



COVID-19
LLIÇONS APRESES
PER UNA REFORMA DEL SISTEMA
DE SALUT DE CATALUNYA

INTRODUCCIÓ

La pandèmia de la COVID-19 ha impactat de manera profunda a la nostra societat. Ha estat una crisi sanitària sense precedents que marca un abans i un després a la societat, la qual ha pagat un preu altíssim pel nombre de defuncions, però també per l'impacte que la malaltia i el confinament tindrà a nivell de salut, per les seqüeles físiques i psicològiques i per les conseqüències econòmiques i socials .

La crisi ha evidenciat la fortalesa i el compromís dels professionals i dels ciutadans. Ara, cal aprofitar aquesta aliança per sortir de la pandèmia amb un sistema sanitari més fort, resolutiu i preparat per al futur.

Volem un sistema nacional de salut universal i de finançament públic, que sigui capdavanter en anàlisi de resultats, sostenible i preparat per assolir els reptes de futur.

Una de les lliçons que hem d'aprendre d'aquesta crisi, de manera immediata, és la necessitat d'establir canvis significatius en el sistema sanitari. Canvis que fa anys que la professió mèdica estem reclamant. La crisi de la COVID-19 ha posat en evidència les mancances del sistema sanitari. Carències que s'han esmorteït i, en molts casos, superat gràcies a l'esforç i capacitat d'adaptació dels professionals sanitaris i amb el suport de la població. La capacitat auto-organitzativa dels professionals, d'aportar solucions i de fer front a la situació de manera autònoma i col·laborativa i amb flexibilitat, ha estat un dels aspectes més positius que s'ha d'aprofitar d'aquesta crisi.

La crisi ha deixat, però, una profunda empremta en la societat i també en els professionals. L'esforç continuat i la tensió s'han acumulat i han conduït a una situació de sobrepressió extrema. Les vivències de la crisi i les seves conseqüències han causat una ferida social, també en els professionals i en el propi sistema sanitari. L'experiència ha estat duríssima i no l'oblidarem.

Tots aquests fets impliquen la necessitat d'accelerar el procés de canvi i reformes del sistema sanitari. Una transformació que ha de comptar amb el suport majoritari de les forces polítiques i amb la implicació dels agents professionals del sistema sanitari. Apel·lem a un **nou pacte per la sanitat** que hauria d'estar a l'agenda política com a prioritat número 1.

L'acord i el consens polític han d'incloure tots els nivells de l'administració amb competències al respecte: la Unió Europea, el Govern de l'Estat i la Generalitat de Catalunya. Aquest acord s'ha de basar en tres elements: el finançament, un nou esquema de funcionament i organització dels recursos humans (que impacta directament en els professionals), i una nova política de salut pública.

El nostre sistema sanitari i, per tant, els seus models d'organització, van ser dissenyats per a la realitat sociodemogràfica de la dècada dels 1980. La realitat actual és ben diferent, caracteritzada per un dels índexs d'envelliment més alts del planeta i per una elevada prevalença de cronicitat i de malalties discapacitants de llarga evolució que fan obsolet el model assistencial actual, el qual, d'altra banda, tampoc està pensat ni preparat per donar resposta a situacions de crisi de salut pública com l'actual.

La demanda de canvis ha esdevingut una exigència. Els responsables polítics del nostre país han d'estar a l'alçada del moment i de la situació. Cal defugir debats estèrils i centrar-se en allò que impacta directament en la salut, en el benestar i en la supervivència i qualitat de vida de les persones. Ens cal un sistema sanitari més fort. No s'hi valen les excuses. Països del nostre entorn han fet evident que la crisi de la COVID-19 és una oportunitat per fer canvis radicals en el sistema de salut (*discurs del primer ministre francès, Sr. Édouard Philippe, del 25-05-2020*). A nosaltres ens toca fer el mateix, en el marc del nostre sistema sanitari. Calen reformes que convergeixin, a nivell europeu, en una nova visió dels sistemes de salut dins la construcció europea.

Per fer-ho factible, el repte és colossal. Aquest document consta de dues parts. La primera part proposa els quatre eixos sobre els quals haurien de pivotar les accions generals per a la refundació del sistema sanitari (finançament, professionals, organització sanitària i salut pública) i conté també un apèndix que fa referència als nous reptes de telemedicina i salut digital. La segona part formula propostes concretes per diferents àmbits assistencials: atenció primària, hospitals, atenció intermèdia i residencial i salut mental.

PRIMERA PART

ACCIONS GENERALS SOBRE EL SISTEMA SANITARI

1. Finançament.....	7
2. Professionals i professionalisme	8
3. Nous models organitzatius del treball professional.....	10
4. Per una nova Agència de Salut Pública que abordi una política de salut pública moderna, capacitada i integrada amb l'atenció primària de salut.....	11
5. Apèndix. Telemedicina i salut digital	13

SEGONA PART

PROPOSTES CONCRETES PER DIFERENTS ÀMBITS ASSISTENCIALS

PROPOSTES DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

1. L'epidèmia com a revulsiu.....	14
2. Propostes	15
>> Missatges institucionals a la població.....	15
>> Autonomia i flexibilitat dels equips d'atenció primària	15
>> Delimitació d'entorns de seguretat per a pacients i professionals	16
>> Manteniment i reforç del teletreball i de les visites no presencials.....	17
>> Desburocratització de l'atenció.....	18
>> Coordinació amb altres nivells assistencials	19
>> Atenció als pacients COVID-19 i a les seves famílies. Vigilància epidemiològica	20
>> Potenciar l'atenció domiciliària	21
>> Potenciar la comunitat.....	21
>> Atenció a les residències geriàtriques	21
>> Docència i recerca	21
3. Repensant la nova atenció primària post COVID-19	22

PROPOSTES DES DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA

1. Una lliçó per al futur.....	25
2. Mesures generals a considerar	25
>> Lideratge dels professionals.....	25
>> Autonomia de gestió per als centres	26
>> Coordinació territorial.....	26
>> Treball en equip.....	27
>> Educació sanitària	27
3. Mesures específiques als hospitals	27
>> Potenciació de la seguretat clínica	27
>> Flexibilitat i organització dels recursos humans.....	28
>> Capacitat instal·lada	28
>> Serveis de prevenció de riscos laborals i medicina preventiva hospitalària.....	28
>> Accions a urgències.....	29
>> Accions a àrees de crítics	30
>> Impuls de la telemedicina.....	30
>> Accions a consultes externes	30
>> Comunicació i informació als pacients	31
4. Altres consideracions.....	31
>> Augmentar el pressupost de sanitat i recerca	31
>> Residències	31
>> Xarxa de laboratoris	31
>> Col·laboració dels sistemes públic i privat	32
>> Garantir els subministraments essencials.....	32

PROPOSTES DES DE L'ATENCIÓ INTERMÈDIA I RESIDENCIAL

1. Atenció intermèdia.....	33
>> Evolució del model sociosanitari al model d'atenció intermèdia.....	33
2. Atenció residencial.....	34
>> Per una atenció integrada social i sanitària a grups poblacionals especialment vulnerables.....	34
>> Propostes de transformació de l'espai residencial	38
>> A tall de resum	41

PROPOSTES DES DE L'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL

1. Marc general.....	42
2. Dèficits i propostes.....	42

Accions generals sobre el sistema sanitari

1 | Finançament

El passat 30 de gener, l'associació Cercle de Salut va publicar un estudi elaborat pel catedràtic d'Economia Guillem López-Casasnovas, segons el qual al sistema sanitari català, en relació amb població, rendes i nivell de vida, li corresponen 5.000 milions d'euros més dels que en aquests moments es destinen al pressupost sanitari públic anual. El dèficit històric ha suposat mancances que es poden resumir en tres grans blocs: d'una banda, precarietat laboral i reconeixement econòmic insuficient dels professionals, de l'altra, infradotació i manca de renovació de les infraestructures i equipaments sanitaris i de tecnologia i, per últim, una inversió molt insuficient en formació i recerca.

Però en la situació actual, no hi ha més excuses. El sistema sanitari s'ha de reformar i, per això, s'ha de dotar econòmicament d'acord amb les necessitats de la nostra població i amb el nostre nivell de vida.

La crisi sanitària de la COVID-19 ha posat en evidència el fet que no hi ha economia productiva sense garantir de manera homogènia la salut de la població.

Reclamem, d'acord amb estimacions i estudis com l'esmentat, que, en un període de tres anys, s'afegeixin al sistema sanitari català els 5.000 milions d'euros necessaris.

D'acord amb una primera aproximació, el 60 % d'aquests recursos addicionals hauria de servir per eliminar la precarietat dels professionals, amb millores retributives i canvis organitzatius, i el 40% restant s'hauria de destinar a revitalitzar les infraestructures, amb inversió en equipaments, en impuls tecnològic i en noves polítiques de salut pública. També caldria analitzar quins són els recursos necessaris per implementar les polítiques socials, amb especial dedicació a la gent gran, per tal de garantir una atenció adequada i desanitaritzar l'atenció de problemes d'àmbit social.

Volem cridar l'atenció del risc actual que les administracions vulguin recuperar el pressupost addicional que està sent necessari per fer front a la pandèmia. D'aquí a final d'aquest any, caldran més recursos per fer front a la gestió i prioritització de tota l'activitat ajornada per la crisi i també a la recuperació ànima dels professionals.

Estarem al capdavant de les reivindicacions en aquest sentit. Qualsevol demora o temptació de retallar recursos en el moment actual, que posarien en risc real de viabilitat el sistema sanitari (i, més dramàticament encara, si es produís l'eventualitat d'una segona onada de l'actual pandèmia), es trobarà amb la nostra frontal oposició en defensa del sistema sanitari i dels seus professionals. No es poden repetir, amb l'objectiu de quadrar un pressupost agònic, actuacions subterrànies sobre contractacions, retribucions i penalitzacions dels professionals. Encara menys, tenint en compte l'actual esgotament físic i emocional d'aquests.

Les condicions actuals de contractació de serveis als centres sanitaris per part del CatSalut són insuficients. Això vol dir que cal revisar el finançament, primer en clau d'Estat, i revisar també el finançament i la despesa sanitària en clau autonòmica. Caldrà fer reformes profundes en l'organització del treball professional i en les retribucions als centres sanitaris. El funcionament actual és obsolet. No es pot gestionar la sanitat aprovant pressupostos per sota de la despesa real, condicionant l'acció dels gestors i traspasant als professionals el dilema de donar la cara davant d'una població exigent que reivindica una sanitat de país avançat.

Potenciar la col·laboració del sector públic i el sector empresarial privat per la innovació en sanitat. Cal desenvolupar mecanismes de col·laboració i de finançament públic i privat, així com habilitar mesures incentivadores per augmentar les aportacions econòmiques a la docència, la recerca i la innovació.

Per últim, volem fer menció en aquest apartat a la sanitat privada i al seu paper també rellevant, al costat del sistema públic, en la crisi de la COVID-19 i, més enllà d'aquesta, al seu paper assistencial d'una part de la població, que tria aquesta opció. En el cas concret de la COVID-19, l'alineament al costat dels centres públics ha suposat un increment molt important de professionals i llits disponibles per atendre la població. L'esperit de superació dels seus professionals, en sintonia amb els responsables dels centres, hauria de suposar un punt d'inflexió per renovar les relacions entre metges, centres sanitaris privats i entitats asseguradores.

A Catalunya, 1,7 milions de ciutadans paguen una assegurança privada i més de 6.000 metges hi presten servei. És imprescindible convocar una **taula de diàleg i consens** de les tres parts, asseguradores, centres sanitaris i metges, amb la supervisió de administració, per establir criteris assistencials i de qualitat en la confecció de les prestacions bàsiques que inclouen les pòlisses de salut (continguts sanitaris) i en la prestació dels serveis. El deteriorament progressiu del sector, en el marc d'una guerra ferotge de preus de les pòlisses i d'un augment de la demanda per raons demogràfiques i tecnològiques, comporta condicions indignes pel que fa als honoraris professionals i incideix negativament en la qualitat del servei, fets que hem denunciat periòdicament.

