

Reptes de futur de l'atenció primària i salut comunitària

Antoni Sisó Almirall

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Barcelona; Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra; Departament de Medicina. Universitat de Barcelona.

Catalunya va viure del 26 al 30 de novembre de 2018 una vaga a l'atenció primària (AP) mai vista. La paraula clau sobre la que pivotà: dignitat. El carrer Balmes, la Gran Via de les Corts Catalanes, el Passeig de Gràcia, la Travessera de les Corts, la Diagonal i, fins i tot, la Ronda de Dalt de la ciutat de Barcelona van ser tallades per milers de bates de metgesses i metges de família, que van arribar fins i tot a les portes del Parlament de Catalunya. Mentre el sindicat la desconvocava el dijous 29, un bon nombre de centres i professionals la van seguir l'endemà dia 30, en un clam clar que els pactes no van agradar tothom: —*no era això*, és el que apareixia a nombroses xarxes socials. Una vaga que va concloure amb solucions apedaçades però sense les autèntiques transformacions que, de planificar-se, podrien proveir el Sistema Nacional de Salut d'una viabilitat sostenible, de major qualitat i proximitat. I és que finalment la vaga va convertir-se en una mena de purificació de les passions i de l'estat d'ànim que provoca en molts professionals contemplar el deteriorament del sistema sanitari en l'àmbit de l'AP.

Molt s'ha escrit de les causes que van conduir a una vaga d'aquesta intensitat, catarsi necessària per dues dècades de manca d'inversió i conseqüent descapitalització de l'AP. Però en aquest article no pretenc buscar culpables. Es tracta de fer propostes de transformació organitzades en el marc d'una estratègia nacional que sigui moderna, modèlica, exportable i cocreada per les organitzacions professionals que sempre han demostrat compromís amb el caràcter universal, públic i gratuït del sistema sanitari. I serà absolutament necessari que aquesta estratègia nacional infiltrei tot el sistema sanitari sencer.

Quin model d'AP és el que volem pel futur? A quins reptes hauran de donar resposta tant l'Administració com els professionals? Ens caldrà una nova AP reorganitzada, resolutiva, equitativa, comunitària i social, orientada als determinants socials de la salut (que per si sols expliquen la major

part de desigualtats en salut) i amb un paper molt important en la seguretat del pacient i en la prevenció quaternària.

Centrem els reptes de futur en 3 àmbits: reptes sobre la ciutadania, reptes sobre el finançament i reptes sobre les organitzacions dels professionals.

Sobre la ciutadania

En els darrers anys s'estan produint canvis sociodemogràfics importants que ens obliguen a redefinir els nostres serveis, i que afecten el gran avenç aconseguit fins ara per l'AP:

- Envel·liment poblacional.
- Augment de la prevalença de patologies cròniques i/o degeneratives, que han de tenir un primer abordatge en l'AP, retardar la seva aparició i ser diagnosticades en una fase més precoç de la malaltia.
- Augment de les situacions de dependència.
- Augment dels problemes psicosocials i la demanda relacionada amb el malestar emocional i la salut mental.
- Canvis en l'estructura familiar i la soledat.
- Increment de la morbimortalitat associada als estils de vida no saludables i addiccions.
- Increment de la població immigrant.
- Major accés a la informació per part dels usuaris i canvis en el concepte de salut; això genera noves necessitats i expectatives en salut.
- Major exigència d'aquests mateixos usuaris en la qualitat dels serveis prestats.

Per tot plegat ens cal un sistema sanitari centrat en el pacient, en les seves necessitats, vivències, valors i expectatives, i també d'acord amb el seu context biopsicosocial. Un sistema sanitari bolcat en la transparència i en la rendició de comptes de les seves actuacions davant la societat. Aquest nou escenari ens planteja millorar l'assistència al pacient en accessibilitat, millor atenció, més seguretat i atenció a aspectes ètics; tenim pacients amb més cultura, més exigents i més informats, encara que amb un gran dèficit de participació en el sistema sanitari.

