

Tendències en l'evolució de les professions sanitàries a Catalunya

Tendències en l'evolució de les professions sanitàries a Catalunya

Estudi realitzat en el marc del desenvolupament del
Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya.

Direcció de l'estudi:

Amando Martín Zurro i Enric Mauri i Clua

Coordinació i redacció:

Anna Revuelta de la Poza

Barcelona, setembre 2007



Generalitat de Catalunya
Institut d'Estudis de la Salut



Institut d'Estudis de la Salut
**Consell Català d'Especialitats
en Ciències de la Salut**

Índex

Presentació

Pròleg

1. Introducció
 - 1.1- Marc
 - 1.2- Objectius
 - 1.3- Metodologia
2. Factors condicionants i escenaris
 - 2.1- Factors condicionants en el sistema de salut
 - 2.2- Escenaris en diferents contextos
 - 2.2.a- Atenció primària, sociosanitària i de salut mental
 - 2.2.b- Atenció hospitalària
 - 2.2.c- Salut pública
 - 2.2.d- Competències exclusives i compartides
 - 2.2.e- Teràpies naturals
 - 2.2.f- El ciutadà
 - 2.2.g- Les tecnologies de la informació i la comunicació
3. Tendències de les professions i ocupacions en el sistema de salut
 - 3.1- Biòlegs
 - 3.2- Dietistes-nutricionistes
 - 3.3- Farmacèutics
 - 3.4- Fisioterapeutes
 - 3.5- Infermeres
 - 3.6- Llevadores
 - 3.7- Logopedes
 - 3.8- Metges
 - 3.9- Odontòlegs
 - 3.10-Òptics i optometristes
 - 3.11-Podòlegs
 - 3.12-Psicòlegs
 - 3.13-Tècnics de formació professional
 - 3.14-Treballadors socials
 - 3.15-Veterinaris
4. Altres professions i ocupacions. Noves perspectives.
5. Conclusions i recomanacions
6. Bibliografia consultada
7. Annexos

PRESENTACIÓ

Mateu Huguet i Recasens
Director de l'Institut d'Estudis de la Salut

Setembre, 2007

INTRODUCCIÓ

Sembla un tòpic afirmar que els recursos humans són crítics per als sistemes de salut, però no ha estat fins fa pocs anys que s'ha produït un debat internacional significatiu sobre el tema. Les noves societats emergents representen un repte especial, a causa de la transformació profunda que estan experimentant i del gran abast dels canvis socials econòmics i d'altra naturalesa dels últims anys. La ràpida generació de coneixement biomèdic i els avenços científicotecnològics requereixen també entorns canviants. Per tal d'afrontar els canvis que es produeixen en paral·lel en els sistemes de salut, molts estratègics en política sanitària creuen que el problema dels recursos humans s'ha d'enfocar d'una manera més prioritària i eficaç.

És per això que la reforma dels recursos humans de la salut ocupa, progressivament, llocs importants a les agendes de polítics i gestors de molts països europeus i d'altres com Austràlia¹ o Canadà. Molts d'aquests responsables estan reconeixent que les estructures actuals no són, probablement, les més adequades per al segle XXI.

A Catalunya s'han fet molts estudis i moltes reflexions sobre el futur de les professions sanitàries, principalment de la professió mèdica i també de la infermera. La majoria coincideixen a albirar nous rols i noves responsabilitats que afrontaran els nous entorns i els nous escenaris^{2 3}. Si volem explorar i comprendre aquests nous rols i responsabilitats, haurem d'identificar primer els nous escenaris. També s'han fet algunes aproximacions en aquest sentit⁴.

No podem oblidar que el futur de les professions dependrà especialment de la influència dels estaments protagonistes en el funcionament dels sistemes de salut (administracions, professionals i pacients). Els mètodes de prospecció i de planificació de recursos humans per a la salut inclouen quatre tipus d'aproximacions essencials⁵:

1. Predicció de l'oferta. Estima el personal en un moment base i el projecta en el temps, amb la hipòtesi de que el nivell de recursos es manté.
2. Predicció de la demanda o utilització. Determina el volum del recurs en base a la utilització del seu consum (*demanda*) actual i projecta aquests patrons cap al futur.
3. Planificació basada en la necessitat. Projecten l'estructura demogràfica i estimen les necessitats futures de salut d'aquella població.
4. Els mètodes basats en *benchmarking* busquen un referent de bon funcionament el qual es pugui considerar com a exemple a imitar, definint els *gold standards*.

¹ Duckett SJ. Interventions to facilitate health workforce restructure. Australia and New Zealand Health Policy 2005, 2:14. Melbourne, Australia. June 2005

² Jovell AJ. El Futuro de la Profesión Médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Fundación Salud Innovación y Sociedad. Abril, 2001.

³ Oriol Bosch A, de Oleza R. Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Secretaria General del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 2003 Disponible a: www.fdps.org

⁴ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut d'Estudis de la Salut, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la salut. Estat i evolució de la conceptualització i configuració ocupacional del sector de la salut. Barcelona, 2005

⁵ Markham B, Birch S. Back to the future: A framework for estimating health-care human resource requirements. Canadian Journal of Nursing Administration 1997;10:7-23

Qualsevol de les aproximacions descrites té els seus avantatges i els seus inconvenients, i el principal problema per a la qualitat dels seus resultats és, en tots els casos, comptar amb fonts de dades o *inputs* que permetin obtenir *outputs* de qualitat. L'ajustament a la realitat de l'estructura demogràfica de la població, de la demografia professional, dels recursos destinats al sector, de les característiques epidemiològiques de la població, etc. determinarà en gran part l'èxit de l'exercici planificador⁶.

Els models de demanda, utilitzats amb èxit en mercats competitius, no semblen una bona opció per a sistemes nacionals de salut, on els criteris de necessitat i el dret a l'assistència prevalen sobre els arguments econòmics.

La metodologia del *benchmarking*, no excloent de les anteriors, pren com a referència les "millors pràctiques" en altres organitzacions, amb altres individus (ciutadans i professionals) i a altres països amb realitats socials, culturals, polítiques i econòmiques diferents. Malgrat que té l'avantatge de la transparència (s'expliciten estàndards), assumir un *gold standard* pot ser molt discutible. Quan hi ha estàndards consensuats, és el mètode adequat per avaluar desequilibris entre oferta i demanda, però moltes vegades els estàndards i les prediccions es veuen desbordats per la realitat⁷.

Una de les variables, la delimitació de tasques i funcions, és un paràmetre clau en la previsió de necessitats. Les diferents professions i especialitats de la salut tenen algunes competències compartides i d'altres exclusives de cada professió. Però les fronteres entre elles són variables en el temps i en l'espai. Sense ànims de emmirallar-nos en ningú (cada país té el seu propi context i la seva pròpia història), transcrivim a continuació, només a tall d'exemple, algunes maneres diferents d'abordar l'atenció cardiològica, des de la perspectiva de les responsabilitats davant determinades circumstàncies assistencials.

On?	Què?	Qui?
Canadà	metge responsable de la meitat dels pacients hospitalitzats per fallada cardíaca congestiva	metge generalista o de família
Canadà	65% dels pacients hospitalitzats per infart agut de miocardi	cardiòleg ⁸
Canadà	12% dels motius de consulta dels metges generals és per malaltia cardiovascular i per dolor toràcic no diagnosticat. ⁹	metges generalistes o de família
EUA	angioplàsties i col·locació de <i>stents</i> per a les oclusions d'artèries perifèriques en el tractament endovascular de la malaltia arterial d'extremitats inferiors	majoria: radiòlegs o cirurgians vasculars ¹⁰ 26%: cardiòlegs ¹¹
Espanya	la cultura mèdica en general és més proespecialitat	molt més paper assignat als cardiòlegs

Taula d'elaboració pròpia. Font de la informació: B. González López-Valcárcel, 2005

⁶ González López-Valcárcel B (Dir grupo de investigación en Economía de la Salud) Necesidad y disponibilidad de cardiólogos en España. Situación actual, prospectiva y recomendaciones de políticas de recursos humanos. Informe de investigación para la Sociedad Española de Cardiología. Universidad de Las Palmas de G.C. Marzo 2005

⁷ Fye WB. Cardiology's workforce shortage: Implications for patient care and research. *Circulation* 2004 Feb 24;109(7):813-6

⁸ Tu k, et al. An overview of the types of physicians treating acute cardiac conditions in Canada. *Can J Cardiol* 2004 Mar 1;20(3):289-91

⁹ Lee DS et al. Regional outcomes of heart failure in Canada. *Can J Cardiol* 2004 May 1;20(6):599-607

¹⁰ Madera FA et al. Angioplasty by vascular surgeons. *The American Journal of Surgery* 1997 Aug;174(2):152-6

¹¹ Alter DA et al. Geography and service supply do not explain socioeconomic gradients in angiography use after acute myocardial infarction. *CMAJ* 2003 Feb 4;168(3):261-4

Així, sembla assenyat construir els propis estàndards tenint en compte totes les particularitats pròpies, i també fer un estudi de la demanda o necessitat tenint en compte els components tecnològics i la definició dels límits competencials professionals. Si tenim en compte l'alta variabilitat de les fronteres en les tasques de cada professió i els canvis de l'entorn que poden requerir nous plantejaments, ens hauríem d'atrevir a fer reflexions participatives i consensuades sobre possibles canvis en les delimitacions de tasques i funcions.

Al marge de la relació directa dels tipus de sistema i d'organitzacions on es desenvolupin les professions sanitàries, la complexitat d'aquest estudi ve donada per la gran quantitat de variables que poden afectar les ocupacions de la salut i també per la interacció contínua entre totes elles. Qualsevol modificació d'aquestes variables, modificarà també els possibles escenaris i les característiques i necessitats de les professions. Així, la finalitat d'aquest estudi ha estat explorar i reflexionar sobre les tendències en les professions sanitàries, aportant tot un seguit d'elements a tenir en consideració.

Donada la incertesa i la velocitat dels canvis en l'entorn, caldrà facilitar la metodologia per a l'observació permanent de les professions sanitàries, per tal de poder modificar amb fluïdesa les hipòtesis de treball que recolzen les projeccions de professionals a llarg termini i de facilitar els processos de gestió dels recursos humans a curt termini.

Per a una observació com l'esmentada, caldrà instruments de mesura i d'identificació dels canvis –quantitatius i també qualitius– en les dinàmiques dels recursos humans de la salut i el seu entorn. D'una banda, s'hauria de disposar d'un sistema d'informació dinàmic i actualitzat sobre el perfil sociodemogràfic dels professionals sanitaris i d'indicadors d'avaluació sociològica d'aquests professionals i de l'entorn on treballen. De l'altra, s'haurien de crear mecanismes que aportessin informació sobre els canvis de tipus qualitatiu que afecten les professions i ocupacions de la salut, des d'una àmplia perspectiva interprofessional i intersectorial.

1.1- Marc

L'estudi de "Tendències en l'evolució de les professions sanitàries" s'inscriu en el marc del Llibre blanc de les professions sanitàries, com a part de les accions engegades des de la Comissió per al Desplegament Operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries (CDOLBPS), i en el si de l'Institut d'Estudis de la Salut, n'ha estat encarregada la realització al Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut.

En conjunt, aquell desplegament inclou i preveu diferents etapes d'acció.

- En la primera, ja s'han realitzat
 - un estudi demogràfic dels estocs actuals dels professionals sanitaris,
 - un disseny de "registre dels professionals sanitaris" i
 - un document de treball sobre el "desenvolupament professional continuat individual"
- En la segona etapa (2006-2007) es pretenen aportar elements d'informació, de reflexió i d'anàlisi a l'hora de prendre decisions en matèria de planificació, amb:
 - un aprofundiment de l'estudi demogràfic i amb previsions quantitatives,
 - **la realització d'aquest estudi sobre tendències de caràcter qualitatiu en l'evolució de les professions i ocupacions de la salut.**

- Una tercera etapa (2007-2008) s'orienta vers l'observació coherent i permanent de les professions sanitàries, mitjançant l'instrument adient.

L'estudi Demografia de les Professions Sanitàries de Catalunya¹² es va presentar públicament el 30 de novembre de 2005 i en ell s'analitzen els estocs de professionals sobre la base de les fonts de dades disponibles, fonamentalment les col·legials. Cal tenir en compte que l'estudi demogràfic abasta exclusivament les professions que la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS) considera com a professions sanitàries¹³; és a dir, les de nivell de llicenciatura –Medicina, Farmàcia, Odontologia, Veterinària i els títols oficials d'especialistes en ciències de la salut–, les de nivell de diplomatura –Infermeria, Fisioteràpia, Teràpia Ocupacional, Podologia, Òptica i optometria, Logopèdia, Nutrició Humana i Dietètica i títols oficials d'especialistes en ciències de la salut– i Protètics dentals i Higienistes dentals.

No estan inclosos, doncs, en aquest estudi demogràfic els professionals de formació professional de l'àrea sanitària com són els tècnics de grau superior i els de grau mig contemplats en l'article 3 del títol preliminar de la mateixa llei, ni la resta de professionals que desenvolupen tasques en el sector de la salut, que hauran de ser, en el seu cas, objecte d'anàlisi i estudi en el futur, als efectes d'una planificació adequada del conjunt de recursos humans de l'àmbit sanitari.

L'estudi demogràfic de les professions sanitàries és –juntament amb altres estudis relacionats amb els canvis demogràfics de la població, els canvis epidemiològics i tecnològics que afecten la pràctica professional, o els canvis en les expectatives de salut– un instrument més de guia per a la presa de decisions en matèria de planificació.

La planificació dels recursos humans sanitaris és molt complexa i l'activitat reguladora es caracteritza pel llarg termini dels seus efectes (González López-Valcárcel, 2000¹⁴; Amaya i García, 2005¹⁵), en especial pel que fa als metges. La regulació dels fluxos d'entrada dels metges a les facultats triga almenys 10 anys a concretar-se en els metges en exercici, i en aquest temps, els canvis epidemiològics o de morbiditat, tecnològics, demogràfics, d'expectatives de salut són de difícil previsió i transformen l'escenari de la demanda de professionals, exigint una ràpida reestructuració del sistema.

D'altra banda, els mecanismes de regulació de la demografia de les professions sanitàries estan molt lligats a la història del sistema de salut on treballen aquests professionals, a l'arquitectura inicial d'aquest sistema, i a l'organització politicoadministrativa pel que fa a la regulació de competències en relació amb la salut i als sistemes de formació d'aquests professionals (Bourgueil et al, 2002)¹⁶. El nostre context afegeix la dificultat i la necessitat de generar consens entre la perspectiva estatal i l'autonòmica en els mecanismes de regulació dels recursos humans. Però, a partir de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, i la Llei 44/2003, de 22 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS), el paper de les Comunitats Autònomes en l'àmbit de la formació sanitària

¹² http://www.gencat.net/salut/ies/Du11/html/ca/dir1604/dn1604/estudi_demografic.pdf

¹³ Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Article 2 del títol preliminar

¹⁴ González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España, Un análisis de desequilibrios, Gaceta Sanitaria, 2000; 14 (3): 237-246.

¹⁵ Amaya C i García MA. Demografía Médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos), 2005.

¹⁶ Bourgueil Y, Dúrr U, Pouvourville G et al. La régulation des professions de santé –études monographiques . Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Uni. Rapport final, Série Etudes, n° 22 mars. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), 2002.

especialitzada comença a tenir-hi alguna incidència i és de preveure que continuï aquesta tendència en el futur. A més, a Catalunya, a partir de l'entrada en vigor de la Llei 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, es reconeix la competència compartida en l'àmbit de la formació sanitària especialitzada, que inclou entre d'altres, la planificació de l'oferta de places i la participació en l'elaboració de les convocatòries.

La reorganització de la sanitat a Catalunya, l'emergència de noves professions, la feminització de les professions sanitàries, l'envelliment de la població amb l'allargament de l'esperança de vida –que ha derivat en un increment de les malalties cròniques i les pluripatologies–, i les noves onades immigratòries són factors que han afavorit l'increment de la pressió sobre la demanda de recursos. A més, la constant innovació tecnològica –amb avenços importants en biotecnologia i en tècniques diagnòstiques– i finalment, la contenció dels pressupostos públics, són les constants recents que han d'enquadrar la redefinició del rol dels professionals sanitaris i els qüestionaments sobre el seu futur.

La majoria dels treballs realitzats fins fa poc a l'Estat espanyol han fet una valoració excedentària de metges, i assenyalen l'existència d'una plèora històrica originada per l'afluència massiva d'estudiants a les facultats de medicina a la dècada dels 70, que té dificultats per ser absorbida pel mercat de treball. Tanmateix, l'estudi més recent realitzat sobre el tema (Amaya i García, 2005) canvia sobtadament de percepció i presenta conclusions contradictòries respecte a les valoracions anteriors, recomanant fins i tot l'increment gradual de places de formació mèdica tant de pregrau com de postgrau. Amb tot, conèixer l'estoc de professionals sanitaris, així com el seu perfil sociodemogràfic, és solament el punt de partida imprescindible per a la complexa tasca de planificació dels recursos humans.

El perfil sociodemogràfic dels estocs actuals i el sexe i l'edat en el moment d'entrada i sortida de la professió, permeten preveure, amb les tècniques demogràfiques desenvolupades per les projeccions de població, diferents escenaris sobre el nombre possible de professionals sanitaris en dates futures. Aquests escenaris no són escenaris reals, sinó escenaris fonamentats en hipòtesis de treball suportades per l'anàlisi de la realitat passada i de l'actual i de les tendències més previsibles sorgides en aquest examen.

Com ja hem destacat al llarg d'aquesta introducció, les planificacions de recursos humans en la salut són molt complexes i les projeccions demogràfiques de professionals, si bé són imprescindibles, no tenen en compte totes les variables necessàries, com per exemple els canvis tecnològics, els canvis en les demandes de salut o l'evolució dels professionals mateixos. A través d'aquest estudi es pretenen explorar les tendències de tipus qualitatiu en l'evolució de les professions i ocupacions sanitàries, així com els factors que condicionen aquesta evolució. Es tracta d'un estudi de reflexió i anàlisi sobre les tendències actuals, les previsibles i també les tendències preferibles per poder abordar els escenaris futurs i les necessitats que implicaran.

Es pretén, doncs, que els elements d'informació, de reflexió i d'anàlisi que resulten d'aquest estudi, juntament amb els resultats quantitatius de l'estudi demogràfic (demografia actual dels professionals, fluxos migratoris, feminització, nombre d'efectius previsibles per especialitats, etc.), puguin servir de referència als organismes que han de prendre decisions en la planificació dels recursos.

1.2- Objectius

Per tal de definir els objectius de l'estudi, hem tingut en compte el marc on es desenvolupa, els estudis de tipus quantitatiu que el complementen, i la seva complexitat, atès el gran nombre de variables que intervenen i que interactuen. Els objectius són els següents:

1. Identificar els factors de canvi que afecten o poden afectar específicament les professions i ocupacions de l'àmbit de la salut
2. Preveure nous escenaris generats pels factors de canvi identificats
3. Identificar els canvis i les necessitats des del punt de vista de les professions i ocupacions

1.3- Metodologia

El pes de l'estudi prové del treball de reflexió i anàlisi del Grup d'Estudi per a l'Observació de les Professions Sanitàries (GEOPS), el qual ha estat constituït amb aquesta finalitat en el si del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS). Els membres del GEOPS (vegeu annex 1) representen les 10 comissions (vegeu el mateix annex 1) d'especialitats del CCECS. Hem comptat també amb la col·laboració de la resta de membres d'aquestes comissions del Consell, a través dels seus presidents i secretaris, els quals han utilitzat els procediments que han considerat més oportuns per a cada comissió.

El febrer de 2006 es va presentar el projecte de l'estudi als presidents de les diferents comissions esmentades del CCECS i se'ls va sol·licitar la participació, incloent la prevista constitució del GEOPS. Es va proposar una relació de membres preseleccionats de cada comissió per a la composició de l'esmentat grup d'estudi, que, un cop consensuats, van ser designats. En el mateix acte, es va demanar que s'iniciés un treball de reflexió i aportació per part dels presidents de les comissions, que també s'ha tingut en compte en el procés de l'estudi.

Designats els membres del grup d'estudi, es va constituir formalment l'esmentat GEOPS el març de 2006. Durant aquest acte es va presentar una proposta de dinàmica i línies de treball i també es van lliurar materials de consulta:

- Llibre Blanc de les Professions Sanitàries (Generalitat de Catalunya, DS/IES. 2003)
- Competències de Professions Sanitàries (IES/CCECS)
- Estat i evolució de la conceptualització i configuració ocupacional del sector de la salut (IES/CCECS-Barcelona Activa)
- Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris (DS/IES).

Durant els mesos de març, abril i maig es van elaborar els instruments de treball, consistents en cinc qüestionaris i un fòrum de debat que havia de facilitar l'intercanvi de documentació i d'opinions. Dos dels cinc qüestionaris eren de tipus "general" i es van enviar a tots els membres del CCECS. Els altres tres eren "temàtics" (atenció primària, atenció hospitalària i salut pública) i es van utilitzar com a guió de treball dels respectius subgrups de treball.

Durant els mesos de maig i juny es van mantenir reunions amb els presidents i els membres del GEOPS de cada comissió per explicar el contingut dels qüestionaris i la manera d'abordar-los. Durant les reunions es van intercanviar propostes de dinàmica de treball de cada comissió i es van decidir els subgrups de treball amb els quals participaria cada comissió (atenció primària, atenció hospitalària i salut pública).

A aquestes reunions també se'ls va demanar que aportessin altres estudis, documents i treballs que haguessin elaborat prèviament i que poguessin tenir relació i interès per a l'estudi i altres fonts d'informació específica. Durant aquests mesos també es va elaborar una relació d'entitats i experts a consultar, a partir d'una proposta de coordinació i amb l'aportació de les comissions i membres del GEOPS a les reunions esmentades anteriorment.

A finals de juny, un cop finalitzada aquesta ronda de reunions amb els presidents, secretaris i membres del GEOPS de cada una de les deu comissions del CCECS, es van posar en funcionament els tres subgrups de treball, la composició dels quals detallem a continuació:

Subgrup de treball d'atenció primària

Participant del GEOPS en el subgrup d'atenció primària	Ubicació professional (professió, especialitat, expertesa, àmbit)	Comissió d'especialitats del CCECS a la qual pertany
Bosch i Banyeres, Josep M.	Pediatre d'atenció primària	Pediatría i especialitats relacionades
Cuxart i Ainaud, Núria	Infermera, gestió Vicepresidenta del COIB ¹	Infermeria i les seves especialitats específiques
Gascon Lecha, Pilar	Farmacèutica Oficina de farmàcia	Farmàcia i les seves especialitats
Gavagnach i Bellsolà, Montserrat	Metgessa de família i comunitària Atenció Primària	Medicina i especialitats relacionades
Gómez Moreno, Carme	Infermera, llevadora Gestió i docència (abans hospital)	Infermeria i les seves especialitats específiques
Mata i Duaso, Josep M.	Metge radiòleg Atenció hospitalària, serveis generals	Iconografia Diagnòstica i Radioteràpia Clínica
Rams i Pla, Neus	Farmacèutica Planificació farmacèutica (ICS)	Farmàcia i les seves especialitats
Rivera i Fillat, Francesca	Metgessa bioquímica Hospital, servei d'hormonologia	Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics
Subirà i Pifarré, Carles	Metge estomatòleg / Odontòleg Àmbit hospitalari (docència) i privada	Salut Bucodental
Terés i Quiles, Josep	Metge, medicina interna Docència i hospital (abans primària)	Medicina i especialitats relacionades
Tizón Gracia, Jorge L.	Metge psiquiatre Atenció primària	Salut Mental i especialitats relacionades

¹ COIB: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Subgrup de treball d'atenció hospitalària

Participant del GEOPS en el subgrup d'atenció hospitalària	Ubicació professional (professió, especialitat, expertesa, àmbit)	Comissió d'especialitats del CCECS a la qual pertany
Albiol i Ribas, Jesús M	Metge cirurgia general Àmbit hospitalari	Comissió de Cirurgia i especialitats relacionades
Bosch i Banyeres, Josep M.	Pediatre d'atenció primària	Pediatría i especialitats relacionades
Cuxart i Ainaud, Núria	Infermera, gestió Vicepresidenta del COIB ¹	Infermeria i les seves especialitats específiques
Mas i Lombarte, Pilar	Farmacèutica Hospital, servei de farmàcia	Farmàcia i les seves especialitats
Gavagnach i Bellsolà, Montserrat	Metgessa de família i comunitària Atenció Primària	Medicina i especialitats relacionades
Gómez Moreno, Carme	Infermera, llevadora Gestió i docència (abans hospital)	Infermeria i les seves especialitats específiques
Mata i Duaso, Josep M.	Metge radiòleg Àmbit hospitalari, Serveis generals	Iconografia Diagnòstica i Radioteràpia Clínica
Rivera i Fillat, Francesca	Metgessa bioquímica Hospital, servei d'hormonologia	Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics
Subirà i Pifarré, Carles	Metge estomatòleg / Odontòleg Àmbit hospitalari (docència) i privada	Salut Bucodental
Terés i Quiles, Josep	Metge, medicina interna Docència i hospital (abans primària)	Medicina i especialitats relacionades
Petitbò i Rafart, M. Dolors	Psicòloga clínica Hospital, serv. psiquiatria i psicologia	Salut Mental i especialitats relacionades

¹ COIB: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Subgrup de treball de salut pública

Participant del GEOPS en el subgrup de salut pública	Ubicació professional (professió, especialitat, expertesa, àmbit)	Comissió d'especialitats del CCECS a la qual pertany
Bohígas i Santasusagna, Lluís	Economista Ordenació salut pública	Salut Pública i especialitats relacionades
Bosch i Banyeres, Josep M.	Pediatre d'atenció primària	Pediatría i especialitats relacionades
Domínguez i García, Àngela	Metgessa, Preventiva i Salut Pública DGSP, vigilància mal. transmissibles	Salut Pública i especialitats relacionades
Gavagnach i Bellsolà, Montserrat	Metgessa de família i comunitària Atenció Primària	Medicina i especialitats relacionades
Gómez Moreno, Carme	Infermera, llevadora Gestió i docència (abans hospital)	Infermeria i les seves especialitats específiques
Rivera i Fillat, Francesca	Metgessa bioquímica Hospital, servei d'hormonologia	Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics
Terés i Quiles, Josep	Metge, medicina interna Docència i hospital (abans primària)	Medicina i especialitats relacionades

El treball dut a terme per aquests subgrups ha representat l'essència d'aquest estudi i ha estat complementat amb una revisió bibliogràfica i reunions i consultes realitzades a experts de diverses entitats i institucions relacionades.