2 | Professionals i professionalisme

La reforma del sistema sanitari a la qual apel·lem ha de comptar amb els professionals sanitaris i, en concret, amb els metges. Per això, som conscients que calen canvis profunds, d'acord amb nous models organitzatius, on el pacient sigui el centre real del sistema, amb coresponsabilitat. La crisi de la COVID-19 ha posat en evidència que, quan els professionals comptem amb autonomia, l'emprem amb eficàcia i rigor per prestar el millor servei al pacient fins el límit de les nostres forces.

El professionalisme és la base del canvi: autonomia de gestió, rendiment de comptes i avaluació de resultats. Hem d'avançar moltíssim per assolir una visió molt més flexible de l'organització i de les possibilitats d'interacció entre els diferents àmbits assistencials i entre els propis serveis als centres hospitalaris. La pràctica professional inclou l'assistència, la docència, la recerca i la innovació. Tot i no entrar en detalls sobre cadascuna d'aquestes activitats, en aquest document ens referim al seu conjunt com un fet inseparable.

Des de la nostra perspectiva, els eixos principals són:

- » Cal alliberar els professionals de tasques que no aporten valor a l'assistència mèdica i ens hem de dotar de noves figures de suport assistencials (*assistents mèdics*) per a aquelles tasques administratives i de control que ara fan innecessàriament els metges. La burocràcia en les organitzacions suposa un percentatge molt alt del temps de dedicació del metge en l'actual organització sanitària.
- » Reclamem millores retributives sobre la base de la retribució ordinària i també una retribució real en relació amb els objectius i resultats obtinguts pactats prèviament. El sistema sanitari ha deteriorat la importància de la retribució per resultats, demorant el seu pagament a anys posteriors i arribant a acords per objectius quan el període de l'activitat a avaluar ja ha caducat.
- » Com repetim des de fa molts anys, és urgent posar fi a la precarietat dels contractes temporals, les retribucions mileuristes i una planificació de la feina que condiona la conciliació de la vida personal i professional, factors tots aquests que incideixen especialment sobre els metges més joves, els metges interns residents, que són el futur del sistema i que tenen una retribució indigna en comparació a la seva formació i capacitat. Fa anys que denunciem que quasi el 50% dels metges de menys de 45 anys pateixen precarietat laboral!
- » Hem d'apostar per una flexibilització de la jornada laboral i un replantejament dels torns i guàrdies.
- » Reclamem la implantació d'un Sistema de Desenvolupament Professional Continu que permeti transparentar el projecte professional, els objectius assolits i planificar una trajectòria professional vinculada a l'organització sanitària, que, en definitiva, ha de repercutir en la millora del servei al ciutadà. Caldrà unificar criteris de nomenclatura curricular per tal de poder avaluar i facilitar el canvi i el progrés professional.
- » Cal fer evolucionar el sistema de formació MIR. Després de 40 anys d'existència, cal una reforma profunda de la formació i de l'examen MIR, insistir en apropar les especialitats a la troncalitat (l'experiència viscuda en la pandèmia ha mostrat les especialitats donant el millor, fent sorgir vies clíniques i procediments compartits i posant al servei dels pacients certs graus de coneixements generalistes entre els serveis de l'hospital, l'atenció primària i la sociosanitària). Aquests canvis han de repercutir directament sobre la formació universitària, sobre la base de la formació de metges en aptituds i actituds, en lloc de formar candidats a un examen.
- » En la formació especialitzada MIR és necessari aprofundir en un projecte formatiu que sigui compatible amb una activitat laboral digna i amb una millora de la retribució.
- » En polítiques de recursos humans, apostem per unes noves relacions laborals entre les administracions, patronals i sindicats. I, pel que fa als metges, per uns **nous acords singulars** que contemplin una millora de la retribució fixa i noves retribucions variables que premiïn l'esforç, l'alineació amb els objectius sanitaris dels centres i els individuals.
- » Arrel d'aquesta pandèmia, els metges hem de fer una reflexió per avançar cap a uns sistemes sanitaris basats en l'atenció centrada en necessitats i no en especialitats.

- » La crisi de la COVID-19 ha posat en evidència la necessitat de disposar de dispositius d'urgències i emergències, hospitalaris i extrahospitalaris, potents, plenament professionalitzats, amb persones expertes i organitzacions flexibles i àgils, capaces d'adaptar-se ràpidament a situacions imprevistes puntuals o de llarga durada. Les dificultats actuals a l'hora de disposar de metges i infermeres expertes en aquest àmbit són molt grans, per tots els motius esmentats amb anterioritat, els quals s'aguditzen en aquest entorn per la intensíssima activitat assistencial i la duresa dels horaris. Actualment, les cobertures insuficients o bé les cobertures amb professionals poc experts són freqüents en diferents entorns del territori. En el marc de l'especialització en la troncalitat, caldrà promoure el debat del reconeixement de l'especialitat de Medicina d'Urgències i Emergències.
- » Cal revisar el nombre d'especialistes en formació d'algunes especialitats i, en concret, en les especialitats de medicina preventiva i salut pública i de medicina del treball.
- » Esdevé prioritària la formació de més especialistes en la gestió de les persones amb multimorbiditat complexa i, en particular, de les més fràgils i grans, tant en situacions d'emergència com en l'atenció de llarga durada. Alhora, cal abordar la realitat de les dificultats a l'hora de disposar de professionals, especialment de medicina, amb una formació àmplia per atendre aquelles persones amb multimorbiditat, condicions cròniques i necessitats complexes, com, per exemple, especialistes en geriatria, medicina interna o familiar i comunitària, que puguin proporcionar una resposta de primera línia a aquestes persones, ja sigui als serveis d'urgències, a domicili, a l'hospitalització d'aguts o a l'atenció intermèdia.
- » És important, doncs, que l'atenció a la persona no es basi només en la millor medicina basada en l'evidència (MBE), cal, a més, recollir al pla d'atenció els objectius, preferències i valors de la persona per tal d'adaptar aquesta MBE a la realitat que viu, per tal d'oferir la millor qualitat de vida i experiència d'atenció. Aquesta és la millor atenció que pot donar el sistema de salut a les persones que tenen necessitats complexes i en situació de final de vida, tot i que, probablement, també ho sigui per a la ciutadania en general.

3 | Nous models organitzatius del treball professional

La millora imprescindible dels recursos ha de venir acompanyada de canvis profunds en la resolució dels problemes de salut dels ciutadans.

Per aconseguir avançar en els canvis que proposem, és necessari redissenar l'actual sistema de compra de serveis del CatSalut que, juntament amb els contractes programa, són les eines de què disposa l'administració per incidir en aquestes reformes.

A mode de resum, creiem que cal:

- » Anivellar objectius als centres de treball i en els diferents àmbits assistencials. En la pandèmia s'ha demostrat que, quan els objectius de l'administració, dels gestors i dels professionals s'han entès i posat en comú i s'han alineat, el sistema ha funcionat i s'ha traduït en resultats. **És necessari, per tant, que els objectius siguin compartits.**

- » Transformar estructures verticals en horitzontals i orientades a la consecució d'objectius comuns als centres sanitaris. El maneig de la crisi de la COVID-19 ha deixat en evidència la necessitat d'una col·laboració horitzontal entre nivells assistencials i centres finançats amb recursos públics i privats. Cal una relació transparent i mesurable entre entitats i professionals, amb el pacient al centre. És necessària una reforma profunda dels models transicionals entre l'atenció primària, hospitals, centres sociosanitaris, de salut mental i residencial. És necessària també la integració i col·laboració estreta entre serveis de salut i serveis socials.
- » Evolucionar cap a l'equip assistencial multidisciplinari, on els diferents professionals tenen el seu paper alineats en la consecució d'uns objectius comuns consensuats i compartits amb el centre i el propi àmbit territorial.
- » Un repte immediat és incorporar noves professions als equips, molt relacionades amb les noves tecnologies (enginyers, informàtics, físics, biòlegs, etc.) per desenvolupar eines de suport i treball en equip en l'assistència, recerca i docència.
- » També és necessari refer la relació entre àmbits assistencials i entre els centres hospitalaris de referència i de nivell comarcal. És important clarificar els objectius assistencials dels diferents àmbits i centres i la seva col·laboració. La manca d'eficàcia mina la moral dels professionals dels centres més petits per la indefinició d'objectius assistencials, la qual cosa incideix sobre les lícites ambicions de desenvolupament professional.
- » La crisi causada per l'epidèmia ha posat sobre la taula la necessitat de reforçar les estructures de suport emocional als professionals de forma individual i com a equip. La Fundació Galatea i la Clínica Galatea, impulsada per l'administració catalana i pels col·legis professionals sanitaris, tenen més de 20 anys d'experiència en el suport emocional i el tractament de patologia mental dels professionals. És necessari que els centres sanitaris habilitin sistemes de coordinació i col·laboració que repercuteixin en el benestar dels seus professionals i, per tant, sobre l'atenció sanitària.

4 | Per una nova Agència de Salut Pública que abordi una política de salut pública moderna, capacitada i integrada amb l'atenció primària de salut

Fins ara, l'Agència de Salut Pública de Catalunya i el sistema públic de salut a Catalunya han respost a un model tradicional, encara no pensat ni estructurat per afrontar els problemes de salut pública del present i futur (com, per exemple, la pandèmia de la COVID-19). Les tres àrees d'activitats clàssiques de la salut pública (protecció de la salut i control de malalties transmissibles; educació per a la salut i promoció de la salut; i serveis per a la població o comunitat) estan cobertes i semblaven adequades.

Però la naturalesa dels reptes de salut pública canvia i les prioritats sanitàries també. Per exemple, el canvi climàtic és el repte de salut pública més gran dels nostres temps i la major amenaça per al futur del planeta.

La crisi sanitària produïda per la pandèmia de COVID-19 ha suposat un conjunt de reptes per al sistema de Vigilància Epidemiològica i Salut Pública català i estatal que s'han gestionat amb resultats variables, mostrant debilitats importants. El sistema es va veure, primer, desbordat i,

després, col·lapsat parcialment, amb dificultats greus per fer la vigilància i seguiment de casos i contactes. La disponibilitat de dades epidemiològiques necessàries ha estat insuficient i imprecisa, amb una manca important de sistemes interoperatius que haurien fet possible automatitzar part de la recollida i tramesa de dades.

La salut pública a Catalunya ha estat sempre la part més oblidada i infradotada del sistema sanitari. En *temps de pau*, llevat de les epidèmies de grip estacional (una infecció més previsible, amb una bona xarxa de vigilància epidemiològica) i brots d'infeccions habituals, els serveis que realitza Salut Pública no es perceben com a especialment necessaris. Salut Pública suposa l'1,1% de la despesa sanitària a Espanya i això inclou el pressupost destinat a les campanyes de vacunació sistemàtica i la compra de vacunes.

En resum, el nostre sistema de salut pública, incloent les activitats de vigilància epidemiològica i la capacitat de fer front a amenaces derivades de malalties transmissibles, estava en estat precari, tant en la dotació de recursos humans, especialment de personal qualificat, com de recursos materials i de sistemes d'informació.

És important continuar abordant el desenvolupament de coneixement i l'intercanvi d'evidència. La creació d'un portal web per a dades relacionades amb la salut pública, accessibles per a la ciutadania (per exemple, dades sociodemogràfiques, de salut, d'educació, de comportaments relacionats amb la salut, etc.) per a tot el territori (com els Fingertips de l'Agència de Salut del Regne Unit) permetria compartir evidències d'allò que funciona en tots els àmbits de la salut pública, inclosa una orientació rellevant.

La promoció de la salut, des d'una visió comunitària i social, és una prioritat a l'hora d'invertir. La millora dels estils de vida, la cura del medi ambient, la racionalització dels horaris, etc. són les mesures que més milloraran la salut de la població.

Com a conseqüència, el sistema precisa d'un instrument potent i àgil de coneixement i gestió epidemiològics, que cal reforçar amb una bona estructura humana i tècnica, amb capacitat d'operar amb sistemes d'informació àgils i en connexió i coordinació, reforçada en l'àmbit comunitari, específicament de l'atenció primària i atenció hospitalària.

