hipertensius        | 20     | 67,9 |
| Cortisona           | 24     | 92,3 |
| Analgèsics          | 22     | 84,6 |
| Diazepam            | 22     | 84,6 |

La major part dels metges de família tenen laboratoris a la seva disposició (vegeu la taula 25) fora de la seva consulta o centre. Tanmateix, més d'un de cada quatre metges de família indica que no té cap laboratori a la seva disposició o que els laboratoris existents són insuficients. Els aparells de raigs X a les consultes dels metges de família són menys freqüents que els laboratoris. Un cop més, un nombre considerable de metges de família, una quarta part com a mínim, deixa constància que no té cap aparell de raigs X a la seva disposició o que els aparells existents són insuficients.

## TAULA 25

### Accessibilitat dels metges de família a laboratoris i aparells de raigs X

| Tipus d'instal·lació i mode d'accés               | (n=26) |         |
|---------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                   | %      | N vàlid |
| Disponibilitat de <b>laboratori</b>               |        |         |
| Totalment disponible a la consulta o centre       | 11,5   | 26      |
| Totalment disponible fora de la consulta o centre | 61,5   | 26      |
| Escàs o no disponible                             | 26,9   | 26      |
| Disponibilitat d' <b>aparell de raigs X</b>       |        |         |
| Totalment disponible a la consulta o centre       | 7,7    | 26      |
| Totalment disponible fora de la consulta o centre | 69,2   | 26      |
| Escàs o no disponible                             | 23,1   | 26      |

La taula 26 mostra el nombre de proves que un metge de família demana de mitjana en un període de dos setmanes.

## TAULA 26

### Nombre de proves demanades per metges de família en dos setmanes

| Nombre de proves demanades en 2 setmanes | (n=26)         |         |
|------------------------------------------|----------------|---------|
|                                          | Mitjana (rang) | N vàlid |
| Analítica bàsica                         | 7,8 (0-30)     | 20      |
| Analítica complexa                       | 7,3 (0-30)     | 16      |
| Ressonància magnètica (RM)               | 1,9 (0-5)      | 19      |
| Tomografia axial computeritzada (TAC)    | 1,1 (0-5)      | 19      |
| Raigs X                                  | 4,7 (0-25)     | 20      |
| Endoscòpia                               | 1,1 (0-3)      | 19      |
| Ultrassò                                 | 3,1 (0-10)     | 19      |

## Prestació de serveis

### *Perfils de les tasques clíniques*

En relació amb els perfils de les tasques clíniques dels metges de família, es distingeixen tres elements: la funció del metge de família com a primer punt de contacte per als problemes de salut dels pacients; l'aplicació de procediments tècnics mèdics, i el tractament i seguiment de les malalties. Cadascuna d'aquestes tasques s'ha avaluat per mitjà de llistes d'elements que, conjuntament, permeten indicar el grau d'implicació del metge de família. (Per a més informació, vegeu la descripció de la metodologia d'aquest estudi en el capítol 1).

## ***La funció dels metges de família com a primer punt de contacte per als problemes de salut dels pacients***

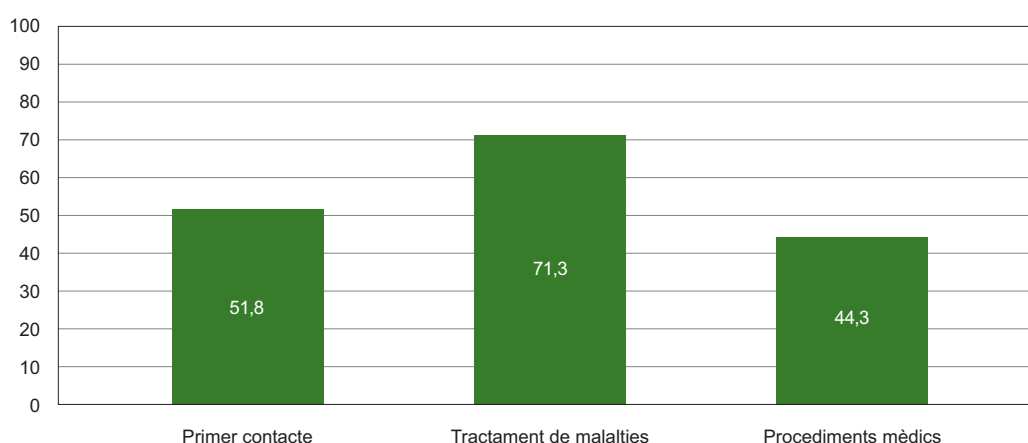
La funció com a primer punt de contacte s'ha avaluat amb 20 elements relacionats amb una varietat de problemes de salut dels homes, de les dones i dels infants. Els metges de família han indicat si els seus pacients tracten aquests problemes amb ells «(gairebé) sempre», «normalment», «ocasionalment», «rarament / mai» o «no ho sé». La figura 11 i, més detalladament, la taula facilitada en l'annex 1 d'aquest informe, mostra els resultats obtinguts. Els percentatges de la taula fan referència als metges de família que creuen que serien sempre o normalment el metge de primer contacte (el percentatge entre parèntesis indica els metges que han marcat com a resposta «ocasionalment»). El diagrama mostra el grau d'implicació dels metges de família com un percentatge de la màxima puntuació possible per a aquests serveis.

La figura 11 i l'annex 1 mostren que els metges de família a Andorra informen que la seva funció com a metge de primer contacte per als pacients amb problemes i necessitats de salut és modest. La puntuació relativa al grau d'implicació, basada en una llista de 20 problemes de salut susceptibles de requerir atenció mèdica per part dels pacients, és del 51,8% (quan el màxim és de 100%). Només quatre problemes de salut dels vint han quedat fora de la llista, amb els quals més del 70% dels metges de família ha respost que sempre o normalment són el metge de primer contacte.

Una altra pregunta (no inclosa en la taula) demana si els metges de família estan disposats a proporcionar cures pal·liatives als pacients amb càncer. La major part (76,9%) ha respost que està «(gairebé) sempre» disposada a proporcionar cures pal·liatives, i un 11,5% addicional ha respost que «normalment».

**FIGURA 11**

**Funció dels metges de família en el primer contacte amb pacients, implicació en el tractament de malalties i procediments mèdics / prevenció (% de la màxima puntuació)**



## ***Implicació dels metges de família en el tractament de malalties***

La funció dels metges de família en el tractament de malalties és més important: un 71,3% (la màxima implicació és, de nou, el 100%). La implicació és més elevada (més del 90% dels metges de família) en el tractament de la bronquitis crònica, l'úlcera pèptica, les lesions d'hèrnia discal, les diabetis sense complicacions (tipus II) i la depressió. El resultat del tractament (vegeu la figura 11) es basa en 18 elements.

### *Procediments mèdics aplicats pels metges de família*

Com també mostra la figura 11, la funció dels metges de família en l'aplicació de procediments tècnics mèdics és limitada (vegeu-ne els detalls en l'annex 1). La puntuació relativa a la implicació és del 44,3% (amb un màxim del 100%) i es basa en 16 elements. D'aquests 16 elements, només n'hi ha un en que els metges de família manifesten fer-se'n càrrec de forma habitual juntament amb les infermeres d'AP: la immunització davant de la grip i del tètanus. Un 54% dels metges de família posen un embenatge al turmell i un 48% administren vacunes contra l'al·lèrgia, però els altres procediments s'apliquen rarament.

### *Activitats preventives i de salut pública*

Les respostes dels metges de família mostren una participació moderada en les tasques de detecció, rehabilitació, salut escolar i activitats per a grups específics de pacients (vegeu la taula 27). La participació global en aquestes activitats és del 47%.

**TAULA 27**

#### **Implicació dels metges de família en activitats de salut pública i per a grups específics**

| Implicació dels metges de família en:                       | (n=26)      |         |
|-------------------------------------------------------------|-------------|---------|
|                                                             | % Sí        | N vàlid |
| Cribatge d'infeccions de transmissió sexual (ITS)           | 32,0        | 25      |
| Cribatge de VIH / sida                                      | 20,0        | 25      |
| Cribatge de la tuberculosi                                  | 26,9        | 26      |
| (Recepta) Vacunació contra la grip per a grups d'alt risc   | 76,9        | 26      |
| Rehabilitació                                               | 42,3        | 26      |
| Atenció sanitària a les escoles                             | 48,0        | 25      |
| Cribatge del càncer de cèrvix                               | 26,9        | 26      |
| Detecció del càncer de mama                                 | 64,0        | 25      |
| Abandonament del tabaquisme                                 | 76,9        | 26      |
| Intervenció en problemes amb l'alcohol                      | 52,0        | 25      |
| Atenció domiciliària a la gent gran o malalts crònics       | 69,2        | 26      |
| <b>Cobertura TOTAL per a grups específics (rang 0-100%)</b> | <b>47,0</b> |         |

La taula 28 mostra fins a quin punt els metges de família recreen medicaments genèrics quan és possible.

**TAULA 28**

#### **Prescripció de medicaments genèrics per part dels metges de família (quan és possible)**

| Prescripció de medicaments genèrics              | (n=26) |      |
|--------------------------------------------------|--------|------|
|                                                  | N      | %    |
| Recepto medicaments genèrics de manera rutinària | 4      | 15,4 |
| Recepto medicaments genèrics sovint              | 18     | 69,2 |
| Recepto medicaments genèrics ocasionalment       | 4      | 15,4 |

### *Atenció maternoinfantil i salut reproductiva*

L'atenció maternoinfantil i la salut reproductiva no es consideren generalment tasques pròpies dels metges de família. Això també passa a Andorra, on gairebé la meitat dels enquestats ha declarat que proporciona serveis de contracepció i planificació familiar a les dones, però que el control prenatal i les revisions i vacunacions pediàtriques no solen ser tasques dels metges de família al país. La taula 29 mostra fins a quin punt els metges de família s'involucren en aquests serveis.