Cada un dels tres subgrups ha treballat sobre el guió dels qüestionaris temàtics respectius (vegeu annexos), i ha abordat els temes plantejats a través de diferents metodologies complementàries realitzades en paral·lel entre el 23 de juny del 2006 i final d'octubre:

- a) responent de manera individual i quantitativa algunes de les preguntes dels qüestionaris (les formulades amb aquesta finalitat)
- b) participant de sessions de treball col·lectives de cada subgrup, aportant reflexions des de les diferents perspectives professionals i d'ubicació dels participants. A les sessions de treball es van debatre de manera qualitativa aquelles respostes quantitatives que es van considerar més pertinents de debatre, bé per la manca d'acord previ, bé per la seva rellevància o bé per la dificultat de resposta o per la necessitat de puntualitzar algun aspecte. La resta de preguntes, les formulades de manera "oberta", també es van treballar i debatre durant aquestes sessions. Cal destacar l'interessant i enriquidor treball interdisciplinari que es va produir i les aproximacions a les quals es va arribar a convergir des de les diferents perspectives.
- c) intercanviant opinions, informacions i documentació per correu electrònic sobre alguns dels temes considerats més rellevants als debats presencials o prenent com a base algun article relacionat.
- d) mantenint algunes reunions de manera individual amb la coordinadora de l'estudi per aprofundir o aclarir aspectes que requerien més temps del disponible a les sessions de grup o bé com a substitució de la participació a alguna sessió, a causa d'incompatibilitats horàries.

També cal fer un esment especial dels membres del CCECS que, malgrat les seves agendes, van dedicar un valuós esforç a respondre els dos qüestionaris generals (un des d'una perspectiva de tronc i l'altre des d'una perspectiva d'ocupació) que es van enviar als 130 membres del Consell. Malgrat la complexitat (per abastar conceptes als quals no hi estem habituats i per manca d'informació) i extensió (a causa de les múltiples variables que intervenen en el tema que ens ocupa) dels qüestionaris, hem obtingut una participació important, però no la suficient com per considerar-la totalment representativa. Tot i que no hem fet un tractament estadístic de les respostes obtingudes, les aportacions recollides han estat molt útils com a punts de discussió a les sessions de treball i també les hem tingut en compte en el discurs d'aquest document.

A més, al mes de juliol es va iniciar el contacte amb les següents institucions o entitats seleccionades:

- Col·legis professionals relacionats amb la salut.
- L'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears (ACMCB)
- Recursos Humans de les diferents patronals: ICS, Unió Catalana d'Hospitals, Consorci hospitalari de Catalunya, Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris.
- Associacions d'usuaris: la Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat i el Fòrum Català de Pacients.
- Altres societats o entitats de col·lectius no representats per les anteriors
- Departaments de Treball, d'Educació i Universitats i de Benestar i Família

Durant els mesos de setembre, octubre i novembre de 2006 s'han mantingut reunions i altres contactes amb representats de moltes de les entitats anteriors.

En total, solament tenint en compte les sessions de treball del grup GEOPS, les reunions amb els presidents, secretaris i membres del GEOPS de les comissions del CCECS i les reunions amb experts i institucions, s'han realitzat més de 30 reunions, en les quals han participat més de 50 experts de diferents àmbits i diferents professions.

Per tant, el que mostra aquest document és el resultat d'un esforç multiprofessional i interdisciplinari per analitzar, des d'una perspectiva àmplia, les tendències en les professions i ocupacions de la salut. Cal assenyalar que el resultat de contingut generat, com correspon a un estudi, no té prefigurats un caràcter de posició formal o oficial, sense perjudici, però, del valor que a l'avançada li sigui atribuïble, com a fruit d'un esforç i del treball de tots els seus participants.

FACTORS CONDICIONANTS I ESCENARIS

En aquest capítol exposem el resultat del treball dut a terme pel grup d'estudi per a l'observació de les professions sanitàries (GEOPS) en relació amb els factors que més condicionen les noves demandes i les ocupacions de la salut, i en relació amb ells escenaris que es poden preveure i a les seves implicacions.

L'estructura del primer apartat (2.1) i dels tres primers subapartats del segon apartat (2.2.a, 2.2.b, 2.2.c) segueix, somerament, l'estructura dels qüestionaris temàtics (vegeu annexos) que vam utilitzar. Aquests qüestionaris inclouen preguntes obertes o qualitatives i preguntes quantitatives "semiobertes".

Les preguntes obertes les vam treballar bàsicament a les sessions de treball dels subgrups, i vam debatre alguns temes puntuals per correu electrònic, en no haver pogut disposar del fòrum electrònic previst. Les preguntes "semiobertes" contenien una sèrie d'ítems proposats com a respostes i els participants expressaven el seu grau d'acord, segons una escala de Likert, amb cada un d'ells. Diem que aquestes preguntes eren semiobertes pel fet de no tancar la resposta als ítems proposats (es deixava opció a proposar-ne d'altres), i perquè aquestes respostes quantitatives es discutien posteriorment.

Atès que no podem estendre'ns amb tot el contingut dels debats, hem optat per representar en forma de gràfics de barres les respostes quantitatives i resumir algunes de les consideracions més representatives i que van suscitar un debat més enriquidor.

Al primer apartat (*2.1- factors condicionants en el sistema de salut*) presentem de manera gràfica les respostes a la primera pregunta de la primera secció de cada un dels tres qüestionaris temàtics (*2.1.a- factors condicionants en l'atenció primària, 2.1.b- factors condicionants en l'atenció hospitalària i 2.1.c- factors condicionants en la salut pública*). La pregunta es formula de la manera següent: *Quin dels factors que transformen la societat i els sistemes de salut consideres que més condicionen a) les noves demandes de (atenció hospitalària, atenció primària o salut pública, segons el qüestionari) b) les professions i ocupacions en la (atenció hospitalària, atenció primària o salut pública, segons el qüestionari)*

El segon apartat (*2.2- Escenaris en diferents contextos*) tracta dels nous escenaris que generen els factors descrits a l'apartat anterior. Està dividit en sis subapartats. Els tres primers abasten el més rellevant de la resta de preguntes dels qüestionaris de cada un dels àmbits (*2.2.a- atenció primària, sociosanitària i de salut mental, 2.2.b- atenció hospitalària i 2.2.c salut pública*). Els quatre següents fan una breu pinzellada de quatre dels temes que ens han fet reflexionar més al llarg de l'estudi: *2.2.d- competències exclusives i compartides, 2.2.e- teràpies naturals, 2.2.f- el ciutadà i 2.2.g-les TIC*)

2.1- Factors condicionants en el sistema de salut

A continuació mostrem les respostes a la primera pregunta de la primera secció de cada un dels qüestionaris temàtics. La pregunta es formula de la manera següent, segons el subgrup (atenció primària, atenció hospitalària o salut pública):

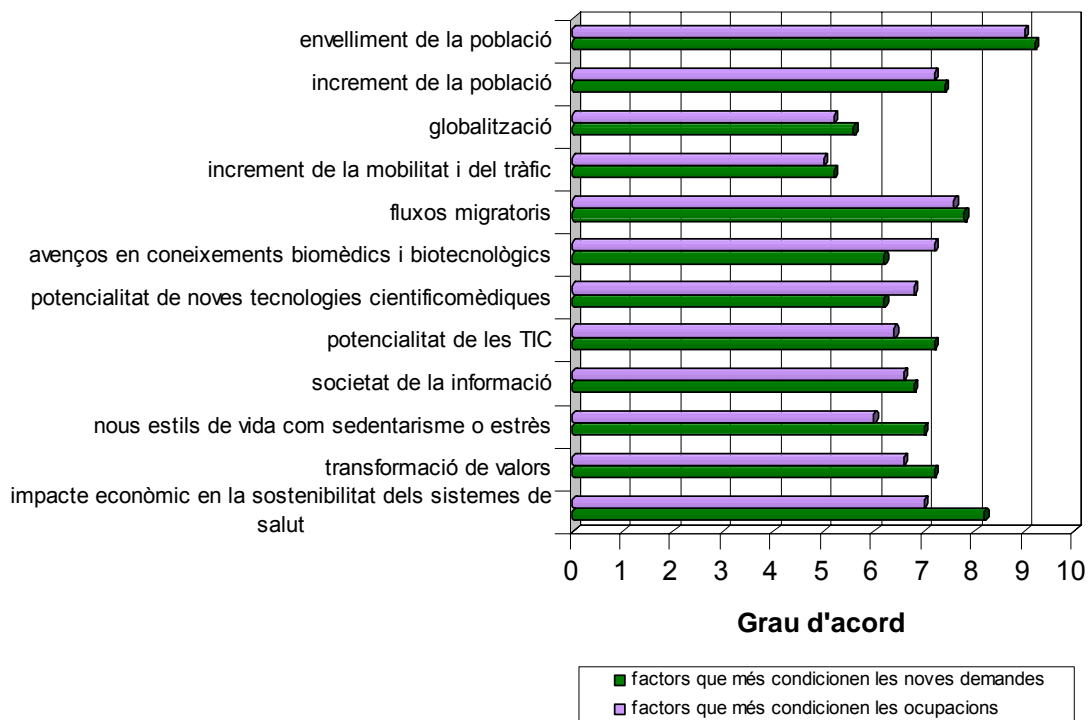
Quin dels factors que transformen la societat i els sistemes de salut consideres que més condicionen

a) les noves demandes de (atenció primària, atenció hospitalària o salut pública, segons el qüestionari)

b) les professions i ocupacions en la (atenció primària, atenció hospitalària o salut pública, segons el qüestionari) Ens referim tant a factors que puguin condicionar la dotació necessària com als que condicionin els tipus de perfils necessaris. És a dir, factors que condicionin el que s'ha de fer (o s'hauria de fer) i també el "qui" i el "quants" haurien de fer-ho.

2.1.a- Factors condicionants en l'atenció primària

A continuació mostrem gràficament l'opinió reflectida a les respostes dels participants del subgrup d'atenció primària:



A l'atenció primària, l'envelliment de la població és, amb una clara diferència, el factor que més es percep que condiona tant les demandes com les ocupacions en aquest àmbit. Segueixen en importància els fluxos migratoris i l'increment de la població, també bastant a la par pel que fa a demandes i a ocupacions. Després segueixen els avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics, com a condicionants de les ocupacions, i, com a condicionants de les

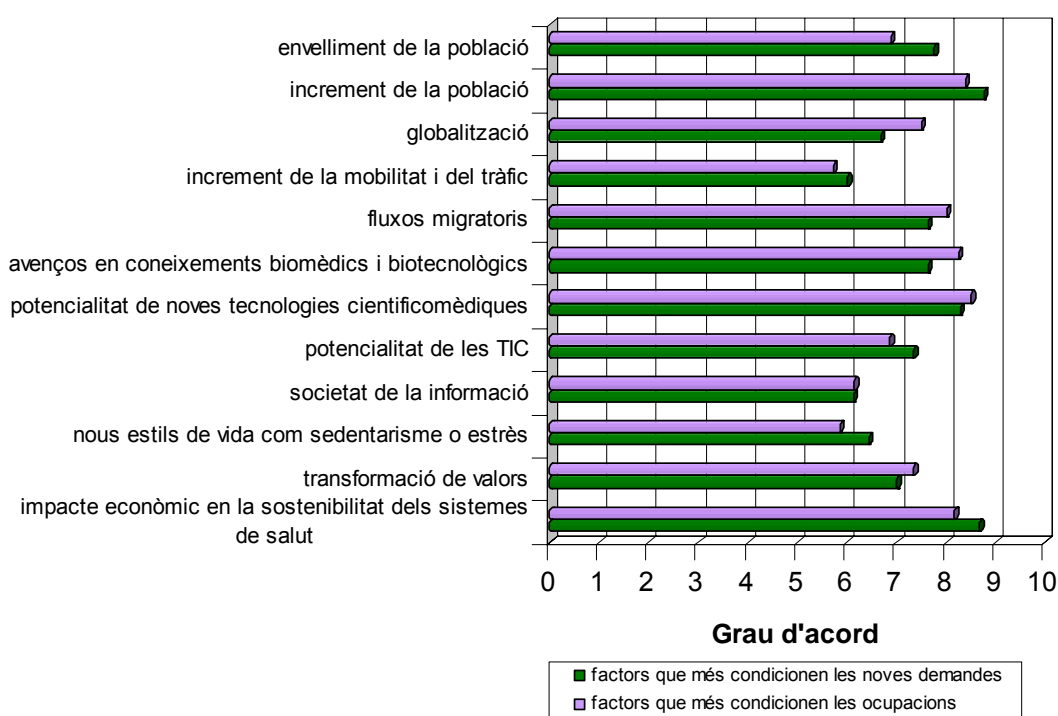
demandes, la potencialitat de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) seguides de la transformació de valors, els nous estils de vida i la societat de la informació.

En relació amb aquests últims, es considera necessari un bon treball de promoció de la salut coordinat entre salut pública i atenció primària, i amb una interacció important d'altres sectors de fora del sistema pròpiament dit de salut. Més endavant parlarem d'aquest tipus d'intervencions, de la importància de les quals ja fa anys que es parla, però a les quals encara els queda molt camí per recórrer i que cada vegada es fan més necessàries, atès el tipus de societat cap al qual estem tendint.

Des d'una altra perspectiva, l'impacte econòmic en la sostenibilitat dels sistemes de salut és un altre dels factors més relacionats amb les demandes.

2.1.b- Factors condicionants en l'atenció hospitalària

A continuació mostrem gràficament l'opinió reflectida a les respostes dels participants del subgrup d'atenció hospitalària:



Un comentari general a la pregunta, per part d'un participant del subgrup d'atenció hospitalària, és que la resposta a 1.a i la resposta a 1.b, en aquest cas d'atenció hospitalària, serien la mateixa si l'atenció primària disposés dels recursos necessaris per funcionar com caldria i com podria. És a dir, que els factors transformadors de la societat que més condicionen les noves demandes serien els mateixos que més condicionen les ocupacions, si l'atenció primària funcionés més bé.

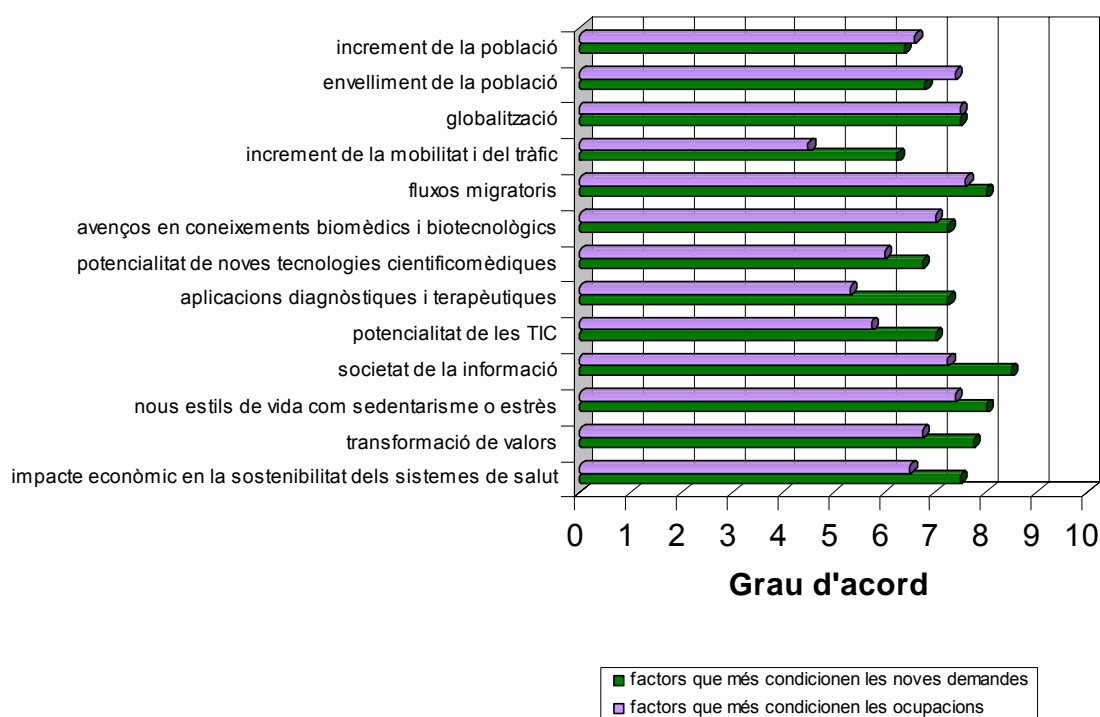
Si bé, en un principi, no es veu tan clar el perquè d'aquesta afirmació; quan observem el gràfic de respostes i, a més, tenim en compte el debat posterior, podem entendre-la millor. Almenys en relació amb alguns dels ítems proposats, les diferències que mostren les barres de les sèries "factors que més condicionen les demandes" i "factors que més condicionen les ocupacions" podrien desdibuixar-se amb una atenció primària més forta i amb més capacitat resolutiva.

Prenem com a exemple l'envelliment de la població. Segons les respostes, no és dels factors que més condicionen les ocupacions de l'àmbit hospitalari, però es considera un dels condicionants principals de les noves demandes. Tal com expliquem més endavant (al subcapítol dels nous escenaris en l'atenció hospitalària), es va obrir un debat en aquest sentit, ja que, per lògica, l'envelliment no hauria de ser una de les causes més importants d'increment de demandes a l'hospital, però es va acordar que en realitat sí que ho és perquè, malgrat l'hospital (sobretot el de tercer nivell) ha d'atendre principalment casos aguts, els malalts crònics (l'increment dels quals està directament relacionat amb l'edat mitjana de la població) s'aguditzen més fàcilment si l'atenció primària no és prou resolutiva.

Altres factors a destacar serien l'increment de la població (primer factor condicionant de les demandes i segon de les ocupacions), les noves tècniques científicomèdiques (primer condicionant de les ocupacions i segon de les demandes), seguits dels avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics i dels fluxos migratoris com a condicionants de l'evolució de les ocupacions, però no tan importants com a condicionants de demandes.

2.1.c- Factors condicionants en la salut pública

A continuació, mostrem gràficament les respostes quantitatives del subgrup de salut pública:



Segons els participants d'aquest subgrup, els factors que més condicionen les demandes en salut pública són la societat de la informació, els nous estils de vida, els fluxos migratoris, la transformació de valors, l'impacte econòmic en la sostenibilitat dels sistemes de salut, la globalització, els avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics i les seves aplicacions diagnòstiques i terapèutiques.

Pel que fa als factors que més condicionen les ocupacions; l'envelliment de la població, la globalització i els fluxos migratoris són els primers, seguits dels nous estils de vida, la societat

de la informació i els avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics, la transformació de valors, l'increment de la població i l'impacte econòmic en la sostenibilitat dels sistemes de salut.

Quant als tipus de factors transformadors de les demandes, hem d'aclarir que no es referien solament als determinants de demandes directes i actives dels ciutadans, sinó també als factors que condicionen una major necessitat d'intervencions en salut pública.

Per exemple, els canvis socials i individuals produïts per la societat de la informació i per la transformació de valors generen un ciutadà amb més informació, però no sempre amb més coneixement; un ciutadà més preocupat per la seva salut i més exigent i que fa més demandes del sistema sanitari, però que sovint les demandes que exigeix del sistema no contribueixen a una millora de la seva salut, sinó que, fins i tot, poden empitjorar-la.

El Gran Diccionari de la Llengua Catalana defineix la Salut Pública com *l'Art i ciència d'organitzar i dirigir els esforços de la comunitat, amb la finalitat de prevenir, recuperar i rehabilitar l'individu i obtenir-hi un òptim nivell de salut*.

Segons aquesta definició i d'altres aproximacions internacionals, la Salut Pública ha de tenir un paper clau en l'emancipació, la capacitat o *empoderament* per a la salut (*empowerment for health*)^{17 18} del ciutadà i de la comunitat; és a dir, en el procés a través del qual les persones adquireixen un control més gran sobre les decisions i accions que afecten la seva salut.

¹⁷ *Empowerment for health*: Segons el *Health Promotion Glossary* de l'OMS (1998), és el procés pel qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten la seva salut. Segons l'OMS, aquest *empoderament* és clau en la promoció de la salut i pot ser un procés social, cultural, psicològic o polític mitjançant el qual els individus i els grups socials són capaços d'expressar les seves necessitats, plantejar les seves preocupacions, dissenyar estratègies de participació en la presa de decisions i dur a terme accions polítiques, socials i culturals per afrontar les seves necessitats.

La promoció de la salut abasta no solament les accions dirigides a enfortir les habilitats bàsiques per a la vida i les capacitats dels individus, sinó també les accions per influir en les condicions socials i econòmiques subjacents i en els entorns físics que influeixen sobre la salut. En aquest sentit, la promoció de la salut va dirigida a crear les millors condicions perquè hi hagi una relació entre els esforços dels individus i els resultats de salut que obtenen.

El *Health Promotion Glossary* estableix una distinció entre l'empoderament per a la salut de l'individu i el de la comunitat. L'individual es refereix principalment a la capacitat de l'individu per prendre decisions i exercir control sobre la seva vida personal. L'empoderament de la comunitat implica actuacions col·lectives dels individus per tal d'aconseguir més influència i control sobre els determinants de la salut i la qualitat de vida de la seva comunitat, i és un important objectiu en l'acció comunitària per a la salut.

¹⁸ No hi ha, de moment, un terme català equivalent al terme anglès *empowerment* amb el significat propi en aquest context de promoció de la salut. Hem optat per fer esment de tres aproximacions diferents, en aquest punt del document. Més endavant, utilitzarem una de les tres propostes sense tornar a detallar explicacions. Els motius que ens porten a la utilització de cada un dels tres termes són els següents:

- *emancipació*: terme proposat per Andreu Segura (Dept. de Salut, Institut d'Estudis de la Salut, director de l'Àrea de Salut Pública i Recerca en Serveis Sanitaris), tenint en compte la definició d'emancipar-se com a *alliberar-se de qualsevol mena de dependència*
- *capacitació*: ja que és necessària una capacitat per tenir un major control sobre les decisions i accions que afecten la salut. A la *Carta de Bangkok* (recull de les opinions d'un grup internacional d'experts, participants de la Sisena Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut, realitzada a l'agost de 2005 a Bangkok, Tailàndia) es diu: *La promoció de la salut consisteix a capacitar les persones per exercir un major control sobre els determinants de la seva salut i millorar així aquesta*.
- *empoderament*: equivalent català literal del terme castellà (*empoderamiento*) que proposa el Glossari de Promoció de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut (1998)

Així, es considera que, a part de les accions preventives o les de protecció de la salut, s'hauria de fer més èmfasi en les intervencions de salut pública que capacitin l'individu i la comunitat, i treballar més per la salut i no tant per la malaltia.

Al subcapítol de salut pública, dins del capítol d'escenaris en diferents àmbits, en parlarem amb més detall, però cal dir aquí que tant el concepte de salut pública com la manera d'abordar-la no estan prou clars ni per als ciutadans ni per als propis professionals de la salut.

Un concepte important a tenir en compte, en parlar de salut pública, és que els determinants de la salut són multifactorials i, per tant, s'hauria d'enfocar des d'una perspectiva molt més intersectorial.