Altres condicions importants i necessàries són:

- » Una coordinació eficaç amb les estructures de salut pública estatals (Ministeri de Sanitat, CCAES) i europees (*European Centre for Disease Control and Prevention, ECDC*).
- » Potenciar les xarxes de vigilància epidemiològica. La participació activa del sistema públic d'atenció primària i del sistema públic d'atenció hospitalària en la vigilància epidemiològica és essencial.
- » Millorar la capacitat dels laboratoris de realitzar un diagnòstic ràpid, que inclogui microorganismes no habituals en aquelles situacions en les quals es consideri necessari.
- » Potenciar la xarxa d'Unitats d'Aïllament d'Alt Nivell (UAAN) existent i el treball coordinat de la mateixa.
- » Disposar de plans de preparació para afrontar noves crisis com la que estem patint ara.

5 | Apèndix. Telemedicina i salut digital

Cada vegada són més els professionals de la salut que utilitzen recursos digitals per als seus pacients com a complement de la seva visita. La crisi sanitària causada per la COVID-19 accelera aquest canvi i afavoreix que s'implementi la telemedicina i el teletreball en els processos en què la visita presencial no sigui totalment imprescindible.

En qualsevol cas, s'entén que no es planteja com a substitutiva de l'acte mèdic presencial i que sempre haurà de prevaldre el criteri clínic per establir en quins pacients i en quines situacions és adequat proposar aquesta modalitat d'intervenció, tenint en compte que la relació personal és un element clau en l'atenció mèdica. La telemedicina pot tenir un gran potencial per millorar la gestió clínica i la prestació de serveis d'atenció a la salut a tot el món, millorant l'accés, la qualitat, l'eficiència i la rendibilitat.

L'optimització dels temps d'atenció i diagnòstic, l'experiència d'interactuar amb pacients més informats a la consulta i la possibilitat de reduir els temps d'espera és el més valorat de la telemedicina.

La telemedicina permet el contacte entre el clínic i el pacient a distància, així com l'assistència, el consell, recordatoris, educació, intervencions, monitoratge i admissió remotes. També l'orientació o el triatge online es fa des d'una plataforma digital que millora l'accés del pacient a l'atenció sanitària, dirigint-lo al servei més adequat a les seves necessitats, reduint les cites i millorant l'eficiència de clínics i administratius.

El monitoratge remot és una tecnologia que permet fer el seguiment dels pacients fora dels centres de salut, la qual cosa pot millorar l'accés als serveis de salut i reduir els costos. També pot millorar significativament la qualitat de vida dels pacients amb malalties cròniques.

Des del punt de vista mèdic, en relació amb la tecnologia digital i el teletreball, hem de promoure el disseny i l'establiment d'un marc jurídic modern que doni suport a la pràctica mèdica amb nous instruments tecnològics i instar l'administració a desenvolupar una regulació àgil i flexible adaptada a les noves necessitats i que doni seguretat als professionals. D'altra banda, els col·legis professionals hem de promoure els debats ètics-deontològics que donin aixopluc a les noves formes d'exercir i elaborar codis de conducta per a la implementació i l'execució de la telemedicina.

És necessari que l'administració pública i el sector privat potenciïn i reconeguin en un nou marc contractual de la telemedicina qüestions com les visites no presencials, el monitoratge a distància, la teleradiologia, la digitalització d'anatomia patològica, la centralització de l'expertesa i la tutorització (telementoring) de professionals entre centres, en relació amb procediments quirúrgics o invasius.

Per tal de facilitar la interrelació entre centres, caldrà millorar, en el sector públic, la interconnexió dels sistemes d'informació del SISCAT i promoure millores dels models de reporting d'activitat (simplificació, unificació, depuració i automatització). L'epidèmia ha estat un exemple de com n'és de necessari poder compartir en temps real la informació per tal que l'Administració, gestors i professionals puguin prendre, en cada moment, decisions que repercuten sobre l'assistència.

Propostes concretes per diferents àmbits assistencials

PROPOSTES DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

1 | L'epidèmia com a revulsiu

L'epidèmia de la COVID-19 ha estat un veritable revulsiu per a tot el sistema sanitari i també per a l'atenció primària (AP), que ha assumit la necessitat de fer canvis de manera ràpida i àgil. Els directors dels equips, juntament amb els professionals, han reorganitzat l'activitat, les jornades dels professionals, els circuits i l'atenció als pacients exercint un lideratge que ha sorprès positivament a les direccions de les entitats.

Amb sentit de responsabilitat, una certa improvisació, sense esperar a rebre instruccions i amb molt pocs recursos, s'han adaptat a l'excepcionalitat del moment i ho han fet de manera gairebé universal, amb independència del tipus de centre (urbà, rural, docent, gran o petit) i del tipus de contracte amb el CatSalut.

Cal recordar que la situació de l'AP prèvia a l'epidèmia de la COVID-19 era ja difícil per la manca d'inversions sostinguda en els darrers anys, per l'esgotament del model després d'anys d'immobilisme i per la descapitalització en recursos humans, especialment d'especialistes en Medicina Familiar i Comunitària.

Durant aquesta epidèmia, l'atenció primària també s'ha sentit injustament discriminada: models centrats de nou en els hospitals, manca dels equips de protecció individual i d'accés a proves diagnòstiques i a la prescripció de la medicació, sense participació en els comitès d'experts ni en l'elaboració dels documents i protocols propis, amb una elevada càrrega burocràtica i una certa invisibilitat per part de l'administració i dels mitjans de comunicació.

Tot i això, s'ha treballat dur, fent la feina des de la proximitat i atenent la major part dels casos, des del coneixement del pacient i de la seva realitat, fet que ha permès fer un correcte triatge i derivar de manera molt controlada als centres hospitalaris, així com continuar realitzant altres tasques d'atenció a la patologia no respiratòria i a la cronicitat i assumir noves responsabilitats, com l'atenció a residències, vigilància epidemiològica, pal·liatius, hotels salut, etc.

La importància de ser flexibles, d'actuar amb diligència, de prendre les decisions de la manera més propera als pacients i als professionals i amb àmplia autonomia, juntament amb la coordinació i el treball en equip, són una de les primeres i més importants lliçons d'aquesta crisi.

Un cop més, s'ha demostrat que els professionals saben assumir responsabilitats i que se senten més còmodes i creatius en un entorn en què aquestes es deleguen que no pas en un àmbit rígid i basat en ordres i reglaments.

Conèixer la situació de partida, analitzar les bones pràctiques i noves actuacions, detectar les fortaleses i corregir les debilitats ens permetrà dissenyar nous escenaris i zones de transició per a les properes setmanes i mesos i, sobretot, ens permetrà tenir l'horitzó dels canvis que tot el sistema de salut ha d'afrontar i el nou paper que l'atenció primària hi haurà de tenir.

Posar en valor el sistema sanitari en el seu conjunt ha de ser feina de tots, compartimentarlo no ajuda a crear sinèrgies ni sentiment de pertinença. Per això, malgrat les recomanacions específiques que es puguin fer per sectors, regions o especialitats, cal buscar una visió integradora de sistema.

2 | Propostes

Missatges institucionals a la població

El primer missatge poblacional que cal traslladar és la necessitat de posar en valor i mantenir un sistema sanitari que ha de continuar sent universal, públic, gratuït i finançat amb impostos. Cal buscar la complicitat de la població amb missatges de recolzament al canvi de model de l'atenció sanitària en general i de l'atenció primària en particular que donin suport a l'autocura de la població i a l'ús racional dels recursos sanitaris i que deixin de banda la medicalització de processos banals.

Cal que des de l'administració pública s'impulsin acords conjunts amb les societats científiques que treballen projectes basats en l'evidència científica d'allò que no cal fer perquè no aporta valor a l'acte assistencial i que pot generar sobretractaments i iatrogènia (per exemple, el projecte ESSENCIAL).

Pel que fa als professionals, és necessari traslladar-los instruccions clares i transparents, protocols realistes, línies de comunicació i participació, i orientació als resultats en salut.

Autonomia i flexibilitat dels Equips d'Atenció Primària (EAP)

Cada Equip d'Atenció Primària (EAP) ha de tenir la capacitat de decidir com s'organitza, en funció dels objectius que ha de complir. Això inclou dimensionar els recursos humans, selecció de professionals i possible incorporació de noves professions, així com arribar a una capacitat d'autogestió real si així ho decideix l'equip.

Per fer efectiva l'autonomia dels equips és necessari:

- » Desenvolupar fins el màxim la competència de cada grup professional i treballar en equip de manera col·laborativa. Cada professional ha de fer les tasques que només ell pugui fer i deixar de fer les que puguin fer altres.
- » Definir la cartera de serveis. Homogeneïtzar i protocol·litzar els procediments de treball.

- » Impulsar el paper de l'administratiu sanitari, amb una agenda específica per organitzar fluxos i resoldre aspectes en els quals no cal la intervenció dels sanitaris. Cal que la Generalitat de Catalunya, dins de les seves competències de formació professional, pugui regular aquest perfil de professió.
- » Rol coordinat amb clínics gestionant documents i difonent protocols i continguts normalitzats.
- » Potenciar el rol autònom de la infermeria, per tal que pugui posar en marxa les seves capacitats, donant resposta a necessitats avançades i ampliant les competències i nivell de resolució de les infermeres especialistes en atenció familiar i comunitària.
- » En el context de la pandèmia de COVID-19, cada centre ha de disposar del seu propi pla específic de contingència per fer front al desconfinament i a possibles nous rebrots. Aquest pla ha d'incloure els serveis del centre i de la comunitat que cal atendre i els recursos que s'han de mobilitzar (hotels, residències, centres de dia, etc.), tant del propi centre, com municipals o d'altres titularitats, de la zona d'influència de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS).
- » El pla de contingència per al curt termini haurà d'anar acompanyat d'un pla de futur a llarg termini per als EAP, on s'hauran de fer efectives les conclusions del Fòrum de Diàleg Professional, incloure la participació dels professionals i organitzacions primaristes (especialment la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), i impulsar decididament l'atenció primària també en infraestructures i pressupostos.

Delimitació d'entorns de seguretat per a pacients i professionals

És urgent fer una revisió profunda de les infraestructures, també arquitectòniques, dels Centres d'Atenció Primària (CAP). D'altra banda, tots els canvis que s'han fet per reforçar la seguretat del centres arrel de la pandèmia s'han de mantenir i revisar perquè es facin efectius a tots els dispositius del sistema sanitari (CAP, consultoris, centres residencials, etc.):

- » Reforç de les centraletes telefòniques dels EAP.
- » Sistemes de triatge a l'entrada dels centres que permetin limitar els aforaments.
- » Protecció de mostradors.
- » Senyalització de zones de circulació.
- » Retirada dels elements de taules i prestatges.
- » Clausura d'ascensors, si cal.
- » Portes obertes per evitar-ne el contacte.
- » Limitació i senyalització dels aforaments de vestidors, sales de reunions i offices.
- » Anul·lació de dispositius biomètrics de contacte i revisió de la ventilació.
- » Dispensadors de gel hidroalcohòlic de manera generalitzada.
- » Obligació de què tots els pacients portin mascareta al centre.
- » Difusió i ús de cartells i infografies per a informació als pacients.
- » Reforç dels serveis de neteja dels centres i gestió dels residus.

Per a la seguretat específica dels professionals:

- » Disposar de roba de treball suficient (almenys un uniforme per persona i jornada laboral), així com de serveis de bugaderia àgils i ràpids.
- » Disponibilitat de suficients equips de protecció individual (EPI), segons tasques i nombre de professionals.
- » Protocol·litzar, segons exploracions o tècniques, la necessitat d'EPI, en especial als domicilis
- » Manteniment d'un estoc adequat de material de protecció (mascaretes, bates, EPI, pantalles, etc.) que cal tenir a disposició, en previsió de nous rebrots de la COVID-19.
- » Evitar entrar i sortir del centre durant la jornada laboral.
- » Fer un seguiment de tots els professionals, segons la seva clínica i estat serològic, de manera continuada
- » Evitar certes exploracions i riscos d'exposició a professionals de més de 60 anys o amb patologies prèvies susceptibles de complicació.
- » Seguiment centre a centre del percentatge d'infectats per COVID-19 i establiment de mecanismes àgils de substitució, en cas de superar un determinat percentatge de professionals de baixa.
- » Suport psicològic.

Manteniment i reforç del teletreball i de les visites no presencials

Organitzativament, s'ha de potenciar el teletreball dels professionals de totes les categories des del domicili sempre que sigui possible. Cal oferir agendes online a tots els metges de família, pediatres i infermeres, però també als administratius, traspasant-los l'atenció telefònica, de manera que es pugui fer des del domicili amb accessos remots segurs, àgils i eficients.

