

De la lluita contra la malaltia a la promoció de l'autonomia personal. Més de 45 anys de canvis en els sistemes sanitari i social

Josep Farrés

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Sabadell.

Resum

A partir de la descripció i reflexió sobre la meua trajectòria professional i vital, es posa en valor la utilitat i la necessitat d'un abordatge per equips multidisciplinaris amb fixació d'objectius i avaluació del seu assoliment, en termes de rendiment, com a clau de l'èxit per a l'abordatge dels problemes de salut. Així com ja es va produir en els temps de l'hegemonia de les malalties infeccioses, molt més encara avui que tenim una hegemonia de les malalties cròniques i degeneratives, que representen un fort impacte en la pèrdua de l'autonomia personal, aquesta metodologia de treball és encara més imprescindible.

Introducció

A causa de la meua jubilació, que espero sigui activa, com a director del Centre d'Atenció a les Persones amb Discapacitat (CAD) de Badalona, el director dels serveis territorials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, del qual depèn la xarxa de serveis socials, em va oferir l'oportunitat de fer una sessió, reflexió, a partir de les meues experiències vitals i professionals, sobre la ineludible necessitat de l'abordatge i treball integrat, entre els sistemes d'atenció a les persones, sanitari, social i treball, per afrontar en l'actualitat la gran majoria de problemes de salut, malalties cròniques, degeneratives, múltiples i coexistents i l'impacte que provoquen en la pèrdua de l'autonomia personal. El text que segueix inclou els elements més importants i les idees que vaig exposar.

Antecedents, orígens i formació

Malgrat que la lliçó fonamental que he extret de la vida i de la meua pràctica professional és el goig de l'aprenentatge, la formació constant, la riquesa d'allò nou que cada dia ens emportem a casa, per raons operatives he hagut de fixar

un inici i deixar de banda aquells valors que van formant un imperceptible pòsit que ens configura la personalitat. Aquest principi coincideix amb l'inici dels meus estudis de medicina a la Unitat Docent de l'Hospital de Sant Pau de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona i la formació, com a ciutadà, en les vivències i experiències dels moments de canvi polític que es van produir en la dècada dels setanta del segle passat.

Aquesta manera de començar em permetrà fer un seguiment cronològic de les meues vivències i ajudarà el lector, amb una mica d'ordre dins el caos que representa la formació i l'adquisició de parers que són una barreja d'anades i vingudes al llarg de la vida, amb molt d'atzar i de química entre les diverses, i amb més capacitats, persones amb les quals he tingut l'honor de compartir activitats formatives, professionals i polítiques.

Així doncs, l'octubre de 1972 inicio els estudis de medicina a la Unitat Docent de Sant Pau. Eren temps d'ebullició política i la potència qualitativa i quantitativa de l'organització del PSUC en aquella unitat docent, magníficament descrita per l'Antoni Batista en el seu llibre *A la caça del PSUC*¹, més els contactes amb amics sabadellencs, em va portar a demanar l'entrada en aquesta organització, ja des del primer curs. Els vincles, amistats i complicitats teixides em van ser de molta utilitat per, a més d'aprendre medicina, entendre la medicina com una eina amb la qual ajudar a millorar la societat. Allà vaig aprendre la frase del patòleg Rudolf Virchow que diu "*el que la medicina és per a l'individu equival al que la política és per a la societat*" i m'hi vaig sentir plenament identificat, ja que concretava amb molta simplicitat i claredat el que eren els meus sentiments i vocació.