A part d'una clara necessitat de coordinació amb les estructures d'atenció primària en relació amb les actuacions preventives, d'educació sanitària i d'altres actuacions de promoció de la salut, la salut pública hauria d'intervenir més enllà de les pròpies estructures sanitàries, i d'una manera més intensa que l'actual. Cada cop hi ha més evidència que una intervenció a favor de la salut amb polítiques d'altres departaments, com educació, habitatge, treball, medi ambient o serveis socials i la implicació d'altres estructures de l'entorn (escoles, treball, relacions comunitàries, mitjans de comunicació, indústria) poden incidir més directament en la salut de les persones i de la comunitat que moltes intervencions sanitàries.

Per últim, però no menys important, un aspecte que va suscitar molt debat i reflexió va ser el paper dels mitjans de comunicació en la informació i *desinformació* del ciutadà. Tornarem a parlar d'aquest aspecte al subcapítol de salut pública, dins del capítol d'escenaris, però cal remarcar la influència rellevant de la comunicació, i més concretament l'accessible a través dels mitjans de comunicació de masses (els *mass media*), en la cultura i en les conductes relacionades amb la salut.

Sense cap ànim de tornar a períodes de "censura", s'haurien de buscar fórmules apropiades per tal de neutralitzar els efectes negatius que tenen sobre la salut les informacions esbiaixades, bé per interessos sensacionalistes, publicistes o de pressió per part de determinats grups, o bé per les pròpies dinàmiques dels mitjans de comunicació i la manca de coneixement en determinats aspectes de la salut.

Es veu imprescindible millorar la comunicació des de totes les vessants possibles, com la relació directa amb el pacient, la seva participació, la comunicació amb col·lectius a través d'accions comunitàries i de comunicació de masses, la comunicació entre els diferents nivells assistencials i les relacions amb altres sectors; a més d'establir una relació de col·laboració i complicitat amb els mitjans de comunicació.

S'haurien de millorar les capacitats relacionades amb la comunicació des de diferents perspectives:

- la capacitat del ciutadà per discernir entre les diferents fiabilitats i imparcialitats de les fonts d'informació i per dur a terme una lectura crítica de les informacions al seu abast,
- la capacitat dels professionals de la salut per comunicar amb un llenguatge assequible i amb efectivitat al pacient, a la població i als professionals de la comunicació
- la capacitat dels professionals de la comunicació per reconèixer els efectes de la seva feina en la salut de les persones i assumir el seu paper en l'educació per a la salut

2.2- Escenaris en diferents contextos

A l'apartat anterior (*2.1- factors condicionants en el sistema de salut*) hem presentat les respostes i els comentaris destacats del debat a la primera pregunta dels qüestionaris temàtics: els factors transformadors de la societat i dels sistemes de salut que més condicionen les noves demandes d'atenció primària, hospitalària, etc. Aquests factors inclouen, entre d'altres, l'envelliment i l'increment de la població,

Aquest apartat (*2.2- Escenaris en diferents contextos*) tracta dels nous escenaris que generen aquells factors descrits a l'apartat anterior. Inclou respostes a la resta de preguntes dels qüestionaris temàtics, el debat sobre aquests punts, i extraccions de revisions bibliogràfiques.

Està dividit en sis subapartats. Els tres primers abasten el més rellevant de la resta de preguntes dels qüestionaris de cada un dels àmbits (

2.2.a- atenció primària, sociosanitària i de salut mental,

2.2.b- atenció hospitalària

2.2.c- salut pública

2.2.d- competències exclusives i compartides

2.2.e- teràpies naturals

2.2.f- el ciutadà

2.2.g-les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)

Els tres primers (2.2.a – 2.2.c) abasten el més rellevant de la resta de preguntes de cada un dels tres qüestionaris temàtics (atenció primària, atenció hospitalària i salut pública). Malgrat l'opinió generalitzada que s'hauria de parlar de salut integral i no fragmentar tant el tipus d'atenció, vam decidir aquesta divisió per facilitar el treball, ja que és encara la realitat. Tot i això, cal remarcar que els conceptes de “salut integral” i “atenció integral de la salut” han estat sempre sobre la taula dels debats i també predominen en els estudis europeus i internacionals.

Els quatre següents (2.2.d – 2.2.g) fan una breu pinzellada de quatre dels temes que ens han fet reflexionar més al llarg de l'estudi. Aquests inclouen informació extreta d'una extensa revisió bibliogràfica i de col·laboradors d'institucions relacionades.

2.2.a- Atenció primària, sociosanitària i de salut mental

Els nous escenaris que s'albiren a l'àmbit de l'atenció primària es van treballar a partir d'un diagrama amb propostes d'escenaris i les seves implicacions (vegeu el qüestionari d'atenció primària, annexat a aquest document). L'acord amb els punts proposats va ser bastant generalitzat. A continuació resumim alguns dels temes detectats i considerats més preocupants i urgents, els quals també van ser motiu de debat.

Vint-i-cinc anys després de la Declaració d'Alma Ata i vint després de la reforma de l'Atenció Primària, continua vigent el convenciment que l'abordatge dels nous reptes en salut passen per una Atenció Primària forta que sigui capaç de respondre a la majoria de problemes de salut amb immediatesa i accessibilitat. Els vint anys de la reforma han representat una millora substancial en la qualitat dels serveis de què proveeix el primer nivell assistencial¹⁹. El nou model també ha aconseguit un increment de la confiança del pacient en el seu metge d'atenció primària²⁰ i el seu reconeixement per part dels professionals d'altres nivells assistencials. Però queden problemes inicials no resolts i d'altres que s'han afegit pels canvis ocorreguts en el transcurs d'aquests 20 anys.

- ⇒ **Mancances en la coordinació entre els nivells assistencials.** El reconeixement de la seva rellevància per a un bon funcionament de l'atenció primària (i per tant de l'hospitalària), per a l'assegurament de la continuïtat assistencial, per a un estalvi de derivacions innecessàries i una millora de l'accessibilitat del ciutadà, està àmpliament consensuat. Així i tot, la coordinació entre els dos nivells assistencials bàsics és encara una assignatura pendent. Malgrat alguns intents d'apropament, el funcionament de l'atenció hospitalària és, en molts casos, pràcticament independent del primer nivell assistencial.
- ⇒ **Insuficient capacitat resolutiva.** La descoordinació entre nivells assistencials, juntament amb l'escassa accessibilitat que tenen els professionals de primària a moltes proves diagnòstiques bàsiques en molts centres i al poc suport que reben, fa que la capacitat de resolució dels professionals de primària sigui, encara, relativament baixa i depengui massa de les derivacions a l'hospital. Això comporta ineficiència al sistema i incomoditat al ciutadà, a més de l'ansietat del professional davant del patiment i la incertesa en la presa de decisions.
- ⇒ **Massificació:** Un dels problemes fonamentals de l'atenció primària és que continua estant massificada. *Si tens un contingent de 2300 pacients, n'has de visitar 40 al dia perquè, si no, tens llistes d'espera i el que més prima a l'AP és l'accessibilitat, i ha de ser així. És lògic, el metge d'AP (i la infermera, etc.) ha de ser accessible.* El que s'ha de solucionar és la massificació. Mentre aquesta no se soluciona, l'únic que es pot fer és escurçar les visites i així visitar més. Però això, a més de disminuir la qualitat de l'atenció, està generant encara més pressió assistencial:

Quan no es té temps, de vegades, ni per pensar, visites pitjor, respons poc... ...I al final, el més car és l'inútil, perquè les visites amb temps insuficient generen un increment de visites repetitives, una medicalització més alta, més analítiques, més proves diagnòstiques i més derivacions. Hi ha molts estudis que aporten evidència científica en aquest sentit.

¹⁹ Minué S. La atención primaria de salud española a los 20 años de la reforma. Horizontes para los próximos años, estrategias, riesgos y ventajas de la definitiva descentralización. XVI Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Altea, Alicante; 2004, maig 13 i 14.

²⁰ Harvard School of Public Health i Fundació Biblioteca Josep Laporte. Confianza en el Sistema Nacional de Salud, 2005/2006. Abril 2006

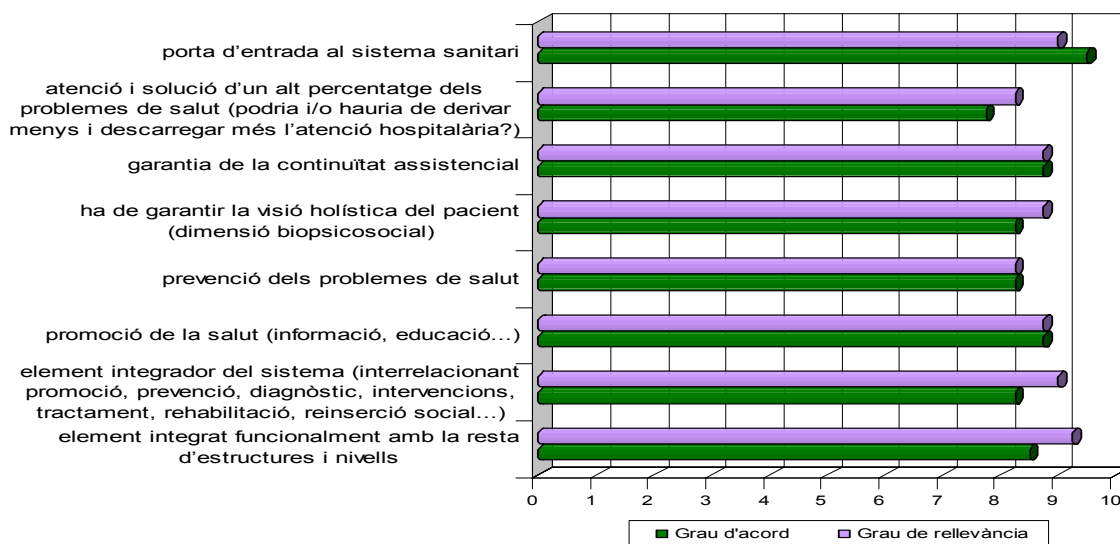
- ⇒ **Formació insuficient en comunicació:** A l'atenció primària es fa molt necessària una bona formació i capacitat en tècniques i habilitats comunicatives. Això no vol dir que sigui una necessitat exclusiva dels professionals de primària. El que passa és que l'atenció hospitalària es troba més emparada pel pes de la tecnologia i de la pròpia estructura, que fan que es visqui menys intensament el neguit de *no estic preparat, què faré?* A l'AP es planteja molt més sovint que a l'hospital. També són diferents els tipus de problemes que arriben a cada un dels nivells assistencials. A primària (a part del problema fonamental de la dependència) s'estan incrementant les demandes derivades de la mal entesa "societat del benestar" on tots els problemes han de tenir solució immediata i sense esforços: *tinc problemes amb el novio, tinc estrès, necessito la baixa o doni'm una pastilla...* Des de fa temps que s'estan incrementant les demandes d'atenció primària per problemes relacionals i psicopatològics en percentatges molt alts. Això incrementa la necessitat de formar-se en temes de comunicació. Aquesta mancança ja es troba a faltar a pregrau. Hi ha formació, però s'hauria d'aprofundir més en el pregrau i proporcionar-la, després, d'una manera més continuada en el temps. Els problemes de massificació i, per tant, de la poca disponibilitat de temps per pacient, no es poden suplir amb tècniques de comunicació, però com més habilitats comunicatives tinguis, menys problemes tens amb el factor temps...
- ⇒ **Formació i competència insuficient en determinats aspectes,** com l'obstetrícia i ginecologia, la geriatria, les cures pal·liatives, la cardiologia, la pediatria, la salut mental i la medicina comunitària, per part d'alguns professionals de l'atenció primària (metges de família, pediatres, infermeres...) Els pediatres estan molt ben formats en pediatria, però hi ha molta mancança d'aquests professionals.
- ⇒ **Burocràcia, temps insuficient i manca d'autonomia.** El gran volum de burocràcia que, moltes vegades, ha d'assumir el metge a la consulta és un problema important que s'afegeix a la massificació i al temps insuficient de què disposa per pacient. A aquesta manca de temps i excés de burocràcia, hem d'afegir la manca d'autonomia del professional, que l'impedeix organitzar les seves activitats que, amb dificultats, inclouen assistència, formació i recerca.
- ⇒ **Burocratització i gestió ineficient d'alguns serveis.** La manca de temps i, potser, una estructuració no molt adequada del sistema transforma molts serveis de salut en purs tràmits burocràtics. Dos exemples molt clars serien les derivacions i la gestió de les incapacitats temporals. *És lògic que sigui el metge qui estigui prescrivint un període de descans. Però, precisament per això, no s'entenen les situacions en què la prescripció prové d'un especialista, o de l'hospital o de fins i tot el sector privat i, en canvi, és el metge de primària qui ha de gestionar-la.* Aquesta gestió requereix –al marge de la seva complexa valoració clínica i procedència– correlacionar l'estat de salut amb el perjudici del treball sobre la mateixa. Aquestes decisions determinen situacions de vegades difícils de conciliar, en afectar drets individuals dels ciutadans i drets col·lectius, empresarials, públics, etc. també legítims. Si tenim en compte el poc temps del qual disposa el metge i l'escassetat d'informació i d'eines de valoració, el resultat lògic és una gestió ineficient, amb un alt índex de prescripcions de complaença. La mala organització dels processos (llistes d'espera per a proves diagnòstiques, gestió de les derivacions, etc.) dóna lloc a un important allargament evitable de les baixes. *Tot plegat representa un munt de diners dels quals no es parla mai.*
- ⇒ **El creixent nombre de persones amb situació de dependència** juntament amb la davallada de l'ajuda informal i l'augment de les famílies monoparentals és un problema moltes vegades difícil d'abordar des d'atenció primària, sense temps ni recursos
- ⇒ **El paper dels cuidadors informals o contractats** (membres de la família, voluntaris, o empleats contractats per l'Administració o per la família) té una importància cabdal en la gestió de la salut de les persones dependents. Hi ha molts pacients amb problemes de

dependència que no tenen cap persona que els ajudi en les activitats més bàsiques per poder mantenir o millorar la seva salut. I els que tenen la sort de disposar d'un cuidador, la majoria de vegades no reuneixen els requisits mínims desitjables. Normalment no tenen cap coneixement sanitari i, sovint, provenen d'altres cultures de vegades amb idees de països subdesenvolupats. Això acostuma a representar problemes de diversa índole, com per exemple a l'hora de seguir un tractament correctament. Se'ls està formant de manera informal des de les farmàcies i des dels consultoris d'AP, però sense temps ni recursos.

- ⇒ **El creixent nombre d'immigrants a Catalunya** està canviant algunes tendències en les demandes de salut. Si bé és veritat que el seu perfil es pot relacionar amb joves saludables, també ho és l'associació a certs problemes de salut. Els problemes de salut mental, com trastorns psicossomàtics i depressió, semblen ser motius freqüents de consulta, als quals s'afegeixen somatitzacions relacionades amb el procés migratori. Mancances nutricionals en la població pediàtrica, malnutrició associada a la pobresa o a diferents hàbits alimentaris són altres dels problemes de salut d'aquests col·lectius, a més de les característiques diferencials en les malalties infeccioses i en la manera d'abordar-les (participació i acompliment en programes preventius o terapèutics)
- ⇒ **Els problemes de comunicació entre nivells** es fan més difícils de solucionar en els casos en què depenen d'institucions o entitats proveïdores diferents. Aquesta realitat també dificulta la integració de processos i una incentivació amb sentit de qualitat assistencial.
- ⇒ **La valoració professional del primer nivell assistencial** ha millorat molt, tant per part dels ciutadans com dels altres professionals, amb els canvis introduïts amb la reforma. No obstant això, alguns professionals de l'atenció primària encara se senten infravalorats i encara perceben una associació del metge de família amb la figura de *grans derivadors o guàrdies urbans del sistema*. El ciutadà veu l'hospital, sovint, com el lloc més ràpid, assequible i fàcil d'entendre i el que li soluciona els problemes de la manera més immediata i integral.
- ⇒ **Els professionals no estan prou valorats pel sistema**. Els objectius, de vegades, no tenen sentit qualitatiu, només quantitatiu; no hi ha una avaluació real del professional, de la seva actitud, en especial. I això fa que no sentin l'orgull de pertinença a la seva organització ni se sentin prou motivats per implicar-se més.

L'atenció primària i el seu paper en el sistema

A continuació mostrem gràficament les respostes a la pregunta sobre el paper que hauria d'assumir l'atenció primària. La pregunta va ser plantejada des d'una perspectiva quantitativa i qualitativa, com en d'altres ocasions ja explicades (vegeu explicacions en atenció hospitalària i el qüestionari annex d'atenció primària).



L'ítem "**Garantia de la visió holística del pacient**" suscita un debat profund, tenint en compte que no ha de ser una qualitat exclusiva dels professionals de primària, sinó una obligació que té qualsevol professional de veure en el malalt un ésser humà, amb tots els aspectes psicosocials, familiars, socioculturals, socioeconòmics etc. a part de la seva patologia. Alguns participants no entenen per què moltes vegades s'ha d'entendre la visió holística com a privativa de l'atenció primària. D'altres comenten que ja es fa patent, moltes vegades, amb la manera d'abordar la història clínica, molt més global a primària i més orientada al problema específic a l'hospital.

La realitat és que a l'hospital els professionals acostumen a tenir una visió més fragmentada del pacient, potser a causa de la tendència més tecnicista i atomitzada de l'entorn de treball, i també a causa que a primària els arriben casos no resolts a l'hospital per aquesta manca de visió global (exemples de pacients amb altes sense recursos familiars ni socials per abordar un postoperatori). D'una banda, a l'hospital sovint ni s'ho plantegen (que no vol dir que no ho hagin de fer), i de l'altra, el professional d'atenció primària (metges o infermeres) tenen més accés a tota la informació familiar, social i de l'entorn del malalt. A l'hospital, només veuen el pacient amb el pijama sense cap altre context que les sales estèrils de l'hospital, i a l'atenció primària els veuen vestits, veuen la seva higiene, coneixen la família, la seva problemàtica, etc.

Per tots aquests motius, finalment es canvia per "**Ha de garantir la visió holística del pacient**", però emfatitzant que la manca de visió holística de determinats professionals a l'hospital és un tema a resoldre. També es vol puntualitzar que no hem de caure a *encolomar als professionals d'atenció primària tot el que no fan i haurien de fer els altres professionals* i que estan d'acord amb aquest nou redactat, *només per si els especialistes fallen, que no haurien de fallar, el que no pot fallar és el professional de primària...*

En canvi, el paper de **l'AP com a garant de la continuïtat assistencial** sí que està molt clar. Hi ha un consens absolut que el metge i la infermera de primària han de ser els professionals de referència i els que segueixen el procés del malalt en tot moment, i també s'està d'acord amb que el metge de primària hauria de tenir molt més accés a l'hospital i a les decisions de l'hospital quan el malalt està ingressat.

En relació amb la continuïtat assistencial i el paper de l'atenció primària com a garant d'aquesta, l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut acaba de publicar un estudi amb el suggerent títol *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. L'informe parteix del fet que la manca de resposta a les necessitats de la població està originada, principalment, per una insuficient coherència i coordinació en la provisió de serveis de salut, malgrat els grans avenços que s'han fet en molts països europeus durant les últimes dècades. *És com si no hi hagués ningú al volant, i aquest volant l'haurà d'agafar l'atenció primària, ja que experiències en diversos països indiquen que aquest problema es pot abordar des del punt on el pacient normalment entra al sistema, on s'examina l'ampli abast dels seus problemes de salut, on es prenen decisions sobre altres possibles professionals a implicar; és a dir, des de l'atenció primària*²¹. El propòsit del llibre és considerar si l'enfortiment de la primària pot ser una estratègia adequada per millorar la coherència global de l'atenció sanitària i explora les condicions i instruments que encaixen amb aquesta estratègia.

Un dels instruments que explora l'estudi és la necessitat –plantejada també a les sessions de treball del GEOPS– de més cooperació i coordinació entre els diferents professionals, amb una millora del treball interdisciplinari i un accés molt més directe a l'hospital per part dels professionals de primària. L'estudi compara la cooperació, el treball en equip i la continuïtat assistencial en diferents països a través d'una sèrie d'indicadors com la quantitat de reunions dels metges de primària amb els especialistes d'hospital, o amb infermeres de primària, o amb treballadors socials, o el percentatge de visites que fan a l'hospital. Amb alguna excepció, com les reunions amb treballadors socials, el nostre país no surt massa ben parat²².

Els problemes de la coordinació no es donen només entre aquests dos nivells assistencials, sinó que també es fa palès entre els serveis de salut curativa i els de salut pública, i entre especialitats dins de cada nivell. Aquesta afirmació ha estat també un punt en comú entre les opinions del grup d'experts GEOPS i el llibre mencionat de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut.

El llibre de l'Observatori Europeu fa èmfasi, a més, en el fet que aquesta coordinació es fa especialment rellevant en uns escenaris, on les necessitats de salut d'uns subgrups de la població cada vegada més nombrosos (els malalts crònics, la gent gran i els que necessiten atenció domiciliària) no s'acaben de satisfer. Els malalts pluripatològics (en nombre creixent) han de rebre una combinació d'atenció sanitària (i social) proporcionada per diversos treballadors des de diferents disciplines i al mateix temps.

Aquestes necessitats complexes sovint no encaixen amb un sistema de salut que també ha esdevingut, ell mateix, molt més complex. I aquesta inadequació pot donar com a resultats no tan sols unes necessitats insatisfetes, sinó també tractaments innecessaris, hipermedicalització i altres riscos per a la seguretat del pacient. L'aplicació d'acords de noves cures, com aquells

²¹ Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006

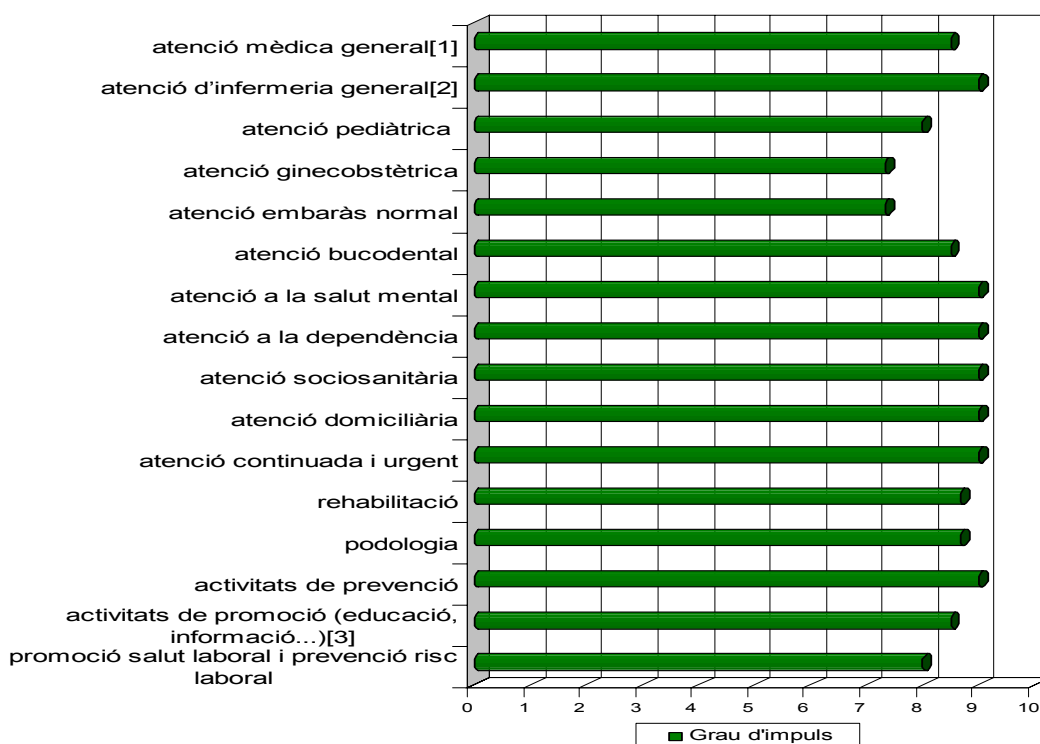
²² Boerma WGW i Dubois CA. Mapping primary care across Europe. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006

basats en cures compartides, substitució i treball en equip, es troba dificultat per una fragmentació que és efecte col·lateral de les especialitzacions i superespecialitzacions.

La medicina anticipativa i preventiva, i la seva creixent rellevància, també subratllen la necessitat d'una millor coherència i coordinació. Amb la prevenció s'esperen guanys de salut en termes de qualitat i esperança de vida. L'atenció a la salut pot requerir cada cop més una cerca activa i sistemàtica de malalties en les primeres fases i identificar factors que s'han classificat com a riscos per a la salut. Els cribratges, monitoratges i seguiments –tasques encara relativament noves en l'atenció primària– només es poden dur a terme de manera efectiva amb una coordinació d'esforços de diferents grups professionals^{23 24 25}. Quan la prevenció va més enllà dels límits estàndards de l'atenció a la salut, la coordinació s'haurà d'estendre i incloure altres sectors com els serveis socials o la educació.