Els centres han triplicat, de mitjana, el nombre d'atencions telefòniques durant la crisi de la COVID-19. L'atenció telefònica serà un servei clau que cal reforçar en línies disponibles, *Wi-Fi*, eines informàtiques, *apps*, *webcam*, etc. i redimensionant els espais a les agendes. Cal assegurar que les consultes no presencials es facin d'una forma reglada i sistemàtica i que es registrin adequadament a la història clínica, fent-hi constar que són atencions telefòniques, virtuals o per vídeo.

Cal tancar definitivament el debat sobre les estacions clíniques i la història clínica compartida i fer-ho amb sentit clínic, incorporant-hi les millors solucions tècniques, valorant la capacitat d'innovació dels centres i garantint la confidencialitat de les dades, l'ús restringit de la informació clínica, el control adequat dels accessos als professionals assistencials i també la confidencialitat de les anotacions subjectives.

La introducció de noves eines ha de permetre, alhora, millorar la informació que cal compartir ràpidament en situació d'epidèmia (resultats de tests, informes clínics, etc.), aprofitant també eines d'intel·ligència artificial, gestió d'imatges, teletreball, etc. També seria bo

utilitzar aquestes tecnologies per fer arribar informació als ciutadans sobre cures, aïllament, medicació, exercici, suport emocional, etc.

Cal una nova gestió de les agendes, basada en:

- » Triatge telefònic i presencial distribuït que resolgui els problemes administratius i assistencials lleus no previsibles i que dirigeixi les demandes al tipus d'atenció més adient, donant com a principal opció l'atenció no presencial per defecte. És imprescindible que tot allò que sigui previsible es programi de manera proactiva i que no s'actui a demanda del pacient.
- » S'ha d'introduir el concepte que quan el pacient demana ser visitat pel seu professional de referència (metge, pediatre, infermer o treballador social) no es genera automàticament una visita, sinó que és el professional (o l'administratiu sanitari per delegació) qui hi contacta i li assigna el tipus de visita més adequat, el dia i l'hora. D'aquesta manera es preserva l'accessibilitat adaptada a les necessitats reals.
- » Per tant, cal desterrar el concepte d'accessibilitat com l'obtenció de visita en menys de 24-48 hores i definir el terme en base a criteris qualitius i clínics més apropiats per a l'atenció primària.
- » Proactivitat: fer recerca d'aquells pacients que cal prioritzar per problemes de salut, perquè no venen al centre, per raons de fragilitat o de vulnerabilitat social.

Desburocratització de l'atenció

Alguns aspectes bàsics per anar cap a la desburocratització:

- » Tendir a l'emissió zero de papers.
- » Mantenir la desaparició del requeriment del full de medicació: la dispensació de fàrmacs a les oficines de farmàcia ha de ser possible únicament amb la Targeta Sanitària Individual (TSI).
- » Facilitat per donar altes a nous usuaris al RCA o altes a La Meva Salut (LMS) o la e-consulta.
- » Canvis a l'HC3 per incloure nous visors, enviar recordatoris via SMS, enviament ITs i comunicats de confirmació, informes amb garantia de recolzament jurídic.
- » Incorporar-ne d'altres com la gestió de les derivacions demorada i en *BackOffice*, la desaparició de la necessitat de generar ordres clíniques a mans dels sanitaris per a certes activitats com transports sanitaris, atenció a podologia, repetició de visites de seguiment per altres especialitats, etc.

Pel que fa a les baixes, és primordial modificar el procediment dels comunicats i les altes, sota dos principis bàsics:

- » La baixa laboral és un acte mèdic que ajuda a recuperar la salut malmesa per la malaltia i, per tant, requereix d'un diagnòstic mèdic.
- » És un dret dels treballadors que els permet mantenir el salari en situació de malaltia.

Per tant, per episodis de curta durada no hauria de fer-se una baixa mèdica, encara que pot requerir consulta al seu metge, però en cap cas la consulta hauria de ser únicament per aconseguir la baixa laboral. Es proposa, doncs, un sistema de declaració del treballador a la pròpia empresa que sigui suficient per períodes de fins a 10 dies naturals.

Per situacions de baixes de més de 10 dies naturals, s'hauria d'establir la baixa laboral i l'alta al finalitzar el procés i deixar l'opció que l'alta sigui únicament per la declaració del propi treballador. Els comunicats de confirmació haurien de desaparèixer.

Les situacions de risc per al treballador han de ser valorades pels serveis de salut laboral en tots els casos, amb independència de la dimensió de l'empresa o del tipus de relació laboral (assegurat o autònom). No s'hauria de generar cap visita al centre per aquest motiu, excepte que el risc impliqui activitat preventiva, assistencial o intervenció diagnòstica.

La funció de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) és d'inspecció i control, no assistencial. I, per tant, si després de la valoració, el metge de l'ICAM creu necessari disposar de més dades, demanarà un informe al metge de família, però únicament en cas de dubte, si al seu criteri li cal més informació i mai abans de la visita i de manera rutinària.

També cal recordar que els metges de l'ICAM són experts en valoració de la malaltia i que amb l'anamnesi, l'exploració física i les exploracions complementàries que aportí el pacient podran establir, en la majoria del casos, un criteri de valoració. En cas de dubte, poden sol·licitar al seu metge un informe clínic del procés que ha motivat la baixa.

L'accés a la història clínica ha de ser excepcional, perquè la seva funció no és assistencial, i sempre previ consentiment del pacient, accedint únicament a la informació clínica del procés motiu de la baixa i evitant l'accés a tota la història clínica del pacient.

Coordinació amb altres nivells assistencials

- » Treball coordinat i en xarxa amb especialitats hospitalàries (tant clíniques com de diagnòstic: laboratori i radiodiagnòstic), àgil, directe i bidireccional. Centrat en el pacient, tot evitant duplicitats i establint sinèrgies i reciprocitat.
- » Disposar de professionals de referència, reforçant la comunicació i utilitzant interconsultes no presencials per millorar la coordinació i evitar derivacions innecessàries.
- » Reforç de la tasca dels treballadors socials i reorganització del seu paper en el territori. Recerca proactiva dels més vulnerables i en risc. Esforç per evitar medicalitzar problemes socials.
- » Establiment de protocols d'atenció compartits amb altres agents sanitaris com farmacòlegs i farmàcies comunitàries.

Atenció als pacients COVID-19 i a les seves famílies. Vigilància epidemiològica

- » Coordinació i transició en les altes hospitalàries.
- » Identificació dels pacients que han patit la infecció, estratificats per gravetat i complicacions per tal de facilitar el seu seguiment posterior. Especial seguiment des d'atenció primària als casos COVID-19 refractaris i persistents.
- » Accés a proves (D-Dímer, ecografies pulmonars, radiologia simple, analítiques bàsiques ràpides urgents) i treball coordinat amb la resta d'especialitats hospitalàries per evitar duplicitat de proves i tasques.
- » Eines per atendre adequadament la rehabilitació dels afectats, la recuperació de seqüeles, els trastorns psicològics derivats i el dol dels familiars. Col·laboració amb salut mental, fisioteràpia i amb aquells serveis que puguin aportar valor a la qualitat de vida del pacient COVID-19.
- » Delegació als equips d'atenció primària del sistema de seguiment i rastreig dels contactes i dedicació d'esforços a la contractació de nous professionals de reforç dels equips d'AP, ja que, per proximitat i coneixement de la realitat de les famílies, són els que estan en millor posició per exercir una política activa de detecció ràpida i d'actuació en front de nous brots, en col·laboració amb els professionals de salut pública.
- » Garantia universal i ràpida a tots els centres de l'accés a les exploracions complementaries necessàries per fer aquesta feina, en especial els tests de laboratori (PCR per a pacients simptomàtics i serologies per conèixer la seroprevalença de subpoblacions d'alt risc).

Atenció a la cronicitat

És necessari reorientar la cronicitat, amb el plantejament bàsic de deixar de fer allò que no aporta valor.

- » Estratificar el nombre de proves i controls segons gravetat, grau de motivació, objectius i estabilitat.
- » Citació centralitzada de proves i visites per part de l'administratiu sanitari amb planificació anual. Reprogramació d'aquestes visites cap a èpoques que previsiblement hi ha menys activitat.
- » Cribratge telefònic previ a qualsevol cita presencial amb motiu de control crònic.
- » Aportació de valor a la visita, intentant resoldre en un sol acte les demandes del pacient, tot evitant repetició de visites successives i efectuar la resta de visites de manera no presencial.

Potenciar l'atenció domiciliària

Qualsevol atenció domiciliària, complexa o no complexa, aguda o crònica, és competència de l'EAP.

- » Durant el període de pandèmia per COVID-19, els equips hauran de ser reforçats, si cal, per donar una resposta ràpida, multidisciplinària i durant 24 hores els 7 dies de la setmana.
- » Cal treballar de manera proactiva, analitzant la demanda i donant la millor resposta, així com disposar de material adient: equips de protecció, maletins, medicacions, mòbils i tauletes amb accés a HC, ECG.
- » És necessari trobar solucions segures per als trasllats. Cal que el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) prioritzi aquells trasllats ordenats des de l'atenció primària.

Potenciar la comunitat

Accions prioritàries que s'han de dur a terme des de l'AP en relació amb la comunitat:

- » S'ha de reprendre el contacte amb associacions, organitzacions socials i altres radars locals com comerços, escoles, líders de minories ètniques, parròquies, etc. que, per la seva proximitat, puguin accedir a informació rellevant o detectar noves situacions de vulnerabilitat generades per la pandèmia.
- » Sessions formatives a persones estratègiques de la comunitat en previsió d'una propera onada, al voltant de temes com, per exemple, com evitar contagis, signes d'alarma, com contactar amb el sistema sanitari, etc.
- » Participar i informar d'estratègies de desconfinament, potser més selectives i menys restrictives, que permetin tornar a una normalitat social, laboral i econòmica i gaudir de la vida en salut.

Atenció a les residències geriàtriques

Les residències geriàtriques s'han d'integrar assistencialment sota la responsabilitat dels Centres d'Atenció Primària i, per tant, caldrà assignar els recursos capitatius en relació amb el nombre de ciutadans censats a les residències de l'ABS corresponent, els quals han d'incloure els recursos humans, la prescripció de fàrmacs, les exploracions complementàries i les consultes, segons ràtios convenientment actualitzades.

Docència i recerca

- » Facilitar l'accés dels professionals d'atenció primària a les places de professors universitaris, transformant en fets reals les conclusions del Fòrum de Diàleg Professional referents a l'impuls de la Medicina Familiar i Comunitària.

- » Potenciar i dotar de recursos les Unitats Docents d'Atenció Familiar i Comunitària per a un desenvolupament formatiu de les especialitats d'atenció primària de qualitat i homogeni i amb la participació de les societats científiques. Dissenyar estratègies per aconseguir que aquestes especialitats siguin una primera opció en les eleccions de places de formació sanitària especialitzada.
- » Potenciar les Unitats de Recerca en Atenció Primària, facilitant la recerca professionalitzada i col·laborativa en aquest àmbit. Convocar accions estratègiques de finançament de la recerca i innovació liderades des de l'AP en col·laboració amb altres instituts o centres de recerca.

2 | Repensant la nova atenció primària post COVID-19

La velocitat dels canvis que s'han de fer no ha d'impedir una reflexió serena i una mirada al futur que volem per al manteniment del sistema sanitari de Catalunya. Una mirada que ens permeti alinear al màxim l'adaptació a la urgència actual amb la consolidació d'un nou model.

Totes aquestes noves accions han de tenir un fil conductor i un objectiu de futur consensuat i d'acord amb els requeriments que haurà d'afrontar en conjunt el Sistema de Salut.

La unitat bàsica per a l'organització futura de l'AP ha de ser l'Equip d'Atenció Primària, abastint l'atenció sanitària a l'Àrea Bàsica de Salut. S'ha d'utilitzar com a unitat de referència enfront a models territorials o d'altre índole. Amb tot, és evident que, per a una correcta organització de serveis, cal treballar de manera coordinada i col·laborativa amb una "n" de ciutadans més gran i variable en cada cas (ja sigui per l'atenció a les urgències, l'atenció de consultoria d'altres especialitats o pel terciarisme).

