

Atenció des-integrada



Com s'esdevé a la major part de països desenvolupats, Catalunya està davant d'un gran repte que requereix respostes diligents, pragmàtiques, transformadores i consensuades per part dels sistemes social i sanitari. Efectivament, ens trobem davant de l'eclosió epidemiològica i demogràfica d'un grup de persones vulnerables, sovint amb dependència i amb problemes de salut crònics, algunes de les quals amb necessitats complexes d'atenció i necessitats pal·liatives (Busse et al, 2010).

Per una banda, els canvis i el creixement de l'ús i freqüentació dels serveis d'atenció primària no han anat acompanyats d'una adaptació del desenvolupament professional i d'una estratègia de formació específica. Per altra, l'"hospital-centrisme" no és una característica única del sistema sanitari català. La majoria de països desenvolupats dissenyen la seva organització sanitària al voltant dels hospitals, siguin de primer, segon o tercer nivell; però la diferència principal és la dotació econòmica que s'assigna a l'atenció primària.

El maig de 2017, el Departament de Salut va presentar l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), un pla de reorganització xifrat en 397 milions d'euros que pretenia impulsar un nou model d'atenció primària transversal com a eix vertebrador del sistema de salut. Tot va quedar com una declaració de bones intencions a un calaix.

Tot existeix: models per a les transicions i de prealta ben descrits, tenim sistemes informàtics, tenim líders i referents en la matèria... Però d'alguna manera s'ha quedat sense aterrar. Manca passar de la

teoria a la pràctica. El que falla és la manca d'utilització dels mecanismes existents. Hi ha els mecanismes per prioritzar els pacients. Les etiquetes les veu tot el sistema. Aquests pacients arriben a urgències, i els professionals poden veure el tipus de pacient i la seva història clínica. En donar al pacient d'alta, l'hospital, conscient de la complexitat, podria contactar amb atenció primària. Però cal que tots els professionals s'ho creguin, i que l'activitat quotidiana ho permeti.

La falta de planificació i de reflexió de cap a on ha d'evolucionar l'atenció integrada impacta de forma directa a la capacitat de donar solució a algunes qüestions bàsiques com, per exemple, com han de ser les persones ateses i quines pràctiques aporten valor. Si l'atenció ha d'anar alineada i ha de ser col·laborativa, no hi ha dubte que la línia contínua d'atenció a les persones és l'atenció primària. Per garantir una atenció més integrada a la gent gran, a les persones amb discapacitat, a les persones amb problemàtica social derivada de la salut mental i, en general, a totes les persones amb necessitats complexes d'atenció, no són necessàries més estructures que afegeixin complexitat a la complexitat, cal dotar a l'atenció primària dels recursos per poder proporcionar aquesta atenció. La demora en l'atenció i la poca comunicació entre professionals dels diferents àmbits d'atenció es tradueixen en ineficiència del sistema.

I cal que tots els companys sanitaris es creguin el relat. Els professionals d'atenció primària ens ho hem cregut perquè en el fons és tornar a la nostra essència. Intentar que la salut sigui més comunitària.

Un traumatòleg, per exemple, no anirà mai al domicili d'un pacient. Ni s'ho plantegen, ni tampoc són conscients que algú haurà de planificar la petició d'una ambulància perquè el pacient pugui acudir a la cita a traumatologia. La planificació d'una ambulància d'un pacient fràgil sempre és d'atenció primària. Si el concepte d'integració estigués més assimilat, tothom entendria que cal planejar un transport per a aquest perfil de pacient. Els professionals d'atenció primària són els referents continus del pacient, però no haurien de fer tasques purament administratives si tot el sistema tingués una visió integral i integrada de les persones.

Un altre aspecte clau és aconseguir compartir el mateix llenguatge entre nivells d'atenció. La coordinació entre atenció primària i altres actors és complicada perquè hi ha diferents interpretacions del mateix cas. Quan atenció primària deriva un cas al cardiòleg, per exemple, tendeix a estudiar el cas sense tenir en compte altres aspectes purament clínics (viu sol/a, expectatives de vida, deteriorament cognitiu, deteriorament funcional, etc.). Tot i que es parla molt i aquests altres actors utilitzen la paraula "fràgil", a l'hora de la veritat no tracten aquest pacient com a tal. Continuen tractant com fan sempre, amb visió del problema des de la seva especialitat.

Starfield descriu 10 vies diferents de relació entre AP i altres especialistes, i a cada via li dona un paper diferent a uns i a altres. I al final diu que el "model bilateral" de relació metge-pacient es transforma en "trilateral" quan intervé un altre especialista. Cito: "El rol especial de los otros especialistas consiste en realizar solamente lo que se les pide que hagan y en delegar el juicio final sobre la necesidad de llevar a cabo otras intervenciones al médico de AP (quien tomará la decisión más oportuna sobre ello junto con el paciente)".

Si ens creiem de veritat la funció de coordinació de l'Atenció Primària, i tenint en compte el coneixement focalitzat d'altres especialitats, aquests últims farien la feina "focal" i deixarien les

últimes decisions a l'atenció primària. Decisions que prendrà segons la informació i valoració de tots els professionals que intervenen en l'atenció i del coneixement de la persona i del seu entorn, comptant amb la seva opinió.

És urgent revisar les zones fosques de l'estructura a la implementació de l'atenció integrada, donada l'escassetat de recursos per a optimitzar-los. Avaluem i reformulem el que ja tenim i adjudiquem de veritat a l'atenció primària el paper d'eix vertebrador del sistema.