Segons l'Observatori Europeu (2006), la insuficient comunicació entre atenció primària, hospitals i especialistes ha estat ben documentada a molts sistemes de salut durant dècades. De manera similar, l'atenció sanitària i la salut pública són móns a part. A més, problemes d'estatus i de domini poden impedir bones relacions de treball entre infermeres i metges. Eliminar aquestes barreres –creant, per exemple, incentius per al treball en equip– pot millorar la qualitat de l'atenció de la salut de cara a l'individu i al centre, però no serà suficient i es necessitaran altres mesures.

Serveis i activitats de l'atenció primària



²³ Isles CG et al. Risk assessment in primary prevention of coronary heart disease: randomised comparison of three scoring methods. *British Medical Journal*, 2000; 320:690-91

²⁴ Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart* 2004; 90(4):29-32

²⁵ Oakeshott P et al. Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? *Family Practice* 2003; 20(4):469-73

[1] ens referim a l'atenció diagnòstica i curativa (no preventiva ni de promoció etc) de problemes de salut diferents als especificats en altres fileres (bucodental, pediàtrica...)

[2] ens referim aquí a l'atenció d'infermeria en un àmbit general, no en àmbits especificats en altres fileres (salut mental, llevadores, salut laboral...)

[3] activitats d'educació i d'informació per incrementar no només el nivell de coneixements del ciutadà, sinó també la capacitat de millorar i controlar la seva salut i d'afrontar les diferents etapes de la vida.

Nota addicional: Els punts [1], [2] i [3] són notes explicatives que acompanyaven els ítems proposats als qüestionaris. Com ja hem dit altres vegades, els ítems proposats no era una selecció tancada ni fruit d'un estudi profund, sinó que estava oberta a l'aportació experta dels membres del GEOPS. Pel que fa al punt [1], el representant de la comissió de pediatria va fer la observació –acceptada per la resta– que també hauria d'acompanyar l'ítem “atenció pediàtrica”

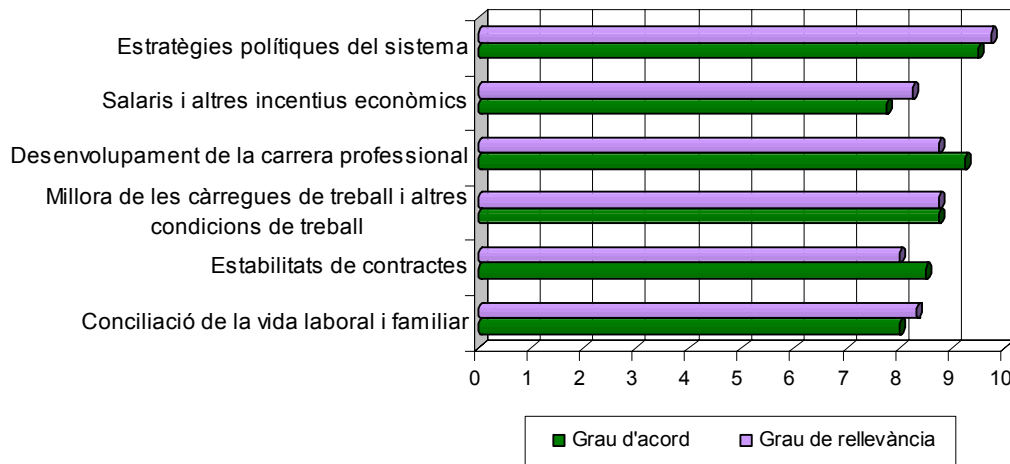
Comentaris a destacar:

- ⇒ **L'atenció a la dependència, l'atenció sociosanitària i l'atenció a la salut mental són elements de importància rellevant que requeriran molts esforços coordinats i nous recursos** per poder satisfer les necessitats de la població. Implicaran una necessitat creixent de vincles entre l'atenció primària i l'hospitalària i les estructures de salut pública i serveis socials, així com un increment de treballadors socials, infermeres i auxiliars
- ⇒ **L'atenció domiciliària** també es veu i es preveu com un dels serveis que més s'ha d'impulsar. Cal donar més paper a la infermera, en alguns casos a l'auxiliar d'infermeria i, en d'altres, al treballador social
- ⇒ **La rehabilitació ha d'englobar activitats preventives**, no només de recuperació, sobretot amb persones grans molt necessitades d'aquests tipus d'intervencions (per ex. els malalts poliartrítics) o amb malalties respiratòries o cardiovasculars. Però el metge d'atenció primària es troba amb que només pot derivar a rehabilitació les patologies agudes i no les cròniques, i aquestes creen sovint situacions de dependència i generen hipermedicalitzacions evitables. En realitat, la cartera de serveis prevista pel RD 1030/2006, de 15 de setembre, preveu activitats d'educació, prevenció i rehabilitació dins del grup d'activitats de rehabilitació. S'hauran d'injectar suficients recursos per abordar aquests serveis i els derivats de la Llei de dependència. A vegades s'ha de passar per massa metges per arribar al fisioterapeuta. L'accés més directe, en els casos possibles, podria evitar complicacions.
- ⇒ **L'atenció mèdica general** i, en menor mesura, **l'atenció pediàtrica general**: moltes vegades es consideren *els guàrdies urbans o secretàries del sistema, amb la fama que es passen el dia derivant, a vegades deriven, fins i tot el que decideixen altres especialistes*. Si tinguessin més coordinació i comunicació amb els especialistes d'hospital, més accés a les proves diagnòstiques i més temps, podrien ser molt més resolutius. Els manca comunicació interprofessional, comunicació amb l'Administració i capacitat d'autogestió. Es percep una escassetat creixent de pediatres, que abans cobrien els metges de família, els quals ara també es troben en situació deficitària.
- ⇒ **L'atenció d'infermeria s'ha de fomentar més**; les infermeres estan capacitades per assumir més rols. Potser algunes no tenen el mateix nivell de preparació (a causa de diferents bagatges formatius i professionals), però els poden assolir amb plans de formació, de la mateixa manera que ho van fer les llevadores amb el pla d'atenció a la salut sexual i reproductiva. Les infermeres podrien liderar més la gestió dels malalts crònics i les intervencions grupals per a malalties cròniques (mpoc, asma, diabetis, hipertensió...), a més de l'atenció domiciliària. Les intervencions grupals de les llevadores (preparació al part i menopausa), estan molt ben resoltes i tenen un alt grau de reconeixement per part d'altres professionals i de les pacients. Els abordatges grupals són activitats a fomentar. D'altra

banda, hi ha moltes tècniques d'infermeria que són bastant mecàniques (el control de la glicèmia capil·lar amb tires reactives de diagnòstic, presa de pressió arterial) i que, en alguns casos, les podrien fer les auxiliars

- ⇒ **Atenció a la salut sexual i reproductiva:** la creació de perfils mixtos de llevadores que estiguessin a l'hospital i a la primària, permetria un seguiment més continuat de les pacients. La satisfacció d'aquestes, i els resultats en la seva salut, són millors en els països on funcionen d'aquesta manera.
- ⇒ **Salut laboral:** Un aspecte puntual i preocupant és la gestió de les baixes per incapacitat temporal, molt dificultada per la manca de temps, l'excés de burocràcia i la manca de recursos i de coneixement. *Moltes vegades estàs contra l'espasa i la paret, si et diu que no pot treballar i que li segueix fent mal, encara que et sembli estrany, te l'has de creure. I això representa molts diners al sistema... A més, hi ha les baixes prescrites per altres nivells assistencials o fins i tot fora del sistema públic... De vegades, et trobes amb situacions surrealistes, fent una baixa que ha generat un traumatòleg i mantenint-la un any, perquè està en llista d'espera per fer-li una ressonància... A més, tot t'ho ha de dir el malalt...*
- ⇒ **Podologia:** els seus serveis no estan finançats públicament. Els problemes als peus són nombrosos en la gent gran i, si no es cuiden a temps, poden empitjorar i generar altres patologies i complicacions. Els casos més preocupants són els malalts diabètics, les persones amb dependència i les que tenen mobilitat restringida.
- ⇒ **Salut bucodental:** s'hauria de fer més treball de prevenció en aquest camp. Es fa només amb nens a les escoles o als CAP de manera individualitzada; però la gent gran ho necessita molt. Els higienistes dentals podrien dur a terme una bona tasca d'educació sanitària a geriàtrics i centres sociosanitaris, i a les escoles.
- ⇒ **Atenció farmacèutica:** no tots els centres tenen la figura del farmacèutic a l'atenció primària. Encara que el principal motiu per a la seva introducció ha estat l'estalvi de despeses, s'ha guanyat molt en la millora de la qualitat de l'atenció i ha enriquit molt el coneixement i la capacitat de la resta de professionals. Aquesta opinió ha estat expressada per professionals no farmacèutics del grup d'experts GEOPS. D'altra banda, també hi ha el farmacèutic que no és empleat de l'Administració, però atén a usuaris del sistema públic des de l'oficina de farmàcia. El farmacèutic de l'oficina de farmàcia està en una posició d'accessibilitat immediata i de coneixement global de la història farmacoterapèutica del pacient. S'estan duent a terme iniciatives pilot –coordinades amb els CAP– de seguiment i control de pacients des de les oficines de farmàcia. A alguns països europeus ja estan implantats aquests models.
- ⇒ **Activitats de prevenció:** de vegades es programen des de salut pública sense coordinació amb atenció primària, fet que dificulta els processos i impedeix una millor organització i col·laboració. Seria necessària més coordinació entre atenció primària i salut pública i més *feed back* per part d'aquesta.
- ⇒ **Activitats de promoció de la salut:** són molt importants (es podrien evitar moltes consultes i exploracions successives i reiterades, sobretot amb pacients crònics, capacitant-los per a l'autogestió de la seva malaltia), però no hi ha massa temps. Infermeria podria assumir un paper destacat en aquests temes, però s'haurien d'incrementar les plantilles d'infermeres si han d'assumir altres rols.

Factors que poden condicionar la distribució territorial dels professionals



Com també es mostra amb l'atenció hospitalària, les estratègies polítiques adequades són la mesura considerada més rellevant per afavorir una millor distribució territorial dels professionals, obtenint a primària encara més puntuació que a hospitalària.

Sovint les estratègies de motivació i incentivació estan focalitzades cap a una millora de l'eficiència i se centren en objectius com l'oferta de serveis, la qualitat de l'atenció o l'ús racional del medicament. Aquests tipus exclusius d'estratègies requereixen el control de l'actuació professional que produeix sovint en els professionals una percepció de més pressió laboral.

Es considera rellevant la vinculació dels incentius als objectius establerts en els pactes de gestió, dotant les àrees d'autonomia suficient per desenvolupar estratègies d'incentivació i motivació. Alguns estudis coincideixen a mostrar un nivell mitjà/baix en la satisfacció dels professionals, en relació amb les càrregues assistencials i amb la percepció de deficient suport directiu²⁶.

Promoure les activitats de recerca i formació dels professionals que exerceixen en condicions d'aïllament i dispersió es considera una mesura primordial.

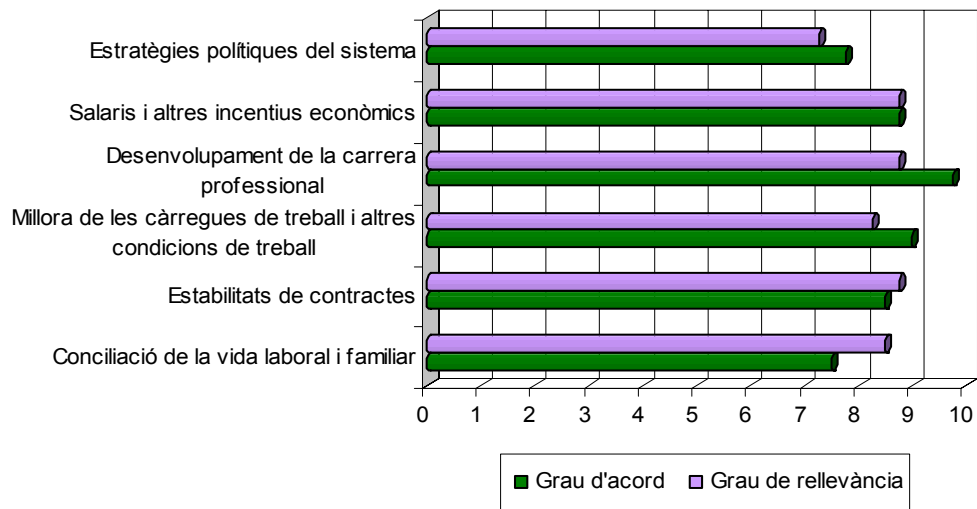
El desenvolupament de la carrera professional és considerada la segona mesura, quant a grau d'acord i rellevància, i s'equipara a la rellevància de les millores de condicions laborals.

La rellevància dels salaris i altres incentius econòmics, la millora de les càrregues o altres condicions laborals i l'estabilitat laboral també prenen més rellevància en la distribució professional dels professionals d'atenció primària.

En relació amb les condicions laborals i amb la incentivació professional, es proposa millorar els equipaments i els sistemes d'informació, millorar la capacitat resolutiva, afavorir la interconsulta amb especialistes d'hospital i millorar la dotació tecnològica dels serveis d'atenció a l'usuari.

²⁶ Cortés Rubio JA et al. Clima laboral en atención primaria. ¿Qué hay que mejorar?. Aten Primaria 2003; 32:288-95.

Factors condicionants de la permanència dels professionals a Catalunya



En relació amb les mesures per afavorir la permanència dels professionals a Catalunya, el desenvolupament de la carrera professional és la mesura amb el grau d'acord més alt. Als hospitals també trobarem el mateix.

Quant a la rellevància, el desenvolupament de la carrera professional torna a ser considerada una de les mesures més importants, equiparada amb els salaris i altres incentius econòmics, l'estabilitat laboral i la conciliació de la vida laboral i familiar.

També s'ha de considerar l'elevada rotació de professionals a l'àmbit sociosanitari, no per motius retributius, sinó per altres com ara la valoració professional de determinats àmbits.

Recomanacions

La situació en la qual es troba immersa l'atenció primària requereix canvis profunds i urgents. Algunes propostes:

⇒ **Facilitar l'accés del ciutadà al primer nivell assistencial i evitar-li desplaçaments**

- accessibilitat telefònica amb metge i infermeres, amb franges horàries destinades per a aquesta finalitat, si fos necessari
- accessibilitat per correu electrònic
- horaris amplis i unificats de matí i de tarda
- implantació de la figura del "metge i infermera personals"
- evitar derivacions, facilitant la comunicació amb l'especialista i l'accés a les proves diagnòstiques
- garantir la continuïtat assistencial del pacient des de primària, atorgant més accessibilitat, autoritat i competència al metge i a la infermera de primària en casos de pacients en centres socio-sanitaris i de salut mental o ingressats en hospitals comarcals
- fomentar i incentivar el treball en equip "realment" interdisciplinari

⇒ **Incrementar la capacitat resolutiva**

- afavorint i fomentant vincles interprofessionals (metge consultor, suport, estudis de casos conjunts, contacte per correu electrònic, enviament de resultats, imatges, etc.)
- més accés a proves diagnòstiques
- metges i infermeres de família més polivalents
- incrementar el paper i els rols d'infermeria (gestió de malalts crònics, atenció domiciliària, promoció de la salut, activitats grupals)
- integració salut mental, socio-sanitaris i salut pública
- temps suficient per a les visites
- més autonomia de gestió

⇒ **Cuidar la motivació professional**

- carrera professional i desenvolupament professional continu
- participació en la gestió
- incentius econòmics i professionals vinculats a objectius establerts en els pactes de gestió
- incrementar l'autonomia professional
- més coordinació amb salut pública, participant en el disseny i gestió d'estratègies de promoció de la salut i prevenció
- transmetre l'orgull de pertinença al centre
- promoure les activitats de recerca i formació

⇒ **Transmetre al ciutadà una valoració positiva de l'atenció primària**

- convèncer-lo del benefici (propi i comunitari) del bon ús dels circuits adequats
- redefinir el paper de l'atenció a l'usuari o el personal administratiu (formació en comunicació, motivació, implicació amb l'equip)
- disseny de plans de comunicació des de salut pública, utilitzant també tècniques de màrqueting per enfortir la imatge de l'atenció primària i la confiança dels ciutadans en els seus professionals

⇒ **Incrementar els recursos necessaris (espais i recursos humans)**

- per poder satisfer les demandes de la dependència
- per ampliar els serveis i les proves diagnòstiques
- incorporar als equips altres tipus de professionals, que ara no es consideren o que seran insuficients per a una atenció primària més resolutiva i forta. Alguns serien: més treballadors socials, infermeres, auxiliars d'infermeria, mediadors, fisioterapeutes, podòlegs...

⇒ **Desburocratitzar la consulta**

- Analitzar quines de les tasques burocràtiques actuals es poden suprimir i crear els mecanismes adients per a la seva eliminació.
- Estudiar procediments alternatius per a les tasques burocràtiques que, tot i ser imprescindible la realització, no ho és que sigui el metge qui les gestioni.
- Introduir els canvis organitzatius, de processos (per ex. la història clínica electrònica o la recepta electrònica) o, fins i tot, normatius (com la disminució d'informes d'incapacitat temporal en alguns casos determinats o la implantació de la recepta multiprescripció)

2.2.b- Atenció hospitalària

Els nous escenaris que es preveuen a l'àmbit hospitalari, i les seves implicacions, van ser treballats a partir d'un diagrama proposant diverses possibilitats (vegeu el qüestionari d'atenció hospitalària, annexat a aquest document). Va haver un acord generalitzat amb les propostes representades a l'esmentat diagrama i el debat va estar centrat en els temes que més preocupaven.

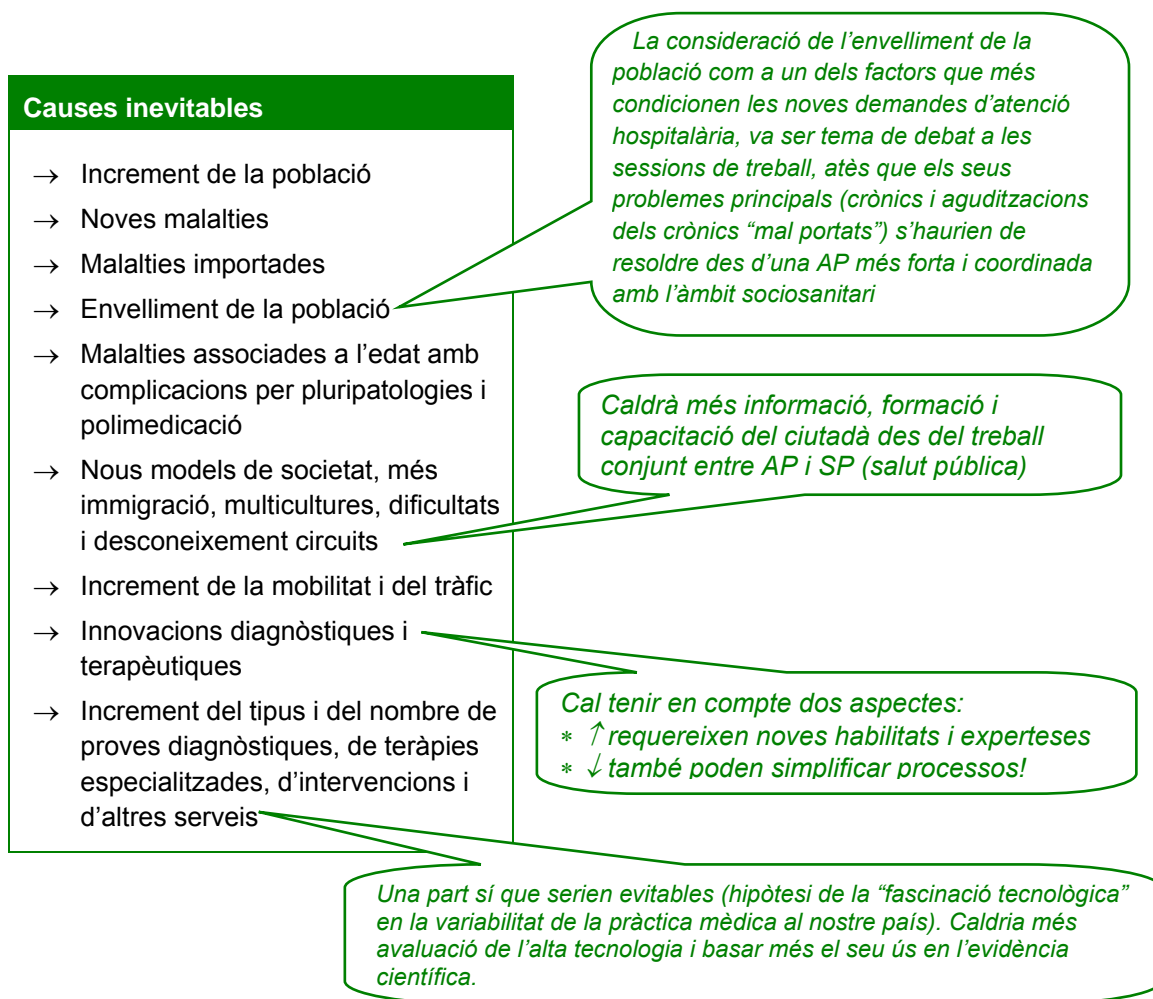
Atesa aquesta acceptació generalitzada del diagrama proposat, i annexat a aquest document, no ens estendrem en la seva descripció. A continuació fem un resum dels principals escenaris previstos i les corresponents recomanacions:

- ⇒ El sistema sanitari és insuficient, actualment, per afrontar la creixent demanda assistencial, principalment, els col·lapses d'urgències i les demandes de malalts crònics amb pluripatologies.
- ⇒ La necessària tendència a la tecnificació està conduint, injustificadament, a una deshumanització, parcel·lació i atomització de l'atenció al pacient, i també a un creixent desinterès per la utilització i coneixement de procediments clàssics d'atenció encara vàlids.
- ⇒ La tendència a l'aïllament dels professionals també és molt preocupant, i es percep que la informació disponible en xarxa no complementa sinó que substitueix l'enriquidor traspàs de coneixements i vivències entre els professionals d'un centre.
- ⇒ Es tendeix a fer desaparèixer les sessions clíniques de tipus reunió general, i se substitueixen per reunions en *petit comité*, de cada servei i, fins i tot, només del grup que realitza una recerca concreta, de la qual faran la corresponent publicació.
- ⇒ Hi ha més d'un motiu que fa tendir a aquest aïllament. Per part del professional, la sensació de pèrdua de temps amb tota activitat no orientada a uns objectius determinats (publicacions, p.ex.), el sentiment de pertinença del coneixement i els valors individualistes. Per part dels gestors, la manca de visió de que aquestes relacions són un valor afegit dels professionals i, en definitiva, dels centres que gestionen.
- ⇒ El paper de la infermeria és fonamental, però la manca de personal i alguns problemes d'organització dificulten el desplegament de les seves capacitats i competències. Entre els aspectes millorables, destaquen els sistemes contractuals, la manca de continuïtat, i l'adequació del suport del personal tècnic i auxiliar.

L'alt grau de pressió assistencial als hospitals va ser considerat el principal problema actual i previsible i, per això, el debat va centrar l'atenció en aprofundir i analitzar aquesta situació. A continuació resumim els arguments exposats i esquematitzem els punts més rellevants.

La pressió assistencial, la sobrecàrrega laboral i l'escassetat d'alguns professionals, són altes i, de vegades, motiu d'estrès, *burnout* i desmotivació. Si no s'incrementen els recursos i/o es duen a terme canvis substancials, la situació pot arribar a ser insostenible.

L'increment de la pressió assistencial als hospitals és degut a múltiples causes, algunes de les quals són conseqüència de l'evolució de la societat (l'envelliment de la població, els ràpids avenços en el coneixement biomèdic i les noves tecnologies científicomèdiques, entre d'altres). Una part dels motius de la pressió assistencial als hospitals s'escapen del nostre control i, per tant, no els podem evitar; només podem preveure'ls a l'hora de planificar recursos. Un altre grup de causes poden ser evitables o, almenys, susceptibles de cert control. Algunes no pertanyen exclusivament a un grup concret.



Segons l'esquema anterior, algunes de les causes "inevitables" de la pressió hospitalària es podrien, si més no, suavitzar amb accions des dels àmbits d'atenció primària, socio sanitària i de salut mental, i també de salut pública.

El grup de causes "evitables o controlables", que mostrem a continuació, és susceptible, si no d'una eradicació absoluta, almenys d'una reducció substancial amb una bona planificació d'estratègies orientades en aquest sentit. Entre d'altres, cal destacar les següents:

- ⇒ **Enfortiment de l'atenció primària (AP)** que la capaci per afrontar els reptes que plantegen els nous escenaris de salut i per portar el timó d'una continuïtat assistencial que es fa imprescindible en un sistema cada cop més complex i amb un creixent percentatge de malalts crònics i pluripatològics.
- ⇒ **Intervencions de promoció de la salut conjuntes entre Salut Pública i AP** que minimitzin la medicalització a la qual tendeix la societat; que ajudin a capacitar el ciutadà per afrontar i autogestionar les diferents etapes de la vida, com les frustracions, la malaltia i la mort; que promoguin entre la població una lectura crítica dels mitjans de comunicació; i que transmetin la conveniència de l'ús adequat dels recursos sanitaris.
- ⇒ **Afavorir la comunicació i crear complicitats entre diferents nivells assistencials** per tal d'aprofitar les sinergies potencials i entre els professionals de la salut i el pacient perquè prengui un paper actiu i, per tant, més eficient en el control de la seva salut.
- ⇒ Els esforços i coordinació necessaris **entre salut pública i atenció primària** requeriran un alt grau de complicitat per evitar recel i desconfiança cap a les estructures de salut pública.

Causas evitables o controlables

- Canvis de patrons epidemiològics (cronicitat), que requereixen atenció continuada i que, sovint, presenten:
 - Complicacions evitables
 - Aguditzacions evitables
 - Atenció hospitalària evitable
- Intervencions induïdes per l'anomenada "hipòtesi de la fascinació tecnològica"^{27 28}
- Nou Ciutadà: el nou ciutadà requereix
 - més informat (qualitat de la informació?),
 - més exigent
 - amb noves demandes i noves expectatives
 - amb nous conceptes de salut i malaltia
 - amb poca capacitat per gestionar les frustracions, el dolor i la mort
- Malalties associades a nous estils de vida (de treball i de lleure) i amb hàbits poc saludables
 - trastorns mentals
 - trastorns alimentaris
 - abús i dependència de substàncies
 -

els patrons no són canviables, però sí la manera de gestionar-los:

- * ↑ capacitat resolutiva AP
- * ↑ suport a AP
- * ↑ casos portats per AP
- * ↑ coordinació AP-AH
- * ↓ freqüentació hospitalària
- * ↓ aguditzacions
- * ↓ complicacions

- * ↑ complicitat amb el ciutadà
- * ↑ comunicació
- * ↑ integració SP-AP
- * ↑ complicitat SP-AP
- * ↓ freqüentació hospitalària
- * ↓ aguditzacions
- * ↓ complicacions

⇒ Caldrà fer més èmfasi en la prevenció i en la promoció de la salut i cercar maneres més efectives d'abordar-les.

⇒ També caldrà modificar el consum de recursos per part de la població i els circuits que utilitzen

Per abordar l'increment de demandes, s'haurà de mantenir la tendència a escurçar estades mitjanes i, per tant, seguirà creixent el nombre d'intervencions i la complexitat assistencial a tots els nivells professionals (metges, infermeres, tècnics, auxiliars...) i de serveis.

²⁷ Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac. Sanit. 2006;20(1):110-6

²⁸ The OECD Health Project. Health Technology and Decision Making OECD Nov 2005 Disponible on line: <http://www.oecdbookshop.org>

Un abordatge dels problemes hospitalaris sense una visió integral del conjunt del sistema i de les seves capacitats potencials, pot conduir a una situació cada vegada més insostenible tant des d'un aspecte financer com organitzatiu. Per aquesta raó, volem insistir en els següents punts clau que poden evitar molta de la sobrecàrrega assistencial dels hospitals i facilitar un ús més racional i sostenible dels recursos sanitaris:

- ⇒ Reforçar i potenciar l'atenció primària, proporcionant-li la suficient capacitat resolutiva, el suport, la formació i la coordinació des de l'àmbit hospitalari, l'accessibilitat a les proves diagnòstiques i al seguiment hospitalari, i el temps, recursos i espais necessaris
- ⇒ Transmetre de manera efectiva al ciutadà el benefici d'un bon ús del sistema i dels seus circuits. S'haurien de plantejar des de Salut Pública campanyes en aquest sentit, que siguin atractives i convincents.

Les dues estratègies assenyalades en el quadre anterior esdevenen essencials per a un millor abordatge de la salut dels ciutadans, alleugerint també la càrrega dels hospitals i afavorint la continuïtat assistencial. A part d'aquesta visió, més global i imprescindible, també es van proposar algunes recomanacions més directament relacionades amb els hospitals i les seves estructures i recursos:

- ⇒ S'hauran d'incrementar recursos tant humans com tecnològics, fent èmfasi en els recursos de suport i en els canvis organitzatius.
- ⇒ S'haurien de potenciar més els hospitals de crònics i sociosanitaris. Les experiències positives que s'estan duent a terme en algunes comarques reforcen aquesta afirmació.
- ⇒ Fomentar la sinergia i la interdisciplinarietat en els equips de treball. Afavorir la comunicació i el diàleg entre les diferents professions (metge, infermera, odontòleg, farmacèutic, dietista, fisioterapeuta, etc.) i també entre especialistes, entre diferents serveis (equip clínic i de diagnòstic...) i entre diferents nivells assistencials (atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental)
- ⇒ Canviar estructures obsoletes dels equips, incrementant la flexibilitat i descarregant-los de burocràcia
- ⇒ Potenciar el paper de la infermera és fonamental. S'haurà d'afavorir el desplegament de les seves competències en un marc de consens i proporcionar els recursos necessaris (increment d'infermeres en les plantilles, plans de formació, etc.)
- ⇒ Potenciar el suport per part de tècnics i auxiliars, estudiant possibles canvis en les tasques que poden realitzar i creant, si cal, noves ocupacions adequades als canvis.
- ⇒ Tenir en compte, en el disseny d'hospitals, una planificació d'espais de reflexió, per fer reunions i per consensuar protocols. S'haurien de valorar com una eina tant important com qualsevol altre instrument clínic i no considerar-los un luxe ni caprici dels professionals.
- ⇒ Promocionar la salut també ha de passar per educar i fomentar l'ús adequat dels recursos i saber transmetre a la població la seva rellevància. Aquesta transmissió s'ha de fer de manera atractiva i convincent perquè sigui realment eficaç i no reduir-la a una simple informació cognitiva.

Diferents tipus d'hospital i el seu paper en el sistema

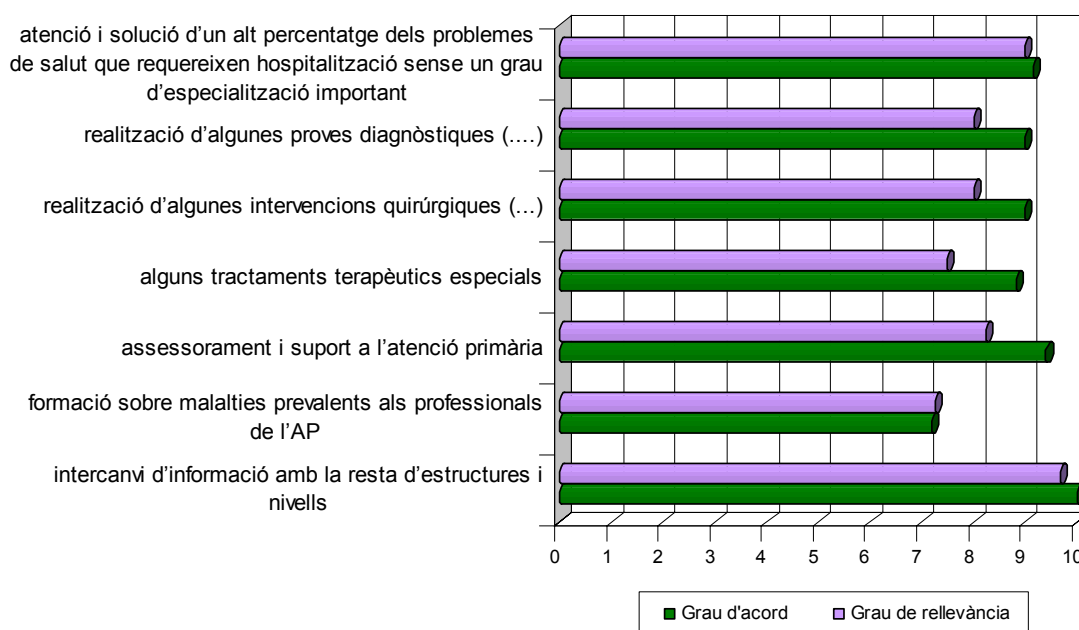
També es va preguntar, malgrat que pugui semblar obvi, el paper que haurien d'assumir els diferents tipus d'hospital. La pregunta, com en altres casos, es va abordar de manera quantitativa i qualitativa. Es van proposar una sèrie d'ítems als quals responien, segons una escala de Likert, puntuant del 0 al 10 i també podien afegir nous ítems. També ho vam discutir a les sessions de treball. Les respostes quantitatives estan representades en els gràfics següents, i els comentaris més significatius també els exposem a continuació.

Un comentari general va ser que, malgrat la conveniència dels diferents tipus d'hospital per a una millor planificació i millor gestió de l'accessibilitat i equitat, s'hauria d'anar molt amb compte de no parcel·lar tant que pugui implicar un fre a la iniciativa personal i capacitat de creixement professional dels facultatius i dels centres.

A un hospital comarcal pot haver-hi, per exemple, un cardiòleg amb un interès especial en un tema i convertir-se en autoritat en aquell tema, la qual cosa transformaria l'hospital en referència per a aquell servei. Tots van estar d'acord amb aquesta matisació.

Tenint en compte aquesta puntualització, les respostes van ser les següents:

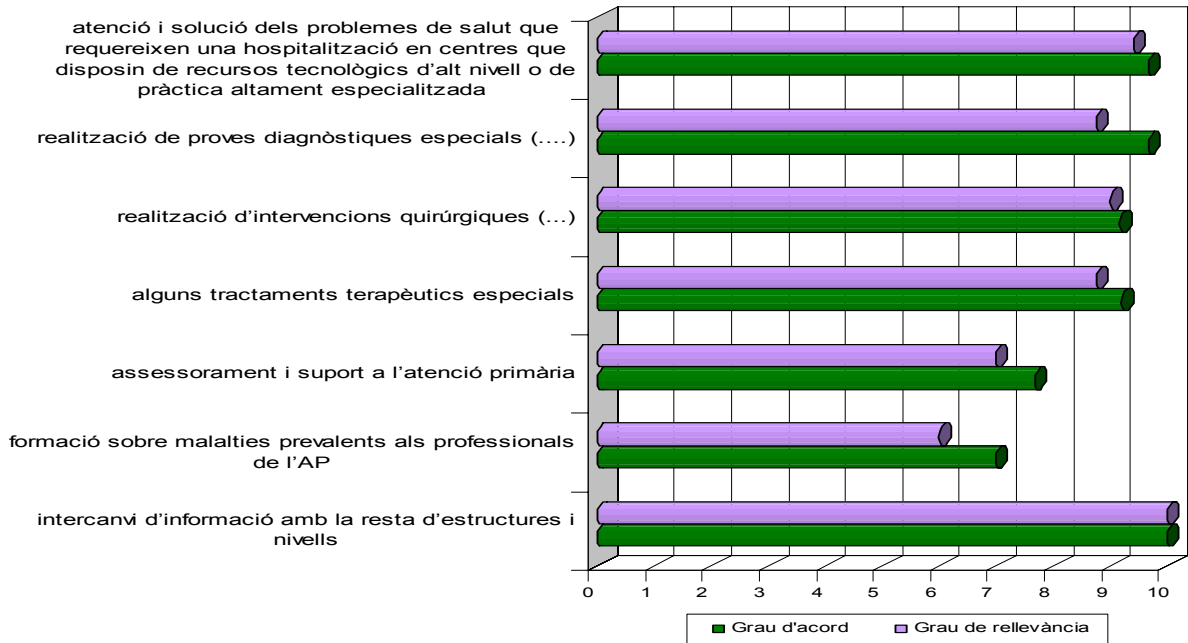
Paper de l'atenció hospitalària (hospital general bàsic)



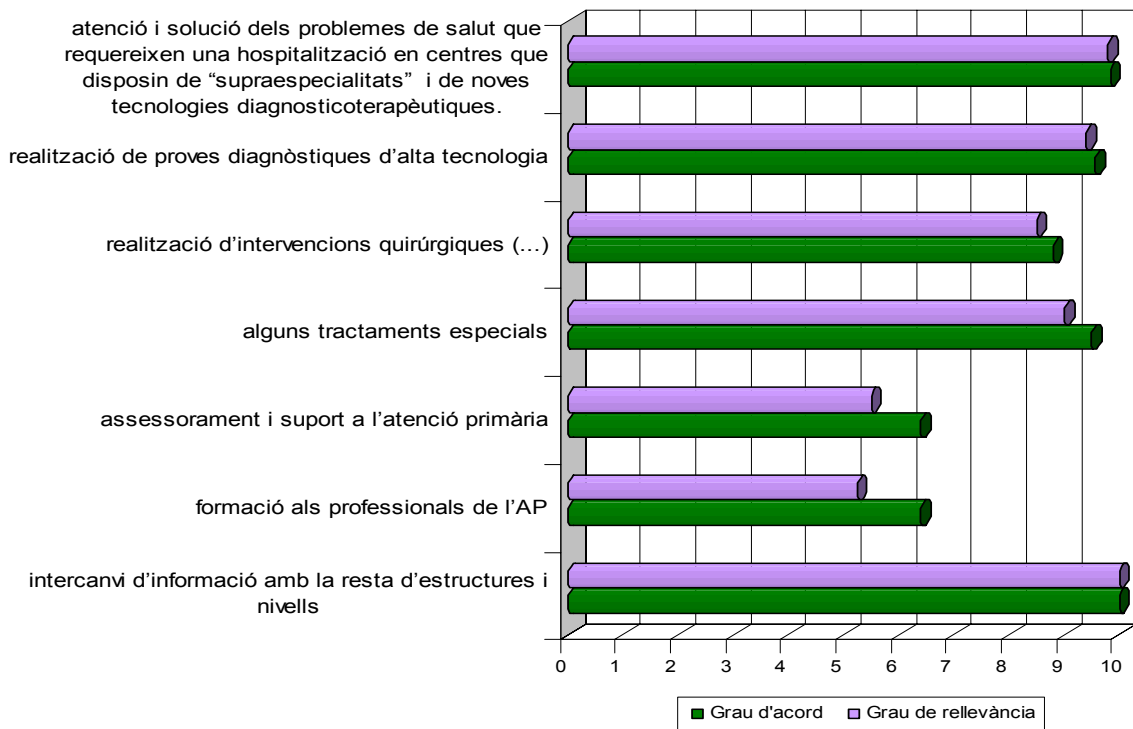
Es va fer èmfasi en el fet que també es poden assumir fora dels hospitals, alguns dels papers anteriors, per exemple:

- determinades proves diagnòstiques → es poden fer a altres centres
- algunes intervencions quirúrgiques → cirurgia menor ambulatoria
- tractaments terapèutics especials (ex: anticoagulants orals, sida, malalties cardiovasculars, mpoc) → atenció primària

Paper de l'atenció hospitalària (hospital de referència)



Paper de l'atenció hospitalària (hospital d'alta tecnologia)



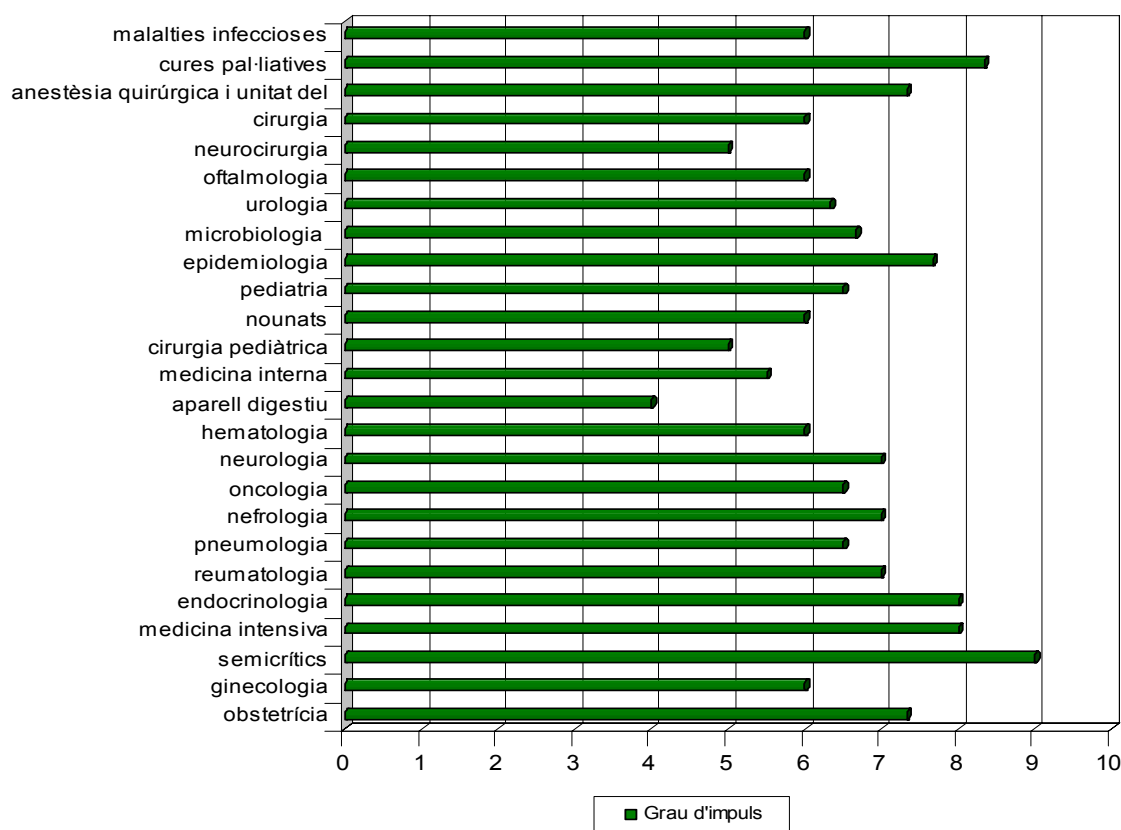
Cal destacar l'alt grau d'acord i de rellevància atorgats a l'intercanvi d'informació amb la resta d'estructures i nivells als tres tipus d'hospitals. L'assessorament, suport i formació a l'AP es considera un paper més propi dels hospitals bàsics que dels d'alta tecnologia.

En aquest sentit, es va comentar que aquest aspecte requereix una millora urgent, ja que hi ha un problema de manca de diàleg i de voluntat de compartir la informació i el coneixement. I aquest problema no és exclusiu de les relacions entre hospital i primària, sinó que s'estén a altres nivells de relació. També es dóna entre diferents especialistes o entre les urgències i la consulta hospitalària. Anteriorment, ens hem estès més en relació a aquesta tendència.

Serveis o activitats de l'atenció hospitalària

Alguns serveis, i també algunes especialitats mèdiques, estarien més afectades que d'altres. Si pensem considerar canvis organitzatius (que es perceben desitjables), hauríem de parlar més aviat de serveis, de processos i de tasques (vegeu introducció i els apartats corresponents a metges, infermeres, ocupacions de cicle formatiu i a noves ocupacions).

La pregunta 4 de la secció I del qüestionari que es va treballar amb el grup d'estudi GEOPS qüestiona els tipus de serveis que més s'haurien d'impulsar (amb respostes quantitatives primer i després discutides a les sessions) i també els punts forts, febles i els que modificarien de cada servei o activitat. Amb el gràfic següent mostrem les respostes quantitatives abans del debat. A continuació del gràfic, fem un resum de les opinions expressades al respecte.



Algunes opinions a destacar:

- **dificultat per respondre:** l'opinió generalitzada és que no disposen de dades fiables de referència i que, a més, el fet que unes especialitats estiguin més desenvolupades en uns hospitals, i no tant en altres, en principi no hauria de representar cap trastorn. Aquestes diferències depenen del tipus de gestió, de la vocació assistencial, docent i de

recerca de cada centre. Els comentaris, per tant, són generals i s'han de considerar dins d'aquest context.

- **anestèsia quirúrgica i unitats de dolor**: hi ha un fort increment en la demanda d'aquests serveis, en part causat per l'increment d'operacions que es fan en reduir les llistes d'espera quirúrgiques. Es proposa incrementar l'accessibilitat a les unitats del dolor i proporcionar formació a d'altres especialitats i professions, com internistes i infermeres.
- **cardiologia**: un estudi recent preveu una mancança important de cardiòlegs²⁹, però el mateix estudi fa èmfasi en la importància de la delimitació de tasques com a paràmetre clau per a la previsió, atesa la seva variabilitat en el temps i l'espai (vegeu exemples a la introducció)
- **diagnòstic per la imatge, medicina nuclear i radioteràpia**: hi ha molta més demanda pel gran increment de tècniques diagnòstiques basades en la imatge i radioterapèutiques. Els tècnics amb cicles formatius en aquest camp estan molt capacitats per a la seva feina. Un increment d'aquests professionals podria descarregar la tasca dels metges radiòlegs, que els haurien de supervisar. Un altre aspecte molt important a considerar és la utilització de les TIC en la seva aplicació a la telerradiologia. La transmissió electrònica d'imatges radiològiques entre diferents centres permet trencar barreres espaials i temporals, a més de facilitar l'aprofitament dels recursos existents.
- **malalties infeccioses**: s'està produint un augment de patologies infeccioses associades a la cirurgia ambulatoria i a la mobilitat de la població. Altres problemes com la sida i les infeccions multiresistents també generen més demandes.
- **pediatres**: es percep una manca creixent de pediatres. La immigració està contribuint a l'increment de la natalitat i també a un canvi de tendències en la incidència de determinades patologies. Com a punts forts: la superespecialització i l'alta resolució
- **salut mental**: hi ha molta mancança d'especialistes en general –tal com funciona el sistema en l'actualitat–, sobretot de psiquiatres i infermeres especialitzades. Però si s'atorga més paper al psicòleg (com passa a d'altres països), i s'impulsa la integració de l'atenció primària amb la salut mental (seguint l'exemple d'iniciatives que s'han dut a terme al nostre entorn amb resultats positius), la situació pot canviar en pocs anys.
- **cures pal·liatives**: és previsible una forta demanda en un futur, atesa la nova orientació vers l'atenció al final de la vida també als pacients no oncològics. S'hauria d'incrementar l'accessibilitat a aquest servei i la formació i suport a d'altres especialitats en aquest àmbit o àrea d'expertesa.
- **cirurgia**: s'hauria de potenciar la cirurgia ambulatoria i els circuits ràpids, diagnòstics i terapèutics, en càncer.
- **oftalmologia**: no hi ha criteris clars de derivació i les llistes d'espera estan massa burocratitzades. S'haurien de racionalitzar, prioritzant la situació del pacient i no el número d'ordre. S'hauria de fomentar la utilització de les TIC i potenciar les aportacions diagnòstiques i terapèutiques d'altres professionals.
- **medicina interna**: la seva capacitat d'abordatge més global és important i no està prou aprofitada, per la hipertròfia d'altres especialitats. L'increment de la seva presència

²⁹ González López-Valcárcel B (Dir grupo de investigación en Economía de la Salud) Necesidad y disponibilidad de cardiólogos en España. Situación actual, prospectiva y recomendaciones de políticas de recursos humanos. Informe de investigación para la Sociedad Española de Cardiología. Universidad de Las Palmas de G.C. Marzo 2005

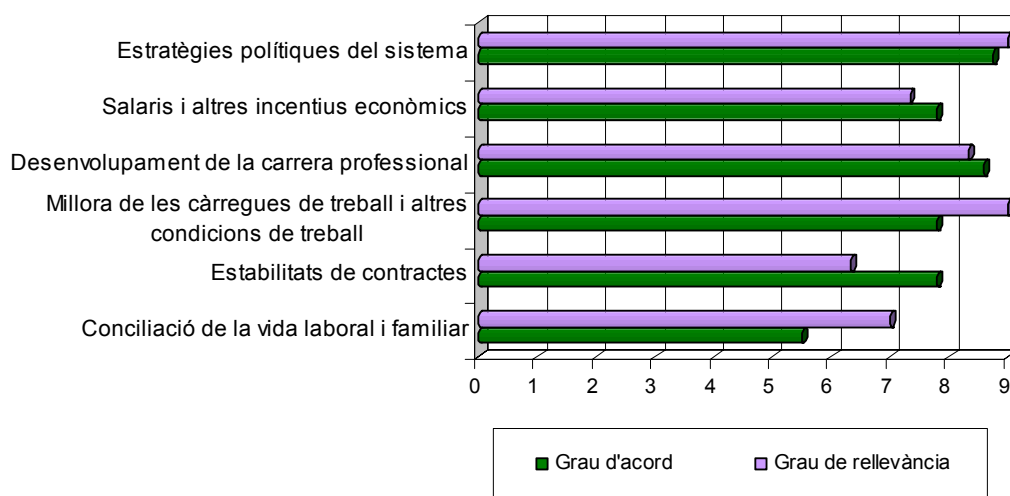
hospitalària, i del seu paper de suport a l'atenció primària, podria afavorir un millor funcionament del sistema.