Però el protagonisme ha de ser de l'EAP i del seu director en últim terme, com a representació de l'autonomia de gestió que cada equip ha de tenir.

S'ha de conformar un sistema de finançament adequat que, recuperant les mancances prèvies, permeti afrontar aquesta nova organització amb garanties. El sistema de pagament capitatiu s'ha de fer universal per a tota Catalunya, amb independència del proveïdor i amb els mecanismes tècnics de correcció necessaris i, si cal, d'auditoria. És la millor garantia de transparència en la gestió de fons públics i d'equitat en la utilització dels recursos.

Per a l'assignació del capitatiu, cal incorporar tota la activitat que la cartera de serveis del CatSalut preveu en l'actualitat i la que es pugui generar, així com assignar els recursos a l'EAP que en tingui la responsabilitat. Ha d'incloure de forma progressiva també la despesa màxima assumible (DMA) de farmàcia, les consultes fetes a altres especialistes (ja siguin a les consultes externes dels hospitals o a d'altres dispositius), els serveis de suport, laboratori, exploracions complementàries, PADES, rehabilitació, hospitalització a domicili, atenció a les residències i altres dispositius comunitaris, etc.

Cada cop té més sentit integrar les prestacions sanitàries amb les prestacions socials i fer-ho des de la proximitat i la col·laboració entre equips multiprofessionals, però sota una

única direcció i amb els mateixos objectius. Per això, té tot el sentit que els recursos de la llei de la dependència s'incorporin també a la nova cartera de serveis dels equips.

Els professionals, un cop disposin de l'assignació capítativa complerta, hauran de poder escollir el dispositiu que millor presta els serveis que necessiten amb llibertat d'elecció, prioritzant la qualitat tècnica, la proximitat, la llista d'espera i el preu.

Els nous equips seran multidisciplinaris i amb noves professions, amb la necessària capacitat de contractació dels perfils més adequat a les necessitats dels seus usuaris.

S'ha de compatibilitzar amb el respecte escrupolós als drets adquirits dels actuals treballadors del sistema sanitari, però sense que aquests siguin una llosa que impossibiliti l'aplicació dels canvis necessaris.

L'equipament tecnològic ha de preveure la utilització intensiva del teletreball, l'activitat no presencial, l'accés a tecnologies de comunicació, a eines diagnòstiques cada vegada més miniaturitzades i amb més prestacions (ecògrafs fixes i portàtils, electrocardiograma (ECG) sense fils, equips de videoconferència, *Wi-Fi*, etc.)

En el camí cap a una major autonomia dels equips directius de les ABS, caldrà dotar-los dels elements de gestió suficients per exercir-la, NIF propi, capacitat real de compra, assumpció de risc, però preservant totes les garanties de la gestió dels recursos públics i potenciant el concepte d'empresa d'economia social com a model per exercir l'autonomia de la forma més responsable, transparent i àmplia possible. Aquesta autonomia ha de ser compatible amb la cohesió i la qualitat del servei prestat, de les quals el CatSalut i el Departament de Salut n'hauran de ser vetlladors i garants.

Els mecanismes de control, auditoria i, especialment, les obligacions del contracte han de ser suficients per permetre als equips que, de manera voluntària i amb respecte escrupolós als drets adquirits, vulguin avançar cap aquesta nova atenció primària i comunitària.

Les actuals prestacions han de ser revisades sota la millor evidència i atenent al principi de cost oportunitat. Per tant, tots els protocols, controls periòdics, programes del nen sa, activitats preventives i, en general, tota l'activitat s'ha d'orientar cap a dos principis bàsics:

1. Fer allò que té sentit clínic i evidència i, sobretot, deixar de fer tot allò que sabem que no en té. En aquest sentit l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària (AQuAS), conjuntament amb les societats científiques, tenen una funció de garant de les recomanacions.
2. Cada professional ha de fer únicament allò que, per la seva formació, especialització i capacitat, li és propi. S'ha de delegar la resta de les activitats en aquells professionals més adequats, entenent la delegació com el manteniment de la responsabilitat, i delegant l'acció específicament a un altre.

L'actual manca i progressiva davallada de professionals de Medicina Familiar i Comunitària i la prevista jubilació per l'actual piràmide d'edat fan urgent la revisió a l'alça del nombre de places que s'ofereixen per a la formació d'aquests especialistes per la via MIR. Cal invertir en fer atractiva l'especialitat i dotar amb nous recursos aquesta formació a les Unitats Docents, assignant-los directament als Centres Docents.

Encara dediquem un temps molt valuós a activitats burocràtiques que no aporten valor i que cal desterrar ràpidament. En són bons exemples els visats per a prescripcions, els certificats escolars i per a escoles bressol, els informes per fer efectiva la pensió de jubilació, etc.

L'aposta decidida per una història clínica compartida i, si cal, per un model unificat proposat pel CatSalut d'altres prestacions i amb la flexibilitat suficient per donar cabuda a les innovacions locals és un camí sense retorn. Cal sumar-hi nous dispositius i intel·ligència artificial i generar consens en el disseny dels accessos i la gestió de la informació.

“Els que diuen que és impossible, no haurien de molestar als que ho estan fent”

Albert Einstein

1 | Una lliçó per al futur

Ara fa quasi tres mesos que va començar el tsunami de la COVID-19. Després de tants dies difícils, quan fem l'anàlisi de com ha anat fins ara (perquè encara no ha acabat!), ens volem fixar en la part positiva de tota aquesta experiència per ser capaços de convertir una situació difícil i complicada per al sistema sanitari en una lliçó per al futur. Hem d'aprofitar l'experiència viscuda i assumir que estem davant d'una oportunitat per al canvi.

Ens haurem de reinventar, adaptar-nos a noves formes de treball, en les quals perduri allò substancial, el que realment aporta valor. És per això que cal una reflexió, sense presses, abans de plantejar com tornar a una "nova normalitat" .

En aquests context volem ressaltar diferents mesures, formes de treball i canvis implementats durant la pandèmia que caldrà preservar, consolidar i potenciar al sistema sanitari i, en concret, als hospitals.

2 | Mesures generals que cal considerar

Lideratge dels professionals

Durant l'epidèmia, s'ha posat de manifest la capacitat de lideratge dels professionals de la salut, que són el principal actiu d'un sistema sanitari. Els professionals han participat de manera activa, responsable i compromesa en la gestió de la pandèmia i han estat, en gran mesura, els responsables d'haver pogut fer front a aquesta primera onada de la COVID-19. Tant els hospitals com l'atenció primària s'han reinventat perquè hi ha hagut gerències que han apostat pels lideratges dels professionals.

Així doncs, creiem que s'ha demostrat, un cop més, que cal atorgar als professionals sanitaris la capacitat de gestionar i organitzar la seva pròpia feina. En definitiva, cal donar més protagonisme als professionals, ja que la seva participació és indispensable, tant per a la persistència i millora d'un model sanitari equitatiu i universal, com per a la recuperació de la satisfacció en l'exercici de la professió mèdica.

Autonomia de gestió per als centres

La resposta a l'atenció dels malalts afectes de COVID-19 ha estat eficaç en la majoria dels centres del territori català tot i que, probablement, ha estat diferent en funció de cadascun d'ells. Cada hospital s'ha organitzat en base a les necessitats de salut de la seva població, essent coneixedors del seu entorn.

Això fa palesa la necessitat de garantir l'autonomia de gestió dels centres, amb noves estructures organitzatives de treball dins les institucions i amb un model més autogestionat pels diferents hospitals del territori.

Coordinació territorial

Un altre dels elements claus en l'atenció dels malalts de COVID-19 ha estat la gestió amb visió territorial. Cada territori ha procurat coordinar-se entre els diferents dispositius assistencials.

Hem observat una gran col·laboració entre els diferents hospitals i una actuació coordinada. Així, mentre els hospitals terciaris suportaven una gran pressió assistencial pels requeriments creixents de llits d'hospitalització d'aguts, de semicrítics i crítics, els hospitals de nivell 1, 2 i comarcals han augmentat també la seva capacitat resolutiva (ampliant llits de crítics i d'aguts) i han evitat moltes derivacions als hospitals de referència per reduir-hi la pressió. La inclusió dels hospitals privats, fet quasi impensable i impossible fins el moment actual, ha estat clau per augmentar la disponibilitat de llits d'hospitalització i de crítics i evitar el col·lapse. Els centres d'atenció intermèdia i socio-sanitaris han tingut un paper essencial en el tractament de la COVID-19 entre la població més fràgil i en l'increment de la capacitat instal·lada de llits d'hospitalització.

El Servei d'Emergències Mèdiques ha jugat un paper també molt important en aquesta coordinació.

D'altra banda, els hospitals han posat a disposició de la resta de dispositius del territori estructures i professionals, com ara experts en malalties infeccioses o laboratoris de microbiologia, per tal de poder rebre mostres clíniques provinents de tots els entorns, analitzar-les i compartir els resultats a través de la Història Clínica Compartida de Catalunya (HCCC). En alguns casos, professionals dels hospitals s'han desplaçat per prestar assistència en altres àmbits assistencials.

La coordinació entre els hospitals i l'atenció primària (AP) ha permès compartir professionals, consensuar protocols d'actuació i amplificar la derivació entre urgències hospitalàries i els centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) de manera bidireccional.

A més, l'AP ha incrementat notablement la seva capacitat resolutiva i ha estat el veritable pal de paller per a les urgències de baixa complexitat, fet que s'ha vist reflectit en la disminució de les urgències hospitalàries de nivell IV-V. Aquest fet, tan esperat abans d'ara, cal que esdevingui perdurable més enllà d'aquesta crisi sanitària.

Així doncs, la coordinació dels diferents dispositius assistencials del territori hauria de mantenir-se tal i com ha estat en el període COVID-19, de manera bidireccional, ben engranada i conduïda directament des dels centres i dispositius.

Treball en equip

Un dels mantes més repetits en qualsevol organització és la importància del treball en equip. I, malgrat que en teoria tots hi estem d'acord, en el dia a dia previ a la pandèmia ens costava posar-ho en pràctica en massa ocasions.

Tanmateix, tots estem d'acord que ha estat el veritable treball entre equips multidisciplinaris i multiprofessionals el que ens ha permès afrontar, com ho hem fet, aquesta pandèmia. S'ha constatat que la coordinació entre metges de diferents especialitats i entre metges i personal d'infermeria, així com la col·laboració amb els companys de treball social, amb les facilitadores de l'atenció al ciutadà i, en definitiva, entre els diferents estaments implicats en l'atenció del pacient ha estat essencial en la resolució d'aquesta crisi.

Educació sanitària

Durant la pandèmia, hem vist com els pacients han fet un ús diferent dels dispositius de salut. La majoria de ciutadans han fet servir el sistema de salut amb responsabilitat, i cal potenciar aquest fet, promoure un ús racional del sistema i coresponsabilitzar els pacients i les famílies de la seva salut. Només un 20% de l'estat de salut d'una persona depèn del sistema sanitari. El 80% restant està lligat a l'entorn on es viu, les condicions socioeconòmiques i, especialment, l'estil de vida. Per això resulta imprescindible potenciar l'autocura i formar els ciutadans en l'adquisició d'hàbits de vida saludables.

3 | Mesures específiques als hospitals

Després d'aquesta primera onada de epidèmica, els hospitals hauran d'adaptar-se amb àrees i noves formes de treball per atendre pacients COVID-19 i no COVID-19. En aquest sentit, caldrà tenir present els diversos aspectes.

Potenciació de la seguretat clínica

- » Caldrà establir circuits assistencials diferenciats per atendre pacients amb / sense COVID-19.
- » Sectoritzar les àrees d'urgències i zones de pacients hospitalitzats.
- » Instaurar noves mesures de precaució universals. Els professionals hauran d'adoptar l'ús d'equips de protecció en moltes de les seves activitats (mascaretes, guants, bates, etc.).
- » Mantenir mesures de seguretat en la circulació de pacients (ús dels ascensors, etc.).
- » Adequar les sales d'espera per tal que es pugui mantenir la distància de seguretat, disposar de dispensadors de solucions hidroalcohòliques, etc.

- » Caldrà efectuar el cribratge de la COVID-19 efectuant determinacions de PCR als pacients prèviament a procediments quirúrgics, a l'ingrés per altres causes, a proves de gabinets, etc.
- » Adequar el règim de visites, amb limitació de visites als centres.