La universalitat de l'atenció continua essent un valor del sistema i un dret fonamental provinent del segle XX que garanteix la cohesió social i redistribueix la riquesa per revertir les desigualtats. És, doncs, un mecanisme de justícia social ja que la sanitat està finançada per impostos. Idealment, el sistema hauria d'ésser de règim únic, assignat a tota la ciutadania, sense *guetos* com les mútues (MUFACE,

Correspondència: Antoni Sisó Almirall
C/ Diputació, 316
08009 Barcelona
Adreça electrònica: presidencia@camfic.org

MUGEJU o ISFAS), que confereixen el dret a triar solament a una part de la població i no a la resta.

L'AP no ha de ser entesa únicament en termes de qualitat tècnica o de gestió, sinó també per la seva capacitat de resposta a necessitats diverses i per la seva funció de coordinació amb altres nivells, serveis o institucions. Utilitzar l'AP com a porta d'accés, veure el propi metge o rebre assessorament sobre intervencions diagnòstiques o terapèutiques disponibles són indicadors de qualitat que ja contempen les percepcions dels pacients i, per tant, haurien de ser avaluats directament per la ciutadania.

Sobre el finançament i les funcions

La primera normativa que va recollir expressament les prestacions i serveis del sistema sanitari a nivell estatal i, en concret, de l'AP, va ser el Reial Decret 63/1995, de 20 de gener, sobre ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut (SNS). Posteriorment la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat de l'SNS estableix el catàleg de prestacions del sistema, definint, entre aquestes, les d'AP, que bàsicament comprenen:

- a) L'assistència sanitària a demanda, programada i urgent tant en la consulta com en el domicili del malalt.
- b) La indicació o prescripció i la realització, si escau, de procediments diagnòstics i terapèutics.
- c) Les activitats en matèria de prevenció, promoció de la salut, atenció familiar i atenció comunitària.
- d) Les activitats d'informació i vigilància en la protecció de la salut.
- e) La rehabilitació bàsica.
- f) Les atencions i serveis específics relatius a la dona, la infància, l'adolescència, els adults, la tercera edat, els grups de risc i els pacients crònics.
- g) L'atenció pal·liativa a pacients terminals.
- h) L'atenció a la salut mental, en coordinació amb els serveis d'atenció hospitalària.
- i) L'atenció a la salut bucodental.

Es considera que sistemes públics de salut com el nostre haurien d'obtenir entre el 20% i el 25% del pressupost sanitari global. Caldria un pacte (com amb les pensions) que permetés protegir el sistema i el ciutadà. El finançament hauria de ser públic i capítatiu i anar vinculat a l'assoliment d'indicadors de resultats en salut (i molt menys a indicadors de processos), assignant recursos finalistes tant als professionals com per infraestructures. Tot i existir poca consciència social del que representa la despesa sanitària i d'allò que l'AP reverteix al sistema, la introducció de nous copagaments no seria la fórmula per aconseguir recursos extraordinaris.

Malgrat és desitjable un finançament públic, la provisió de serveis ha d'obrir-se a noves fórmules de gestió més eficients que impliquin major autonomia i flexibilitat tant organitzativa com de la mateixa gestió de tots els recursos (també els humans), que impliqui el ple desenvolupament

de les funcions de l'AP. I si fer-ho implica un canvi del marc jurídic del treballador públic, caldrà afrontar-ho. Quines són aquestes funcions que l'AP ha de desenvolupar amb plenitud? En reconeixem almenys cinc:

1) Funció d'atenció directa a persones amb problemes de salut amb independència de la seva edat, sexe, patologia o modalitat d'atenció. La desenvolupen professionals de la salut (medicina de família, pediatria, infermeria i auxiliars d'infermeria), amb la intervenció de professionals de suport segons els models organitzatius (treball social, odontologia, fisioteràpia, nutricionistes, llevadores, psicologia, podologia).

2) Funció de relació amb l'entorn i la comunitat, que engloba les activitats d'intervenció comunitària i el conjunt d'actuacions d'educació per a la salut que es realitzen en l'àmbit comunitari.

3) Funció docent, que inclou responsabilitats en la formació de professionals de la salut en el període de grau (medicina, infermeria, treball social i altres professions emergents), en la formació sanitària especialitzada (MIR i IIR) i en la formació continuada interna i externa a l'equip d'AP (EAP).

4) Funció generadora de coneixement, amb investigació i innovació; una funció especialment maltractada, poc reconeguda i regulada, on cal involucrar tots els membres de l'equip i on cal establir connexions amb instituts d'investigació, per generar i liderar nou coneixement clínic, epidemiològic i organitzatiu.

5) La funció d'organització i gestió; que inclogui el conjunt d'actuacions dirigides a orientar l'atenció i els serveis al ciutadà, així com les corresponents a organització interna i coordinació amb les diferents estructures de l'SNS. Aquesta funció és la que esdevé a l'EAP com a estructura central de l'SNS.

És bo recordar quin és el catàleg de prestacions i les funcions de l'AP quan sovintegen invasions competencials fruit de l'excedent de recursos humans d'algunes especialitats hospitalàries: sovint, i de manera incomprensible, l'Administració ha finançat ampliacions de carteres de serveis hospitalàries sense les necessàries evidències, opcions que acaben essent més cares i menys sostenibles que l'enfortiment de l'AP. L'equitat, l'efectivitat, l'eficiència i l'orientació a la qualitat dels serveis que s'ofereixen als ciutadans són els valors i principis del model d'AP, on el professional (especialment el metge de família) haurà de tenir més implicació en la gestió de recursos i en la presa de decisions organitzatives.

Sobre l'organització

Cal discernir entre aquells (profunds) canvis que són necessaris per disseminar les experiències que han demostrat que funcionen, com també protegir allò que ha demostrat que funciona. Cal preservar l'àrea bàsica de salut (ABS) com un element territorial que garanteix l'equitat i que respon a altres valors de caràcter comunitari, cultural o educatiu, entre altres. I és l'EAP qui ha de regular i gestionar

amb pressupost propi aquella ABS, essent el binomi metge de família-infermera el coordinador de l'atenció més efectiu, evitant la creació de dispositius que fragmentin l'atenció longitudinal, integral i continuada de la persona.

Els EAP han d'interactuar amb els ajuntaments, els ens locals i les agències de salut pública i acollir a organitzacions de participació ciutadana. L'organització de l'EAP s'ha de centrar en models participatius de professionals clínicament competents, formats en gestió i amb un lideratge propi.

El director de l'EAP, escollit coparticipadament per la seva gerència i els professionals, ha de ser ben recompensat i disposar d'eines d'autogestió, fins i tot més eines de les que disposa un cap de servei hospitalari, per la complexitat inherent a les seves responsabilitats en una visió 360° (pacient, equip i comunitat). El director de l'EAP ha de promoure una nova cultura organitzativa de corresponsabilització professional. Dins d'aquest canvi cultural caldran líders amb capacitat de gestió, assumpció de riscos i sintonia directiva i professional, que acceptin explícitament el procés d'avaluació, tinguin perfil de comunicació i de disposició a la col·laboració, amb capacitat de pacte i consens, propers a l'assistència, habilitat social i compromís institucional. En aquest punt, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària juga un rol central com a referent formatiu en aquest àmbit.

Els equips poden transformar-se en multiprofessionals amb nous perfils que sumin, que responguin a necessitats ciutadanes, amb adscripció funcional i jeràrquica a l'EAP, i compartint responsabilitats, desburocratitzant, desmedicalitzant i desenvolupant el màxim nivell competencial de cada professional. Cal no confondre aquesta proposta amb la fragmentació de l'atenció: el metge de família és el líder de l'atenció al pacient i és qui actua de centre, de gestor de les necessitats a altres serveis. L'atenció a la cronicitat i a la complexitat i l'atenció domiciliària són patrimoni dels EAP; cada EAP arbitra els sistemes de reorganització necessaris i es coordina amb altres dispositius comunitaris segons disponibilitat per tal de donar resposta a les condicions cròniques complexes.

És imprescindible una reorganització de les competències de tots els professionals que integren els EAP i canviar la fórmula de contractació, canviant la legislació si cal. En aquest sentit, la infermeria familiar i comunitària haurà d'assumir un paper més important en el seguiment dels pacients amb malalties cròniques, en l'adherència terapèutica, en el control i el seguiment del pacient domiciliari i en les activitats de promoció i prevenció, així com en la realització de determinades tècniques pròpies del seu coneixement i destresa. També els/les treballadors/es socials d'AP hauran d'assumir un paper més rellevant en l'àmbit de la coordinació sociosanitària i comunitària.

Seria desitjable disposar o bé d'un sistema de carrera professional de sector o bé de sistemes de carrera professi-

onal comparables, homologables (amb *interface*) i moderns que permetin diferenciar quines són les atribucions d'un metge en funció del seu nivell de carrera: un metge de família de 60 anys d'edat no hauria de seguir fent exactament el mateix que el seu company/a de 35 anys.

Els dispositius d'urgències d'AP han d'estar disponibles 24 hores, els 7 dies de la setmana, els 365 dies de l'any i han de ser liderats per metges de família constituïts com elements propis i integrats en l'AP, assegurant la longitudinalitat. En aquest punt, les tecnologies de la informació i comunicació i els registres d'història clínica (desitjablement comuns a tots els EAP) hauran de ser eines amables envers els professionals, que permetin l'avaluació, la interoperabilitat i l'accessibilitat envers el pacient. Són i seran elements necessaris per reforçar la continuïtat assistencial.

La formació sanitària especialitzada (MIR) gaudeix d'una experiència docent de centres i professionals acreditats i motivats que ha donat lloc a grans resultats: ho verifiquem en els sistemes sanitaris de la Unió Europea que acullen metges/ses de família formats al nostre país. La docència ha d'estar integrada a l'organització general del centre d'AP, sense ser absorbida per les necessitats assistencials. La formació continuada ha de tenir un doble paper: mantenir el perfil competencial del professional i adequar-se al seu entorn organitzatiu i poblacional. Tots dos components tenen una importància transcendent en la capacitat resolutiva del professional. Respecte a la recerca, els obstacles més importants per al seu desenvolupament són el gran pes de l'activitat assistencial, la dispersió de centres i professionals, i la manca de cultura i de reconeixement per a l'organització. Altres factors són la manca de formació, l'absència d'incentius i els dèficits estructurals. La creació d'estructures docents universitàries d'AP podria exercir un importantíssim factor d'estímul, no solament en el prestigi del professional d'AP sinó també en la vocació, valors i orientació de servei del futur professional i en la necessària modernització de les universitats. La formació en el grau universitari, la formació MIR, la formació continuada, la recerca i la tan necessària innovació aplicada a la capçalera del pacient no ho seran sense un projecte polític i una inversió des del més alt nivell.

Reflexions finals

No hi ha espai suficient en aquest article per seguir enumerant un conjunt de canvis que han de transformar no solament l'AP sinó la integralitat del sistema sanitari, si volem preservar un valor social tan reconegut per a la població. En els darrers 40 anys, els metges de família s'han guanyat la confiança de la població i, per tant, els EAP hauran de ser els elements centrals no solament de l'accés al sistema sanitari sinó també del control i seguiment de les persones que volem una atenció continuada, longitudinal, propera, honesta, prudent, integral i de qualitat.