**TAULA 29**

**Serveis prestats pels metges de família a tots o a la major part de les mares i els infants**

| <b>Metges de família que presten els serveis següents a tots o a la major part dels seus pacients:</b> | <b>(n=26)</b> |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|
|                                                                                                        | <b>%</b>      | <b>N vàlid</b> |
| Planificació familiar i contracepció                                                                   | 46,2          | 26             |
| Control prenatal habitual                                                                              | 28,0          | 25             |
| Vacunacions habituals per als infants menors de 4 anys                                                 | 34,6          | 26             |
| Revisions pediàtriques habituals (fins als 4 anys)                                                     | 19,2          | 26             |

# LES INFERMERES DELS CAP I LA SEVA SITUACIÓ EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

## Resultats de l'enquesta

Aquest capítol conté els resultats de l'enquesta duta a terme entre les infermeres a Andorra que treballen als centres d'atenció primària gestionats pel SAAS. Aquesta enquesta no és un element estàndard de la PCET, s'ha dissenyat específicament per aplicar-se a Andorra. Els resultats reflecteixen l'ambient de treball, les experiències i les opinions de les infermeres. De manera molt semblant a l'enquesta feta als metges de família, l'enquesta de les infermeres tracta els temes següents: càrrega de treball i ocupació del temps, accessibilitat i serveis disponibles per als pacients, aspectes relatius a la qualitat de l'atenció, ús de la informació clínica, coordinació i cooperació, equipament disponible als centres de salut i continuïtat de l'atenció.

## CARACTERÍSTIQUES DELS ENQUESTATS

Un total de 41 infermeres han respost l'enquesta, la majoria de les quals (38) són de sexe femení i amb una edat mitjana de 42 anys (rang: 27-61). Han estat treballant com a infermeres durant 11 anys de mitjana (rang 2-25). Aproximadament la meitat de les infermeres (55%) treballen actualment a les parròquies centrals d'Andorra la Vella i Escaldes-Engordany.

## ACCESSIBILITAT DE L'ATENCIÓ

### Accés a l'organització

#### *Càrrega de treball*

La taula 30 proporciona una visió general de diversos aspectes relatius a la càrrega de treball. El nombre mitjà de visites de pacients al centre és de 29,5, cosa que representa unes 148 visites setmanals. El nombre mitjà de visites domiciliàries és de 12 per setmana. Del total de 160 pacients per setmana, uns 88 han estat derivats per un metge de família (55%). El nombre d'hores de treball per setmana és de 39 hores de mitjana, però amb un ampli rang de variació. Les infermeres inverteixen 8 hores mensuals de mitjana a llegir revistes especialitzades o informació d'infermeria, i 8 hores més en cursos de formació i especialització.

**TAULA 30**

#### **Càrrega de treball i ocupació del temps de les infermeres**

| Qüestions relacionades amb la càrrega de treball            | (n=41)  |       |         |
|-------------------------------------------------------------|---------|-------|---------|
|                                                             | Mitjana | Rang  | N vàlid |
| Nombre de visites diàries de pacients al centre             | 29,5    | 10-75 | 40      |
| Nombre de visites domiciliàries setmanals                   | 11,6    | 0-100 | 40      |
| Nombre de pacients derivats per un metge el dia             | 17,5    | 2-50  | 38      |
| Nombre d'hores de treball setmanals                         | 39,3    | 35-48 | 41      |
| Nombre d'hores mensuals destinades a lectura especialitzada | 7,7     | 0-30  | 38      |
| Nombre d'hores mensuals destinades a cursos                 | 7,9     | 0-30  | 37      |

### *Accés i serveis disponibles per als pacients*

Els pacients generalment poden visitar la infermera el mateix dia (vegeu la taula 31), almenys en hores laborables. Cap infermera no ha notificat que treballa al vespre durant la setmana. Quan els centres estan tancats, normalment es facilita un número de telèfon als pacients per si necessiten assistència sanitària.

No hi ha gaires activitats ni sessions d'educació en grup disponibles per a grups específics de pacients; en certa manera, n'hi ha per a les dones embarassades. La meitat de les infermeres declara que no hi ha sessions per a tots els grups de pacients que s'especifiquen en la taula.

**TAULA 31**

#### **Indicadors d'accés al centre de salut**

| Qüestions relacionades amb l'accés dels pacients               | (n=41) |      |         |
|----------------------------------------------------------------|--------|------|---------|
|                                                                | N      | %    | N vàlid |
| Visites possibles el mateix dia                                | 40     | 97,6 | 41      |
| Obertura al vespre almenys una vegada per setmana              | 2      | 5,0  | 40      |
| Telèfon disponible per als pacients quan el centre està tancat | 6      | 15,0 | 40      |
| Horari laboral que convingui als pacients                      | 32     | 80,0 | 40      |
| Activitats del centre per a grups de pacients especials        |        |      |         |
| Per als pacients amb diabetis                                  | 3      | 7,3  | 41      |
| Per als pacients hipertensos                                   | 1      | 2,4  | 41      |
| Per obtenir informació de planificació familiar                | 4      | 9,8  | 41      |
| Per a les dones embarassades                                   | 16     | 39,0 | 41      |
| Per a la gent gran                                             | 4      | 9,8  | 41      |
| Per als pacients amb sobrepès o obesitat                       | 2      | 4,9  | 41      |
| Per als pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica     | -      | -    | 41      |
| Per a altres grups                                             | 1      | 2,4  | 41      |
| No hi ha sessions per a grups de pacients especials            | 21     | 51,2 | 41      |
| No hi ha informació disponible                                 | 1      | 2,4  | 41      |

### *Millora de la qualitat*

Les guies de pràctica clínica, els protocols d'infermeria i els procediments per atendre les reclamacions dels pacients són eines que permeten millorar la qualitat de l'atenció. A més, el grau de satisfacció dels pacients i representants de la comunitat pot proporcionar una important font d'informació per optimitzar els serveis prestats.

La taula 32 mostra la utilització dels diferents mètodes de millora de la qualitat. Els procediments obligatoris de reclamació s'utilitzen amb més freqüència que les guies de pràctica clínica i els protocols d'infermeria. Només algunes infermeres mencionen l'ús de mètodes d'avaluació, com ara investigacions sobre el grau de satisfacció dels pacients i les infermeres.

**TAULA 32**

**Ús de guies de pràctica clínica / protocols d'infermeria, procediments de reclamació i mètodes d'avaluació**

| Millora de la qualitat                                                             | (n=41) |      |         |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|---------|
|                                                                                    | N      | %    | N vàlid |
| Ús de guies de pràctica clínica / protocols d'infermeria                           |        |      |         |
| Sovint                                                                             | 24     | 60,0 | 40      |
| Ocasionalment o rarament / mai                                                     | 12     | 30,0 | 40      |
| Disposició d'un procediment per atendre les reclamacions                           | 39     | 95,1 | 41      |
| Utilització de mètodes d'avaluació                                                 |        |      |         |
| Investigació del grau de satisfacció del pacient                                   | 2      | 4,9  | 41      |
| Entrevista a les infermeres i llevadores sobre el grau de satisfacció amb la feina | 4      | 10,0 | 40      |

## CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ

### Continuïtat de la informació

El requisit principal per a una assistència de qualitat i amb continuïtat és registrar sistemàticament la informació d'infermeria de tots els pacients, però una quarta part de les infermeres no ho practica (vegeu la taula 33). Igualment important és l'emmagatzematge i la recuperació d'informació. La identificació dels grups de pacients sobre la base d'un diagnòstic compartit, del risc per a la salut o, simplement, de l'edat, pot permetre plantejaments eficaços de prevenció i control actius. Tot i que les infermeres utilitzen generalment els ordinadors per desar-hi els registres infermers, els sistemes d'informació pràctica de les infermeres no semblen adaptats per generar fàcilment llistes per categories.

Un dels elements bàsics de la cooperació entre l'atenció primària i secundària és la informació que acompanya els pacients quan se'ls deriva a metges especialistes o se'ls hospitalitza, i viceversa. La major part de les enquestades declara que sempre o normalment informen (per telèfon o carta) el metge de família o especialista sobre els pacients derivats.

En l'enquesta es pregunta a les infermeres si a la sala d'espera del seu CAP hi ha materials d'informació per al pacient (no comercial), com ara fullets o cartells. Els resultats obtinguts s'exposen en la taula 34.

La major part de les infermeres únicament disposen d'informació sobre la dieta saludable, les vacunes i els serveis socials.

Un 34% de les infermeres, de mitjana, tenen a la seva disposició algun tipus de material educatiu relacionat amb la salut.

**TAULA 33**

**Disponibilitat i ús de la informació clínica i ús dels ordinadors**

| Millora de la qualitat                                                                          | (n=41) |       |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|---------|
|                                                                                                 | N      | %     | N vàlid |
| Registrar sistemàticament les històries clíniques del pacients per a <b>tots</b> els contactes  | 31     | 75,6  | 41      |
| Generar fàcilment una llista de pacients per grau de risc o diagnòstic                          |        |       |         |
| Fàcil                                                                                           | 0      | -     | 40      |
| Una mica difícil                                                                                | 4      | 10,0  | 40      |
| Molt difícil                                                                                    | 5      | 12,5  | 40      |
| No puc generar la llista                                                                        | 12     | 47,5  | 40      |
| No ho sé                                                                                        | 19     | 47,5  | 40      |
| Informar sempre o normalment els metges de família o especialistes dels pacients que es deriven | 22     | 53,7  | 41      |
| Utilitzar l'ordinador per:                                                                      |        |       |         |
| Maintenir els registres d'infermeria                                                            | 41     | 100,0 | 41      |
| Cercar informació mèdica                                                                        | 32     | 78,0  | 41      |
| <b>No</b> utilitza l'ordinador                                                                  | 0      | -     | 41      |

**TAULA 34**

**Disponibilitat de materials educatius relacionats amb la salut per als pacients a la sala d'espera**

| Tema dels materials                   | (n=41) |         |
|---------------------------------------|--------|---------|
|                                       | %      | N vàlid |
| Risc de malalties cardiovasculars     | 17,1   | 39      |
| Dieta saludable                       | 68,3   | 41      |
| Abandonament del tabaquisme           | 30,0   | 40      |
| Obesitat                              | 23,1   | 39      |
| Diabetis                              | 15,4   | 39      |
| Malalties de transmissió sexual (MTS) | 40,0   | 40      |
| Vacunes                               | 68,3   | 41      |
| Contracepció                          | 7,9    | 38      |
| Autotractament del refredat o la tos  | 10,0   | 40      |
| Serveis socials                       | 67,5   | 40      |
| Material disponible de mitjana        | 34,2%  |         |

## COORDINACIÓ DE L'ATENCIÓ

### La cohesió en l'atenció primària

Totes les infermeres, excepte una, treballen com a mínim amb una altra infermera al mateix centre de salut, mentre que la major part treballen (59%) amb una llevadora. Una de cada quatre infermeres té un metge de família lliberal al seu centre i cinc treballen amb un metge de família assalariat al centre (vegeu la taula 35).

**TAULA 35**

#### Professionals sanitaris que treballen al centre de salut

| Treballen al mateix centre de salut   | (n=41)  |      |         |
|---------------------------------------|---------|------|---------|
|                                       | Mitjana | Rang | N vàlid |
| Infermeres                            | 3,66    | 1-7  | 41      |
| Auxiliars                             | -       | -    | 41      |
| Llevadores                            | 1,09    | 1-2  | 41      |
| Metges de família (públic)            | 1,00    | 1    | 41      |
| Metges de família (privat / lliberal) | 1,55    | 1-2  | 41      |

La major part de les infermeres treballen amb un treballador social al seu centre de salut (vegeu la taula 36) i algunes també amb treballadors familiars, fisioterapeutes / psicòlegs o dentistes. Segons les respostes obtingudes, els farmacèutics no sembla que formin part dels centres d'atenció primària del SAAS. Com a altres disciplines, s'esmenten els col·laboradors administratius, així com els educadors i els psiquiatres.

**TAULA 36**

#### Altres disciplines que treballen amb les infermeres al centre de salut

| Disciplines               | (n=41) |      |         |
|---------------------------|--------|------|---------|
|                           | N      | %    | N vàlid |
| Treballador social        | 34     | 85,0 | 40      |
| Treballador familiar      | 7      | 17,1 | 41      |
| Fisioterapeuta / psicòleg | 6      | 14,6 | 41      |
| Dietista                  | 1      | 2,4  | 41      |
| Dentista                  | 5      | 12,2 | 41      |
| Altres                    | 7      | 17,1 | 41      |

Per comunicar-se informació relativa als pacients, per exemple, sobre els factors de risc o les activitats preventives, ajuda el fet que els diferents professionals sanitaris puguin consultar les mateixes històries clíniques. La taula 37 mostra que les infermeres comparteixen les històries clíniques sovint amb altres infermeres, i la majoria també amb les llevadores. Molt poques infermeres declaren que comparteixen les històries clíniques amb metges de família o farmacèutics. Algunes no saben si les llevadores, els farmacèutics o altres infermeres utilitzen les mateixes històries clíniques dels pacients.

**TAULA 37****Ús de les històries clíniques dels pacients per part d'altres professionals sanitaris**

| Ús de les històries clíniques dels pacients per part de: | (n=41) |      |         |
|----------------------------------------------------------|--------|------|---------|
|                                                          | N      | %    | N vàlid |
| Metges de família                                        | 6      | 15,0 | 40      |
| Altres infermeres                                        | 38     | 92,7 | 41      |
| Llevadores                                               | 24     | 58,5 | 41      |
| Farmacèutics                                             | 1      | 2,4  | 38      |

Gairebé totes les enquestades declaren que mantenen reunions cara a cara amb altres infermeres (vegeu la taula 38). Aproximadament la meitat de les infermeres té reunions cara a cara amb psicòlegs o psiquiatres. Només el 20% comenta que manté reunions amb metges de família; i el 28%, amb treballadors socials.

**TAULA 38****Reunions cara a cara amb altres professionals**

| Reunions cara a cara com a mínim una vegada el mes amb: | (n=41) |         |
|---------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                         | %      | N vàlid |
| Metge de família                                        | 20,0   | 40      |
| Altres infermeres                                       | 85,0   | 40      |
| Llevadora                                               | 22,5   | 40      |
| Psiquiatre / psicòleg                                   | 48,7   | 39      |
| Treballador social                                      | 28,2   | 39      |

**Contactes amb altres nivells d'atenció i amb la comunitat**

El grau de contacte informal amb els metges de família i un determinat nombre de metges especialistes generalment és elevat. Pràcticament totes les infermeres demanen sovint o a vegades assessorament mèdic als metges de família, pediatres, internistes, ginecòlegs, cirurgians o oftalmòlegs. El contacte amb els neuròlegs, dermatòlegs i els serveis d'urgències és lleugerament menys freqüent (vegeu la taula 39).

El nombre de pacients que s'han derivat a aquests i a altres especialistes en el termini d'una setmana mostra una variació moderada, amb un índex de derivació més elevat per als metges de família i els serveis d'urgències (vegeu la taula 40). Els índexs de derivació més baixos corresponen als serveis de salut mental. (Aquests índexs de derivació s'han de considerar només a títol indicatiu).

### TAULA 39

#### Consultes i sol·licitud d'assessorament als metges especialistes

| Demana consell "sovint" o "a vegades" als: | (n=41) |         |
|--------------------------------------------|--------|---------|
|                                            | %      | N vàlid |
| Metge/s de família                         | 97,5   | 40      |
| Pediatre/s                                 | 67,5   | 40      |
| Internista/es                              | 57,5   | 40      |
| Ginecòleg/s                                | 26,3   | 38      |
| Cirurgia/ans                               | 70,0   | 40      |
| Neuròleg/s                                 | 7,7    | 39      |
| Dermatòleg/s                               | 23,1   | 39      |
| Oftalmòleg/s                               | 10,3   | 39      |
| Serveis d'urgències                        | 79,5   | 39      |

### TAULA 40

#### Nombre de pacients derivats per les infermeres a metges especialistes i a altres serveis durant una setmana

| Pacients derivats al:        | (n=41)  |      |         |
|------------------------------|---------|------|---------|
|                              | Mitjana | Rang | N vàlid |
| Metge de família             | 5,06    | 1-20 | 36      |
| Especialista mèdic secundari | 1,46    | 1-7  | 35      |
| Servei d'Urgències           | 2,69    | 0-8  | 36      |
| Servei de Salut mental       | 0,23    | 0-3  | 31      |
| Treballador social           | 1,15    | 0-5  | 34      |

Les respostes de les enquestades indiquen una feble col·laboració entre els centres d'atenció primària (CAP) i la comunitat on treballen. Només cinc infermeres comuniquen reunions periòdiques amb les autoritats locals (vegeu la taula 41), mentre que tres (7,5%) no saben si aquestes reunions han tingut lloc. Les reunions amb la comunitat o els treballadors socials són més freqüents que amb les autoritats locals, però tot i així només les esmenten una minoria.

### TAULA 41

#### Relacions amb la comunitat per part d'algun membre del centre de salut

| Tipus de relació                                                 | (n=41) |         |
|------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|                                                                  | %      | N vàlid |
| Reunions periòdiques amb les autoritats locals                   | 12,5   | 40      |
| Reunions periòdiques amb la comunitat o els treballadors socials | 33,3   | 39      |

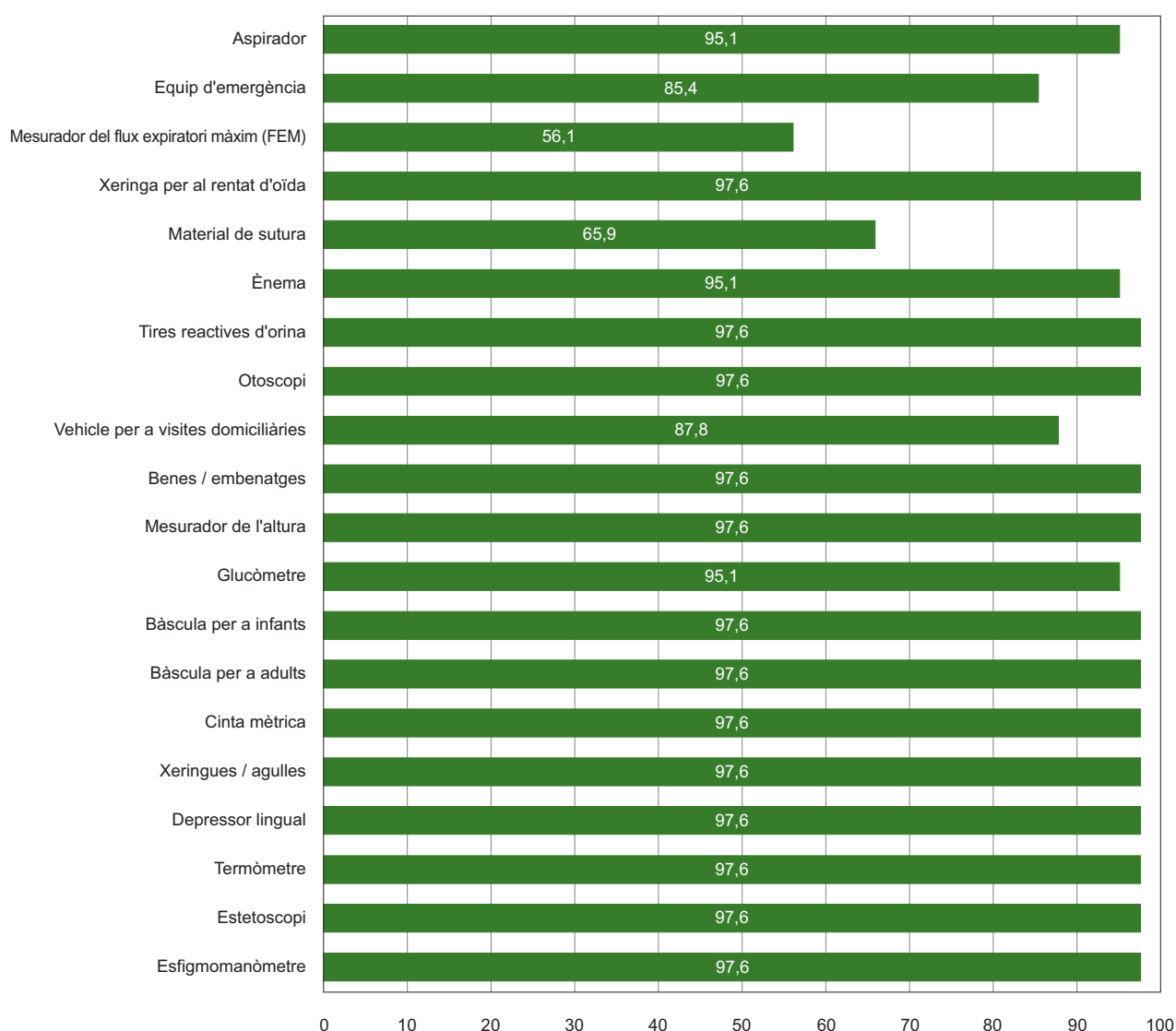
## INTEGRALITAT DE L'ATENCIÓ

### Equipament mèdic

En l'enquesta es demana a les infermeres que indiquin quin equipament mèdic tenen al centre de salut on treballen d'una llista de 20 elements. El diagrama de la figura 12 proporciona una visió general de l'equipament disponible. Un total de 16 elements estan a la disposició de (gairebé) totes les infermeres (>90) i la major part estan generalment disponibles. Els tres elements menys disponibles són els següents: mesurador del flux expiratori màxim (FEM), material de sutura i equip d'emergència.

FIGURA 12

#### Equipament disponible (% d'infermeres)



Atès que el nivell pel que fa a l'equipament mèdic és generalment alt, la taula 42 mostra només petites diferències entre les infermeres. En termes generals, de la llista de 20 elements, el nombre mitjà d'elements per infermera és de 18. Totes, excepte una, tenen entre 16 i 20 elements a la seva disposició.

**TAULA 42****Nombre d'equipaments mèdics disponibles per a les infermeres**

| Nombre d'elements                                                      | (n=41) |       |
|------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
|                                                                        | N      | %     |
| 5 o menys                                                              | 1      | 2,4   |
| 6-10                                                                   | 0      | -     |
| 11-15                                                                  | 0      | -     |
| 16-20                                                                  | 40     | 97,6  |
| TOTAL                                                                  | 41     | 100,0 |
| Nombre mitjà d'elements disponibles per infermera (d'una llista de 20) | 18,4   |       |

**Prestació de serveis**

Es va demanar a les infermeres que qualifiquessin la seva participació en activitats per a grups especials amb les respostes següents: «sovint», «a vegades» o «rarament o mai». En la taula 43 es combinen les respostes «sovint» i «a vegades». El rang per a la cobertura total d'aquestes activitats, segons les enquestades, varia entre el 0% i el 93%, i la mitjana és del 66%. Les infermeres s'involucren amb més freqüència en la vacunació contra la grip, la cura dels infants, els tractaments parenterals, el seguiment dels pacients amb hipertensió, la detecció del consum d'alcohol o drogues i el seguiment de la gent gran amb salut delicada. Relativament poques infermeres duen a terme tasques de vigilància activa dels pacients que volen deixar de fumar, d'avaluació de pacients per al seu ingrés en un centre de malalts crònics o residència, d'avaluació geriàtrica, d'educació en l'ús d'inhaladors o d'educació per a la salut a les escoles.

**TAULA 43****Implicació de les infermeres en activitats per a grups específics**

| La infermera s'implica sovint o a vegades en:                           | (n=41) |             |         |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|---------|
|                                                                         | N      | %           | N vàlid |
| Avaluació del pacient per al seu ingrés en una residència               | 12     | 29,3        | 41      |
| Avaluació del pacient per al seu ingrés en un centre de malalts crònics | 8      | 19,5        | 41      |
| Sutura de ferides                                                       | 11     | 27,5        | 40      |
| Detecció / seguiment de pacients amb sobrepès i obesitat                | 36     | 87,8        | 41      |
| Detecció / seguiment de pacients amb hipertensió                        | 39     | 95,1        | 41      |
| Educació dels pacients en l'ús d'inhaladors                             | 29     | 70,7        | 41      |
| Seguiment per deixar de fumar                                           | 3      | 7,3         | 41      |
| Detecció de problemes per consum d'alcohol o drogues                    | 38     | 92,7        | 41      |
| Avaluació geriàtrica o cognitiva                                        | 28     | 68,3        | 41      |
| Tractaments parenterals                                                 | 39     | 95,1        | 41      |
| Vigilància sistemàtica dels infants (incloent-hi la vacunació)          | 40     | 97,6        | 41      |
| Vigilància de la gent gran amb salut delicada                           | 38     | 92,7        | 41      |
| Vigilància rutinària contra la grip                                     | 40     | 97,6        | 41      |
| Educació per a la salut a les escoles                                   | 18     | 43,9        | 41      |
| <b>Cobertura TOTAL per a "grups específics" (rang 0-93%)</b>            |        | <b>66,4</b> |         |

# OPINIÓ I EXPERIÈNCIES DELS PACIENTS Resultats de l'enquesta

## AMB L'AP A ANDORRA

S'ha demanat als pacients de les consultes dels metges de família que responguin una enquesta amb les seves experiències i opinions. Amb aquesta finalitat, els treballadors de camp han visitat les consultes i han demanat sistemàticament a tots els pacients la seva cooperació fins a assolir l'objectiu d'emplenar 15 qüestionaris. Llevat de dos excepcions, la informació obtinguda en l'enquesta dels pacients està relacionada amb les consultes dels metges de família que han participat en l'enquesta dels metges de família. En dos consultes s'han enquestat pacients sense la participació del metge de família. En el capítol 1 es presenta una explicació més detallada de la metodologia, així com una descripció dels resultats en consonància amb el marc teòric explicat.

### CARACTERÍSTIQUES DELS ENQUESTATS

Un total de 390 pacients han contestat l'enquesta, els antecedents dels quals es presenten en la taula 44. Com és habitual entre els visitants dels serveis de salut, els pacients de sexe femení són majoria. L'edat mitjana dels enquestats és de gairebé 50 anys, i el 46% superen els 50 anys. Aproximadament dos terços són treballadors. Com que el 24% dels enquestats té més de 60 anys, el percentatge d'enquestats jubilats està en consonància amb les expectatives. Només el 4% dels enquestats està a l'atur, i el 3% no pot treballar. Dos terços dels enquestats viuen en parella, amb fills o sense. El 70% dels enquestats ha nascut fora d'Andorra, sobretot en un país de la UE.

**TAULA 44**

#### Antecedents dels pacients enquestats

| Antecedents dels pacients | (n=390) |       |
|---------------------------|---------|-------|
|                           | N       | %     |
| <b>Gènere</b>             |         |       |
| Home                      | 148     | 37,9  |
| Dona                      | 242     | 62,1  |
| Total                     | 390     | 100,0 |
| <b>Edat</b>               |         |       |
| 18-20 anys                | 11      | 2,8   |
| 21-30 anys                | 33      | 8,5   |
| 31-40 anys                | 65      | 16,7  |
| 41-50 anys                | 100     | 25,6  |
| 51-60 anys                | 87      | 22,3  |
| Més de 60 anys            | 94      | 24,1  |
| Total                     | 390     | 100,0 |

segueix

| Antecedents dels pacients                   | (n=390) |       |
|---------------------------------------------|---------|-------|
|                                             | N       | %     |
| <b>Ocupació</b>                             |         |       |
| Estudia                                     | 12      | 3,1   |
| A l'atur                                    | 14      | 3,6   |
| No pot treballar (per discapacitat)         | 10      | 2,6   |
| Cuida de la família o la llar               | 14      | 3,6   |
| Empleat                                     | 256     | 65,6  |
| Autònom                                     | 21      | 5,4   |
| Jubilat o retirat                           | 58      | 14,9  |
| Altres                                      | 5       | 1,3   |
| Total                                       | 390     | 100,0 |
| <b>Entorn familiar</b>                      |         |       |
| Sol                                         | 48      | 12,3  |
| Amb els pares                               | 21      | 5,4   |
| En parella                                  | 145     | 37,2  |
| Amb família (inclòs nens)                   | 134     | 34,4  |
| Altres                                      | 42      | 10,8  |
| Total                                       | 390     | 100,0 |
| <b>Lloc de naixement</b>                    |         |       |
| Andorra                                     | 118     | 30,3  |
| País de la UE                               | 246     | 63,2  |
| País europeu fora de la UE                  | 7       | 1,8   |
| Amèrica del Nord, Austràlia o Nova Zelanda  | 1       | 0,3   |
| Un altre país                               | 17      | 4,4   |
| Total                                       | 389     | 100,0 |
| <b>Cobertura de les despeses sanitàries</b> |         |       |
| Assegurança de salut obligatòria            | 360     | 99,5  |
| Prestacions socials                         | 19      | 4,9   |
| Assegurança de salut privada complementària | 184     | 47,2  |
| Altres                                      | 23      | 5,9   |

## ACCESSIBILITAT A L'ATENCIÓ

### Accessibilitat econòmica

Entre el 30% i el 40% dels pacients han respost que han hagut d'efectuar un copagament pels serveis especificats en la taula 45, corresponent a la proporció de factures sanitàries que la CASS no reemborsa. Els pacients que han respost que aquests serveis són gratuïts és probable que vulguin dir que tenen cobert el copagament per mitjà d'una assegurança privada. Una part dels pacients no sap exactament si ha de pagar o fins a quin punt ha de pagar pels serveis. Entre el 3% i el 13% dels enquestats ha respost que no ho sabia o no ha contestat la pregunta relativa a

la compensació que rebrien per la visita d'un metge de família, un especialista o els medicaments receptats. Un 27% no sap si rebrà una compensació per la visita domiciliària d'un metge de família.

Les respostes a la pregunta relativa als obstacles financers per fer ús de l'assistència sanitària, com s'exposen en la taula 46, són força clares. El pagament privat per les visites, els medicaments o les proves complementàries han fet que l'11% dels enquestats decideixi no visitar-se o endarrerir una visita amb el seu metge de família en els últims 12 mesos.

**TAULA 45**

**Serveis que requereixen copagament, segons els pacients**

| Tipus de servei                                                             | (n=390) |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                             | N       | %    |
| Visita al vostre metge de família                                           | 147     | 37,7 |
| Visita domiciliària del vostre metge de família                             | 149     | 38,2 |
| Visita a un especialista per derivació del vostre metge de família          | 145     | 37,2 |
| Visita a un especialista <b>sense</b> derivació del vostre metge de família | 139     | 35,7 |
| Medicaments receptats per un metge de família o especialista                | 114     | 29,2 |

**TAULA 46**

**Pacients que esmenten obstacles financers per utilitzar els serveis d'un metge de família**

| Decisió presa en l'últim any                                                                                 | (n=390) |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                                                              | N       | %    |
| No fer o endarrerir una visita perquè no podia pagar la visita, els medicaments o les proves complementàries | 43      | 11,1 |

**Capacitat de resposta i accessibilitat geogràfica**

Aquest apartat tracta les qüestions relatives al servei que ofereixen les instal·lacions sanitàries, com ara l'assequibilitat i l'accessibilitat, els horaris, la comoditat i l'amabilitat envers el pacient. Com es pot observar en la taula 47 i la figura 13, com a mínim vuit de cada deu pacients, de mitjana, tenen el seu metge de família i farmacèutic a 20 minuts de distància. Arribar fins al dentista de preferència requereix més temps: les dos tercers parts no triguen més de 20 minuts, el mateix temps que es tarda a arribar a l'hospital. Els centres d'atenció primària del SAAS, tanmateix, són els més pròxims: el 90% de la població pot arribar a un CAP en 20 minuts. Com que el país és molt petit, és obvi que s'esmenten rarament trajectes que superen els 40 minuts de temps.

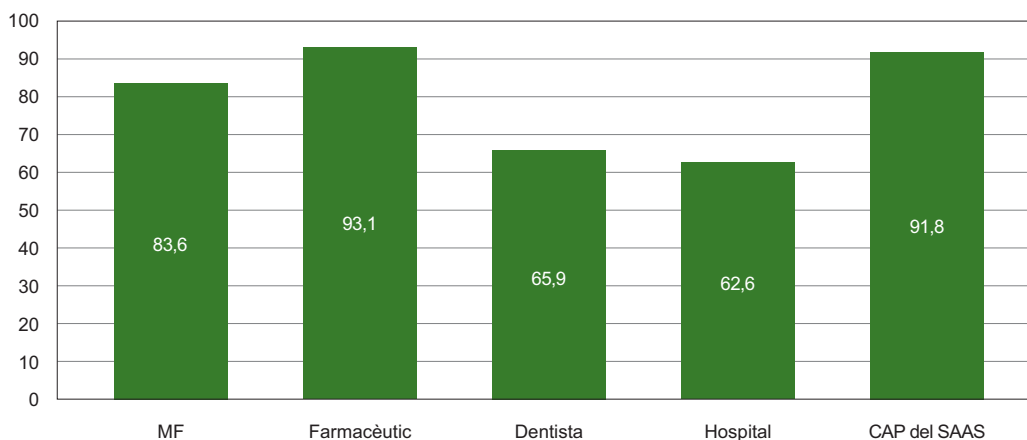
**TAULA 47**

**Temps que tarden a arribar els pacients fins als professionals d'atenció primària**

| Professional i distància               | (n=390) |       |
|----------------------------------------|---------|-------|
|                                        | N       | %     |
| <b>Metge de família de preferència</b> |         |       |
| Fins 20 minuts                         | 326     | 83,6  |
| 20-40 minuts                           | 60      | 15,4  |
| 40-60 minuts                           | 3       | 0,8   |
| Més d'una hora                         | 0       | -     |
| No ho sap / no contesta                | 1       | 0,3   |
| Total                                  | 390     | 100,0 |
| <b>Farmacèutic de preferència</b>      |         |       |
| Fins 20 minuts                         | 363     | 93,1  |
| 20-40 minuts                           | 20      | 5,1   |
| 40-60 minuts                           | 0       | -     |
| Més d'una hora                         | 0       | -     |
| No ho sap / no contesta                | 7       | 1,8   |
| Total                                  | 390     | 100,0 |
| <b>Dentista de preferència</b>         |         |       |
| Fins 20 minuts                         | 257     | 65,9  |
| 20-40 minuts                           | 87      | 22,3  |
| 40-60 minuts                           | 16      | 4,1   |
| Més d'una hora                         | 3       | 0,8   |
| No ho sap / no contesta                | 27      | 6,9   |
| Total                                  | 390     | 100,0 |
| <b>Hospital</b>                        |         |       |
| Fins 20 minuts                         | 244     | 62,6  |
| 20-40 minuts                           | 123     | 31,5  |
| 40-60 minuts                           | 18      | 4,6   |
| Més d'una hora                         | 0       | -     |
| No ho sap / no contesta                | 5       | 1,3   |
| Total                                  | 390     | 100,0 |
| <b>CAP del SAAS més pròxim</b>         |         |       |
| Fins 20 minuts                         | 358     | 91,8  |
| 20-40 minuts                           | 23      | 5,9   |
| 40-60 minuts                           | 1       | 0,3   |
| Més d'una hora                         | 0       | -     |
| No ho sap / no contesta                | 8       | 2,1   |
| Total                                  | 390     | 100,0 |

**FIGURA 13**

**Pacients a 20 minuts de distància dels centres d'assistència sanitària (%)**



En la taula 48 es presenten les experiències i les opinions dels pacients sobre les qüestions relatives al servei de la consulta del metge de família. Els 15 elements de la taula fan referència a l'accessibilitat i la comoditat de les instal·lacions, el tractament rebut per part del personal de la consulta, els horaris laborals i la disponibilitat dels professionals. Les possibles respostes són: «Sí, hi estic d'acord», «Hi estic parcialment d'acord», «No hi estic d'acord» i «No ho sé». Els nombres i els percentatges inclosos en la taula corresponen al nombre de pacients que han respost «Sí, hi estic d'acord».

Més de dos terços del total de pacients declaren que arriben fàcilment a la consulta amb transport públic. Pel que fa a l'accés físic dels locals per a les persones amb mobilitat reduïda o amb cadira de rodes, tres quartes parts han respost que la consulta és fàcilment accessible. Per tant, en 6 consultes hi ha motiu de millora en aquest sentit.

Més de vuit de cada deu pacients es mostren positius sobre la qualitat de la sala d'espera.

Quan es pregunta als pacients si el metge de família disposa d'un lloc web, el 8% declara que no n'hi ha cap de disponible (pregunta no inclosa en la taula). Tanmateix, una gran majoria (79%) responen que no ho saben, fet que pot assenyalar poc interès per part de l'enquestat de disposar d'un lloc web com a servei de la consulta per als pacients.

Només el 14,5% dels pacients és conscient de l'existència d'una bústia de reclamacions a la consulta.

La major part dels pacients han trobat el metge sempre disponible quan han anat a la consulta (64%), diuen que és possible visitar el metge de família el mateix dia si cal (76%) o que és fàcil parlar amb el metge per telèfon en hores laborables (52%). Només el 35% dels enquestats responen que hi ha un número de telèfon disponible per als pacients per si es posen malalts fora de l'horari laboral.

Aproximadament la meitat dels enquestats afirma que visitar un metge de família al vespre almenys un cop per setmana és possible, però que en un dia de cap de setmana sembla que és molt més difícil; només el 10% dels enquestats ho veu com una possibilitat. Malgrat aquestes limitacions, la majoria dels pacients estan satisfets amb l'horari actual.

El tractament que els pacients reben a la recepció està molt ben valorat. El 92% dels enquestats està d'acord que el personal de recepció és amable i servicial. Encara hi ha marge de millora en aspectes com el temps que cal invertir per aconseguir una cita amb el metge de família i el temps d'espera a la sala d'espera. El 15% considera que aconseguir una cita amb un metge de família demana massa temps, mentre que el 20% considera que ha d'esperar massa temps a la sala d'espera.

## TAULA 48

### La qualitat experimentada a la consulta

| Pacients que estan d'acord amb les afirmacions següents:                                                                | (n=390) |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                                                                         | N       | %    |
| Puc arribar fàcilment a la consulta amb transport públic                                                                | 267     | 68,5 |
| La consulta és del tot accessible per a persones amb mobilitat reduïda o amb cadira de rodes                            | 301     | 77,2 |
| La sala d'espera per als pacients és adequada                                                                           | 338     | 86,7 |
| La consulta té un lloc web                                                                                              | 39      | 10,0 |
| La consulta disposa d'una bústia de reclamacions que puc fer servir per presentar una reclamació si no estic satisfet   | 58      | 14,9 |
| Quan la consulta està oberta i vull visitar urgentment un metge de família, és possible obtenir la visita el mateix dia | 295     | 75,6 |
| En horari laboral és fàcil poder assessorar-me per telèfon amb un metge                                                 | 206     | 52,8 |
| Quan vaig a la consulta, sempre hi ha un metge disponible                                                               | 250     | 64,1 |
| Quan la consulta està tancada, hi ha un número de telèfon (diferent del 116) per trucar-hi si em poso malalt            | 135     | 34,6 |
| En aquesta consulta puc visitar un metge de família dissabte o diumenge                                                 | 41      | 10,5 |
| En aquesta consulta puc visitar un metge de família després de les 18.00 h (almenys un cop per setmana)                 | 189     | 48,5 |
| Estic satisfet amb l'horari actual de la consulta                                                                       | 341     | 87,4 |
| El personal de recepció és amable i servicial                                                                           | 357     | 91,5 |
| Aconseguir una cita amb el meu metge demana massa temps                                                                 | 60      | 15,4 |
| He d'esperar molt de temps a la sala d'espera per veure el metge                                                        | 77      | 19,7 |

## CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ

### Continuïtat longitudinal i interpersonal

Per al 16% dels enquestats, aquesta és la primera visita al metge de família en els 12 mesos anteriors; i per al 20%, la segona. Més d'un terç han visitat un metge de família de dos a quatre vegades l'any anterior, mentre que una quarta part pertany al visitant freqüent, amb 5 visites o més en els darrers 12 mesos (vegeu la taula 49). Com que l'enquesta es va dur a terme mentre els pacients anaven de visita al metge, els percentatges no són cap indicació del grau d'utilització dels serveis de metge de família per part de la població.

Els pacients han visitat un metge especialista d'Andorra gairebé el doble, de mitjana, que l'any anterior, i les visites a metges especialistes d'altres països encara són molt més freqüents.

Els enquestats han visitat com a mínim en dos ocasions les infermeres dels centres d'atenció primària del SAAS l'any passat, mentre que gairebé dos terços dels pacients no han visitat una infermera del SAAS l'any anterior. Una cinquena part dels enquestats ha visitat d'una a tres vegades una infermera en aquest període.

**TAULA 49**

**Freqüència de les visites dels pacients al seu metge de família, a un metge especialista i a una infermera dels CAP del SAAS, en els 12 mesos anteriors**

| Freqüència de les visites els últims 12 mesos   | (n=390) |      | Mitjana<br>(mínim-màxim) |
|-------------------------------------------------|---------|------|--------------------------|
|                                                 | N       | %    |                          |
| Qualsevol metge de família                      |         |      |                          |
| Només aquesta visita                            | 63      | 16,2 |                          |
| Una vegada abans d'aquesta visita               | 79      | 20,3 |                          |
| 2-4 vegades abans d'aquesta visita              | 144     | 36,9 |                          |
| 5-7 vegades abans d'aquesta visita              | 60      | 15,4 |                          |
| 8 vegades o més abans d'aquesta visita          | 37      | 1,8  |                          |
| No ho sé                                        | 7       | 1,8  |                          |
| Metge especialista                              |         |      |                          |
| A Andorra                                       |         |      | 1,90 (0-20)              |
| A Espanya                                       |         |      | 0,47 (0-12)              |
| A França                                        |         |      | 0,05 (0-5)               |
| A Portugal                                      |         |      | 0,00 (0-1)               |
| Infermera                                       |         |      |                          |
| Cap visita                                      | 245     | 63,3 |                          |
| 1-3 visites                                     | 84      | 21,7 |                          |
| 4-6 visites                                     | 31      | 8,0  |                          |
| 7-9 visites                                     | 5       | 1,3  |                          |
| 10-12 visites                                   | 6       | 1,6  |                          |
| 13 visites o més                                | 16      | 4,1  |                          |
| Freqüència de visites anuals amb les infermeres |         |      | 2,04 (0-50)              |

La resta d'aquesta secció se centra en la manera com es percep el funcionament del metge de família en la relació personal amb els pacients. Alguns aspectes importants en aquesta avaluació són la comunicació entre metge i pacient, la percepció de la competència professional del metge per part dels pacients, i la confiança dels pacients en el metge. Per a aquesta avaluació, és bàsica la relació entre metge i pacient, per exemple, en termes de continuïtat personal i del temps disponible per als pacients a les consultes.

La taula 50 se centra en determinats requisits relatius a la continuïtat: quant de temps fa que els pacients recorren al seu metge de família actual, si visiten sempre el mateix metge cada vegada que van a la consulta i la durada habitual d'una consulta. Les condicions per a una relació metge-pacient continuada semblen bones. Segons les respostes obtingudes, la població de la consulta és relativament estable: gairebé el 70% dels pacients han respost que fa més de 3 anys que estan amb el seu metge de família; el 14% afirma que hi està des de fa només un any; i el 16% restant, entre un i tres anys.

Atès que la major part dels metges de família treballa en solitari, no és estrany que els pacients responguin que sempre veuen el mateix metge quan van a la consulta.

Els metges de família dediquen molt de temps als seus pacients. Les respostes dels pacients sobre aquest tema informen que la durada mitjana d'una consulta és de 25 minuts. En contraposició amb els enquestats que declaren que les consultes són curtes i duren com a màxim 10 minuts, una tercera part respon que les consultes duren de 16 a 20 minuts, i més del 30%, que duren més de 25 minuts.

**TAULA 50**

**Declaracions i experiències dels pacients en relació amb el seu metge**

| Declaracions i experiències sobre el contacte                                                                                          | (n=390) |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                                                                                        | N       | %    |
| Temps que fa que un pacient està amb aquest metge de família                                                                           |         |      |
| Menys d'un any                                                                                                                         | 55      | 14,1 |
| 1-3 anys                                                                                                                               | 62      | 15,9 |
| Més de 3 anys                                                                                                                          | 260     | 66,9 |
| No aplicable                                                                                                                           | 5       | 1,3  |
| No ho sap / no contesta                                                                                                                | 8       | 2,0  |
| Quan vaig a la consulta, sempre em visita el mateix metge de família                                                                   | 369     | 94,6 |
| Durada estimada d'una consulta                                                                                                         |         |      |
| Fins a 5 minuts                                                                                                                        | 5       | 1,3  |
| 6-10 minuts                                                                                                                            | 15      | 3,8  |
| 11-15 minuts                                                                                                                           | 85      | 21,8 |
| 16-20 minuts                                                                                                                           | 139     | 35,6 |
| 20-25 minuts                                                                                                                           | 14      | 3,6  |
| Més de 25 minuts                                                                                                                       | 120     | 30,8 |
| No contesta                                                                                                                            | 12      | 3,1  |
| Durada mitjana d'una consulta (en minuts)                                                                                              | 24,62   |      |
| Temps estimat entre la concertació d'una cita i la visita al metge de família                                                          |         |      |
| La visita és el mateix dia                                                                                                             | 153     | 39,2 |
| He d'esperar un dia                                                                                                                    | 159     | 40,8 |
| 2-3 dies                                                                                                                               | 64      | 16,4 |
| Més de 3 dies                                                                                                                          | 10      | 2,6  |
| No demano mai cita                                                                                                                     | 1       | 0,3  |
| No ho sé                                                                                                                               | 2       | 0,5  |
| Aquest metge de família coneix la meva situació personal (per exemple, laboral o familiar)                                             | 331     | 84,9 |
| Aquest metge de família coneix els problemes i les malalties que he tingut en el passat (a partir de les meves històries clíniques)    | 359     | 92,1 |
| Aquest metge de família dedica temps suficient a parlar amb mi                                                                         | 369     | 94,6 |
| Aquest metge de família m'escolta                                                                                                      | 347     | 95,9 |
| Aquest metge de família no només s'ocupa dels problemes mèdics, sinó que també m'ajuda amb els problemes i les preocupacions personals | 265     | 67,9 |
| Aquest metge de família m'explica clarament les meves malalties i els medicaments que em recepta                                       | 370     | 94,9 |
| Aquest metge de família em visita a casa si ho demano                                                                                  | 199     | 51,0 |
| Després d'una visita amb aquest metge de família, em sento capaç d'afrontar millor el meu problema de salut o malaltia                 | 320     | 82,1 |
| Quan tinc un nou problema de salut, vaig al metge de família abans d'anar a un metge especialista                                      | 342     | 87,7 |
| L'equipament d'aquesta consulta em sembla suficient                                                                                    | 233     | 59,7 |

Les deu línies inferiors de la taula 50 resumeixen la valoració que fan els pacients del seu metge de família. Les xifres i els percentatges d'aquestes línies fan referència al nombre de respostes «Sí, hi estic d'acord».

La major part dels pacients es mostren positius pel que fa al coneixement que el seu metge de família té de la seva situació personal. Més de nou de cada deu enquestats suposen que el seu metge de família coneix les malalties i els problemes de salut que han tingut en el passat a partir de les seves històries clíniques.

Les habilitats comunicatives, com ara saber escoltar i donar explicacions, també són molt valorades. Tanmateix, una petita majoria (68%) dels enquestats estan d'acord amb l'afirmació que el seu metge de família no només s'ocupa dels problemes mèdics, sinó que també els pot ajudar amb les preocupacions i els problemes personals.

Només la meitat dels enquestats (51%) creu que el seu metge els visitaria a casa si ho demanessin. L'afirmació relativa a sentir-se més capaços d'afrontar les malalties o problemes de salut després d'una visita del seu metge de família és un judici general sobre la percepció que el pacient té de la qualitat del seu metge. El 82% dels pacients ha respost que està d'acord amb aquesta afirmació.

Una gran part dels pacients (88%) afirma que visitarien un altre cop el metge de família quan tinguessin un nou problema de salut, abans de cercar l'ajuda d'un metge especialista. Un dels punts crítics sembla que és l'equipament mèdic de les consultes dels metges de família, ja que un 40% dels enquestats el considera insuficient. Si això es relaciona amb els resultats de l'enquesta dels metges de família sobre l'equipament mèdic disponible a la consulta, la conclusió és que els metges de família i els pacients discrepen sobre l'equipament mèdic de la consulta.

## TAULA 51

### Valoració dels pacients relativa a la implicació del metge de família en la promoció de comportaments saludables

| Tema de promoció de la salut                | (n=390) |      |
|---------------------------------------------|---------|------|
|                                             | N       | %    |
| Menjar sa                                   | 350     | 89,7 |
| Fer exercici físic                          | 340     | 87,2 |
| Consum d'alcohol                            | 203     | 52,1 |
| Reduir el consum de tabac o deixar de fumar | 234     | 60,0 |

Gairebé el 90% dels pacients declaren que el seu metge de família ha parlat amb ells sobre qüestions com menjar sa i fer exercici físic (vegeu la taula 51). No obstant això, els pacients esmenten amb menor freqüència que el metge hagi parlat sobre el consum d'alcohol i la possible reducció o abandonament de l'hàbit de fumar.

## PERCEPCIÓ DE LA COORDINACIÓ EN L'ATENCIÓ I ELECCIÓ DEL METGE

En la taula 52 es presenten els resultats referents a les experiències dels pacients amb l'intercanvi d'informació i la cooperació entre facultatius. Les xifres i els percentatges de la taula fan referència als pacients que han respost «Sí, hi estic d'acord». Generalment, els pacients tenen diferents punts de vista sobre l'intercanvi d'informació entre el seu metge i els altres metges que el tracten.

Només tres de cada deu pacients pensa que un altre metge, diferent del seu metge de família, disposa de tota la informació necessària sobre el seu cas, mentre que una gran majoria (82%) pensa que el seu metge de família n'informarà el metge especialista al qual deriva el pacient. Després de rebre tractament per part del metge especialista, el 80% dels enquestats respon que el seu metge de família coneixerà el resultat del tractament especialitzat que ha rebut. Malgrat el fet que els metges de família a Andorra no porten el control de la derivació de pacients, dos terços dels enquestats responen que primer visiten el metge de família abans d'accedir a un metge especialista del segon o tercer nivell.

## TAULA 52

### Experiències dels pacients pel que fa a la informació i la cooperació

| Avinença amb les declaracions següents:                                                                          | (n=390) |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                                                                  | N       | %    |
| "Quan visito un altre metge que no és el meu metge de família, té tota la informació necessària sobre mi"        | 118     | 30,3 |
| "Quan el meu metge de família em deriva, informa el metge especialista sobre la meua malaltia"                   | 321     | 82,3 |
| "Quan el metge especialista m'ha tractat, el metge de família que em visita coneix els resultats del tractament" | 313     | 80,3 |
| "Abans de veure un especialista, primer he de visitar un metge de família perquè em derivi"                      | 259     | 66,4 |

L'últim punt de la taula correspon a la pregunta de la taula 53, en què els pacients responen quina opinió tenen sobre el control de la derivació de pacients, el fet d'haver de triar un metge de família abans de poder visitar un metge especialista. La major part dels enquestats no estan en contra d'aquest sistema, mentre que el 41% prefereix la situació actual de total llibertat per visitar qualsevol metge en qualsevol moment.

## TAULA 53

### Opinió dels pacients sobre el fet d'haver de triar un metge de família abans de visitar un metge especialista

| Avinença amb les declaracions següents:            | (n=390) |      |
|----------------------------------------------------|---------|------|
|                                                    | N       | %    |
| "No hi tinc cap objecció"                          | 191     | 49,0 |
| "Prefereixo la situació actual de total llibertat" | 161     | 41,3 |
| "No ho sé, necessito més informació"               | 14      | 3,6  |
| "No m'importa"                                     | 19      | 4,9  |
| No contesta                                        | 5       | 1,3  |

## PERCEPCIONS I EXPECTATIVES ENVERS ELS METGES DE FAMÍLIA

Aquest capítol conclou amb una secció sobre la percepció que els pacients tenen de l'ajuda que poden rebre per part dels metges de família a Andorra en cas de determinats problemes de salut o reclamacions. Les respostes reflecteixen la valoració dels pacients quant a les capacitats dels metges de família en el context de l'oferta global existent en matèria d'assistència sanitària.

La pregunta contestada en la taula 54 pretén obtenir una imatge més general dels metges de família, i demana als pacients què faria «la major part de la gent a Andorra» en cadascun dels 14 casos exposats.

La major part de la gent (almenys tres quartes parts) veu el metge de família com el metge que han de visitar si tenen dolor d'estómac, un nen amb tos intensa, problemes d'ansietat o necessiten un control mèdic rutinari. Els metges de família són també els metges que aconsellen a quin hospital o especialista anar. La major part de la gent aniria a altres llocs en cas de problemes de parella, problemes sexuals, violència domèstica, un dit tallat i problemes de visió.

Les respostes tracen un perfil en què els metges de família són importants en l'assessorament i el tractament de problemes somàtics que no requereixen un dispositiu o equip específic. Els problemes de salut amb components tècnics o interpersonals no es perceben com a problemes que pertanyen al camp professional del metge de família.

La pregunta de la taula 55 té un enfocament més personal i demana a l'enquestat si espera sortir beneficiat després d'una visita al metge de família davant nou problemes de salut diferents.

Dels nou problemes de salut, una majoria entre el 60% i més del 85% ha contestat que esperen sortir beneficiats després d'una visita al metge de família. La major part espera bons resultats en cas de grip, problemes d'espatlla o de coll, i dolor d'estómac. Els casos amb menys expectatives, com el mal de cap i el cansament, sembla que són problemes més quotidians que s'espera que es resolguin espontàniament.

**TAULA 54**

### Percepció de la funció clínica dels metges de família per part dels pacients

| "La major part de la gent d'Andorra visitaria un metge de família en els casos següents?" | (n=390) |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                                           | N       | %    |
| Un dit tallat que cal cosir                                                               | 80      | 20,5 |
| Treure una berruga                                                                        | 123     | 31,5 |
| Controls mèdics de rutina                                                                 | 345     | 88,5 |
| Problemes de visió                                                                        | 101     | 25,9 |
| Ajuda per deixar de fumar                                                                 | 171     | 43,8 |
| Un nen amb tos intensa                                                                    | 308     | 79,0 |
| Dolor d'estómac                                                                           | 318     | 81,5 |
| Sang als excrements                                                                       | 232     | 59,5 |
| Esquinç al turmell                                                                        | 202     | 51,8 |
| Ansietat                                                                                  | 297     | 76,2 |
| Violència domèstica                                                                       | 98      | 25,1 |
| Problemes sexuals                                                                         | 105     | 26,9 |
| Problemes de parella                                                                      | 71      | 18,2 |
| Consell per triar el millor hospital o especialista per a un determinat tractament        | 335     | 85,9 |

\* Categories de resposta: "Sí", "Probablement, sí", "Probablement, no", "No", "No ho sé".  
Les xifres i els percentatges fan referència als pacients que han respost "Sí".

## TAULA 55

### Percepció de la funció clínica dels metges de família per part dels pacients

| Espereu sortir beneficiat d'una visita a un metge de família en els casos següents? | (n=390) |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|                                                                                     | N       | %    |
| Problemes estomacals                                                                | 322     | 82,6 |
| Dolor de coll o espatlla                                                            | 323     | 82,8 |
| Nerviosisme                                                                         | 293     | 75,1 |
| Diarrea                                                                             | 286     | 73,3 |
| Mal de gola                                                                         | 276     | 70,8 |
| Mal de cap                                                                          | 234     | 60,0 |
| Sensació de cansament                                                               | 244     | 62,6 |
| Grip                                                                                | 338     | 86,7 |
| Nàusees                                                                             | 273     | 70,0 |

## REFERÈNCIES I FONTS

1. *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)>, consultat el 08-09-2008).
2. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on Strengthening health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<[http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_2](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2)>, consultat el 16-12-2008).
3. Smith, P.C.; Mossialos, E.; Papanicolas, I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Background document to the WHO European Ministerial Conference on Health Systems 'Health Systems, Health and Wealth'. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
4. Murray, C.; Frenk, J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *Lancet*, 2001, 357:1698-1700.
5. Atun RA et al. Introducing a complex health innovation-Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 2006, 79:79-91 (<[http://www.praxis.ee/data/atun\\_et\\_al\\_phc\\_2006.pdf](http://www.praxis.ee/data/atun_et_al_phc_2006.pdf)>, consultat el 10-12-2008).
6. Kelley, E.; Hurst, J. *Health care quality indicators project. Conceptual framework paper*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working papers no. 23) (<<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>>, consultat el 08-09-2008).
7. Sibthorpe, B. *A proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. A Tool for Policy and Practice*. Canberra, Australian Primary Health Care Research Institute, 2004 (<[http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual\\_framework.pdf](http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf)>, consultat el 10-12-2008).
8. Watson, D.E. et al. *A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, 2004.
9. Health Systems Performance: Glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2001 (<<http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>>, consultat el 08-09-2008).
10. Starfield, B. *Primary Care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
11. Health Evidence Network. What are the arguments for community-based mental health care? Annex 2. Key principles for balanced community-based mental health services [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<[http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903\\_1](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_1)>, consultat el 12-12-2008).
12. Starfield, B. et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 1976, 14:625-636.
13. Saultz, J.W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:134-143 (<<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>>, consultat el 10-12-2008).
14. Reid, R.; Haggerty, J.; McKendry, R. *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002 (<[http://www.chsrf.ca/funding\\_opportunities/commissioned\\_research/projects/pdf/defusing\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/pdf/defusing_e.pdf)>, consultat el 10-12-2008).
15. Boerma, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman, R.B.; Rico, A.; Boerma, W.G.W., eds. *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (<[http://www.euro.who.int/Document/E87932\\_chapt1.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf)>, consultat el 08-09-2008).
16. Starfield, B. Primary care and health. A cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268-2271.
17. Boerma, W.G.W. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht, NIVEL, 2003.
18. Kringos, D.S.; Boerma, W.G.W.; Spaan, E.; Pellny, M.; Karakaya, K. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey; a survey-based pilot project in two provinces of Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
19. Kringos, D.S.; Boerma, W.G.W.; Spaan, E.; Pellny, M. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation; a survey-based pilot project in two districts in the Moscow Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.