Flexibilitat i organització de recursos humans

- » Flexibilització de les jornades de treball, conciliació familiar.
- » Abordatge multidisciplinari dels problemes de salut dels pacients, donant prioritat a l'atenció i el benestar, conjugant la resposta sanitària amb l'assistència social i la comunicació amb les famílies.
- » Potenciar el teletreball, sempre que sigui possible.
- » Formació continuada i comunicació permanent amb els professionals que presten assistència als centres durant l'epidèmia sobre l'estat de la situació i sobre com el centre actua de manera global per atendre la crisi.
- » Creació de comitès de crisi, integrats per membres de la direcció assistencial i professionals de les especialitats clau pel maneig de la situació (infeccioses, epidemiologia, UCI, UBP, etc.).
- » El lideratge clínic és clau en la presa de decisions. Comunicació contínua de la direcció dels centres amb els professionals.

Capacitat instal·lada

Caldrà mantenir les estructures flexibles que ens han permès ampliar la capacitat hospitalària durant el moment més àlgid de la pandèmia, especialment la de llits de crítics i semicrítics.

Serveis de prevenció de riscos laborals i de medicina preventiva hospitalària

Els serveis de prevenció de riscos laborals i els de medicina preventiva hospitalària han tingut un paper clau durant l'epidèmia. Per la seva imprescindible actuació en molts dels nous escenaris que ha comportat la crisi, han hagut de multiplicar la seva actuació de manera extraordinària per ser capaços de donar una resposta adequada.

Són serveis habitualment petits dins dels centres, que, en canvi, assumeixen una gran responsabilitat organitzativa i assistencial i que, en una situació com l'actual, són difícilment substituïbles per altres àmbits de coneixement.

En el cas de l'epidèmia, han estat fonamentals en diferents processos que entren dins del seu àmbit de responsabilitat:

- » El disseny de protocols i la formació continuada als treballadors sobre la seva aplicació i sobre l'ús adequat d'equips d'autoprotecció.

- » El disseny i protocol·lització de nous circuits assistencials nets i bruts.
- » Garantir la seguretat per a pacients i treballadors de noves àrees instal·lades.
- » Seguiment i notificació diaris dels casos a l'Agència de Salut Pública, així com el seguiment dels possibles contactes intrahospitalaris.
- » Sobretot, han hagut de multiplicar-se per amplificar la seva resposta donat l'alt impacte que la malaltia ha tingut en els professionals dels centres i poder arribar a atendre la gran quantitat de consultes dels treballadors relacionades amb símptomes o dubtes de la malaltia.

Tot plegat confirma la necessitat de disposar d'aquests serveis plenament desenvolupats dins dels centres, ben reconeguts i ben dotats, i que participin del lideratge de la resposta sanitària davant la crisi.

Accions a urgències

La COVID-19 ha suposat una sèrie de canvis favorables en l'atenció urgent, moltes de les quals ja estan recollides en el Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC), que és el full de ruta per als propers anys.

- » Increment d'espais d'espera per evitar aglomeracions de risc i per mantenir el distanciament dels pacients.
- » Increment dels espais assistencials per evitar amuntegament dins d'urgències en espais no dotats com assistencials (passadissos).
- » Expertesa i dotació suficient de professionals de medicina d'urgències i emergències
- » Resposta hospitalària centrada en la situació d'urgències, dimensionant les altres activitats hospitalàries, també importantíssimes, en funció de la situació d'entrada de pacients.
- » Temps d'Ingrés inferior a 24 hores (PLANUC).
- » Disminució dels Nivells IV-V en l'àmbit hospitalari.
- » Plena implementació de la derivació inversa.
- » Inici del triatge avançat d'infermeria.
- » Disminució del temps de resposta de les interconsultes especialitzades.
- » Increment de la col·laboració dels serveis socials.
- » Atenció en xarxa i connexió amb atenció primària, hospitalització a domicili, hospitals d'atenció intermèdia, equips d'atenció residencial, PADES, tot plegat directament des d'urgències.
- » Ús més adequat dels dispositius urgents per part de la població.

Aquests aprenentatges fets a marxes forçades no ha de quedar en l'oblit.

Accions a àrees de crítics

Dins dels hospitals, les àrees de crítics tenen dotacions d'estructura, material i professionals que, per les característiques de la pandèmia de COVID-19, haurien resultat clarament insuficients per atendre la població.

La flexibilització d'estructures i professionals ha estat clau en la resposta i els centres han multiplicat la seva capacitat d'ingrés fins a quatre o cinc vegades la seva dotació estàndard.

Hauria estat impossible sense l'agrupació de diferents disciplines que, tot i ser ben diverses, comparteixen parcialment l'àrea de coneixement relacionada amb la insuficiència respiratòria greu i la ventilació artificial.

S'ha posat en evidència que conservar la possibilitat d'ampliar els espais de crítics en un temps curt, disposar de parcs de ventiladors amplis i mantenir la capacitat d'agrupar professionals entrenats en el maneig del pacient crític i la ventilació artificial és imprescindible per fer front a nous embats d'aquesta epidèmia o d'altres de similars.

Impuls de la telemedicina

La COVID-19 ha afavorit la transició real cap a la telemedicina, accelerant canvis que fa anys que es volien implementar i que, abans d'aquesta crisi, haurien trigat més temps a materialitzar-se.

Accions a consultes externes

En l'àmbit de les consultes externes, caldrà replantejar la cartera de serveis: centrar-nos en aquelles activitats que aporten valor a la salut.

- » Prioritzar prestacions i suprimir els controls crònics excessius.
- » Disminució del nombre de visites que no aporten valor (per exemple, citacions per a seguiment de resultat analític).
- » Estendre i normalitzar l'ús de les noves eines tecnològiques: telemedicina, consulta telefònica i atenció no presencial.
- » Citacions més acurades.
- » Establir aliances amb l'atenció primària per a una millor gestió de les consultes externes (una part important de visites que es fan als hospital es poden fer a l'atenció primària).

Així mateix, caldrà revisar les accions que no aporten valor en l'àmbit de gabinets i proves complementàries (per exemple, excessius TC de control, electromiografies (EMG) controls en túnels carpians, ressonàncies magnètiques (RM) per a lumbàlgies, endoscòpies per a epigastràlgies, etc.)

Comunicació i informació a pacients

A l'inici de la pandèmia, l'aïllament dels malalts va fer que la comunicació dels pacients amb els seus familiars fos realment difícil i, en moltes ocasions, deficitària.

Amb el transcurs dels dies, vam ser conscients que calia millorar, i molt, aquesta situació i ho vàrem aconseguir amb la incorporació de personal (professionals del propi centre, voluntaris, estudiants, etc.) que facilitava videoconferències, contactes telefònics, etc. entre els pacients i els seus familiars.

Normalitzar i estendre l'ús de les noves eines tecnològiques per a la millora de la informació i la comunicació és un altre dels aspectes a mantenir i potenciar.

4

Altres consideracions

Augmentar el pressupost de sanitat i recerca

El sistema sanitari català pateix d'un infrafinançament crònic. La majoria d'autonomies han augmentat el pressupost destinat a sanitat, mentre que a Catalunya ha estat al revés. Espanya dedica el 8,9% del PIB a sanitat, mentre que a Catalunya s'hi destina el 7,6%. I aquestes xifres continuen lluny de la mitjana europea. Amb els recursos que es destinen a la sanitat és molt difícil mantenir un nivell d'excel·lència i, si es manté la qualitat assistencial, és degut, en gran part, al compromís dels professionals. Cal, per tant:

- » Revertir les retallades aplicades durant la crisi econòmica.
- » Millorar les retribucions dels professionals sanitaris.
- » Augmentar les inversions en equipament i nova tecnologia.

Residències

- » Repensar el model i millorar els estàndards de qualitat a què estan sotmeses les residències. Cal integrar-les definitivament en el sistema de salut, prioritzar la formació dels professionals que hi treballen i dignificar els llocs de treball. És necessari consolidar el control des de l'atenció primària i la integració de totes les dades dels pacients amb el sistema de salut.
- » Enfortir l'accent sanitari de les residències (persones fràgils, comòrbides, etc.).

Xarxa de Laboratoris

Durant la crisi es va passar molt ràpidament d'un model de laboratori centralitzat en un sol hospital a una expansió en xarxa a d'altres laboratoris hospitalaris amb una potent capacitat diagnòstica per a donar servei a tot el territori.

Col·laboració dels sistemes públic i privat

- » Durant la pandèmia, els hospitals on es fa assistència privada han assumit el rol d'hospitals de suport, tot garantint l'arribada de pacients a les seves plantes d'hospitalització i a les seves UCI, de manera coordinada i amb protocols conjunts.
- » A la vegada, han estat capaços de gestionar la demanda pròpia generada a les seves urgències, tot evitant trasllats a hospitals d'aguts del sistema públic.

Garantir els subministraments essencials

La manca d'equips de protecció individual ha posat en evidència l'elevada dependència d'altres països en aquest sentit. Cal establir un sistema per garantir la producció local d'equipaments essencials i el subministrament en situació de necessitat.

Totes aquestes experiències viscudes no han de quedar en l'oblit.

"Never waste a good crisis" (No desaproveu mai una bona crisi)

Frase atribuïda a Winston Churchill

1 | Atenció intermèdia

Cal reforçar l'atenció intermèdia, potenciant aquells recursos de la xarxa sociosanitària que puguin garantir una atenció de qualitat a la complexitat, de manera eficient, desplegant el paper d'atenció a les transicions entre el domicili i els hospitals d'aguts i, també a la inversa, evitant ingressos innecessaris en aguts.

Durant la crisi de la COVID-19, l'atenció intermèdia de Catalunya o, almenys una part majoritària, ha demostrat:

- » Capacitat de maneig i de reacció general davant de la pandèmia, posant-se a disposició del sistema. A molts territoris, ha resultat un partner clau per evitar el col·lapse dels hospitals d'aguts.
- » Polivalència en la gestió de pacients, amb el maneig de pacients aguts, en situació de final de vida i en procés de rehabilitació.
- » Capacitat d'actuació, tant amb l'ingrés de pacients com pel que fa a l'atenció al domicili dins del seu territori.

El sector d'atenció intermèdia a Catalunya, que aporta i pot incrementar aquesta polivalència en l'atenció a la complexitat i té especialització amb gran tradició de treball interdisciplinari i integrat, rep avui dia només el 3,8% del pressupost anual destinat al sistema de salut i el 5% aproximadament del que el Departament de Salut destina a la contractació de recursos.

Això representa, amb distància, que és el sector a la cua per finançament, tant absolut com relatiu, i també el que ha tingut els increments percentuals més petits en els últims anys. Per poder funcionar de manera adequada i desenvolupar un paper resolutiu per a les persones més vulnerables i per al sistema, cal incrementar la seva dotació pressupostària, revisar i modernitzar la cartera de serveis i els sistemes d'avaluació de la complexitat i qualitat, així com revisar i actualitzar el sistema de pagament. L'atenció intermèdia s'ha de fer més visible dins del sistema i davant de la població.

Evolució del model sociosanitari al model d'atenció intermèdia

Existeix el consens de conceptualitzar com a àmbit d'atenció intermèdia l'atenció integral a la cronicitat, als processos naturals de l'envelliment de les persones i a l'augment de la dependència lligada al concepte de la fragilitat, així com l'atenció geriàtrica amb tota la seva complexitat biopsicosocial. Aquest concepte es concreta en:

- » La cartera de serveis de la xarxa sociosanitària actual ha d'adaptar-se a l'epidemiologia i a l'evolució de la demanda assistencial.

- » El nou hospital d'atenció intermèdia (HAI) haurà d'augmentar la seva capacitat de resposta assistencial incorporant-hi, a més de les actuals unitats de subaguts i de cures pal·liatives, noves unitats de recuperació funcional i cures, així com d'unitats de geriatria d'atenció intermèdia.
- » Un circuit estable d'ingressos per a estabilització clínica i/o control de símptomes posterior retorn al domicili o a la residència.

Caldrà revisar el perfil del 30% dels pacients de les actuals unitats de llarga estada sociosanitària i garantir-ne l'atenció de les necessitats específicament sanitàries.

