

La feblesa de l'atenció primària de salut

Andreu Segura Benedicto

Metge de Salut Pública; Vocal del Consell Assessor de Salut Pública i del Comitè de Bioètica de Catalunya; editor convidat de salut comunitària a *Gaceta Sanitaria*.

Introducció

Fa només deu anys en Vicente Ortún afirmava que, tot i que l'atenció primària de salut (APS) era admirable, no tenia bon pronòstic. Parlava del conjunt del Sistema Nacional de Salut, però el Servei Català de la Salut no és una excepció. Ho suggereix un informe de l'*Organización de Consumidores y Usuarios* (OCU) segons el qual Catalunya és la comunitat autònoma amb el percentatge més baix de demandes de visita ateses el mateix dia: l'11%, impropï per al primer nivell assistencial; una deficiència que els recents conflictes laborals també posen en dubte. Gairebé trenta-cinc anys després de la reforma cal una enèrgica actualització. Més enllà d'incrementar el nombre de professionals o de reduir els contingents adscrits —decisiones que, en absència d'altres canvis, fins i tot podrien esdevenir obstacles per a la viabilitat del sistema a mig termini— es planteja desenvolupar una de les dimensions de la reforma inicial gairebé inèdita, la comunitària.

Això no obstant, és factible una proposició com aquesta? I, en tot cas, és prou per al sosteniment de la sanitat pública a Catalunya? D'aquí que convingui, primer de tot, encarar alguns dels problemes que afronta l'APS per considerar després la proposta d'estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC) del Departament de Salut.

Els problemes (alguns)

L'Organització Mundial de la Salut acaba d'identificar deu perills o reptes¹ per a la salut de la humanitat entre els quals el setè pertoca a la feblesa de l'APS, institució o servei al que no tenen accés milions de persones al món, particularment als països més deprimits econòmicament, tot i que no sempre. Perquè, a més dels països la sanitat dels quals no desenvolupa aquest nivell bàsic, aquesta limitació també ens afecta a Catalunya. I no solament concerneix

als grups de població en exclusió social, sinó també a d'altres molt més integrats socialment. Com que els beneficiaris d'alguns règims de la Seguretat Social poden triar entre diversos proveïdors, a més dels serveis sanitaris autònoms del Sistema Nacional de Salut (SNS), en fer una altra opció —alternativa que escull la majoria dels beneficiaris de MUFACE— no tenen accés als equips d'atenció primària (EAP) que són la base de l'APS.

A més d'aquesta limitació estructural que encara persisteix —malgrat els propòsits d'universalitat i d'equitat de la Llei General de Sanitat de 1986— altres factors generen recança pel que fa a la viabilitat de l'APS, no solament per raons de finançament sinó també de solvència, és a dir, quant a la seva capacitat de resoldre els problemes efectivament. Ja s'han esmentat les limitacions d'accessibilitat, les quals poden afectar notòriament la longitudinalitat, que és, probablement, la característica més essencial del model actual de l'APS². Una accessibilitat indiscriminada promou les iniquitats —desigualtats injustes— i la ineficiència social.

Altres problemes tenen a veure amb el grau de desencís i consumpció (*burnout*) de molts dels seus professionals que, a més, malfien de les institucions en sentir-se tractats injustament. Particularment pel que fa a la precarietat laboral que és, òbviament, responsabilitat de les entitats proveïdores i de les autoritats, com també ho és la poca determinació a l'hora d'incentivar adequadament la qualitat assistencial. A més, no es treu tot el partit possible a la multitud de dades recollides sobre les activitats dutes a terme —informació no sempre adequadament esporgada—, les quals haurien de servir, entre d'altres coses, per estimular significativament els comportaments més adients.

Altrament, no sembla que la majoria dels EAP aconsegueixin funcionar com a tals. Això implica una dinàmica enèrgica de col·laboració per assolir objectius comuns i compartir responsabilitats i, naturalment, per tal que el paper de cadascun dels estaments implicats no generi interferències, solapaments ni mancances. Calen mesures estructurals afavoridores que ho permetin, però és imprescindible que els professionals i els treballadors s'involucrin decididament i lleial. La responsabilitat de la coordinació dels equips sovint és vista com una activitat més aviat bu-

Correspondència: Andreu Segura Benedicto
C/ del Dr. Ribalta, 5
08960 Sant Just Desvern
Tel. 933 720 970
Adreça electrònica: asegurabenedicto@gmail.com

rocràtica que rarament constitueix una referència per millorar la qualitat de les activitats, un paper que hauria de ser més decididament directiu i que requereix capacitat de lideratge. Un lideratge al que, amb independència de les aptituds, pocs aspiren.

Tot i que la variabilitat en la titularitat de la provisió suggereix que una gestió efectivament descentralitzada, amb més autonomia real i per tant amb rendició de comptes, podria ser més eficient, les avaluacions rutinàries no sembla que tinguin prou efecte en la millora del funcionament.

Però quina és l'APS que volem?

Sentir-nos cofois amb la sanitat que tenim no ajuda a replantejar-nos prou clarament el model. Tenint en compte que l'actual no ha acabat de desenvolupar-se com preveien els seus promotors i que d'ençà d'aleshores els canvis sociològics i tecnològics configuren un escenari prou diferent del que hi havia fa trenta-cinc anys, ens cal una perspectiva més deslliurada per afrontar la situació.

Per exemple, decidir si la longitudinalitat i la continuïtat són essencials o no en quines circumstàncies. Els promotors de l'APS reivindiquen aquestes característiques com a imprescindibles per a racionalitzar la utilització del conjunt del sistema sanitari per part dels pacients i de la ciutadania. El cert és que en bona part es tracta d'una assignatura pendent. I tot i que la reforma atorgava la responsabilitat de materialitzar-les a l'equip, no està clar com distribuir institucionalment, sense diluir-la, la responsabilitat personal dels professionals dels diversos estaments implicats. És aquest un propòsit que les discrepàncies que encara persisteixen quant al paper que han de jugar cadascun dels estaments de l'equip fan més difícil d'abastar.

Encara que probablement sigui més important la manca d'incentius reals per tal que l'EAP o alguns dels seus components gaudeixi —o pateixi— algunes conseqüències derivades del patró de consum dels seus pacients. Naturalment, no es tracta de responsabilitzar directament i global l'EAP del consum dels seus pacients, però potser sí haurien d'assumir alguna responsabilitat. Altrament, què vol que l'APS sigui l'eix del sistema?

Una altra qüestió és si tota la població adscrita a un EAP ha de tenir la mateixa consideració quant al tipus d'atenció. Recentment, en Jordi Varela proposava distingir aquelles persones que fan un ús esporàdic i molt limitat dels serveis assistencials, un grup que potser no es beneficia gaire d'una longitudinalitat i continuïtat estrictes³.

D'altres aspectes clau tenen a veure amb el paradigma assistencial predominant, que és desequilibradament biologicista, menystenint i oblidant les dimensions psicològiques i socials dels essers humans —animals socials per naturalesa— i, a més, actua d'una manera sovint només reactiva. La impaciència generalitzada —dels pacients, però també dels professionals— i la intolerància a la incomoditat abonen un intervencionisme exagerat que fomen-

ta el sobrediagnòstic i la iatrogènia. Aquest intervencionisme moltes vegades medicalitza problemes que ni són de naturalesa patològica ni, sobretot, tenen una solució assistencial. Molts neguits són senyals d'alerta davant problemes de precarietat laboral, econòmica o familiar; tot i que en ocasions pot ser útil un ansiolític, sovint contribueix a empitjorar-los.