Després d'una petita ensopegada amb el Tribunal d'Ordre Públic (TOP) —vaig ser jutjat per manifestació il·legal— i davant la perspectiva de repetir segon de medicina, vaig iniciar la meua activitat laboral a la Clínica Santa Fe de la Mútua Sabadellenca com a tècnic de radiologia, en el torn de nit, l'1 de juliol de 1974. En aquells anys fèiem tots de tot: de portalliteres, auxiliars de planta..., i el que fos. Vaig viure la transformació de la clínica, on s'atenien pacients d'ortopèdia i traumatologia i un volum important dels parts de la ciutat de Sabadell que feien fonamentalment les llevadores, fins a la creació de serveis que comptaven amb la presència permanent de metges especi-

Correspondència: Josep Farrés Quesada
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
C/ Sant Vicenç, 52, D, àtic
08208 Sabadell
Tel. mòbil: 629 651 320
Adreça electrònica: jfarresquesada@gmail.com

alistes en ginecologia i obstetrícia i en ortopèdia i traumatologia. Tanmateix, els estudiants interns realitzaven una important activitat assistencial dels pacients que eren atesos a urgències. Era també imprescindible un treball en equip i una bona entesa amb els professionals d'infermeria i les llevadores, sovint més expertes en els circuits de funcionament i en la detecció de la necessitat de contactar amb urgència amb els metges especialistes. Jo posava el nas i donava un cop de mà on fos necessari. Òbviament, continuava anant a Sant Pau per continuar els meus estudis, tot i que per la meua activitat laboral, se'm va demanar de col·laborar en l'organització de la cèl·lula de sanitaris del PSUC de Sabadell que fins aleshores comptava només amb infermeres. Vàrem participar en activitats sindicals i, en les eleccions promogudes pel sindicat vertical franquista, vaig ser elegit enllaç sindical i membre del jurat d'empresa. En paral·lel, anàvem construint l'organització de salut de Comissions Obreres (CCOO). Vàrem participar en la vaga general de Sabadell. Després de la mort de Franco, la nostra activitat en els temps de la transició fou frenètica. Com a resultat va sorgir l'organització de salut de l'Assemblea Democràtica de Sabadell, vinculada a l'Assemblea de Catalunya, i vàrem elaborar un estudi sobre l'estat de la sanitat a Sabadell que, a més de diagnosticar la situació, definia una proposta organitzativa per millorar l'organització sanitària a la ciutat. En aquest estudi, anomenat *La sanitat a Sabadell. Llibre groc*, ja hi varen participar 31 professionals, metges, infermeres i auxiliars de la totalitat dels centres de la ciutat.

El lideratge del Dr. Josep Maria Plans (Figura 1), metge de capçalera a la ciutat, va ser un element clau per a l'èxit del projecte. La nostra relació d'amistat i camaraderia va permetre que en el rotatori de sisè de carrera treballés un mes a la seva consulta de medicina general de la Seguretat Social. Crec que, junt amb l'Albert Planes, company de curs i després president de les societats catalana i espanyola de medicina familiar i comunitària, CAMFIC i SEMFIC, que va estar a Roda de Ter, fórem dels primers estudiants que vàrem incloure l'atenció primària en la rotació de serveis de sisè curs.

A més de l'aprenentatge de la medicina, en clau de tècniques i procediments per diagnosticar i tractar malalties, vaig assolir vincles amb companys i companyes que, per sort, s'han mantingut al llarg del temps. És sabut que el treball en solitari és sempre més ineficaç que el treball en equip, amb la riquesa que aporta el debat i la proposta col·laborativa de distribució de tasques i responsabilitats.

Vaig obtenir la llicenciatura en medicina i cirurgia el juny de 1979 i, ràpidament, vaig iniciar la meua activitat assistencial com a metge de medicina general interí en un dels consultoris de la ciutat de Sabadell. A més, en Josep Maria Plans, elegit regidor de salut en les primeres eleccions municipals democràtiques d'abril del mateix any, va crear les oficines sanitàries de districte, que eren les res-



FIGURA 1. Acte de record i homenatge al Dr. Josep M. Plans, amb una taula de ponents formada per Antoni Farrés, batlle de Sabadell 1979-1999; Dr. Joan Sala, antic president de la Filial del Vallès Occidental de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques; Dr. Josep Simó, antic president de la delegació territorial del Vallès Occidental del COMB; Jordi Serrano, historiador i antic pacient del Dr. Plans i Dr. Josep Farrés, autor d'aquest article

ponsables de les activitats de salut pública en el territori que tenien assignat. Hi treballaven els metges titulars d'assistència pública domiciliària (APD) i els de l'obsolet dispensari municipal que fou clausurat per la seva inactivitat.

Amb una altra companya metgessa i dues infermeres ens vàrem fer càrrec d'uns dels barris amb pitjors condicions estructurals i socioeconòmiques, Torre Romeu i Poble Nou. A tall d'exemple, només hi havia un carrer asfaltat i molts habitatges no disposaven ni d'aigua corrent (element fonamental per lluitar contra un brot epidèmic de sarna que es va presentar en una escola del barri) ni de connexió a una inexistent xarxa de clavegueram. Aquest fet, per a mi, que em vantava de conèixer bé la ciutat, fou una sorpresa impactant. Una altra fou la gran massificació que em vaig trobar en el consultori, l'alt volum de números, que no visites, per la impossibilitat pràctica de realitzar una atenció mínimament correcta. Encara avui conservo el paper amb el número 189, que el zelador un dia em va donar, després d'una hora d'iniciar la consulta i t'informava sobre les persones que esperaven ser ateses. Per sort, o per desgràcia, la pràctica era fonamentalment administrativa —elaboració de receptes i documents vinculats a la situació de la incapacitat laboral— i distributiva (amb "l'enyorat" P-10) dels pacients cap als especialistes segons l'òrgan o aparell aparentment afectat.

Juntament amb altres companys vàrem valorar l'oportunitat de preparar les oposicions de metge inspector de la Seguretat Social, fet que ens oferia l'oportunitat de, a més de garantir-nos un lloc de treball amb el sou corresponent, poder col·laborar en la gestió i impuls de les reformes del sistema sanitari, que s'havien proposat des de diverses tribunes. Les més destacables, per la influència que varen tenir en la meua generació, varen ser l'àmbit sanitari del Congrés de Cultura Catalana, que va tenir lloc a Terrassa, i, sobretot, el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, per impuls de l'Aca-

dèmia de Ciències Mèdiques i la Societat Catalana de Biologia, presidit pel Dr. Alsina i Bofill². L'impacte en la reforma i millora del sistema sanitari que va representar aquest congrés ha tingut un ampli reconeixement. Va comptar amb una nodrida participació, tant des de la vessant quantitativa com qualitativa. Els seus ponents van establir les bases que orientarien tot el seguit de reformes que ens portarien a disposar d'un sistema sanitari renovat i més eficaç per resoldre les necessitats assistencials de la societat de finals del segle passat fins a l'actualitat.

També, en el pla teòric, cal destacar el conjunt de monografies editades pel CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris) del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), així com els llibres liderats pels doctors Ramon Espasa, Nolasc Acarín amb altres autors: *El servei nacional de salut: una alternativa democràtica a la sanitat* i *La salut, exigència popular*³, que foren obres de referència per a tots els que consideràvem necessari transformar totalment el sistema sanitari. L'arribada de la democràcia fou el catalitzador definitiu per concretar les propostes teòriques.

Gràcies als coneixements adquirits, durant els nou mesos que va durar, en el Curs de Salut Comunitària del CAPS —dirigit pel Dr. Enrique Nájera i que comptava com a professors amb els doctors Carlos Alberto González, Andreu Segura, Joan Clos, Lluís Bohigas i Joan Josep Artells, entre altres— i la sort, vaig guanyar una plaça de metge inspector de la Seguretat Social, en el concurs oposició convocat per l'INSALUD el 1980.

Aquell curs em va oferir l'estructura mental que després he pogut anar completant amb altres aportacions teòriques. La seva petjada encara se'm fa present. A més de metodologia epidemiològica vàrem adquirir els instruments bàsics per analitzar, entendre i proposar transformacions en el sistema sanitari i en la societat, atesa la importància cabdal que els determinants socials tenen sobre la salut, la importància de les activitats preventives i de promoció de la salut (per davant de la lluita contra la malaltia que havíem après a la facultat), les beceroles de l'economia de la salut, de les anàlisis cost-eficàcia i cost-efectivitat. En definitiva, ens va dotar de les eines per exercir de professionals de la salut pública, en la vessant de la gestió dels serveis de salut, en clau moderna i amb respecte pels recursos esmerçats i els resultats que se'n pugui obtenir. Aquell curs també em va permetre aprofundir en les estratègies socials utilitzades en la lluita contra les malalties infeccioses, em va posar en contacte amb —a més del ja esmentat Virchow, que jo només coneixia per la seva definició de la cèl·lula— el Dr. John Snow, que junt amb el reverend Henry Whitehead varen descobrir la importància de la transmissió hídrica en la malaltia del còlera, abans que Paccini descobrís el vibrió colèric com agent causal de la malaltia. També vaig entrar en contacte amb la figura del Dr. Gaspar Casal i Julian i els seus treballs sobre la pel-

lagra, així com la seva obra *Historia natural y médica del Principado de Asturias*, en la qual destaca la importància dels elements d'entorn, socials i de treball en l'origen i manteniment de les malalties; en aquesta obra lloa el treball en equip i agraeix l'ajuda del boticari i químic Rodríguez de Luna per l'èxit dels treballs. També em vaig apropar a la importància de l'escola higienista, la ingent quantitat de patografies mèdiques de localitats del nostre país, els noms de Monlau i l'enginyer i arquitecte Pere García Faria, autor del disseny de la xarxa de clavegueram de la ciutat de Barcelona en la transformació urbanística del Pla Cerdà. En resum, que la pràctica col·laborativa entre el sanejament i la millora de les condicions de vida ja havia aconseguit importants resultats en la disminució de la morbiditat i mortalitat de les malalties infeccioses abans de les aportacions de Pasteur, Ferran i la producció d'eficaçes vacunes que avançaven un pas més fins la disponibilitat dels antibiòtics, a mitjans segle XX, que van permetre, quasi totalment, el control i el fre dels terribles efectes que les malalties infeccioses havien representat en la història de la humanitat.

Així doncs, les lliçons d'aquesta primera etapa es podrien concretar en: a) La necessitat d'una orientació cap a la salut més que cap a la malaltia. b) L'evolució del concepte de salut —que va més enllà de l'absència de malaltia, passant pel complet benestar físic, psíquic i social— tendeix cap a la manera de viure autònoma, solidària i joiosa que havien proposat a Perpinyà el Dr. Jordi Gol⁴ i altres. c) El valor del treball en equip, que multiplica més que suma esforços i coneixements. d) El canvi de paradigma en el patró de morbiditat, que evoluciona de les malalties infeccioses cap a l'hegemonia de les malalties cròniques i degeneratives. e) El dinamisme dels conceptes, la necessitat de l'evolució, per tant, en les tècniques i metodologia d'actuació. f) La imperiosa necessitat de transformar el sistema sanitari en la seva organització, atenció primària, atenció especialitzada, centres de salut i hospitals. I, per sobre de tot, g) la importància del factor humà, la relació personal, tant entre companys i professionals com en la relació amb les persones i la societat i, per tant, els vincles entre política i benestar.

Gestor de serveis de salut

El meu primer destí, el primer lloc de treball com a inspector, fou la localitat de Manzanares, a Ciudad Real, on vaig començar a treballar l'octubre de 1980. Em va permetre conèixer el territori, els seus hospitals, els ambulatoris i la realitat dels metges rurals a La Mancha; a més, com m'havia aconsellat el conseller Josep Laporte, vaig poder absorbir i entendre el funcionament de l'administració pública i freqüentar Madrid, ja que *de facto* realitzava funcions de subdirector provincial de serveis sanitaris. Tan aviat com vaig poder (el 23F de 1981 a Ciudad Real fou l'estímul definitiu), vaig demanar el trasllat a Catalunya. A l'abril d'aquell any

em fou concedit; primer vaig ser metge inspector de Terrassa, després director del SEU Sabadell-Terrassa-Ciutat Badia i, finalment, director del Centre Pilot d'Atenció Primària de Ciutat Badia⁵, en què volíem assajar les propostes de canvis organitzatius i de funcionament dels serveis d'atenció primària, que van culminar amb el Decret 84/1985 de Reforma dels serveis d'atenció primària. En definitiva, es va produir l'ordenació del territori en àrees bàsiques de salut, la definició del seu àmbit poblacional, la dotació de professionals segons ràtios capitatives, l'ampliació de l'horari de les teòriques 2,5 hores a les 6 hores, la introducció de la història clínica de l'atenció primària —impulsada per l'enyorat Jordi Gol—, el treball en equip metge-infermera, la creació de la unitat d'admissions, la definició dels diferents tipus de visites i l'organització de les agendes segons aquests tipus i la distribució de l'horari en temps assistencial i no assistencial, per fomentar la formació continuada i les activitats comunitàries. En fi, els eixos que farcién la ideologia de l'atenció primària, segons la declaració d'Alma-Ata de l'Organització Mundial de la Salut i que van demostrar, com va dir el Dr. Julian Tudor Hart en una memorable sessió al COMB, que hi havia vida intel·ligent fora dels hospitals.

Una lliçó que ens va aportar el centre d'atenció primària (CAP) de Ciutat Badia, i que mereix una descripció detallada, fou el rol del treballador social dins l'equip d'atenció primària. El CAP comptava amb una excel·lent professional, cedida per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), però de seguida ens vàrem adonar que el seu accés als recursos estava molt condicionat. Únicament podia derivar les persones als serveis socials municipals, que eren els que tenien la potestat de la seva prescripció.

Quan després vaig accedir a la direcció de la sectorial d'ambulatoris del Vallès Occidental, situada a Sabadell, la mateixa treballadora social havia estat contractada com a responsable dels serveis socials de l'Ajuntament de Sabadell i vàrem aconseguir la signatura d'un conveni entre l'Ajuntament de Sabadell i l'Institut Català de la Salut (ICS), el febrer 1985, per millorar l'atenció primària, pel qual l'Ajuntament es comprometia a la cessió dels espais, terrenys per a la construcció dels nous CAP, a fer coincidir la delimitació territorial de les àrees bàsiques de salut i les socials i que els professionals de la xarxa de serveis socials municipals se situés en espais dels equipaments d'atenció primària de salut. Es comprometia també a treballar coordinadament amb els professionals d'aquests centres de l'ICS. Fou una iniciativa innovadora a Catalunya i Espanya i preteníem evitar la reiteració dels tràmits i facilitar la detecció i l'atenció dels casos que ho requerissin.

Amb la creació de les àrees de gestió, vaig ser nomenat cap dels serveis sanitaris de l'Àrea de Gestió 7, Centre, àmbit territorial de les comarques dels Vallès Occidental i Oriental, el Berguedà i Osona: 1,2 milions d'habitants. Era la mà

sanitària del gerent, Josep Lluís Pedragosa. Teníem responsabilitats en la gestió del funcionament dels recursos de l'ICS, col·laboràvem en la planificació que es dirigia des dels òrgans centrals del Departament de Salut, avaluàvem el funcionament de la xarxa concertada d'hospitals i teníem l'encàrrec d'anar realitzant la reforma de l'atenció primària, progressivament, i anar creant les condicions que ho facilitessin. També vàrem tenir l'oportunitat de viure la creació dels consorcis sanitaris, instruments col·laboratius entre la Generalitat i els ajuntaments per posar en funcionament els hospitals de Vic i de la Mancomunitat Sabadell Terrassa, construïts i traspassats a la Generalitat, però inactius per la manca de finançament per l'equipament i la dotació necessària de personal per al seu funcionament.

En el context del pla de reordenació hospitalària, el programa "Vida als anys" i la creació de la xarxa d'atenció sociosanitària, va ser òbvia la mesura de traslladar als centres l'hospitalització dels pacients aguts i transformar els antics centres de l'Hospital de la Santa Creu de Vic i l'Hospital de Sant Llützer de Terrassa, en centres modèlics per a l'atenció de convalsència, llarga estada i seu dels inicials hospitals de dia, el Programa d'atenció domiciliària-Equips de suport (PADES) i difusors de la cultura de l'atenció sociosanitària. La cirereta fou la creació del Consorci del Parc Taulí en què, a més de l'Ajuntament, inicialment hi participarien les entitats amb responsabilitats assistencials sanitàries a Sabadell, la Mútua Sabadellenca i la Caixa d'Estalvis de Sabadell.

Treballar en el Comitè Olímpic Organitzador Barcelona'92 (COOB'92) em va ratificar en la idea de la necessitat del treball en equip multidisciplinari per assolir l'èxit en projectes complexos: en el COOB'92 la cooperació entre les múltiples disciplines era una necessitat ineludible.

Després dels Jocs Olímpics vaig treballar com a director mèdic al Consorci Sanitari de Terrassa. Allà, al costat d'un mestre com el Dr. Joan Costa, vàrem assajar construir una organització de serveis integrals de salut (des de l'atenció primària, l'atenció hospitalària i l'atenció sociosanitària) pels 100.000 habitants que tenien sota cobertura els serveis d'atenció primària gestionats pel Consorci.

La ciutat de Barcelona

El nou repte professional fou la introducció de tècniques i metodologia de gestió de malalties, des de la gerència del PAMEM, per l'atenció integral dels funcionaris municipals adscrits i de les ABS que gestionàvem, Barceloneta, Vila Olímpica i Gràcia (CAP Larrard).

La propera fita fou com adjunt a gerència del Consorci Sanitari de Barcelona (regió Sanitària del CatSalut a la ciutat), des d'on vaig poder col·laborar en la finalització del procés de reforma de l'atenció primària, la reordenació dels serveis de salut mental i sociosanitaris, la creació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i el disseny de

l'instrument d'avaluació del rendiment dels equips d'atenció primària, mitjançant la bateria d'indicadors que permetien la comparació i el *benchmarking* entre tots els diferents equips⁶⁻⁸.

Gestor de serveis socials

La meua experiència al Consorci Sanitari i la dèria en l'establiment de ponts entre els sistemes sanitari i social, que contínuament anava predicant des del llunyà conveni del 1985 a Sabadell, varen fer que se m'atorgués la confiança, amb el nomenament de gerent, per posar en funcionament el Consorci de Serveis Socials de Barcelona (l'únic dels previstos a la Carta Municipal de Barcelona que quedava pendent). Aquest fet va coincidir en el temps amb l'aprovació de tota l'arquitectura legislativa que va representar la principal reforma dels serveis socials, la llei de prestacions socials de Catalunya (13/2006 de 27 de juliol), la llei de serveis socials de Catalunya 12/2007, d'11 d'octubre) i, per part de l'estat, la llei de promoció de l'autonomia i atenció a la dependència (39/2006, BOE 15.12.2006) (LAPAD) i, posteriorment, tota la reglamentació corresponent.

Aquesta coincidència va representar que la nostra primera tasca consistís en facilitar el treball col·laboratiu entre les dues administracions consorciades i amb responsabilitats en l'aplicació de la llei: la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona. La posada en marxa d'aquesta llei, que havia aixecat moltes expectatives, va representar un repte important per a tots els actors implicats. La Generalitat havia creat un organisme responsable, participat per les conselleries de salut i benestar, anomenat ProdeP (programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència).

Coordinadament amb ell vàrem planificar el circuit administratiu per a la valoració del grau de dependència, amb la definició dels àmbits territorials dels quatre serveis de valoració de la dependència, que s'havien previst per a les quatre zones en què havia estat dividida la ciutat de Barcelona. Així mateix, es contemplava la derivació de la informació del grau obtingut cap als professionals dels serveis socials bàsics responsables de la prescripció del pla individual d'actuació (PIA) mitjançant els recursos disponibles de la cartera de serveis socials. Aquest PIA, per ser realment efectiu, ha d'integrar tant la vessant social com sanitària de la persona i els seus cuidadors.

Malgrat la implantació de la llei es preveia de forma progressiva, ben aviat es va fer evident que requeria d'un important increment de recursos per totes les parts implicades. Malauradament, el desplegament va coincidir amb la crisi econòmica de 2010, amb els ajustos que va provocar en els serveis públics. Encara resta pendent l'assoliment d'un finançament necessari que permeti donar resposta a les demandes ja detectades.

Posteriorment vaig ser nomenat Subdirector General de Recursos de l'ICASS, amb la tasca de definir un nou model d'accés i de contractació dels recursos residencials de serveis socials; en moments d'escassetat de recursos, i amb el canvi de govern, inici una nova responsabilitat com a director del Centre d'Atenció a Persones amb Discapacitat (CAD 9), situat a Badalona.

He desenvolupat els meus darrers anys professionals en els serveis socials, amb la tasca de gestió de la valoració de la discapacitat i dependència en els territoris del Barcelonès Nord, Vallès Oriental i Maresme, que m'ha reafirmat en la idea que és imprescindible construir ponts entre els serveis d'atenció a les persones ja que, com es dedueix del seu propi nom, les persones són úniques i necessiten d'un treball, com a mínim cooperatiu, que trenqui desconeixements i recels competencials, com a primera pedra per assolir una visió integral i integrada.

Epíleg

Des de la visió panoràmica actual —la necessitat de tenir cura, de promoure l'autonomia, davant la dependència que ocasionen la més gran longevitat (envelliment) i el control de les malalties cròniques— és del tot necessari —a més de disposar d'un finançament adequat amb el compliment dels compromisos adquirits per les diverses administracions implicades (l'estat, les autonomies i l'administració local)— que es proposin abordatges comuns, coordinats o integrats, des de les diferents mirades i aportacions que ofereixen els serveis d'atenció a les persones. La necessitat de tenir cura, d'acompanyar els pacients i els seus cuidadors per facilitar-los la màxima qualitat de vida ha esdevingut un element de bona pràctica imprescindible. En això ens hi juguem poder donar resposta al que la societat i les persones esperen de la nostra activitat professional.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Batista A. A la caça del PSUC. Barcelona: Editorial Pòrtic; 2016.
2. II Ponència. Funció Social de la Medicina. Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Perpinyà: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Societat Catalana de Biologia; 1976.
3. Acarin N, Espasa R, Vergés J, Campo M. La salut, exigència popular. Barcelona: Editorial Laia; 1976.
4. Gol J, Jaen J, Marcos JA, Casares R, Foz G, Moll J et al. El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. Quadern CAPS; 1979.
5. Alberca Guevara O, Centre d'Assistència Primària Ciutat Badia. Informe Centre d'Assistència Primària de Ciutat Badia. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1984.
6. Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, Zara Yanhi C. Consenso sobre un proceso de *benchmarking* en la atención primaria de salud de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35(3):130-9.
7. Villalbí JR, Farrés J. Culminar la reforma de la atención primaria de salud. Gestión del cambio en Barcelona 1998-2003. Aten Primaria. 2005;35(9):484-8.
8. Plaza Tesías A, Zara Yanhi C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del *benchmarking* en los equipos de atención primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35(3):122-9.