Cal crear xarxes de col·laboració entre l'atenció primària, les residències i els HAI, els quals han de desenvolupar una cartera de serveis que hauria de garantir:

- » Consultes externes especialitzades per a pacients crònics complexos i amb malaltia crònica avançada (PCC-MACA) per a valoració geriàtrica. Les unitats de valoració geriàtrica integrals (UVGI-EAIA) han d'evolucionar cap a consultes externes diagnòstiques dels HAI.
- » L'hospital de dia geriàtric i genèric (que actualment funciona més com un centre de dia), ha d'evolucionar cap a un model d'hospital de dia molt més intervencionista, terapèutic i orientat a processos patològics concrets i amb estades molt més curtes.
- » Els PADES suposen un model assistencial d'atenció domiciliària i d'equips de suport especialitzat, amb més de 25 anys d'experiència i d'evidència científica, avalat per múltiples societats científiques nacionals i internacionals. Aquest model ha evolucionat de les cures pal·liatives oncològiques exclusivament a l'atenció de la cronicitat avançada.
- » Programes de formació continuada i rotació de professionals entre nivells assistencials i promoció de l'acreditació de noves unitats docents MIR i EIR en geriatria als centres sociosanitaris d'una manera molt especial, atesa la manca aguda i crònica d'especialistes en geriatria i la necessitat urgent de formar-ne més, convocant la totalitat de les places actualment acreditades. Actualment, a Catalunya, tant sols disposem de 32 places MIR en geriatria acreditades, de les quals es convoquen 16-18 places/any entre les unitats docents hospitalàries, un nombre clarament insuficient per a una població que envelleix, així com també ho són les úniques 8 places d'EIR de geriatria actualment disponibles.

2 | Atenció residencial

Per una atenció integrada social i sanitària a grups poblacionals especialment vulnerables

Com s'esdevé en la major part de països desenvolupats, Catalunya està davant d'un repte colossal que requerirà de respostes diligents, pragmàtiques, transformadores i consensuades per part dels sistemes social i sanitari.

S'ha d'evolucionar cap a un model d'atenció sanitària integrada, liderada des de l'atenció primària de salut, tenint en compte les experteses dels professionals de l'àmbit sociosanitari i dels propis professionals o companys assistencials dels centres residencials.

Ens trobem davant 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.

Donar resposta a les necessitats d'aquestes persones requerirà de professionals compromesos i competents, familiaritzats en el maneig de situacions complexes, amb capacitat per treballar en equip i amb especial habilitat per a la presa de decisions compartida i la personalització de les intervencions.

Aquest repte, però, també té implicacions per a les polítiques i les organitzacions, que necessitaran repensar-se per adaptar-se a aquest nou paradigma i donar una millor resposta a les necessitats de les persones i assumir els costos d'atenció que d'això se'n puguin derivar. Això implica de forma directa i simultània els sistemes de salut i de serveis socials, que necessàriament hauran d'incrementar la interacció i la cooperació.

L'atenció a les persones no només es pot basar en donar resposta a les seves necessitats des del sistema de salut. Com ja és conegut, l'estat de salut de les persones només depèn en una petita part del sistema sanitari. La majoria dels condicionants de salut estan fora del sistema de salut i hi ha un gran risc de sanitaritzar aquests condicionants com a única resposta a les necessitats de la ciutadania.

Hem vist molts professionals i molts ciutadans clamant per una sanitarització d'un recurs social com són els centres residencials. La situació viscuda arran de la pandèmia de la COVID-19 ha estat crítica, una tragèdia humana que, no obstant això, no pot tenir com a resposta convertir els centres residencials en centres sociosanitaris o hospitals.

És necessari, doncs, que, en el futur proper, l'atenció integrada social i sanitària es converteixi en un eix clau de millora de l'atenció a les necessitats de la persona, que es nodreixi del coneixement i experteses pròpies de cada sistema i que sigui adequadament finançada, amb suficients professionals, sota un marc de respecte i confiança mutus que ajudi a planificar molt millor com donar resposta a les necessitats dels col·lectius poblacionals més vulnerables.

Hi ha diferents aspectes que precisen d'un treball integrat en el marc de les residències. Per una banda, ha de millorar l'atenció farmacoterapèutica en aquest àmbit, atès que els residents són polimedcats per les múltiples malalties cròniques que pateixen. Per altra banda, cal un debat serè sobre el model d'espai residencial geriàtric, el qual cal que es replantegi a través d'un debat social sobre com ha de ser (unitats de convivència, residències grans o petites, llars, etc.). Inicialment, i durant dècades, aquests espais han esdevingut conceptualment espais socials substitutoris de la llar. L'augment de l'esperança de vida i altres aspectes sociodemogràfics, econòmics i d'estructura familiar han fet que, progressivament, el perfil d'usuaris s'hagi anat transformant, amb la presència de més cronicitat, pluripatologia, fragilitat i discapacitat.

L'aprovació i aplicació de la Llei de dependència ha accelerat aquest perfil d'usuari amb més fragilitat i comorbiditat, sense diferències respecte al de l'àmbit sociosanitari pròpiament dit. Aquest canvi de perfil ha anat condicionant la necessitat d'implementació d'un suport sanitari.

Tanmateix, l'epidèmia de la COVID-19 ha evidenciat que aquesta adaptació s'ha fet insuficient i, en general, ha fet obsolet el concepte inicial de l'espai residencial en els dos vessants (assistencial i de model). Cal, per tant, un debat profund amb tots els agents socials implicats per replantejar-lo conceptualment i fer-ho quan es disposin d'aquelles dades que permetin una objectivació i racionalització dels problemes identificats durant l'epidèmia: epidemiològics, tipus de centres, ràtios, etc., amb independència de la seva titularitat.

De la mateixa manera, no es pot menystenir el debat sobre les alternatives a la institucionalització. En un país com Catalunya, on els darrers 18 anys ha crescut un 62% el nombre de places residencials i continua havent-hi més de 18.000 persones a l'espera de recurs residencial, cal preguntar-se per què no disposem d'alternatives efectives a la institucionalització.

Cal, doncs, ser exigent i potenciar de manera determinant una atenció primària forta, amb capacitat real de fer atenció domiciliària integral i integrada pel que fa als aspectes socials i sanitaris. Un model que permeti viure a la gent gran a la seva llar, que detecti de manera precoç la fragilitat inicial, que pugui establir intervencions que endarrereixin la dependència i la institucionalització de la persona, tot garantint una vida plena i autònoma el major temps possible al seu domicili habitual o a pisos tutelats assistits. I, en darrer terme, als espais residencials amb una redefinició profunda.

Les dades de mortalitat de les residències geriàtriques de Catalunya per la pandèmia de COVID-19 són eloqüents: és probable que més de la meitat del total de morts per aquesta malaltia s'hagi esdevingut en l'àmbit residencial. Però l'afectació per a les persones residents derivada d'aquesta crisi va molt més enllà: la restricció de visites i de les activitats grupals, així com la limitació de la mobilitat fora de les habitacions, ha tingut conseqüències tant físiques, com psicoemocionals i de socialització.

Per altra banda, cal remarcar l'impacte de la gestió de les crisis en les situacions de final de vida. Partint d'un enfocament eminentment centrat en "salvar vides", altres realitats inherents als processos d'envellir i morir, així com la importància de les cures i de l'atenció a les necessitats essencials de la persona, massa sovint han quedat en un segon pla.

En aquest context, alguns elements clau mereixedors de ser presos en consideració per a la seva correcció són:

- » Reacció tardana en l'inici de les mesures d'aïllament.
- » Manca de formació dels professionals a les residències per poder establir mesures d'aïllament efectives.
- » Dificultat per disposar d'equips de protecció individual (EPI).
- » Tardança en l'inici del procés de detecció de casos de COVID-19 per PCR.
- » Falta d'un pla de suport a les baixes dels treballadors i poca atracció del sector per cobrir baixes.

- » Falta de dades per monitorar la situació i de suport de tecnologia per a l'abordatge

Amb una visió autocrítica des de Salut i, de manera genèrica, falta un treball de fons d'identificació de persones amb necessitats complexes d'atenció (PCC-MACA) i de plans d'atenció individualitzats i planificació de decisions anticipades (PDA), que probablement, haurien ajudat en el procés de presa de decisions en fase d'emergència.

En general, a nivell de societat, hi ha una certa estigmatització de les persones grans, especialment en l'àmbit residencial, que pot haver contribuït a la falta de prioritització de les actuacions en aquest sector.

Mentrestant, cal tenir present que:

- » El SARS-CoV-2 a les residències segueix sent un problema i seguirà existint, com mínim, tot l'any 2020. Quan passi la fase d'alarma, les residències seguiran sent la baula més feble del sistema sociosanitari, amb una població molt més vulnerable i amb una menor preparació tècnica i logística dels seus professionals.
- » Les residències requeriran un suport extraordinari: assistencial, logístic, formatiu, de salut pública, etc. No podem no fer res i tornar a demanar el mateix esforç.
- » La desescalada de l'actual pandèmia implicarà un nou estrès per a tot el sector residencial.
- » Caldrà incorporar les rutines que s'han deixat de fer, igual que en altres àmbits: control i seguiment de la cronicitat, recuperar les activitats rehabilitadores, etc.
- » Hi haurà una més alta dependència dels residents. Els aïllaments han tingut com a efecte advers l'increment de la dependència dels residents.
- » Les residències, en alguns àmbits territorials, estan mancades d'una veritable integració en el sistema sanitari, com queda reflectit, per exemple, en el fet de no tenir accés a la història clínica compartida o a l'eCAP.
- » El suport sanitari a les residències és heterogeni (atenció primària, equips d'atenció residencial –EAR–, atenció intermèdia), amb una gran variabilitat en funció dels recursos del territori i, en algunes ocasions, sense un clar coneixement del rol que els professionals assignats han de dur a terme.
- » Els professionals que hi treballen no han tingut el reconeixement que mereixen, la qual cosa queda reflectida en les grans diferències de condicions laborals i de ràtios en el conveni respecte al del SISCAT. Tanmateix, la seva actuació professional, sempre ha quedat "supervisada" per un altre nivell assistencial. Hem de seguir vetllant per la bona comunicació i coordinació entre tots els nivells implicats en l'atenció.
- » En general, existeixen dificultats estructurals i materials (manca O2, ECG, sèrums, etc.) i dificultats per accedir a determinats fàrmacs o per a l'administració dels mateixos per via parenteral.
- » La derivació a altres nivells assistencials sovint no és fàcil. És fonamental definir el procediment d'actuació enfront una complicació aguda, així com el circuit de derivació. Cal fer una reflexió profunda sobre quines situacions clíniques es poden assumir en un centre

residencial, sempre considerant la situació basal de la persona i valorant el risc-benefici de la derivació.

- » Les persones que abans venien a viure als centres procedents del seu domicili, ara ho fan sovint directament des dels hospitals d'aguts o d'atenció intermèdia, amb importants requeriments assistencials i, en alguns casos, en situació d'aïllament prolongat per gèrmen multiresistents, que, difícilment, es pot mantenir a la residència.
- » Algunes residències no tenen capacitat estructural per fer correctament els protocols específics d'aïllament, a més, la dinàmica habitual dels centres condiona la interacció de les persones en espais comuns.
- » Finalment, manca un sistema de recollida de dades que permeti la comparació i el benchmarking al sector i que potencii les bones pràctiques.