També hauríem de preguntar-nos obertament quines són les expectatives dels professionals que conformen l'APS. Pel que fa als metges és prou clar que en acabar els estudis l'especialitat no és una de les seves aspiracions preferides. Caldria tenir ben clares les finalitats i els propòsits de les professions sanitàries per tal que la pràctica fos coherent amb elles⁴. Les professions clíniques o assistencials tenen com a primer mandat "ajudar els pacients... i mirar de no fer-los mal", des del temps d'Hipòcrates⁴. I per això han d'aplicar els coneixements científics que proporcionen, entre d'altres, la fisiopatologia, la biologia (evolutiva, macro i micro) o l'epidemiologia, quan en disposem, que no és sempre. De fet l'àmbit assistencial és curull d'incerteses que també cal saber gestionar.

La importància de l'atenció comunitària

Esmentava fa uns paràgrafs la insuficiència del plantejament biologicista. Aquesta crítica, que inicialment devem a Engel⁵, ha estat molt ben acollida pels partidaris de l'orientació comunitària de l'APS, tot i que la seva connotació ideològica pot menar a distorsions en la pràctica, com denunciava Bartz⁶ i resumia molt didàcticament Borrell⁷.

En qualsevol cas, la influència dels determinants socials sobre la salut i la malaltia, accentuada per part del moviment higienista del segle XIX i combativament resumida per Rudolf Virchow en afirmar que la medicina no és més que política en el més ampli sentit de la paraula, va inspirar l'orientació comunitària de l'atenció primària (APOC) per part de Sidney i Emily Kark; gràcies a Jaime i Rosa Goffin, sobretot, ha tingut certa influència entre els professionals a Catalunya, bàsicament a la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària) i l'AIFiC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya), però també a la xarxa AUPA (Actuant Units Per a la sAlut), el paper de la qual ha estat molt significatiu en promoure algunes iniciatives de desenvolupament de la salut comunitària, com ara el projecte COMSalut.

Això no obstant, en general, la dimensió social de la malaltia i de la salut han merescut un interès secundari per part dels serveis sanitaris, llevat de quan hi ha possibilitats d'intervenció clínica, sobretot farmacològica, com passa amb molts dels factors de risc de les malalties que són objecte d'una medicalització no sempre sensata. Les intervencions sobre la dimensió social de les persones i sobre l'àmbit comunitari del sistema sanitari són limitades i molt sovint parcials, de manera que, per tal que fun-

cionin, cal que vagin acompanyades de les intervencions d'altres sectors de la societat i, a més, que comparteixin el propòsit i es complementin mútuament.

Són plantejaments que comparteixen iniciatives com “Salut als barris” —molt desenvolupades sobretot a la ciutat de Barcelona on el paper de l'Agència de Salut Pública ha estat molt actiu— o, més sobre el paper, el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Però cal esmentar també el Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària (PIAPISC), que malgrat la seva aprovació formal el 2010⁸ no ha estat mai desplegat; un fracàs que comentarem més endavant.

El desenvolupament de l'atenció comunitària, tot i tenir una notòria importància, no és l'única transformació a què cal sotmetre el sistema sanitari per millorar la seva efectivitat i eficiència social. La introducció de la perspectiva social en la pràctica assistencial no significa deixar de fer allò que com a professionals de la medicina, la infermeria i les altres professions sanitàries sabem i sabem fer: intentar solucionar, o si més no alleujar, els trastorns, alteracions i malalties dels pacients; és a dir, diagnosticar i tractar els patiments amb els instruments i habilitats específics de les nostres professions. El risc de dur a terme activitats per a les quals no estem preparats, ja siguin de salut pública o d'animació cultural, no és petit i pot comportar malbaratament de recursos.

La solució és l'ENAPISC?

El Departament de Salut promou un nou intent de desenvolupar l'atenció comunitària, del que aquest número dels *Annals* es fa ressò. Una iniciativa que, com la del PIAPISC, ha aplegat molts esforços i ha consultat i mobilitzat molts professionals del sector.

Com reconeix el Consell Assessor⁹ en aquest número dels *Annals* (veieu el detall de la recomanació 5.2) fóra important analitzar el perquè d'aquest abandonament, que és conseqüència d'un conjunt de factors, entre els quals segurament cal incloure, a més dels eventuals errors i limitacions dels autors entre els que modestament m'incloc, possibles pressions dels *lobbies* sanitaris, tant privats com públics, davant una eventual modificació de l'*statu quo* i qui sap si manca de prou convenciment per part dels responsables polítics. Però també cal citar l'absència d'una veritable estratègia per assolir els objectius; una característica que no acabo de veure tampoc en el plantejament actual, malgrat la seva denominació inclogui el terme, perquè estratègia és el conjunt d'accions tàctiques pensades i executades per abastar un objectiu.

Tot això, malgrat que aquelles i aquestes iniciatives i els documents que s'hi refereixen descriuen i descriuen els propòsits i directrius, i en alguns casos arriben fins i tot a formular objectius específics i guies d'aplicació, i que són molt lloables les aportacions del Consell Assessor, així com molt meritòria és bona part del treball desenvolupat

pels experts de les comissions tècniques creades per elaborar “les guies que han de servir per a la implementació efectiva i sistemàtica del model de cada procés assistencial clau al territori” després d'assolir el consens dels agents implicats (societats científiques, corporacions, ciutadania, etc.).

Entre aquestes cal destacar la dedicada al model de salut comunitària de la xarxa d'atenció primària, un instrument molt ben dissenyat per al desenvolupament del model a la pràctica. Una aplicació que per materialitzar-se requereix, però, molt més que l'acatament per part dels professionals i treballadors implicats, ateses les profundes modificacions que introdueix a la pràctica assistencial. Cal una adhesió entusiasta que difícilment es pot aconseguir amb documents per molt ben redactats que estiguin, sobretot en uns moments de desconfiança i recels i de cert desencant.

Tanmateix, no es fan explícites les passes a assolir, mitjançant quines accions i amb qui es pot comptar per superar els obstacles i les oposicions previsibles. Es requereix una bona dosi d'experiència i competència i molt coratge per superar la tebiesa que pot provocar una situació política entremaliada i uns entrebancs tan formidables. O potser no s'expliquen per evitar les eventuals reaccions en mostrar les cartes?

Hi ha un acord general que sense una transformació global del conjunt de la sanitat el desenvolupament de l'atenció primària i comunitària no té cap possibilitat real d'èxit. La modernització de la sanitat espanyola i catalana va començar als hospitals que, en part per això i sobretot per d'altres raons, han esdevingut els dispositius més influents de tot el sistema sanitari, condicionant en gran manera el funcionament del conjunt de la sanitat, de manera que una eventual reforma de l'atenció primària no sembla possible sense afectar els hospitals i, en general, el conjunt de l'atenció especialitzada.

Tampoc no es pot oblidar la influència de la formació de grau i de postgrau que reben els titulats i professionals de cara a les seves pròpies expectatives, sobretot quant al paper que han de jugar en la pràctica quotidiana. En aquest sentit convindria recuperar els plantejaments que, entre altres, feia Daniel Callahan, des del Hasting Center¹⁰. Aquestes expectatives afecten també la ciutadania i configuren uns escenaris on el professionalisme —una implicació compromesa i autònoma— tendeix a diluir-se més o menys retòricament.

Com assenyalen Puente i col·ls.¹¹, en aquest mateix número de la revista no es pot pretendre capgirar la situació des dels despatxos dels dirigents, però potser tampoc mitjançant exercicis de participació virtuals. Deien els clàssics que el moviment es demostra caminant i, per això, potser caldria aprofitar millor els esforços que s'hi esmercen, com els esmentats “Salut als barris” o el COMSalut, que tracten d'esbrinar la manera d'afrontar els obstacles i problemes pràctics, entre els quals sobresurt la dificultat

per deixar de fer allò que sabem que no genera valor per a la salut de la població i que, en canvi, pot provocar efectes adversos i danys col·laterals, inclòs un increment de les llistes d'espera. Una limitació que ens treu temps per dedicar-lo a d'altres activitats més prioritàries.

Abans de generalitzar convé assegurar-nos, per tant, que les modificacions que proposem són factibles i generalitzables. Encara no ens n'hem sortit de desprendre'ns del llast de les activitats innecessàries. I, sense saber com ho hem de fer, qualsevol intent de reforma queda molt afeblit. Segurament convé dedicar-hi més recursos, dels que ja disposem però que hem de posar al servei d'aquest propòsit. Per exemple, mitjançant les aliances a les quals es referia Martín-Zurro¹² en l'anterior número dels *Annals*. L'experiència d'acompanyament compartit dels dispositius d'atenció primària i de la resta d'assistència ambulatoria, amb els de salut pública perifèrica i central i els de les administracions locals, al si del projecte COMSalut, sembla prometedora per a trobar els deslloradors.

Des d'una perspectiva més de política general, que també és imprescindible perquè la transformació pugui esdevenir-se, podria ser inspiradora la proposta del *King's Found*¹³, que en primer lloc parteix d'una quantificació de la influència d'alguns dels determinants col·lectius de la salut sobre la morbimortalitat de la població del Regne Unit, per identificar els àmbits decisius per abastar un futur més saludable i, el que potser sigui més útil, assenyalat com articular-los per aprofitar les aportacions de cadascun; remarca els canvis que cal abordar, el primer de tots, el del lideratge sobre la salut —que no pertoca forçosament al sector sanitari— però també la generalització de retre comptes que, a més de ser una obligació moral i política, contribueix a dinamitzar el desenvolupament dels processos i, *last but not least*, a modificar la distribució del finançament.

La implicació de la comunitat en una estratègia com aquesta esdevé crucial, des de les entitats cíviques a les administracions locals i, òbviamment, els sectors socials més decisius en la generació de la salut de la població que, com és sabut, no és simplement la mera absència de malaltia sinó, tal vegada, una manera de viure autònoma, solidària i joiosa (o, potser engrescadora, que paga la pena).

NOTA

Em permeto referir-me a una anècdota personal com a pacient. Derivat a un servei de rehabilitació per pal·liar els efectes d'una malaltia osteoarticular adequadament diagnosticada, la primera prescripció fou una tomografia computada, tot i que el resultat de la prova no afectaria el programa de rehabilitació. Era per saber com estava. Però l'exposició a la radiació era desproporcionada i, a més, allargava la llista d'espera d'altres pacients, alguns dels quals sí que podien beneficiar-se d'aquesta mena d'exploracions. Saber el que passa és un plantejament del tot lògic, però de vegades innecessari.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. WHO. Ten threats to global health in 2019. Consultable a: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Accés el 14 d'agost de 2019.
2. Pastor R, López A, Pérez M, Gervas J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:479-85.
3. Varela J. 5 intensitats de provisió per a 1 sanitat més valuosa. Barcelona: Gesclinvar consulting GCV; 2019. p. 68.
4. Strauss M. *Familiar medical quotations*. Boston: Little, Brown and Company; 1968. p. 625.
5. Engel G. The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
6. Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor patient interactions. *J Fam Practice*. 1999;48:601-7.
7. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:175-9.
8. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Acord. GOV/236/2010, de 23 de novembre. DOGC 5766 de 30 de novembre. Consultable a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5766/1152848.pdf>.
9. Consell Assessor de Salut. Recomanacions estratègiques sobre el model assistencial d'atenció primària i comunitària. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):101-104.
10. The goals of medicine. Setting new priorities. *Hastings Cent Rep*. 1996. Nov-Dec;26(6):S1-27.
11. Puente A, López MJ, Leal M, Ramírez A, Sospedra J, Nadal C. Atención primària i salut comunitària: repte de futur del sistema nacional de salut. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):98-100.
12. Martín Zurro A. Alma-Ata i la reforma de l'atenció primària i comunitària a Espanya i a Catalunya. *Annals de Medicina*. 2019;102(3):50-52.
13. Buck D, Baylis A, Dougall D, Robertson R. *A vision for population health. Towards a healthier future*. London: The King's Fund; 2018. Consultable a: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/vision-population-health>. Accés el 14 d'agost de 2019.