- **hematologia**: Punts forts: l'increment del diagnòstic diferencial i les possibilitats de tractar leucèmies i limfomes. Punts febles: la poca accessibilitat i la limitació de la seva tasca a l'hospital. El paper de consultors i de formació a l'AP seria beneficiós.
- **neurologia**: més demanda per diagnòstic i tractaments emergents (increment d'alguns tests neuropsicològics com el TMT³⁰, diagnòstic diferencial a través de proves de biologia molecular, nombre creixent de demències) Haurien de tenir més coordinació amb altres serveis (traumatologia, medicina interna, atenció primària)
- **oncologia**: l'augment de la prevalença de malalties oncològiques fa que es necessiti més formació en d'altres serveis com medicina interna o atenció primària. Podrien proporcionar formació i suport com a consultors.
- **nefrologia**: l'envelliment de la població fa incrementar les demandes. Punts forts: guies clíniques per a la classificació i tractament de la hipertensió, i el tractament dels efectes secundaris de la hipertensió. Una millor coordinació amb l'atenció primària (suport a través de consultories, casos conjunts, "infermeres d'enllaç", més comunicació) facilitaria la gestió d'una bona part dels casos, des d'una perspectiva més global i continuada.
- **pneumologia**: l'increment de la prevalença de mpc i asma genera més demanda. S'hauria de fer més èmfasi en l'educació dels pacients (exercici físic, alimentació, rehabilitació...), i en un abordatge global des de la interdisciplinarietat (educació en els diferents aspectes anomenats, tractament, fisioteràpia...)
- **reumatologia**: l'envelliment de la població incrementa les malalties associades a l'envelliment artropàtic. Es fa poc abordatge global. Seria desitjable més coordinació amb atenció primària i proporcionar més formació a aquests serveis. Una atenció primària amb més suport i més coordinada amb aquests especialistes podria assumir més paper amb aquestes patologies.
- **endocrinologia**: a causa de l'increment de la diabetis i l'obesitat, i en tractar-se d'una "quasi-epidèmia", fa necessària una acció conjunta amb Atenció Primària i Salut Pública
- **medicina intensiva**: més demanda per un increment del pacient crític
- **semicrítics**: l'envelliment de la població genera increment de demanda
- **obstetrícia**: manquen recursos humans, sobretot llevadores. S'haurien de desplegar competències de la llevadora en l'atenció al part normal i proporcionar recursos estructurals per oferir atenció més humanitzada al naixement. S'hauria de plantejar també la capacitat de la dona per decidir, tant com fos possible, com vol ser atesa al part i invertir la tendència a la medicalització del part normal.

Cal destacar que l'absència d'alguns serveis a la relació anterior no implica una menor rellevància dels mateixos, sinó l'impossibilitat d'aprofundir de manera exhaustiva en aquests aspectes. És evident, per exemple, la importància de la geriatria en una població cada cop més envellida, però no va estar objecte de debat a les sessions.

³⁰ el TMT (acrònim que prové de l'anglès *Trail Making Test*) és un dels tests neuropsicològics més utilitzats per avaluar la funció executiva (capacitat de flexibilitat cognitiva, control supervisor atencional i la planificació de la conducta), i forma part de les bateries de tests per mesurar el rendiment intel·lectual.

Factors que poden condicionar la distribució territorial dels professionals

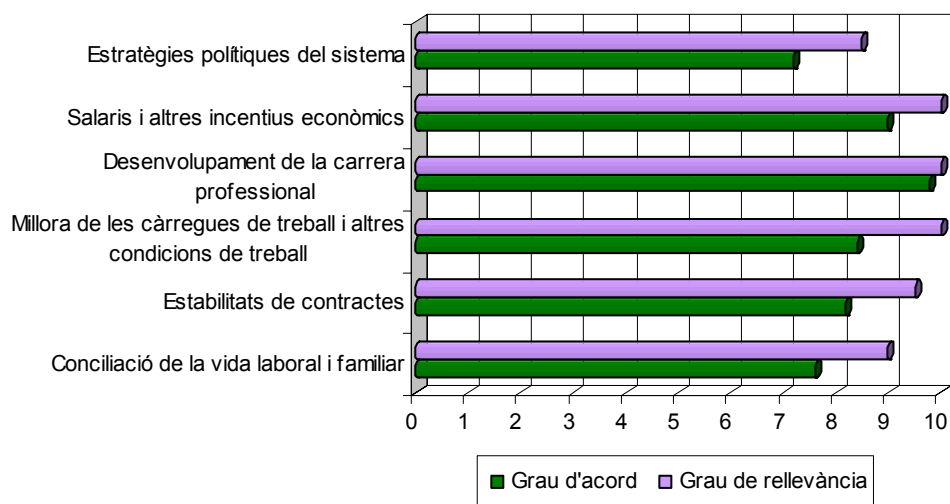


Tal com reflecteix el gràfic anterior, sembla que la mesura principal per afavorir la millor distribució territorial dels professionals passaria per la introducció d'estratègies polítiques adequades que incentivessin els llocs més problemàtics.

Quant al grau d'acord, segueixen la millora de les càrregues de treball i altres condicions de treball i el desenvolupament de la carrera professional. Aquesta última es va considerar d'especial rellevància, a causa de la diferent percepció que encara avui es té del que es pot aprendre, per una banda, i de les possibilitats de promoció, per l'altra, entre els hospitals rurals o els de les grans àrees urbanes.

A part dels factors que mostra el gràfic, també es van considerar altres mesures, com la millora de les comunicacions o els serveis medicalitzats de transport o d'atenció *in situ*.

Factors condicionants de la permanència dels professionals a Catalunya



En general:

S'ha parlat principalment de metges i infermeres, a causa de la manca de coneixement rigorós de la situació d'altres professions i també de la percepció que el fenomen de la emigració és més important en aquestes dues professions.

Com a grau de rellevància, obtenen puntuació màxima els incentius econòmics, el desenvolupament de la carrera professional i la millora de les càrregues de treball i altres condicions laborals. Les diferències del que es cobra en determinats països fa que alguns joves, per exemple, puguin mantenir un pis aquí per viure durant la setmana i fer una guàrdia de 24 hores a Londres cada cap de setmana i viure bé.

D'aquests tres factors, el desenvolupament de la carrera professional és al que s'ha atorgat més grau d'acord.

Metges:

Es considera que l'emigració professional dels metges era més important, en general, abans que ara. El que passa és que ha canviat molt el tipus de professional que se'n va i els seus motius. Abans marxaven principalment per aprendre, buscant formació científica i capacitat d'investigació a països on estava més desenvolupada.

Actualment, aquest sector de la professió té més tendència a quedar-se, a causa de la bona formació que es proporciona aquí. En aquest sentit, es té la sensació de que són més els que vénen a formar-se que a la inversa.

D'entre els que se'n van, en canvi, predominen els que ja estan formats. Vénen a buscar-los de manera activa, gràcies al prestigi i a l'homogeneïtat de formació que produeix el sistema MIR.

Infermeres i llevadores:

Com els metges, les infermeres que migren a d'altres països ho fan per incentius primordialment econòmics, però també per estabilitat contractual, que en el cas de les infermeres està especialment mal resolta al nostre país.

Les infermeres del nostre país estan molt valorades a la resta d'Europa, i compten amb un gran prestigi internacional. La seva captació per part d'altres països també es fa de manera activa i, a part dels econòmics, els ofereixen molts altres incentius com ara els contractes estables, els viatges per a elles i per a la família, la formació i la integració en el país que les acull.

En aquests col·lectius l'emigració professional és molt preocupant i no hem de parlar-ne només cap a d'altres països, sinó també cap a d'altres nivells assistencials molt més satisfactoris, com l'atenció primària. Els hospitals no ofereixen massa possibilitats de desenvolupament professional a infermeres i llevadores.

Les plantilles d'infermeres dels hospitals presenten un alt índex de contractació per a substitucions o per pics de demanda i també mobilitat a vegades excessiva entre serveis. Aquesta última mesura permet evitar suplències però també frena el desenvolupament i la satisfacció professionals.

2.2.c- La salut pública

L'abordatge que ha de fer la salut pública, les ocupacions i les activitats implicades, són més desconegudes en general, fins i tot per als propis professionals de la salut. Aquest fet ha dificultat, en part, el treball d'aquest subgrup; però també ha generat debats molt interessants i enriquidors, en haver-hi interferit menys els possibles prejudicis previs.

Ja hem comentat anteriorment que, en general, als tres subgrups de treball, el debat posterior a les respostes quantitatives ha conduït a molts canvis d'opinió més o menys rellevants –i també a matisacions– que no s'han expressat de manera quantitativa, però que queden reflectits de manera resumida al llarg del document.

Però, a causa del grau de desconeixement de la salut pública, de les diferències entre la teoria i la praxis, entre el concepte de salut pública i les estructures que exerceixen les seves funcions, i, fins i tot, dels conceptes mateixos; la disparitat entre les respostes sobre escala de Likert (mostrades pels gràfics) i el debat posterior es va fer molt més patent a salut pública que als altres dos àmbits (atenció primària i hospitalària).

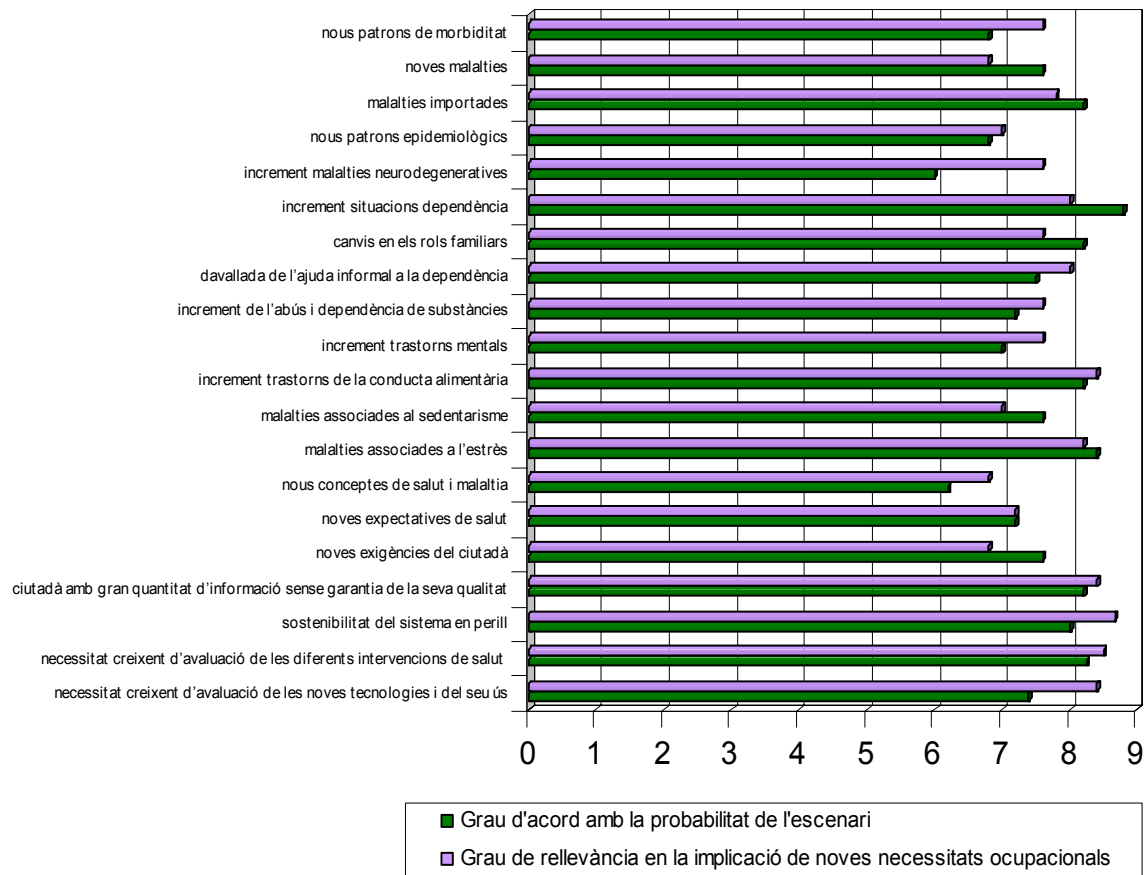
Per aquesta raó, no ens estendrem tant en l'anàlisi de les respostes quantitatives, com en l'exposició dels comentaris; sobretot en els casos amb més disparitat. En algun cas, fins i tot, ens limitarem a representar el gràfic mostrant les mitjanes de les respostes quantitatives obtingudes, i centrarem els comentaris en el debat posterior, principalment.

Nous escenaris per a la salut pública

Atès que no partíem de tants supòsits com als altres dos àmbits, vam plantejar la pregunta dels nous escenaris de manera diferent. En comptes de presentar un diagrama amb propostes esquemàtiques i les seves implicacions lògiques, vam optar pel model quantitatiu i qualitatiu, que s'ha seguit a altres preguntes i que ja ha estat explicat anteriorment.

Com a les altres preguntes que seguien aquest model, es van combinar escala de Likert i discussió en grup. Les respostes dels participants, mostrades a continuació, expressaven el seu grau d'acord, abans del debat, amb la probabilitat que esdevingui cada un dels escenaris proposats i també el grau de rellevància que consideren que té cada escenari des del punt de vista de les ocupacions de la salut pública.

Tret d'algunes excepcions, les opinions i comentaris sorgits a la sessió de treball sobre les respostes proposades a aquesta pregunta no han estat tan dispars entre els participants com en altres preguntes, per la qual cosa les conclusions del debat i les respostes quantitatives han estat molt similars i, per tant, aquest gràfic és bastant il·lustratiu de l'opinió general del subgrup de treball.



Tal com mostra el gràfic, l'increment de les situacions de dependència és l'escenari considerat més probable, seguit, de molt a prop, de les malalties associades a l'estrès, els canvis en els rols familiars, les malalties importades, els trastorns alimentaris, el ciutadà amb més quantitat d'informació però no sempre de qualitat, la necessitat creixent d'avaluació de les noves intervencions de salut, la sostenibilitat del sistema, les noves exigències del ciutadà, les malalties associades al sedentarisme, les malalties noves i la davallada de l'ajuda informal a la dependència.

Pel que fa al grau de rellevància en la implicació de noves necessitats ocupacionals, els escenaris que més puntuació han obtingut han estat la sostenibilitat del sistema en perill, la necessitat creixent d'avaluació de les diferents intervencions de salut i d'avaluació de les noves tecnologies, el ciutadà amb més informació però no sempre de qualitat, l'increment dels trastorns de la conducta alimentària i de les malalties associades a l'estrès, l'increment de les situacions de dependència i la davallada de l'ajuda informal a aquesta. Les puntuacions de tot aquest grup han estat molt similars.

El grup següent, quant a rellevància, inclou les malalties importades, els nous patrons de morbiditat, l'increment de malalties neurodegeneratives, els canvis en els rols familiars, l'increment de l'abús i dependència de substàncies i dels trastorns mentals.

En relació amb als nous patrons epidemiològics, les malalties més prevalents i que, per tant, comporten més despeses al sistema (no només al sanitari) són les malalties oncològiques, les cardiovasculars, la diabetis i les respiratòries. Totes elles, precisament, són molt susceptibles de prevenir –de manera primària, secundària o terciària– amb actuacions de salut pública,

enfocades des d'una atenció primària orientada a la comunitat i també des d'una perspectiva intersectorial amb la participació de sectors "no sanitaris".

El mateix podríem dir sobre alguns dels nous escenaris considerats més rellevants, com els trastorns de la conducta alimentària, les malalties associades a l'estrès, la dependència de substàncies i els trastorns mentals. La millora de l'entorn i les intervencions orientades a promocionar la salut –capacitant els individus i la comunitat per al seu control–, poden fer més per a la prevenció d'aquestes malalties que moltes intervencions exclusivament *sanitaristes*.

Un altre grup molt important d'escenaris és el relacionat amb l'evolució del ciutadà. L'accés pràcticament infinit a la informació, els canvis relacionals entre el pacient i el professional de la salut, els nous conceptes i exigències vers la salut, amb expectatives sovint il·limitades, juntament amb la incapacitat per afrontar el patiment, les frustracions i l'esforç; estan generant un ciutadà més exigent i crític del sistema sanitari, però no més saludable ni més crític d'una societat que l'incita a consumir el que sigui (fins i tot medicaments, TACs, ressonàncies o intervencions quirúrgiques, no sempre necessàries per a la "salut" i, sovint, nocives) i a intervenir en qualsevol petita alteració de la normalitat. Contrarestar aquestes tendències socioculturals, per tal de minimitzar les seves conseqüències adverses en la salut, requereix iniciatives des de tots els àmbits (atenció primària, salut pública, mitjans de comunicació, associacions de pacients, escoles i altres estructures), de manera coordinada i orientada a la comunitat.

Pel que fa als problemes derivats de la temuda insostenibilitat del sistema, es van debatre aspectes relacionats principalment amb el paper de la salut pública. Tot i que l'intercanvi d'opinions i informacions durant el debat va aconseguir apropar la majoria d'opinions, es va partir d'alguns enfocaments dispars.

No estaven massa clars, per exemple, aspectes com l'avaluació de les tecnologies i la recomanació del seu ús. Per part d'alguns participants, es percep com una imposició decidida des d'estructures alienes al dia a dia del professional que ha d'utilitzar aquell aparell o tecnologia en qüestió (i que ja fa les seves avaluacions) o que ha de dur a terme una activitat que ha estat determinada per estructures de salut pública. *...que un senyor que mai a la vida ha trepitjat un laboratori m'hagi d'informar sobre una tecnologia de laboratori, fa una mica de por...* Tot i així, es veu molt important que ha d'existir aquesta avaluació i que és necessari el domini de certes metodologies que puguin determinar el cost-benefici, etc. No podem oblidar l'existència, gens menyspreable, d'una variació de la pràctica mèdica (VPM) que, a vegades, ve donada pels diferents tipus d'incentius, econòmics o professionals. L'anomenada "hipòtesi de la fascinació tecnològica" és una explicació al nostre sistema^{31, 32, 33, 34}.

També hem de tenir en compte que els recursos del sistema no poden ser il·limitats (malgrat sigui discutible on ha d'estar aquest límit) i que, per tant, algú ha de valorar, de manera independent i amb totes les proves disponibles, la utilització de tecnologies costoses segons, no només la eficàcia, sinó també valoracions de cost-benefici, cost-efectivitat i cost d'oportunitat (del que es deixa de fer per a alguns probablement més necessitats). L'ètica mèdica passa per dirigir els esforços cap a la societat i no només cap al "teu pacient" i, sovint,

³¹ Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac. Sanit. 2006;20(1):110-6

³² Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYSS) Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2005;1:27-46

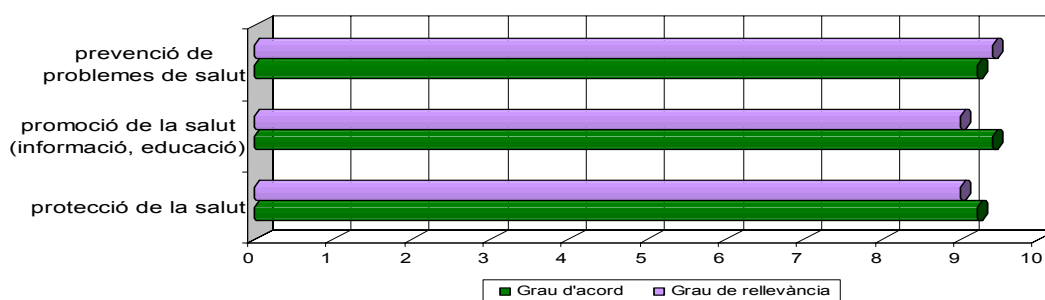
³³ Bernal E et al. por el grupo VPM-IRYSS. Necesidad u oferta. ¿Qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica? Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2005;1:5-10

³⁴ Sola-Morales O. Preferencias y tecnología: la perspectiva de los profesionales. Economía y Salud. 2005;55:6-7.

la cobertura universal i gratuïta incentiva la utilització excessiva de recursos que no contribueixen a millorar la salut.

Economistes de la salut, com B. González López-Valcárcel, asseguren que els recursos no seran mai suficients per satisfer tots els desigs i necessitats i que tots els sistemes de salut imposen uns tipus o altres de racionament (monetaris o d'altres com les llistes d'espera i les traves burocràtiques), que si estan ben dissenyats no han de limitar l'accés a l'atenció sanitària realment necessària. Assignar i distribuir els recursos (ús de tecnologies i de medicaments, intervencions de salut, cobertures sanitàries, etc.) implica sacrificar els interessos d'uns grups de ciutadans davant d'altres. Prioritzar no és mai una tasca fàcil i menys quan la velocitat dels desenvolupaments tecnològics dificulta la disponibilitat de les proves científiques suficients o de la seva difusió. Segons l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE)³⁵, el problema no es limita tan sols a la necessària *producció d'evidència*, és a dir a la *avaluació* suficient de tecnologies de salut (*health technology assessment o HAT*)³⁶, sinó també a la seva utilització en la presa de decisions.

La salut pública i el seu paper en el sistema



En aquest cas, les respostes quantitatives, mostrades al gràfic anterior, no són gaire representatives del debat posterior sobre el paper de la salut pública en el sistema. Per començar, hem d'aclarir que aquests tres papers o funcions de la salut pública són els que vam proposar (deixant també espais, com sempre, per afegir-ne d'altres) en formular la pregunta corresponent, i que vam optar per aquesta concepció clàssica (i discutible) de grups d'activitats, per assentar unes bases d'acord o desacord i després debatre les activitats dins de cada grup.

Així, des del punt de vista conceptual, els tres grups contenen superposicions entre ells i, de fet, no es tracta d'una divisió universal. Si tenim en compte, per exemple, que la prevenció primària de la malaltia abasta totes les mesures destinades a prevenir la seva aparició (com la reducció dels factors de risc), hauríem d'incloure la protecció de la salut dins del concepte de prevenció.

³⁵ The OECD Health Project. Health Technologies and Decision Making OECD Nov 2005. Disponible per a lectura on line: <http://www.oecdbookshop.org>

³⁶ L'HTA s'ha desenvolupat per tal de considerar l'impacte global de les tecnologies de la salut i avaluar els seus beneficis i costos. Segons el Projecte de l'OCDE mencionat abans, l'HTA implica en general: a) identificar la política d'actuació a qüestionar, b) recuperació sistemàtica de les proves i anàlisis científics, i c) avaluació de les proves, incloent judicis sobre la interpretació dels resultats obtinguts. L'evidència científica obtinguda i la seva valoració serveix, llavors, d'informació en el procés de presa de decisions.

D'altra banda, el concepte de promoció de la salut és un terme d'abast més ampli, el qual pot incloure activitats de prevenció de problemes de salut i també de protecció de la salut. La prevenció s'utilitza a vegades com a terme complementari de la promoció de la salut, i, malgrat aquest encavalcament de contingut i d'estratègies, la prevenció de la malaltia es defineix com una activitat diferent, segons el glossari de promoció de la salut (OMS, 1998)³⁷. En aquest context, la prevenció de la malaltia és l'acció que normalment emana del sector sanitari, i que considera els individus i les poblacions exposats a factors de risc identificables, els quals solen estar associats, sovint, a diferents comportaments de risc. La promoció de la salut queda definida, per aquest mateix glossari, de la manera següent:

La promoció de la salut és el procés que capacita les persones per incrementar el control sobre la seva salut i millorar-la.

Segons aquesta definició –basada en els conceptes desenvolupats a la I Conferència Internacional de Promoció de la Salut, i cristal·litzats a la Carta d'Ottawa al 1986^{38, 39, 40}–, la promoció de la salut constitueix un procés polític i social global que inclou no solament les accions dirigides directament a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, sinó també les adreçades a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, amb la finalitat de mitigar el seu impacte en la salut pública i individual.

De fet, aquesta concepció de la promoció de la salut, i el seu paper clau en la salut pública, romanen intactes en les declaracions o cartes aprovades per les conferències internacionals posteriors, algunes de les quals han introduït nous conceptes complementaris i algunes orientacions polítiques actualitzades. La Declaració de Jakarta (IV Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut, 1997) o la Carta de Bangkok (VI Conferència Mundial de Promoció de la Salut, 2005), en són exemples.

³⁷ Nutbeam et al., WHO Collaborating Centre for Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, Australia. Health Promotion Glossary WHO, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP); Ginebra, 1998

³⁸ Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO; Ginebra, 1986.

³⁹ Duncan K i Maceiras L. Carta de Ottawa para la promoció de la salut. Salud Pública Educ Salud 2001; 1(1):19-22

⁴⁰ Segons K. Duncan i L. Maceiras (2001), el concepte de *promoció de la salut* va sorgir com a resposta a la necessitat de buscar noves aproximacions als múltiples problemes de salut no abordats a temps; molts dels quals, als països industrialitzats, són conseqüència dels estils de vida propiciats per l'abundància, malgrat les inversions realitzades en el sector de la salut i els avenços assolits.

A Europa, la presa de consciència d'aquestes mancances ha estat el punt de partida dels esforços per trobar accions apropiades, expressats en l'*estratègia regional de Salut per a Tots (SPT)*, que van adoptar 32 països el 1984. Però la idea de la promoció de la salut ja s'havia començat a perfilar arran de l'informe *A new perspective on the health of Canadians*, publicat al Canadà l'any 1974. Aquest informe representava un dels primers intents de modificar la planificació, tradicionalment dirigida als serveis d'atenció sanitària, a favor de la planificació per aconseguir una població i un ambient sans.

Finalment, el novembre de 1986, l'OMS, el Ministeri de Salut i Benestar Social del Canadà i l'Associació Canadenca de Salut Pública van organitzar la primera Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut a Ottawa (Ontàrio, Canadà) per intercanviar experiències i coneixements. Van participar-hi 38 països, i es van coordinar esforços entre professionals de la salut i altres sectors, entre representants d'organitzacions governamentals, de voluntariat i comunitàries, així com entre polítics, membres de l'Administració, acadèmics i facultatius. La Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut presenta els enfocaments, estratègies i proposicions fonamentals que els participants van considerar indispensables per avançar de manera significativa en el progrés i la promoció de la salut.

La Carta d'Ottawa identifica les següents estratègies bàsiques per a la promoció de la salut:

Estratègies bàsiques per a la promoció de la salut (Carta d'Ottawa)

- ⇒ **advocar** per la salut, amb la finalitat de crear les condicions de salut essencials
- ⇒ **facilitar** que totes les persones puguin desenvolupar tot el seu potencial de salut
- ⇒ **intervenir** a favor de la salut

Aquestes estratègies se suporten en cinc àrees d'acció prioritàries, contemplades a la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut:

Àrees d'acció prioritàries (Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut)

- ⇒ Establir una **política pública saludable**
- ⇒ Crear **entorns que suportin la salut**
- ⇒ Enfortir **l'acció comunitària per a la salut**
- ⇒ Desenvolupar les **habilitats personals**
- ⇒ **Reorientar els serveis sanitaris**

La **Declaració de Jakarta**⁴¹ confirma que aquestes estratègies i àrees d'acció són essencials per a la promoció de la salut, i incorpora el concepte d'*empoderament* de les persones i de les comunitats, i el de *participació* com a part essencial per sostenir els esforços. Considera que l'alfabetització i l'aprenentatge en salut (*health literacy/ health learning*) fomenten la participació, i destaca també que hi ha una clara evidència de que els enfocaments globals (utilitzant les cinc estratègies combinades, en comptes d'una sola) per al desenvolupament de la salut són els més efectius. Identifica les cinc prioritats següents de cara a la promoció de la salut al segle XXI:

Prioritats per a la promoció de la salut al segle XXI (**Declaració de Jakarta**)

- ⇒ Promoure la **responsabilitat social per a la salut**
- ⇒ Incrementar les **inversions per al desenvolupament de la salut**
- ⇒ Expandir la **col·laboració per a la promoció de la salut**
- ⇒ Incrementar la **capacitat de la comunitat i l'empoderament dels individus**
- ⇒ Garantir una **infraestructura per a la promoció de la salut**

Des de l'adopció de la Carta d'Ottawa, molts països han subscrit un gran nombre de resolucions –tant a l'àmbit nacional com mundial– en suport de la promoció de la salut, però les

⁴¹ The Jakarta Declarations on Leading Health Promotion into the 21st Century. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4; Ginebra 1997

mesures conseqüents no sempre han seguit a aquestes resolucions. Els participants de la **Conferència de Bangkok**⁴² han fet una crida enèrgica als estats membres de la Organització Mundial de la Salut perquè tanquin aquesta escletxa d'execució i passin a desenvolupar polítiques i aliances per a l'acció. Sol·liciten a l'Organització Mundial de la Salut i als seus estats membres que **destinin recursos a la promoció de la salut, iniciïn plans d'acció i observin els seus resultats mitjançant indicadors i objectius apropiats, i que informin amb regularitat sobre els progressos realitzats.**

Després d'exposar algunes de les funcions més destacades que la salut pública hauria de desenvolupar, podríem dir que, malgrat s'han fet esforços importants en aquest sentit, encara queda un llarg camí a recórrer. Es percep, de manera especial, **una manca de coordinació intersectorial i d'abordatge integral, i un escàs enfocament comunitari i participatiu.**

Per tal d'orientar la salut pública a **crear salut i no solament a reparar-la**, caldrà

- ⇒ crear aliances amb tots els sectors –sanitaris i no sanitaris– implicats
- ⇒ comptar amb i fomentar la participació emancipada dels ciutadans, de manera individual i en el si de la comunitat.

Una bona coordinació amb l'Atenció Primària de Salut, esdevé essencial en aquests afers. Tant per la seva definició (que inclou l'enfocament comunitari i intersectorial, i l'educació per a la salut dels individus i de la comunitat)⁴³ com per la seva situació privilegiada (pel contacte diari entre el personal d'atenció primària i els individus de la seva comunitat), hi ha un ampli camp per a la **promoció de la salut des de l'atenció primària**. La seva situació és òptima per donar suport a les necessitats individuals i per influir en la formulació de les polítiques i programes que afecten la salut de la seva comunitat.

La participació ciutadana i comunitària és un dels principis en els quals es basa l'Atenció Primària de Salut definida a Alma Ata (1978), i ha estat considerada per la Declaració de Jakarta (1997) un element essencial per tal de sostenir els esforços i augmentar l'eficàcia en el lideratge de la promoció de la salut. Cal un esforç decidit i continuat per assegurar la implicació significativa de la comunitat en planejar, implantar i mantenir els serveis de salut, i també una confiança màxima en recursos locals com ara la mà d'obra, els diners i els materials (Alma Ata 1978) Reproduint paraules d'A. Segura, *la participació té la potencialitat de millorar la salut de les persones i de les poblacions, perquè suposa una implicació més gran. Seria, doncs, una característica desitjable des d'un punt de vista utilitari. Però és que, segons com entenem la salut, la participació és un element necessari per assolir l'autonomia i per exercir la solidaritat, dues de les característiques que la definició de salut del X Congrés de metges i Biòlegs de Llengua Catalana atribueix a la salut. Autonomia per viure de la manera menys dependent possible, i solidaritat amb la resta dels components de la comunitat.*⁴⁴

⁴² Grup internacional d'experts, participants en la VI Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut. Carta de Bangkok per a la promoció de la salut en un món globalitzat. Bangkok, Tailàndia, 2005. Disponible a: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

⁴³ International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978 Disponible a http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

⁴⁴ Segura A. Participació ciutadana en l'estratègia de desenvolupament de la salut pública a Catalunya, 2010. Dins: Antó JM et al. La reforma de la salut pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Generalitat de

Quant a l'efecte de la implicació ciutadana en la millora de la salut, cal recordar que la millora de la salut no s'aconsegueix solament amb intervencions sanitàries i que aquestes, a més, no sempre la milloren i rarament són innòcues^{45,46}. La tendència consumista general de la població –que també s'estén al camp de la salut– i els patrons de valors que imperen a la nostra societat propicien un consum inadequat de serveis sanitaris, amb excés de medicalització i d'intervencions inadequades. **El sobretractament** és un problema creixent⁴⁷ i **mereix més atenció** efectiva de la que se li està donant. Aconseguir la seva disminució –el que alguns anomenen **prevenció quaternària**⁴⁸– hauria d'estar entre els objectius prioritaris de la salut pública, acompanyat d'esforços importants. Si bé hi ha altres factors causants d'aquest fenomen –alguns generats des del propi sistema–; la implicació del ciutadà, a través de la seva participació en l'àmbit de la salut i en aquells àmbits extrasanitaris que determinen la salut, esdevé crucial. La participació és considerada un mecanisme de sostenibilitat –redueix costos i millora l'eficiència– i un element afavoridor de xarxes de protecció i solidaritat socials⁴⁹.

En canvi –malgrat que qualsevol text legislatiu o intervenció política la consideri un principi fonamental–, hi ha poques mesures concretes i suport institucional real que permetin el seu desenvolupament⁵⁰. L'informe per a la reforma de la Salut Pública a Catalunya –el capítol específic, citat anteriorment (A. Segura 2005)–, explora en profunditat les possibilitats de traduir a la pràctica la participació ciutadana, cita algunes experiències locals i internacionals, i planteja una sèrie de recomanacions. Les propostes –molt variades– abasten des de la dimensió més política fins als àmbits més funcionals, i la seva concreció va des de l'aportació d'opinions (no només amb enquestes o reclamacions) fins a l'autogestió de programes de promoció i de protecció de la salut. El capítol que dediquem al ciutadà, en aquest estudi, també proporciona exemples d'intervencions i propostes d'acció en aquest camp.

A part dels tres grups principals d'activitats que hem esmentat (prevenció de la malaltia, promoció de la salut i protecció de la salut), hi ha una funció de la salut pública, de la qual no hem parlat, i que subjeu a totes elles:

La salut pública també ha de planificar, prioritzar i organitzar la provisió de serveis diagnòstics, terapèutics i de promoció de la salut.

Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública; 2005; 113-26. Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>

⁴⁵ Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006;20(supl 1):127-34

⁴⁶ J. Gervas diu a l'article citat abans: *...Sin ser irónicos, la actividad del sistema sanitario es uno de los factores de riesgo más importantes desde el punto de vista de la salud pública, dadas la frecuencia y gravedad de sus efectos adversos...*

⁴⁷ Els quatre exemples de la necessitat d'aplicar prevenció quaternària a Espanya, que J. Gervas comenta al seu article són: 1) *la prevenció cardiovascular (on es fa de més a qui no ho necessita i de menys als que ho precisen)* 2) *l'ús dels nous antidepressius (que ha provocat una "epidèmia" de depressions, de diagnòstic incert)*, 3) *l'ús d'antibiòtics (moltes vegades innecessari, amb el consegüent augment de resistències bacterianes)*, i 4) *el diagnòstic genètic (amb l'exemple de la promoció del cribratge de l'hemocromatosi, de dubtós valor científic, però indubtable efecte en la medicalització de la societat)*.

⁴⁸ El diccionari de medicina general i de família de la WONCA (Bentzen N, editor. *WONCA dictionary of general/family practice*. Copenhagen: Maanedskift; 2003) defineix la prevenció quaternària com *les accions que es duen a terme per identificar els pacients en risc de sobretractament, per protegir-los de noves intervencions mèdiques, i per suggerir-los alternatives èticament acceptables*.

⁴⁹ Martín-García M, Ponte-Mittelbrun i Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit. 2006;20(supl 1):192-202.

⁵⁰ Ruíz-Giménez JL. Escuelas comunitarias de promoción de la salud. Rev Comunidad. 2004;7:45-56.

Abans d'entrar en més detalls, hem de destacar les dificultats per definir quines són les **activitats concretes en què s'han de traduir les funcions de la salut pública**. Dificultats, d'altra banda, trobades també a documents elaborats per experts de salut pública, com l'Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya (2005)⁵¹. Reproduïm algunes de les argumentacions de l'informe esmentat, les opinions del qual estan molt en la línia de les del nostre grup de treball:

...Si bé és relativament senzill arribar a un acord pel que fa la tipologia de les funcions de salut pública, ho és menys definir quines són les activitats concretes en què s'han de traduir. Tot i que hi ha un ampli consens en la determinació d'algunes de les activitats de la salut pública com el sanejament de l'aigua, les vacunacions o els registres de mortalitat i les seves causes, aquesta situació no és extensiva al conjunt d'activitats que avui conformen el mosaic de prestacions de salut pública del nostre sistema sanitari.

En alguns casos, la dificultat per establir quines activitats han de ser desenvolupades rau en la manca d'adaptació dels serveis disponibles als canvis que experimenten els problemes de salut, en d'altres el problema és l'aparició de noves intervencions o tecnologies que no han estat suficientment avaluades des del punt de vista de la seva efectivitat i seguretat, en d'altres perquè, tot i disposar d'aquesta evidència, els possibles guanys sobre altres alternatives o bé la relació entre el cost i els guanys resulten dubtosos. Davant d'aquestes dificultats i per tal d'integrar la informació que contínuament proporciona la recerca, cada cop més les societats científiques i professionals han desenvolupat guies i recomanacions basades en diverses metodologies per aconsellar quins han de ser els serveis essencials. Com a conseqüència, podem saber quines prestacions tenen una validesa suficient, tot i que també és cert que totes les intervencions, les que s'accepten de forma consensuada i les que no, han de ser sotmeses a una revisió permanent de la seva vigència i eficiència.

Adicionalment, i des de la integració del nostre país a la Unió Europea, no és només l'ordenament jurídic propi el que determina, en alguns casos, quins serveis cal oferir, sinó que les polítiques de la Unió Europea en generen la necessitat d'adaptació permanent. Per tant, la definició de quines prestacions han de ser proveïdes i en quin nivell s'han d'executar (local, autonòmic o estatal) és producte de la legislació vigent, del desenvolupament de polítiques de salut que tracten d'adaptar els recursos a les realitats canviants i, finalment, del model polític i territorial del país.

En general, una intervenció hauria de ser incorporada com a prestació de salut pública sempre que sigui efectiva i segura, es puguin precisar els límits de l'activitat i l'organisme competent, sigui més eficient que altres alternatives, respongui a una necessitat a cobrir i es disposi de recursos per poder-la oferir i resulti acceptable per a la població. Quan alguna de les activitats de salut pública habituals deixa de complir aquests requisits la seva prestació hauria de ser revisada i eventualment, si correspon, retirada.

Resulta obvi que en l'àmbit de la salut pública no disposem de tots els serveis que caldria, i que no tots els que tenim estan justificats. En la pràctica, el conjunt de serveis de salut pública que ofereix el sistema de salut és el resultat d'influències i decisions d'ordre molt divers. D'una banda, la continuïtat d'activitats realitzades en el passat, la permanència de la qual té de vegades un elevat component d'inèrcia. Altres vegades són el resultat de decisions polítiques puntuals en resposta a fortes demandes socials o a situacions d'emergència i alarma. De manera creixent, alguns serveis nous són establerts perquè l'experiència internacional i la literatura científica aconsellen sobre la seva conveniència. No obstant això, cal remarcar que en l'àmbit de la salut pública no hi ha un sistema de demanda-oferta com el que hi ha en el sector

⁵¹ Antó JM et al. La reforma de salut pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública; 2005 Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>

assistencial. A més a més, com que ambdós sectors estan inclosos en un mateix pressupost, el fet que l'estructura pressupostària del sector assistencial mostri un creixement constant dels serveis i la despesa, fa que a la pràctica la prestació de serveis de salut pública es vegi negativament discriminada.

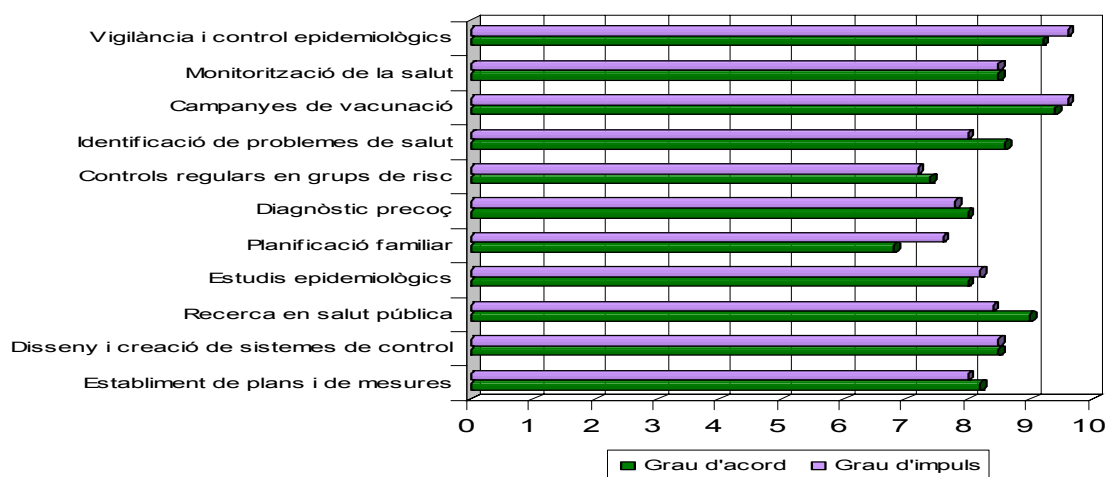
El procés per decidir quins serveis s'han de proveir ha de ser dinàmic i amatent, tant a la identificació de noves necessitats com a les evidències disponibles sobre les possibles solucions i la seva efectivitat. Aquest tipus d'informació és cada cop més abundant gràcies al desenvolupament dels sistemes d'informació i al creixement de la recerca epidemiològica i de salut pública. Però, en alguns casos, el conjunt de circumstàncies que envolten les decisions de proveir o no un determinat tipus de servei fan les opcions particularment difícils. En el cas dels efectes de la contaminació ambiental o de la contaminació dels aliments sobre la salut, sovint hi ha una disparitat entre la dificultat i el temps necessari per acumular l'evidència científica necessària per a les intervencions, i la necessitat d'anticipació i de prevenció dels efectes perjudicials. En aquest àmbit, la Unió Europea ha optat per donar una importància creixent al principi de precaució com a estratègia política per afrontar els riscos ambientals i de salut.

És també molt important assenyalar que, en l'àmbit de la salut pública, sovint es produeix un conflicte pel fet que les intervencions que protegeixen la salut de la població amb un alt grau d'evidència sobre la seva adequació, al mateix temps poden suposar restriccions per a determinats grups, persones o corporacions, la qual cosa comporta una major dificultat per a la seva acceptació i implantació. Aquests conflictes són sovint importants i posen de manifest la importància que les polítiques de salut pública incorporin, a més a més de consideracions científiques, tècniques i econòmiques, consideracions culturals i ètiques.

A Catalunya, durant els darrers anys, ha estat cada cop més freqüent que les administracions fixin els serveis que proporcionen en el que s'ha anomenat cartera de serveis. Tradicionalment, la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut s'ha organitzat en tres àrees: promoció de la salut, protecció de la salut i vigilància epidemiològica. A partir de l'any 2001, a aquestes tres àrees s'hi va incorporar la planificació sanitària, i l'any 2004 es va crear la Direcció General de Planificació i Avaluació...

Serveis/activitats per a la prevenció de problemes de salut

Les respostes quantitatives del subgrup de salut pública referents als serveis de prevenció, van ser les següents:



La prevenció, en el seu sentit estricte⁵², se superposa amb les activitats de protecció de la salut (que serien part de la prevenció primària) i de promoció de la salut. Però, com ja hem dit anteriorment, considerarem aquí el que hi diu al glossari de promoció de la salut (OMS 1998): *l'acció que normalment emana del sector sanitari, i que s'ocupa dels individus i les poblacions exposats a factors de risc identificables, els quals solen estar associats, sovint, a diferents comportaments de risc.*

Si bé, com en d'altres ocasions, la quantificació a aquestes respostes no ha estat fàcil; podem observar una correlació elevada entre el grau d'acord i el grau d'impuls que haurien d'experimentar cada una de les activitats del gràfic. Així, la vigilància i el control epidemiològics i els programes de vacunació serien les activitats primordials de prevenció, seguides del monitoratge de la salut, la recerca en salut pública, el disseny i la creació de sistemes de control, els estudis epidemiològics i l'establiment de plans i mesures.

Els avanços més rellevants de la salut pública al llarg de la història van donar peu a la primera revolució epidemiològica: la conquesta de la malaltia infecciosa⁵³. **La conquesta de la malaltia no infecciosa⁵⁴ serà la segona revolució epidemiològica.** Aquests tipus de malalties són en l'actualitat la principal causa de mortalitat als països industrialitzats i creix la seva importància als països en desenvolupament. Els mètodes més efectius per a la prevenció d'aquests problemes (com les malalties cardiovasculars, alguns tipus de càncer, l'apoplexia, els accidents, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i la cirrosi hepàtica) es basen en programes de salut pública. S'han aconseguit, per exemple, reduccions espectaculars en els índex de mortalitat per malalties cardiovasculars i per apoplexies amb programes per al control de la hipertensió i l'educació sanitària de poblacions amb risc.

Estudis com el ja esmentat de l'Observatori Europeu de Polítiques i Sistemes de Salut, fan èmfasi en la importància de la prevenció per afrontar els nous reptes de la salut pública i, al capítol que aborda la formació dels professionals de la salut⁵⁵, tracta la prevenció com una de les matèries comunes a tenir en compte a les diferents professions, per ser una pràctica cost-efectiva, perquè l'orientació comunitària s'està tornant més prevalent i perquè els canvis de conducta són molt importants per reduir la mortalitat i la morbiditat. També emfatitza que un sistema amb una atenció primària forta millora la prevenció.

A Catalunya, l'orientació de la reforma de l'atenció primària juntament amb la transposició als seus contractes assistencials d'alguns dels objectius operatius del Pla de salut, han afavorit que en aquest nivell d'assistència es realitzin moltes activitats preventives de caire individual

⁵² Prevenció: *Activitat que intenta evitar l'aparició d'alteracions de la salut. En epidemiologia, es classifica en **prevenció primària**, encaminada a la reducció de la incidència de malaltia i d'altres desviacions de la bona salut; en **prevenció secundària**, dirigida a reduir la prevalença, i en **prevenció terciària**, que pretén reduir el nombre o l'impacte de complicacions i seqüeles.* (Diccionari enciclopèdic de medicina de l'Enciclopèdia Catalana)

⁵³ La impotència de la humanitat davant les infeccions romangué durant molt de temps, fins que es va obtenir la prova conclouent de la teoria del germen, realitzada a final del segle XIX per Louis Pasteur a França i Robert Koch a Alemanya. A més del descobriment de vacunes efectives –que ha conduït l'eradicació de la verola i un notable descens de malalties com la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomeilitis i el xarampió–, el control sanitari dels aliments i altres pràctiques higièniques (aigua potable, sabó, desinfecció, clavegueram, etc.) –juntament amb l'educació sanitària en aquest sentit (sobretot en infants i adolescents)– han estat fonamentals en la millora de la salut pública.

⁵⁴ Quan parlem de conquerir *la malaltia infecciosa o la no infecciosa*, ens referim a grups de malalties en un sentit ampli i genèric, ja que, ni estan ni estaran mai controlades totes les malalties infeccioses, ni es podran controlar tampoc totes les no infeccioses.

⁵⁵ Kachur EK i Krajic K. Structures and trends in health profession education in Europe. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:79-96

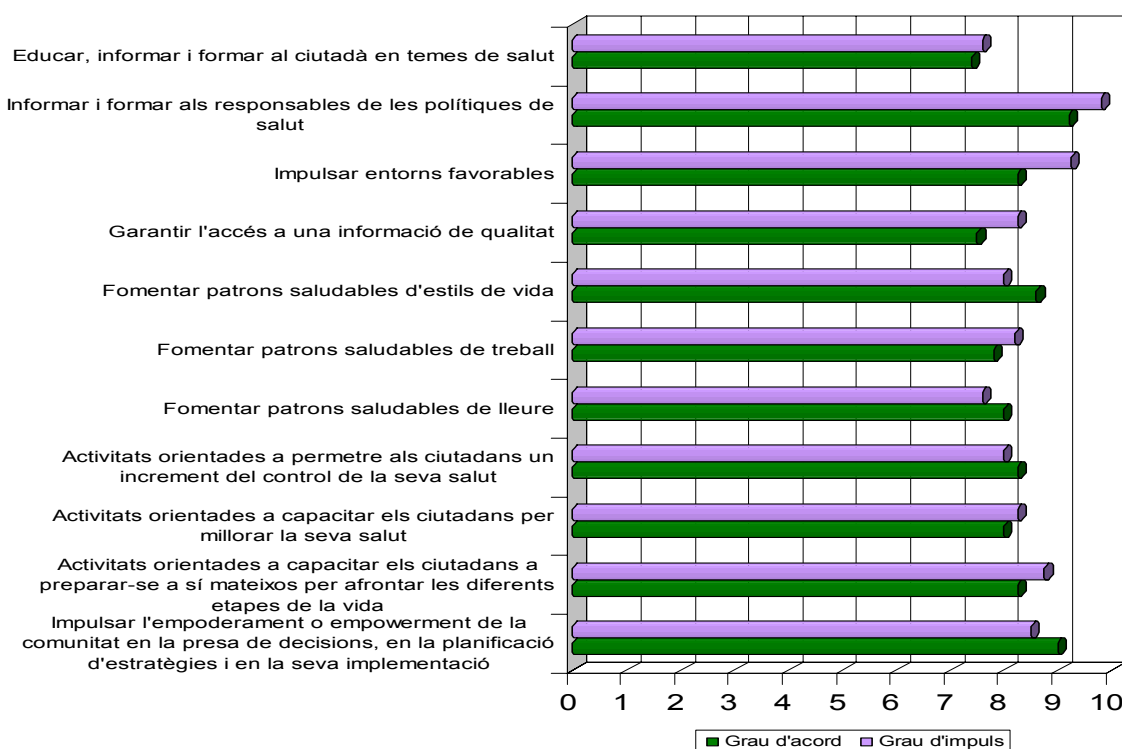
com les vacunacions i els cribratges. Igualment, els hospitals realitzen alguns programes de prevenció continguts en el Pla de salut. Tant l'atenció primària com l'hospitalària són proveïdores d'informació crítica per a la vigilància de la salut pública.