Propostes de transformació de l'espai residencial

A curt termini:

- 1.** Integrar plenament l'àmbit residencial a la xarxa sanitària pública.
- 2.** El model de l'assistència sanitària residencial ha d'evolucionar i basar-se en un model d'atenció centrada en la persona i cap a la personalització de les intervencions, basades en:
 - » Identificació precoç de persones amb necessitats específiques (PCC-MACA).
 - » Valoració individualitzada des d'una perspectiva multidimensional (Valoració Geriàtrica Integral).
 - » Un procés de presa de decisions compartida (+/- PDA), enfocada als resultats i a les preferències de les persones. Cal evitar l'edatisme.
- 3.** L'atenció primària és la responsable de l'atenció sanitària longitudinal de les persones que viuen a les residències, al llarg de la seva vida. El fil conductor de l'atenció sanitària a les residències recau en l'atenció primària de salut. En aquest context, també cal estar obert a propostes específiques i dinàmiques col·laboratives: models d'atenció específics per expertesa i organització dins les pròpies àrees bàsiques de salut, models especialitzats i/o propostes d'atenció compartida entre equips. Els equips d'atenció residencial (EAR), com a servei especialitzat en atenció geriàtrica, que coneix i gestiona clínicament la gran càrrega de morbiditat que es dona en les residències.
- 4.** La xarxa d'internament sociosanitària o, si es vol, la xarxa d'HAI (subaguts, convalsència i, fins i tot, llarga estada) com a suport als equips d'atenció primària per a l'atenció de persones institucionalitzades que requereixen internament i no precisen de la tecnologia diagnòstica o terapèutica d'un hospital d'aguts.
- 5.** La COVID-19 ha posat de manifest que cal adequar els recursos assistencials de les residències. Una possibilitat, però no l'única, és que els actuals equips sanitaris de les residències s'integrin funcionalment als equips d'atenció primària de referència. Una altra és que l'atenció sanitària de les residències l'assumeixin professionals dels mateixos hospitals d'atenció intermèdia (HAI) de referència del sector, regió o territori. Aquests centres socio-sanitaris, a la vegada, es coordinen amb el seu hospital general de referència. Finalment,

aquests professionals sanitaris de les residències haurien de tenir una vinculació estreta i continuada amb la xarxa sanitària pública (atenció primària, PADES, EAR, xarxa sociosanitària), per tal de compartir l'assistència en les situacions de complexitat, facilitant l'accés a proves complementàries o a altres nivells assistencials.

- 6.** Punt d'accés a HC3 o a eCAP per als professionals. És important no duplicar els sistemes de registre.
- 7.** Farmàcia i Medicació: cal resoldre el problema de la prescripció o recepta electrònica (RE). La RE, tal i com la coneixem actualment, no s'adequa a les necessitats de prescripció de les residències i és del tot ineficient per al sistema. Cal avançar en la direcció d'un model de prescripció, dispensació i administració del medicament que garanteixi la seguretat dels pacients. Cal flexibilitzar l'actual legislació.
- 8.** D'acord amb l'actual Llei de Serveis Socials, les residències són una alternativa permanent a la llar o domicili i l'accés a una plaça pública segueix uns barems i uns criteris diferents als d'un ingrés sociosanitari convencional. Cal evitar, doncs, la mobilitat permanent dels residents, però cal garantir també la rapidesa de les avaluacions de dependència per tal d'agilitar els ingressos ràpids provisionals (*fast track o fast lines*).
- 9.** Sanitaritzar i medicalitzar en general les residències no es la solució. Cal garantir a mig termini, que una majoria, si no la totalitat, de residències disposin d'accés a instal·lació d'O₂ (proposem un 20-40% dels llits) i d'una capacitació i formació tècnica mínima dels seus professionals, que permeti oferir als residents malalts un servei escalat i progressiu de recursos.
- 10.** Per tal de limitar la heterogeneïtat en les actuacions, però sempre respectant el criteri dels professionals del centre, caldria sistematitzar mitjançant guies clíniques o protocols unes intervencions terapèutiques homogènies a tot l'àmbit residencial, que haurien d'estar avalades per les societats científiques.
- 11.** Els professionals sanitaris de l'àmbit residencial haurien de tenir formació específica i acreditada en l'àmbit de la geriatria i les cures pal·liatives i capacitat de treball en equip. Cal millorar la formació dels gerocultors, que no són auxiliars de clínica, estandarditzar procediments i millorar els ràtios dels professionals
- 12.** La complexitat clínica atesa actualment a les residències fa necessari que els professionals tinguin la formació específica per al maneig de malalties cròniques complexes, les síndromes geriàtriques, la comorbiditat, l'abordatge del final de vida i l'adequació farmacològica (conciliació, prescripció, desprescripció, etc.).
- 13.** Cal impulsar i desenvolupar un sistema d'acreditació residencial que garanteixi la qualitat dels serveis i una millor homogeneïtat del sistema i que, alhora, reconegui les diverses capacitats assistencials entre les diferents entitats.
- 14.** Es proposa un sistema d'acreditació en funció del nivell d'intensitat terapèutica assumible a cada centre, amb la definició de criteris de complexitat (nombre d'hores contractades d'atenció directa de professionals sanitaris, atenció d'infermeria les 24 hores, proporció d'habitacions individuals que permetin eventuais aïllaments, etc.).
- 15.** Cal revisar la via d'accés a través de llista única amb la creació de comitès d'àmbit territorial que gestionin els ingressos de la llista d'espera única.

- 16.** L'ingrés a un centre residencial, que actualment es fa en base al grau de dependència de la persona, no sempre té en compte les seves necessitats sanitàries i socials actuals. Per tant, es proposa una revisió periòdica de la llista d'espera de cada territori on es valori la situació actual de la persona per ubicar-la i/o prioritzar el seu l'ingrés en el centre on millor es puguin cobrir les seves necessitats, dintre del mateix territori.
- 17.** Creació d'un sistema de recollida d'un conjunt mínim de dades residencial (CMBD-RES), per tal de recopilar i informar de manera periòdica sobre un conjunt d'indicadors que permetin conèixer la realitat i les necessitats sanitàries del sector.

A mig termini:

Aquesta crisi ofereix la possibilitat de repensar el model d'atenció en l'àmbit residencial. En aquest sentit, cal ser molt prudent amb les propostes reactives que advoquen per a una mera sanitarització de les residències geriàtriques com a solució unívoca. Si bé no hi ha dubte que cal repensar la prestació d'atenció sanitària en aquest àmbit, això s'hauria de produir en un context d'atenció integrada social i sanitària, partint de la base que les residències no són hospitals, sinó el domicili de les persones.

Cal, doncs, focalitzar-se en un model d'atenció que segur que cal repensar. Alguns elements clau poden ser:

1. En relació als residents:

- » Atenció centrada en la persona. Orientació a les seves necessitats, valors i preferències.
- » Model d'atenció individualitzat: identificació de necessitats complexes i/o pal·liatives (PCC-MACA).
- » Diagnòstic de situació, valoració geriàtrica integral i Pla d'Atenció Individualitzat, presa de decisions compartida i planificació de decisions anticipades (PDA).

2. En relació als professionals de l'àmbit residencial:

- » Millora de les condicions laborals del personal de cures de la residència.
- » Millora de la formació.

3. En relació al sistema i eines de suport:

- » Definició d'estàndards de qualitat que incorporin resultats significatius per a les persones, (indicadors de l'experiència reportada pel pacient PROM i PREM) i monitorització en base a un quadre de comandament únic.
- » Aprofitament d'eines tecnològiques per millorar el seguiment remot i la formació a les residències.

A llarg termini

Cal repensar en profunditat un model d'atenció de llarga durada que:

- 1.** Tingui en compte la diversitat en la vellesa i que potenciï el suport domiciliari a la llar i altres elements alternatius no institucionalitzadors.
- 2.** Garanteixi l'equitat i un repartiment més just de les cures.
- 3.** Reconeixi el seu valor social i no afavoreixi la seva precarització.
- 4.** Doni resposta a la complexitat assistencial derivada de l'envelliment poblacional.
- 5.** Posi en el centre els drets de les persones grans a continuar decidint sobre la seva vida.
- 6.** En aquest sentit, caldrà fer un procés de consens en la conceptualització i el disseny del nou model, que parteixi de l'opinió de persones grans i els seus cuidadors.

A tall de resum

Els quatre elements clau a tenir en compte en la planificació de l'atenció sanitària en l'àmbit residencial són, doncs:

- 1.** L'atenció primària ha de tenir la responsabilitat i els recursos per a una atenció sanitària i social de qualitat, en què el rol d'infermeria tindrà un paper clau dins l'equip, coordinant les cures bàsiques i el maneig de situacions de salut, amb el suport de l'equip interdisciplinari (metges, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, treballadors socials, nutricionistes, farmacèutics, etc.). Cal que les residències estiguin dotades amb personal d'infermeria les 24 hores.
- 2.** A mig i llarg termini, és pertinent abordar de manera global el redisseny de l'atenció de llarga durada, incloent-hi, tant l'àmbit residencial, com la llarga estada sociosanitària, l'atenció domiciliària, així com dels centres d'atenció diürna. Això ha de partir d'un consens amb les persones grans, l'administració, els proveïdors i les societats científiques, i sempre des d'una perspectiva integrada social i sanitària.
- 3.** El model d'atenció de llarga durada ha de tenir una mirada àmplia i transversal des de la perspectiva vital i de necessitats de les persones, que van des de la prevenció de discapacitat i la rehabilitació, fins a l'atenció de final de vida i cures pal·liatives precoces.
- 4.** Qualsevol model d'atenció de llarga durada requereix d'atenció col·laborativa, compartida i/o integrada, dins del món sanitari (integració vertical) i d'aquest amb el món social (integració horitzontal), des d'una mirada necessàriament territorial que transcendeixi les pròpies organitzacions.

1 | Marc general

- » El 20% de la població general patirà un trastorn mental al llarg de la vida.
- » 1 de cada 5 nens i adolescents tenen un trastorn mental.
- » Més de la meitat dels trastorns mentals s'inicien abans dels 14 anys.
- » Als països de la Regió Europea de l'OMS, els trastorns mentals representen la major càrrega individual de malalties no mortals (22,4% dels anys viscuts amb discapacitat).
- » La principal causa de mort prematura entre la joventut catalana és el suïcidi.
- » Fins a un 50% de treballadors de la salut patiran símptomes de depressió després de la crisi de la COVID-19.

2 | Dèficits i propostes

1. **DÈFICIT:** Existeix una **manca de professionals de la salut mental** (psiquiatres, psicòlegs clínics, infermeria de salut mental, etc.) i de **recursos de salut mental** per cada 100.000 habitants. La situació és més greu en els serveis d'infants i adolescents, on encara són més marcades les diferències respecte a països de la Unió Europea.

PROPOSTA: Situar-nos a nivell de països del nostre entorn, com França o Alemanya, amb un increment de les contractacions de nous professionals i recursos assistencials, tant a nivell comunitari com hospitalari. Això permetrà encarar millor la prevenció i tractament dels trastorns mentals en una situació com l'actual.

2. **DÈFICIT:** La **fragmentació de l'atenció** fruit de l'atomització dels proveïdors a diferents nivells assistencials, impedeix disposar d'una història clínica compartida en salut mental a tot el territori.

PROPOSTA: Implementar la història clínica compartida en salut mental a tots els nivells assistencials (comunitària, hospitalària, etc.). Lideratge clínic en salut mental a nivell de les diferents Àrees Integrals de Salut (AIS) amb un treball compartit més enllà de les estructures rígides dels proveïdors. Unificació de la Xarxa de Salut Mental i la Xarxa d'Addiccions.

3. **DÈFICIT:** Manca de **programes basats en l'evidència de salut digital o eHealth en salut mental** que permetrien donar una atenció més eficient a un major nombre de persones.

PROPOSTA: Implementar programes de salut digital o eHealth en salut mental, com tenen a Suècia, Noruega o d'altres països de la Unió Europea (per exemple, *Internet Psikiatri*, a Suècia).

4. **DÈFICIT:** Manca de **registres de resultats** tant a nivell comunitari com hospitalari, més enllà de la casuística del nombre de pacients atesos.

PROPOSTA: Basar les decisions clíniques en resultats permetria millorar la qualitat de l'atenció i reduir-ne els costos, evitant els errors i els procediments innecessaris. Aquesta fórmula seria millor per al pagador, públic o privat, ja que els pagaments s'efectuen per serveis que ofereixen resultats.

5. **DÈFICIT:** Manca de **professionals de la salut mental** en els equips de **prevenció de riscos laborals** dels proveïdors de salut que puguin entomar la situació de crisi generada per la COVID-19.

PROPOSTA: Contractar professionals de la salut mental depenent dels serveis de salut mental i treballant funcionalment amb els equips de prevenció de riscos laborals dels diferents proveïdors de salut. Treballant de manera coordinada amb els programes de salut mental de la Fundació Galatea.

COL·LEGIS
DE METGES
CATALUNYA
CONSELL DE

COL·LEGIS DE METGES DE BARCELONA, GIRONA, LLEIDA I TARRAGONA



AMB L'ADHESIÓ DE:

