

Retos de la atención primaria en salud después de la pandemia de COVID-19: salud comunitaria y participación social (RETCOV)¹

Francisco Ortega

Profesor de investigación de ICREA, DAFiTS, URV.

franciscojavier.ortega@urv.cat

<https://orcid.org/0000-0002-5039-9449>

Josep Barceló-Prats

Profesor lector Serra Húnter, Departamento de Enfermería, URV.

josep.barcelo@urv.cat

<https://orcid.org/0000-0002-8818-0872>

Durante la segunda mitad de los años setenta del siglo XX, los análisis y propuestas para reformar la sanidad española fueron muy frecuentes. La gran mayoría coincidieron en la necesidad de poner en marcha un servicio nacional de salud, con cobertura universal y financiado con los presupuestos generales del Estado (Perdiguero-Gil y Comelles, 2019). Hasta entonces, el sistema sanitario español se había caracterizado por una falta crónica de inversiones y por la descoordinación existente entre los diferentes servicios asistenciales, ya fuesen de titularidad pública o privada. Ambos factores, junto con otros, generaron grandes desigualdades de acceso a los servicios sanitarios (Barceló-Prats, Comelles y Perdiguero-Gil, 2019). Por eso, tras la Constitución de 1978 la reforma sanitaria que se empezó a efectuar apostó por una estructura sociopolítica más igualitaria que, además de fomentar la innovación y el cambio político, fuese compatible con una cierta diversidad regional y previniese del riesgo de desigualdades territoriales (Costa-Font y Rico, 2006).

1. Este artículo forma parte del proyecto titulado “Retos de la atención primaria en salud durante la pandemia de covid-19: salud comunitaria y participación social (RETCOV)”, financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades - Agencia Estatal de Investigación.

Sin embargo, aunque los debates de antes y de después de la transición democrática pretendieron realizar un cambio en el enfoque del sistema sanitario (Barceló-Prats y Comelles, 2018), lo que se terminó gestando fue más una «reforma hospitalaria» que una «reforma sanitaria». Ello, entre otros factores, fue debido a una realidad hospitalaria que ya era altamente tecnificada y con especialistas médicos bien formados gracias al desarrollo del conocido como sistema MIR (Tutosaus, Morán y Pérez-Iglesias, 2018). Tampoco la Ley General de Sanidad de 1986, que consagró la Atención Primaria de la Salud como uno de sus pilares básicos, consiguió cambiar una cultura hospitalocéntrica centrada en la curación de la enfermedad, cuya preponderancia ha sido enorme en el diseño de las políticas sanitarias durante las últimas décadas (Comelles, Alegre-Agís y Barceló-Prats, 2017). En general, en las últimas cuatro décadas, el gasto sanitario se ha centrado en la curación de la enfermedad y no en su prevención o en la promoción de la salud. Por ejemplo, en 2019, 2020 y 2021 –por citar los tres últimos años con datos publicados (véase la tabla 1)– más del 60% del gasto sanitario público consolidado en España, según clasificación funcional, se dedicó a servicios hospitalarios y especializados (Rodríguez-Blas, 2021; 2022; 2023).

Tabla 1. Gasto sanitario público consolidado, en millones de euros, según clasificación funcional. Años 2019 - 2020 – 2021

	2019	% total	2020	% total	2021	% total
Servicios hospitalarios y especializados	46.814	62,3%	52.035	62,2%	54.205	61,6%
Servicios de atención primaria	11.027	14,6%	11.947	14,2%	12.720	14,4%
Servicios de salud pública	823	1,1%	1.788	2,1%	2.560	2,9%
Otros servicios (*)	16.447	22%	17.852	21,5%	18.456	21,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados en Rodríguez-Blas (2021; 2022; 2023).

(*) En el apartado “otros servicios” se incluyen los gastos de farmacia, los derivados de servicios colectivos y los provenientes de los servicios de traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, así como el gasto de capital.

El conjunto de estas circunstancias constituye un elemento de análisis para comprender la subalternidad histórica de la Atención Primaria de Salud (APS), así como también de la prevención de la enfermedad, la educación sanitaria y, en general, la salud pública (Perdiguerro-Gil, 2015). La primera Comunidad Autónoma que recibió la competencia en materia de sanidad fue Cataluña (Generalitat de Catalunya, 1980). El traspaso efectivo de estas competencias se produjo con la promulgación del Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social. En 1983 se creó el Instituto Catalán de la Salud (ICS) que, desde sus inicios, asumió las funciones del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), tales como la gestión de los hospitales –entonces más conocidos por el nombre de «residencias sanitarias»– y los centros de atención primaria –entonces llamados «ambulatorios»– de la Seguridad Social.

Así, durante la década de los años ochenta del siglo XX, las constantes y graduales reformas acaecidas en la política sanitaria catalana fueron el resultado de una diversidad de intereses profesionales y objetivos socioeconómicos e ideológicos que terminaron dando lugar, ya a principios de los años noventa, a un modelo público-privado sanitario muy idiosincrático y distinto del configurado en otros territorios del Estado. En el caso catalán, desde 1990 con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), se impuso un modelo de provisión mixto diferente de la provisión pública directa, (esto es, la prestación de servicios a través de proveedores integrados en las estructuras de gestión de la administración sanitaria). Desde entonces, este modelo de provisión mixto ha permitido a la autoridad sanitaria catalana contratar los servicios de cobertura pública con una red de proveedores acreditados (que son autónomos y muy heterogéneos en cuanto a su propiedad y formas de gestión). De este modo, la principal distintividad de lo que hoy en día se conoce como «modelo sanitario catalán» está en su dimensión operativa. Es decir, su complejidad estriba en un amplio y diverso abanico de mecanismos organizativos y de gestión (públicos y privados) articulados para poner en marcha los programas sanitarios y prestar los correspondientes servicios.

Este modelo ya se reflejó en la planificación sanitaria catalana de 1985 e influyó en la redacción de la Ley General de Sanidad de 1986. Así fue como, en Cataluña, se inició la reforma de la atención primaria (RAP), que comportó cambios importantes en la estructura y organización de este nivel asistencial, mejorando la calidad y cercanía del primer punto de contacto con el sistema. Desde sus inicios, la APS en Cataluña trabajó con proyectos que se articulaban directamente con asociaciones y colectivos existentes en la comunidad. Numerosos son los ejemplos que, hasta el 2008, se pusieron en marcha en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, las consecuencias de la crisis económica limitaron, a partir de 2009, el desarrollo de estas iniciativas, dejando a los profesionales de APS meramente como actores asistenciales (López-Casasnovas, 2015). Ello repercutió en un debilitamiento de la salud pública y de la participación comunitaria, puesto que los determinantes sociales de la salud se dejaron de trabajar con la comunidad. No fue hasta la puesta en funcionamiento del *Pla de Salut 2015-2020*, en cuyo seno se incluyó la *Estratègia Nacional de l'Atenció Primària i Salut Comunitària* (ENAPISC), que se retomó la vertiente la comunitaria de la APS (ENAPISC, 2019). Sin embargo, esta apuesta por una remodelada articulación entre atención primaria y comunitaria nunca contó con los recursos suficientes ni con la necesaria implicación de los gestores políticos. Entre otras limitaciones, también hay que mencionar la escasa participación ciudadana y la muy reducida presencia de la visión comunitaria en los planes de estudio de las enseñanzas relacionadas con las profesiones de la salud. La irrupción de la pandemia de COVID-19 no modificó esta tendencia y, a pesar de que la detección de las necesidades de la población fue más necesaria que nunca, la mayoría de estos proyectos comunitarios de la APS continúan todavía hoy en día aparcados.

Es bueno recordar aquí que los objetivos que se propone abordar este proyecto no se centran en el abordaje de problemáticas genéricas de la APS –ya detectadas en el funcionamiento diario de dicho nivel de atención antes de la COVID-19–, tales como el elevado nivel de frecuentación, la necesidad de reducción de las consultas burocráticas, una mayor dedicación al tiempo de consulta o, por citar un ejemplo más, la disminución

del gasto farmacéutico. El proyecto RETCOV se focaliza en tres retos muy específicos y concretos, cuya ausencia de implantación o su descoordinación se cobraron un alto precio –no solo a nivel económico, sino en vidas– durante la pandemia de COVID-19. Estamos haciendo referencia, a los siguientes retos: 1) la ausencia de coordinación entre la APS y el ámbito de los cuidados de larga duración dirigidos a las personas mayores y dependientes –ya sean personas cuidadas en su casa o internadas en residencias–; 2) la ausencia de programas potentes ideados desde la APS en el ámbito de las redes de ayuda mutua y para el fomento de la participación social; y, finalmente, 3) la descoordinación que la COVID-19 hizo todavía más visible entre los profesionales de atención primaria y los del ámbito social –concretamente, con las trabajadoras y educadoras sociales–.

Así, el análisis de los diferentes retos permitirá formular recomendaciones para mejorar la interacción de la atención primaria con el resto de los ámbitos comunitarios, así como fortalecer su dimensión relacionada con la salud pública. Todos estos aspectos, en el contexto de una creciente medicalización, están atravesados por discursos de género, por experiencias y emociones de los diversos agentes implicados –personal sanitario, pacientes y familiares–, y por la concepción de la salud como bienestar, que han de ser explorados. En todos ellos resulta necesario, por cuestiones relacionadas con la dimensión fundamentalmente femenina de los cuidados y también por la cada vez mayor presencia femenina en las profesiones de la salud, considerar transversalmente la perspectiva de género.

El enfoque metodológico desarrollado en esta investigación combina la producción de datos y el análisis cualitativo y cuantitativo. Por un lado, los datos cuantitativos incluyen variables sociodemográficas y principales indicadores de salud de la población de estudio antes, durante y después de la pandemia COVID, descripción del nivel socioeconómico de las Áreas Básicas de Salud (ABS) estudiadas en el presente proyecto; y también programas y actividades realizadas por la APS antes de la crisis COVID. De igual forma, se han concretado qué tipo de programas y actividades realizadas por la APS se han interrumpido durante la pandemia, cuales no, y cuales se han retomado, y los que han sido incorporados para atender a las demandas surgidas de la pandemia. Finalmente, el análisis

cuantitativo también ha proporcionado datos sobre la actividad realizada desde la APS en las residencias –detección de casos, cribado, seguimiento, etc.–. Por otro lado, los datos cualitativos proponen acercarse a las experiencias de agentes y profesionales de diferentes ámbitos a partir de un trabajo de campo basado en métodos mixtos –entrevistas y grupos focales–. Como investigación cuantitativa-cualitativa, este proyecto incorpora tres niveles de análisis coordinados: a) discusión sobre los conceptos teóricos claves del proyecto, incluyendo la revisión de la literatura nacional e internacional; b) análisis de fuentes estadísticas y secundarias; c) trabajo de campo empírico basado en métodos mixtos.

La metodología cuantitativa se basa en la explotación de diversas fuentes secundarias de información a partir de las cuales se procederá a realizar análisis estadísticos. Las principales fuentes estadísticas utilizadas son, entre otras: el programa de historia clínica ECAP; CMBDAH (CatSalut): Fechas y diagnósticos y procedimientos (Códigos CIE-9) vinculados a los ingresos en cualquiera de los hospitales de Cataluña; SIDIAP (Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria; Mortalidad (Departamento de Salud): Fecha y causas de muerte de todas las defunciones de los residentes de Cataluña.

La metodología cualitativa se basa en la realización de trabajo de campo en distintas regiones de Cataluña a partir de entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Se ha concebido un diseño de muestreo flexible (Marshall y Rossman, 1999) donde también ha tenido cabida una visión circular de la investigación que ha permitido reformulaciones a partir de los resultados obtenidos a lo largo del trabajo de campo (Valles, 1997). Han sido realizadas 65 entrevistas en profundidad a: 1) familiares responsables del cuidado de personas mayores y dependientes, específicamente en situación de vuelta al hogar de esas personas durante la pandemia de COVID-19; 2) a profesionales y gestores de instituciones del sector social y sanitario –residencias de ancianos, centros de día, centros sociosanitarios–; 3) a integrantes de asociaciones, responsables de colectivos comunitarios y líderes de organizaciones existentes en los barrios –o de colectivos que se formaron durante la pandemia–, cuyo eje de acción es la ayuda mutua; 4) profesionales, gestores de atención primaria y traba-

jadors socials vinculats a les CAP. Hem realitzat també 2 grups focals que han tingut com a objectiu, el primer, el diàleg entre professionals sanitaris de la APS i treballadores socials; y, el segon, entre professionals sanitaris de APS i gestors de residències.

El projecte està liderat per Francisco Ortega (ICREA-Departament de Antropologia, Filosofia i Treball Social de la URV) i Josep Barceló (Departament de Enfermeria de la URV) i compta amb investigadors de diversos departaments de la mateixa universitat, així com altres procedents de la Universitat de Girona, del Campus Docent Sant Joan de Déu (adscrit a la UB), de la Universitat Complutense de Madrid, de la Universitat Estadual de Rio de Janeiro (Brasil), e la Universitat de Vanderbilt (EE. UU.), del Institut Català de la Salut, i del IDIAP Jordi Gol.

Per tot el·lo, el present projecte pretén reivindicar el paper central de la APS durant la pandèmia de COVID-19, així com en futures crisis sanitàries. També se planteja examinar alguns dels reptes que ajuden a consolidar la articulació entre la APS i la salut pública i també comunitària (Hernández-Aguado y García, 2021). Per altra banda, el projecte també estableix algunes comparacions amb Brasil, ja que la comparació amb aquest país pot ser interessant per reforçar la salut i participació comunitària en la APS a Espanya i, més específicament, a Catalunya. En aquest sentit, Brasil ofereix exemples interessants de com orientar la APS per la salut pública i la participació comunitària. Per tots aquests motius, creiem que la comparació amb Espanya és més que pertinent. Així ho han reflectat diversos treballs que han posat de relleu els elements comuns entre els sistemes de salut espanyol i brasiler, específicament amb relació a la estructuració i funcions de la APS (Carneiro-Junior y Gené-Badía, 2011; Franco y Martínez-Hernández, 2013). També coincideixen en que ambdós països aprovaren constitucions en el context de processos de democratització després de dictadures militars i que establiren la salut com a dret social garantit mitjançant polítiques públiques universals. Sin embargo, a diferència de lo que succeí a Espanya, l'orientació inicial cap a la salut pública que adoptà el sistema de salut brasiler fa que la APS en aquest país tingui una gran orientació comunitària.

Bibliografía

- BARCELÓ-PRATS, J. y COMELLES, J. M. (2018) “Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: Cambios y resistencias”. En VILAR-RODRÍGUEZ, M. y PONS-PONS, J. (eds.) *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español*. Madrid: Marcial Pons. 85-138.
- BARCELÓ-PRATS, J, COMELLES, J. M. y PERDIGUERO-GIL, E. (2019) “Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978)”. En PORRAS, M.I., MARIÑO, L. y CABALLERO, M. V. (coords.) *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*. Madrid: Los libros de la Catarata. 146-167.
- CARNEIRO-JUNIOR, N. y GENÉ-BADIA, J. (2011) “La atención primaria catalana vista desde la reforma brasileña de salud” *Atención Primaria*. 43(11): 611-616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.015>
- COMELLES, J. M., ALEGRE-AGÍS, E. y BARCELÓ-PRATS, J. (2017) “Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán” *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, 10: 57-85. <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>
- COSTA-FONT, J. y RICO, A. (2006) “Devolution and the Interregional Inequalities in Health and Healthcare in Spain” *Regional Studies*, 40(8): 875-887. <https://doi.org/10.1080/00343400600984346>
- ENAPISC. (2019). *Model de salut comunitària a la xarxa d'atenció primària*. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4237?show=full>
- FRANCO, S. C. y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2013) “Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha” *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7): 1.871-1.880. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700002>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. (1980) *La Sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*. Barcelona: Departament de Sanitat i Assistència Social.
- HERNÁNDEZ-AGUADO, I. y GARCÍA, A. M. (2021) “¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19?” *Gaceta sanitaria*, 35(1): 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.004>

- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2015) *El bienestar desigual: qué queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis*. Barcelona: Grupo Planeta.
- MARSHALL, C. y ROSSMAN, G. (1999) *Designing Qualitative Research*. Londres: Sage.
- PERDIGUERO-GIL, E. (2015) “Prevención y educación en los sistemas sanitario y educativo del franquismo y la transición democrática”. En Perdiguero-Gil, E. (ed.) *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche: Universidad Miguel Hernández. <https://editorial.umh.es/2015/12/09/politica-salud-y-enfermedad-en-espana-entre-el-desarrollismo-y-la-transicion-democratica/>
- PERDIGUERO-GIL, E. y COMELLES, J. M. (2019) “The defence of Health. The debates on health reform in 1970s Spain” *Dynamis*, 39 (1): 45-72. <https://doi.org/10.30827/dynamis.v39i1.8666>
- RODRÍGUEZ-BLAS, M. C. (2021) *Estadística de gasto sanitario público 2019: Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <http://www.pensamientocritico.org/wp-content/uploads/2021/04/210331-ESTA-DISTICA-GASTO-SANITARIO-PUBLICO-2019.pdf>
- RODRÍGUEZ-BLAS, M. C. (2022) *Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>
- RODRÍGUEZ-BLAS, M. C. (2023) *Estadística de gasto sanitario público 2021: Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- TUTOSAUS, J., MORÁN-BARRIOS, J. y PÉREZ-IGLESIAS, F. (2018) “Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes” *Educación Médica*, 19(4): 229-234. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.023>
- VALLES, M. S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.