## ALTRES FONTS

Atun, R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Evidence Network report; <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>, consultat el 09-02-2007).

Boerma, W.G.W.; Fleming, D.M. *The role of general practice in primary health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

Boerma, W.G.W.; Kringos, D.S.; Verschuuren, M.; Pellny, M.; Bulc, M. *Primary care quality management in Slovenia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Boerma, W.G.W.; Kringos, D.S.; Verschuuren, M.; Pellny, M.; Baymirova, L. *Primary care quality management in Uzbekistan*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Boerma, W.G.W.; Pellny, M.; Wiegiers, T.A.; Kringos, D.S.; Rusovich, V.S. *Evaluation of the organization and provision of primary care in Belarus. A survey-based project in the regions of Minsk and Vitebsk*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.

Boerma, W.G.W.; Pellny, M.; Kringos, D.S. *Evaluation of the structure and provision of primary care in Serbia. A survey-based project in the regions of Vojvodina, Central Serbia and Belgrade*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010.

Boerma, W.G.W.; Wiegiers, T.A.; Kringos, D.S.; Baltag, V.; Zhykaidarova, A. *Evaluation of the organization and provision of primary care in Kazakhstan. A survey-based project in the regions of Almaty and Zhambyl*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.

Boerma, W.G.W.; Wiegiers, T.A.; Baltag, V.; Teunissen, E.; Farcasanu, D. *Evaluation of the organization and provision of primary care in Romania. A survey-based project*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

Meads, G. *Primary care in the twenty-first century – an international perspective*. Oxford, Radcliffe Publishing, 2006.

World Health Organization. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6-12 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.

Saltman, R.B.; Rico, A.; Boerma, W. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in the European primary care*. The European Observatory on Health Systems and Policy. Buckingham/Philadelphia: Open University Press, 2006.

## LLOCS WEB

CIA; The World Factbook: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ro.html>>

WHO HFA database: <<http://data.euro.who.int/hfad>>

## ANNEX 1 - Taules A1-A3 (capítol 4, Metges de família)

TAULA A1

**Paper dels metges de família en el *primer contacte* amb els problemes de salut dels pacients**

| S'estima que el metge de família és el primer contacte en cas de:     | (n=26)      |         |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|---------|
|                                                                       | %           | N vàlid |
| Nen amb erupció                                                       | 56,0 (32,0) | 25      |
| Nen amb tos intensa                                                   | 32,0 (44,0) | 25      |
| Nen de 7 anys amb enuresi                                             | 16,7 (37,5) | 24      |
| Nen de 8 anys amb problemes d'audició                                 | 12,5 (16,7) | 24      |
| Dona de 18 anys que demana contracepció oral                          | 32,0 (48,0) | 25      |
| Dona de 20 anys que demana confirmació d'un embaràs                   | 48,0 (40,0) | 25      |
| Dona de 35 anys amb menstruació irregular                             | 52,0 (24,0) | 25      |
| Dona de 50 anys amb un bony al pit                                    | 44,0 (44,0) | 25      |
| Dona de 60 anys amb poliúria                                          | 52,0 (28,0) | 25      |
| Home de 45 anys amb ansietat                                          | 80,0 (16,0) | 25      |
| Home de 28 anys amb una primera convulsió                             | 8,0 (28,0)  | 25      |
| Nen maltractat físicament                                             | - (16,0)    | 25      |
| Parella amb problemes de relació                                      | 48,0 (28,0) | 25      |
| Home amb inclinacions suïcides                                        | 4,0 (40,0)  | 25      |
| Dona de 35 anys amb problemes psicosocials pel treball                | 75,0 (20,8) | 24      |
| Home de 32 anys amb problemes sexuals                                 | 36,0 (48,0) | 25      |
| Home de 52 anys amb problemes d'addicció a l'alcohol                  | 52,0 (40,0) | 25      |
| Home amb símptomes de tuberculosi                                     | 16,0 (36,0) | 25      |
| Certificat mèdic per al permís de conduir, per practicar esport, etc. | 96,0 (4,0)  | 25      |
| Certificat de malaltia                                                | 96,0 (4,0)  | 25      |
| <b>Puntuació TOTAL de «Primer contacte»**</b>                         | <b>2,03</b> |         |

\* Nota: els percentatges són la suma de les respostes «(Gairebé) sempre» i «Normalment»; els percentatges entre parèntesis es refereixen a les respostes en què el metge és el primer contacte «Ocasionalment».

\*\* Per al càlcul de la puntuació, s'han ponderat les respostes de la manera següent: «Rarament / mai» = 1; «Ocasionalment» = 2; «Normalment» = 3; «(Gairebé) sempre» = 4

## TAULA A2

### Implicació dels metges de família en *el tractament i el seguiment de malalties*

| Implicació dels metges de família en el tractament de: | (n=26)      |         |
|--------------------------------------------------------|-------------|---------|
|                                                        | %           | N vàlid |
| Hipertiroïdisme                                        | 76,0 (16,0) | 25      |
| Bronquitis crònica                                     | 96,0 (4,0)  | 25      |
| Mussol                                                 | 88,0 (4,0)  | 25      |
| Úlcera pèptica                                         | 95,8 (4,2)  | 24      |
| Lesió d'hèrnia discal                                  | 100,0 (-)   | 25      |
| Accident cerebrovascular agut                          | 48,0 (20,0) | 25      |
| Insuficiència cardíaca congestiva                      | 25,0 (4,2)  | 24      |
| Pneumònia                                              | 84,0 (16,0) | 25      |
| Abscés periamigdalí                                    | 43,5 (21,7) | 23      |
| Colitis ulcerosa                                       | 44,0 (32,0) | 25      |
| Salpingitis                                            | 28,0 (16,0) | 25      |
| Commoció cerebral                                      | 40,0 (16,0) | 25      |
| Malaltia de Parkinson                                  | 48,0 (32,0) | 25      |
| Diabetis sense complicacions (tipus II)                | 96,0 (4,0)  | 25      |
| Artritis reumatoide                                    | 70,8 (12,5) | 24      |
| Depressió                                              | 100,0 (-)   | 25      |
| Infart de miocardi                                     | 48,0 (32,0) | 25      |
| Seguiment de la tuberculosi                            | 48,0 (12,0) | 25      |
| <b>Puntuació TOTAL de «Tasques de tractament»**</b>    | <b>2,85</b> |         |

\* Nota: els percentatges són la suma de les respostes «(Gairebé) sempre» i «Normalment»; els percentatges entre parèntesis es refereixen a les respostes en què la implicació en el tractament és «Ocasionalment».

\*\* Per al càlcul de la puntuació, s'han ponderat les respostes de la manera següent: «Rarament / mai» = 1; «Ocasionalment» = 2; «Normalment» = 3; «(Gairebé) sempre» = 4

**TAULA A3**

**Implicació dels metges de família en la prevenció i els procediments mèdics**

| Procediment proporcionat o prescrit generalment pel metge de família<br>(sigui o no dut a terme per una infermera del CAP del SAAS) | (n=26)      |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|
|                                                                                                                                     | %           | N vàlid |
| Resecció cuneïforme de l'ungla del peu encarnada                                                                                    | 26,1        | 23      |
| Extracció d'un quist sebaci al cuir cabellut                                                                                        | 11,5        | 26      |
| Sutura d'una ferida                                                                                                                 | 11,5        | 26      |
| Extirpació de berrugues                                                                                                             | 20,0        | 25      |
| Inserció del DIU                                                                                                                    | -           | 25      |
| Neteja de taques d'òxid a la còrnia                                                                                                 | 8,0         | 25      |
| Oftalmoscòpia                                                                                                                       | 28,0        | 25      |
| Infiltracions a les articulacions                                                                                                   | 7,7         | 24      |
| Punció maxil·lar (sinus)                                                                                                            | -           | 25      |
| Miringotomia del timpà (paracentesi)                                                                                                | -           | 25      |
| Enguixar                                                                                                                            | 19,2        | 26      |
| Embenar un turmell                                                                                                                  | 53,8        | 26      |
| Crioteràpia (berrugues)                                                                                                             | 16,0        | 25      |
| Administrar una infusió intravenosa                                                                                                 | 23,1        | 26      |
| Vacunes contra la grip o el tètanus                                                                                                 | 88,5        | 6       |
| Vacunes contra l'al·lèrgia                                                                                                          | 48,0        | 25      |
| <b>Puntuació TOTAL de «Prevenció i procediments mèdics»** (rang 1-3)</b>                                                            | <b>1,33</b> |         |

\* Nota: els percentatges són la suma de les respostes «Generalment ho faig jo» i «Generalment ho fa una infermera del CAP del SAAS».

\*\* Per al càlcul de la puntuació, s'han ponderat les respostes de la manera següent: «Normalment ho fa el metge especialista» = 1; «Generalment ho fa una infermera del CAP del SAAS» = 2; «Generalment ho faig jo» = 3



Govern d'Andorra