En conjunt, la incorporació d'activitats preventives als serveis assistencials ofereix moltes oportunitats per millorar la salut de la població que han de ser aprofitades. No obstant això, convé no confondre el seu rol de prestació de serveis als individus amb el dels serveis de salut pública. De cara al futur, cal enfortir i ampliar la provisió de serveis de salut pública, d'una banda, i la col·laboració i coordinació entre salut pública i atenció primària, de l'altra.

La manca de comunicació entre aquestes estructures no afavoreix la seva eficiència. Esdevenen crucials una major participació dels professionals d'atenció primària en la planificació i prioritització d'activitats, així com un adequat *feed-back* per part de les estructures de salut pública cap a l'atenció primària. Un aspecte molt important també a tenir en compte és la planificació adequada del temps i dels recursos necessaris per poder dur a terme les activitats que es considerin convenients.

Serveis/activitats per a la promoció de la salut

Les respostes quantitatives del subgrup de salut pública referents als serveis de promoció, van ser les següents:



Ja hem tractat la promoció de la salut anteriorment amb bastant detall i, en realitat, totes les activitats de promoció de la salut exposades (i mostrades al gràfic anterior) es van considerar de rellevant importància. No obstant això, farem menció dels comentaris i opinions més destacables dels debats i d'alguna altra informació rellevant.

L'abast de la promoció de la salut és molt ampli: la promoció de la salut és tot el que diu aquest gràfic i encara més. Malgrat moltes vegades s'utilitzen de manera equivalent les

expressions “promoció de la salut” i “educació sanitària” o “formació en salut”, la promoció de la salut té un abast molt més ampli i implica intervencions polítiques i socials destinades a canviar les polítiques i serveis i a promoure la **responsabilitat social de la salut**⁵⁶. I sembla que és aquest, precisament, l'aspecte més valorat pel nostre grup d'experts. Informar i formar els responsables de les polítiques de salut i impulsar entorns favorables a la salut han estat considerades les dues activitats que més s'haurien d'impulsar.

Impulsar entorns favorables de salut inclou també (a part d'implantar mesures per evitar agents físics, químics i biològics perjudicials per a la salut) la promoció d'entorns psicosocials on hi hagi cabuda per a l'autoajuda i l'establiment de “xarxes socials” (relacions i vincles socials entre les persones que poden facilitar l'accés o mobilització del suport social a favor de la salut). Com més fortes són aquestes xarxes i vincles, més probable serà que els membres d'una comunitat cooperin per al seu benefici mutu, potenciïn els beneficis de les inversions sanitàries i creïn salut. La cohesió social de les comunitats facilita l'accés al suport social, i les influències desestabilitzadores (índex d'atur alts, plans de reubicació d'habitatges a gran escala, ràpida urbanització) poden donar lloc a una desorganització greu de les xarxes socials. Les accions destinades a donar suport i afavorir el restabliment de les xarxes també formen part de la promoció de la salut.

L'educació, la informació i la formació en salut són essencials per capacitar el ciutadà i la comunitat en el control de la seva salut, però no són suficients. No hauríem d'oblidar que un traspàs d'informació cognitiva no aconsegueix, per si sol, canvis de conducta. El coneixement és bàsic per a l'adquisició de conductes saludables, però els aspectes emotius (experiències pròpies, sistemes de valors, relacions socials, percepció del que opina la majoria, por a les sancions i molts altres factors) tenen també molta influència en la generació d'opinions, actituds i comportaments. De fet, segons el glossari de promoció de la salut (OMS 1998) l'educació de la salut ha d'abastar tant l'**alfabetització en salut** –que inclou la millora del coneixement de la població, pel que fa a salut–, com el **desenvolupament d'habilitats personals**, de la motivació i de l'autoestima necessàries per adoptar mesures destinades a millorar la salut. Reproduïm el que diu l'OMS i la Carta d'Ottawa sobre aquests dos conceptes:

- ⇒ **L'alfabetització en salut** (*health literacy*) persegueix assolir un nivell de coneixements, habilitats personals i confiança que permetin adoptar mesures que millorin la salut personal i la de la comunitat, mitjançant un canvi dels estils de vida i de les condicions de vida personals. Comporta habilitats cognitives, i també socials, que determinen la motivació i la capacitat dels individus per accedir a la informació, comprendre-la i utilitzar-la amb eficàcia, per promoure i mantenir una bona salut; és esdevé crucial, per tant, per a l'empoderament de la salut. L'alfabetització de la salut depèn d'àmbits més generals d'alfabetització, i una baixa alfabetització general pot afectar directament la salut de les persones, ja que limita el seu desenvolupament personal, social i cultural, a més d'impedir el desenvolupament de l'alfabetització de la salut.
- ⇒ **Les habilitats per a la vida** (*life skills*) són les capacitats de l'individu per adoptar un comportament adaptatiu i positiu que li permeti abordar amb eficàcia les exigències i els desafiaments de la vida quotidiana. Les habilitats per a la vida són habilitats personals, interpersonals, cognitives i físiques que permeten a les persones controlar i dirigir les seves vides, desenvolupant la capacitat per viure amb l'entorn i aconseguir que aquest canviï. Són, per tant, elements essencials per a la promoció de la salut i han estat anomenades “habilitats personals per a la promoció de la salut” (*personal skills for health promotion*). A

⁵⁶ La responsabilitat social per a la salut es reflecteix en les accions dels responsables de la presa de decisions tant del sector públic com privat, per establir polítiques i pràctiques que promoguin i protegeixin la salut. (Declaració de Jakarta sobre la Conducció de la Promoció de la Salut cap al segle XXI, OMS, Ginebra, 1997)

tall d'exemple, podem citar la presa de decisions i solució de problemes, el pensament creatiu i crític, el coneixement d'un mateix i l'empatia, les habilitats de comunicació i de relació interpersonal i la capacitat per afrontar les emocions i manejar l'estrès.

La interacció entre Atenció Primària i Salut Pública és essencial per abordar la promoció de la salut de la població. La situació privilegiada de l'atenció primària de proximitat al ciutadà i a la comunitat, li ofereix oportunitats òptimes per desenvolupar activitats de prevenció i promoció de la salut del ciutadà i també de la comunitat. A part d'abordar l'educació i la formació en salut o el desenvolupament d'habilitats personals de supervivència, des de l'atenció primària també es pot advocar per la salut en benefici de la comunitat i influir en la formulació de les polítiques i programes que afecten la seva salut. Aquesta orientació comunitària de l'atenció primària (anomenada també APOC o atenció primària orientada a la comunitat) està molt acceptada teòricament, però l'aplicació és altament heterogènia, es troba amb nombrosos obstacles i dificultats i depèn, sovint, de la bona voluntat dels professionals.

Cal destacar iniciatives en aquest sentit al nostre entorn, com el Programa d'Activitats Comunitàries en Atenció Primària (PACAP) o el projecte AUPA (acrònim de "Actuant units per a la salut"). El programa PACAP, posat en funcionament per la SEMFyC l'any 1995 té l'objectiu general de promoure aquest tipus d'activitats en l'àmbit de l'atenció primària. El projecte AUPA neix el 2003 com a projecte conjunt de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), les Unitats Docents de Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya i la Càtedra UAB-Novartis de Docència i Investigació en Medicina de Família, i l'Institut d'Estudis de la Salut (IES); i el 2004 pren el seu nom actual i s'integra dins de l'Àrea de Salut Pública i Recerca en Serveis Sanitaris de l'IES. Els seus objectius són millorar la formació en APOC dels professionals de l'atenció primària, potenciar les experiències en salut comunitària en l'atenció primària (xarxa AUPA), promoure les relacions entre els serveis d'atenció primària i de salut pública, promoure la comunicació nacional i internacional de les experiències, fomentar aliances i potenciar la recerca en salut comunitària.

La participació ciutadana i comunitària és un principi fonamental en declaracions internacionals sobre promoció de la salut. La Declaració de Jakarta (1997) el considera un element essencial per sostenir els esforços que han de conduir el procés de la promoció de la salut. La participació requereix implicació del ciutadà en les decisions i els processos relacionats amb la salut i, per tant, contribueix a la seva millora. Així, podem considerar-la com un element que afavoreix la sostenibilitat, en reduir costos i millorar l'eficiència; però també és un element imprescindible per assolir l'autonomia i afavorir la solidaritat. Els textos legislatius –als àmbits autonòmic (Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, Llei de protecció de la salut), estatal (Ley General de Sanidad) i internacional– també la reconeixen com un principi bàsic. En canvi, manquen mesures concretes i suport institucional que permeti el seu desenvolupament operatiu (JL Ruíz-Giménez, 2004). Sobre la participació i les seves possibilitats ja hem parlat al principi de l'apartat "La salut pública i el seu paper en el sistema" i també al capítol "el ciutadà" i, per tant, no ens estendrem més en aquest punt del document.

La comunicació juga un paper clau en la promoció de la salut i, per extensió, en la Salut Pública. Molts dels aspectes que es tracten en aquest document estan directament relacionats amb la comunicació i la seva importància (vegeu l'apartat "factors condicionants de la salut pública", el capítol "el ciutadà", els capítols d'atenció primària i d'hospitalària, alguns apartats del capítol de "metges") i, en conseqüència, abasten molts dels seus aspectes.

Això no és casual, sinó fruit de la constatació que la comunicació impacta de manera rellevant en la salut de les persones i que s'estan produint molts canvis en aquest terreny. Així, si volem explorar les tendències que afecten la salut i les ocupacions de la salut, haurem de considerar l'evolució de la comunicació –i insistir en el seu paper relacionat amb la salut de les persones– des de múltiples vessants, a diferents àmbits i abordant aspectes diversos, com ara:

- ⇒ La comunicació directa entre el professional de la salut i el pacient –el procés més antic i més destacat en la consecució d’una vida saludable⁵⁷–, que està guanyant en importància, però també en obstacles.
- ⇒ La comunicació directa entre els serveis de salut pública i la comunitat (en conjunt o amb els diversos grups i col·lectius que la componen), en diferents entorns (a les mateixes dependències del sistema sociosanitari i a d’altres com escoles, empreses o associacions de malalts).
- ⇒ La relació entre els serveis de salut pública i els mitjans de comunicació de masses (com a agents intermediadors de la comunicació amb la comunitat) i la necessitat de crear sinergies per afavorir una informació de qualitat i objectiva.
- ⇒ La comunicació entre institucions privades (indústria farmacèutica, centres de salut i d’estètica i d’altres) i la societat, i entre aquelles i els mitjans de comunicació.
- ⇒ La comunicació entre els diferents nivells assistencials, entre professions diferents, entre col·legues, entre Administració i professionals, entre gestors i professionals de la salut.
- ⇒ La comunicació entre pacients (vegeu el capítol dedicat al ciutadà, que aborda aquest aspecte i inclou referències bibliogràfiques i d’Internet sobre iniciatives en aquest sentit; com el programa “el pacient expert” al Regne Unit⁵⁸ o la “Universitat dels Pacients” a Catalunya⁵⁹, entre d’altres. Entre la bibliografia comentada a aquest capítol, destaca una revisió publicada recentment⁶⁰, que ofereix una panoràmica de l’evolució i l’estat actual de diverses experiències i formes organitzatives d’implicació dels ciutadans en els òrgans i els processos de decisió de les polítiques sectorials dels serveis públics, amb especial referència a la salut. Entre altres aspectes, també aborda la comunicació entre pacients).
- ⇒ La participació del ciutadà en els temes que afecten la seva salut, de manera individual i col·lectiva.
- ⇒ El nou entorn social (*societat de la informació*), que proporciona informació quasi il·limitada, però no sempre de qualitat i molt sovint esbiaixada per interessos diversos (mercantilistes, polítics, sensacionalistes, ideològics o de poder) que provenen de les múltiples fonts d’informació.
- ⇒ L’interès del ciutadà pels temes relacionats amb la salut i l’augment de cobertura periodística d’aquests.
- ⇒ Els problemes de comprensió d’un argot massa tècnic –i sovint acompanyat d’informacions esbiaixades–, que poden causar confusions.
- ⇒ La necessitat de la població d’una alfabetització mediàtica (*media literacy*), que li permeti una lectura crítica dels mitjans⁶¹.
- ⇒ La paradoxa que comporta la coexistència d’un augment d’individualisme i d’aïllament social amb un desenvolupament de les tecnologies de la informació i la comunicació, que permet connexions en el temps i en l’espai inimaginables fins fa poc temps.

⁵⁷ Borrell Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria (SEMFYC). Barcelona, 2003.

⁵⁸ NHS Expert patient programme (www.expertpatients.nhs.uk)

⁵⁹ Universitat dels pacients (www.webpacients.org) destinada a pacients, familiars, cuidadors, voluntaris i ciutadans en general, interessats en temes de salut.

⁶⁰ Lindström Karlson A. Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Fundación Salud Innovación y Sociedad. Barcelona 2006

⁶¹ Gonzales S et al. Media Literacy and Public Health. American Behavioral Scientist; 48;2:189-201

- ⇒ La influència creixent dels mitjans de comunicació de masses (els *mass media*) en la cultura i en les conductes relacionades amb la salut física i mental.
- ⇒ L'escassa especialització dels professionals que cobreixen els temes de salut a la premsa (segons un estudi recent⁶², el 66,7% dels 57 diaris de major difusió a l'Estat espanyol publicaven aquests temes a la secció de Societat o similars, i només el 33,3% tenien alguna secció periòdica dedicada a la ciència, la salut o la tecnologia) i la comunicació insuficient entre el sector especialitzat (professionals de la salut, comunitat científica, associacions professionals) i els mitjans de comunicació.
- ⇒ La influència dels temes amb més cobertura periodística en un context i un temps determinat (*agenda mediàtica*) sobre aquells que ocupen les prioritats en les preocupacions d'una comunitat o una població determinada (*agenda social*)⁶³. Les teories anomenades de tematització i d'*agenda setting*⁶⁴ han descrit àmpliament aquest fenomen.
- ⇒ El rol d'internet en la informació i comunicació en temes de salut i la seva possible dimensió bidireccional i, fins i tot, multidireccional.
- ⇒ El paper de la televisió com mitjà omnipresent per a la promoció de la salut, i les pràctiques de màrqueting social per a la millora de la salut i la qualitat de vida⁶⁵
- ⇒ L'ús de les estratègies emocionals, en detriment de les racionals i cognitives, en les campanyes publicitàries.

L'extensió i els objectius d'aquest estudi no permeten aprofundir en cada un dels punts que acabem de relacionar (alguns els tractem amb més detall en altres capítols), però us remetem de nou a l'Informe del comitè científic per donar suport tècnic i científic al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya (2005), el qual inclou un capítol específic⁶⁶ que aborda amb detall els diferents aspectes relacionats amb la comunicació i també proposa estratègies. Atès que la línia del capítol està en molta consonància amb les manifestacions i preocupacions sorgides als debats del GEOPS i a les enquestes, ens hem permès utilitzar algunes idees coincidents, tant en els punts relacionats abans com en les recomanacions que farem més endavant.

Per últim, però no menys important pel que respecta a la promoció de la salut, es fa òbvia la **necessitat d'un sòlid enfocament intersectorial** per poder impulsar realment uns entorns favorables a la salut (físics, químics, biològics, psicològics i socials), fomentar patrons saludables (d'estils de vida, de treball i de lleure), influir en els sistemes de valors, en les expectatives de salut, en la capacitació per afrontar tots els processos vitals i per disposar d'un millor control de la salut, en la creació i manteniment de xarxes socials, d'autoajuda, i un llarg etcètera que contribuirà de manera substancial a la creació de salut. Hem dedicat un apartat més endavant per tractar amb més detall la salut pública i la intersectorialitat.

⁶² Revuelta G, Roberts R, De Semir V. Impacto de los medios de comunicación en la percepción pública de la ciencia y la tecnología en España. [Documento de trabajo]. Fundación Española para la Ciencia y la tecnología; 2004.

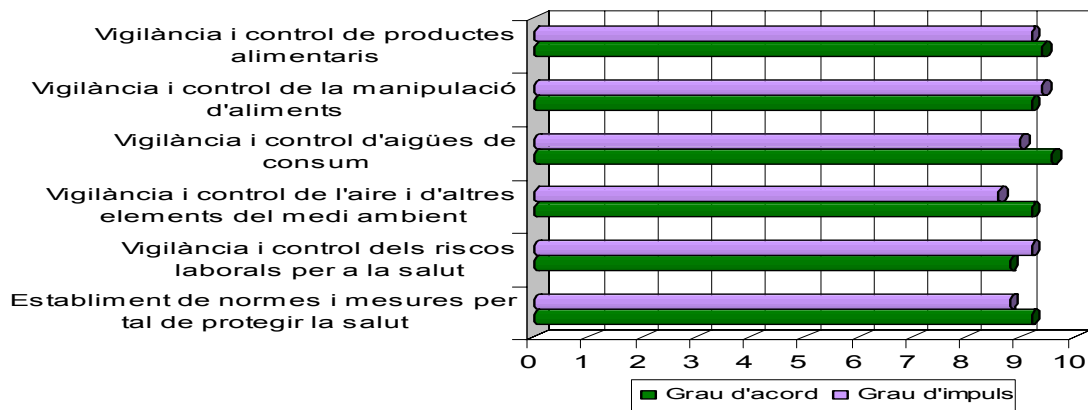
⁶³ Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):203-8

⁶⁴ McCombs M. Agenda-setting de los medios de comunicación. México: Universidad Iberoamericana / Universidad de Occidente; 2003.

⁶⁵ Atkin C i Wallack L (Eds). Mass communication and Public Health: Complexities and conflicts. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

⁶⁶ Revuelta G. Comunicació. Dins: Antó JM et al. La reforma de salut pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública; 2005; 127-41. Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>

Serveis/activitats per a la protecció de la salut



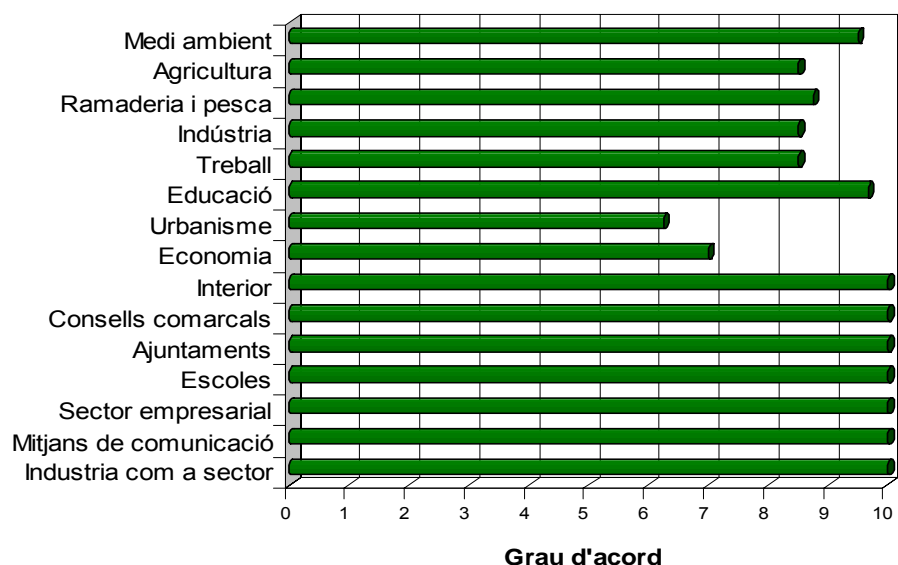
En un principi, sembla que les activitats de salut pública anomenades de protecció de la salut són les que –de manera global– han estat considerades més rellevants, tant pel grau d'acord com pel grau d'impuls que haurien d'experimentar. No obstant això, l'intercanvi posterior d'informacions i d'opinions va suggerir que aquests resultats podrien ser fruit d'interpretacions dispars del concepte de salut pública, de les possibles estructures o de la superposició amb altres estructures.

Cal dir que les opinions qualitatives posteriors es van decantar molt més per activitats de promoció de la salut, de les quals ja hem parlat. Però, així i tot, la protecció de la salut es considera primordial per vetllar per la salut pública.

No es va parlar gaire, precisament a causa d'aquest acord. El que sí que es va comentar més va ser la manera d'abordar-la, les estructures i les ocupacions implicades, atès el desconeixement general (tret dels professionals de salut pública) i dels nombrosos canvis que s'han donat en aquest sentit (qui porta què, si medi ambient o salut pública, etc.)

La salut pública i la intersectorialitat

El gràfic següent representa el grau d'acord dels participants del subgrup de salut pública amb cada un dels sectors amb els quals hauria d'interaccionar la salut pública.



Cal observar que les barres relatives a la interacció de salut pública amb els set últims sectors del gràfic (interior, consells comarcals, ajuntaments, escoles, sector empresarial, mitjans de comunicació, indústria com a sector), representen les respostes d'un sol membre del GEOPS; atès que van ser ítems afegits per ell. Tot i així, hem de destacar que a les sessions de treball també es va estar d'acord amb aquests nous ítems i amb una bona puntuació (sense quantificar), si bé potser la diferència amb els altres no hauria estat tan alta. Potser tampoc és tan important la quantificació, atesa la importància general de tots i cadascun dels sectors. El que sí que hem de destacar és la importància atribuïda a la intersectorialitat.

La correlació entre factors socials i econòmics i salut està cada vegada més avalada pel coneixement científic. Partint de la idea, àmpliament consensuada, que els determinants de les malalties no són exclusivament de tipus sanitari i que els factors que més promouen la salut rauen, precisament, fora del sector sanitari; es fa evident la importància d'impulsar estratègies globals i intersectorials que afavoreixin la salut. La perspectiva de la salut pública ha de ser àmplia i integrar tots els factors socials i sanitaris implicats en l'aparició i l'evolució dels problemes de salut.

Com apunta l'Informe del Comitè Científic per a la Reforma de la Salut Pública a Catalunya (2005), la importància i l'interès per la intersectorialitat no és una qüestió merament acadèmica ja que fàcilment podem constatar que en el nostre entorn, en molts ajuntaments i també a la Generalitat de Catalunya, hi ha competències i responsabilitats relacionades –directament o indirectament– amb la salut pública, que no corresponen al Departament de Salut. En són exemples algunes polítiques en els àmbits d'ensenyament, de treball, de benestar social, d'agricultura, de política territorial, d'indústria, de comerç, de turisme, de governació i de medi ambient, àrees en les quals diverses estructures administratives diferents de les sanitàries tenen responsabilitats sobre la salut pública.

El mateix informe ressalta l'interès per considerar d'una manera més activa l'enfocament intersectorial a través de la evolució del Pla de Salut desenvolupat a Catalunya, el qual en les seves diferents edicions contempla àmbits concrets d'acció que impliquen cooperació i coordinació intersectorial. Però també assenyala que en la majoria de casos es tracta de propostes eminentment retòriques i de declaracions d'intencions que sovint no es concreten en accions específiques i avaluable amb repercussions sobre les altres polítiques sectorials.

Tot i així, cal valorar les iniciatives d'abordatge intersectorial a Catalunya dels problemes de salut, i són d'interès especial la sida, la seguretat alimentària i la salut escolar. En el cas de la sida, cal destacar la creació de la Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya (1999) i la constitució de la xarxa Sida i Món local (2004), o el Pla d'acció sobre el VIH/sida de l'Hospitalet de Llobregat, que des de l'any 2001 disposa d'un pla municipal per afrontar la problemàtica des dels diferents àmbits administratius i socials de la ciutat.

La seguretat alimentària és considerada un cas paradigmàtic d'intersectorialitat. A Catalunya, com a altres països, les iniciatives sectorials han portat a l'establiment d'activitats independents de control dels aliments per part de diferents organismes amb competències en diversos sectors com ara els de salut, agricultura, consum i medi ambient.

La salut escolar, tant en els nivells centrals com locals de les administracions públiques, ha estat un àmbit d'especial interacció entre els departaments de Salut i d'Educació. En l'actualitat, un exemple d'intersectorialitat és el Programa Salut i Escola de la Generalitat de Catalunya, establert l'octubre de 2004 amb l'objectiu de millorar la salut dels adolescents. Aquest Programa pretén desenvolupar accions de promoció de la salut, prevenció de les situacions de risc i actuació precoç davant dels problemes de salut relacionats, preferentment, amb la salut mental, la salut afectivosexual, el consum de drogues, alcohol i tabac i els trastorns relacionats amb l'alimentació.

Tot i els aspectes positius de les experiències anteriors, malgrat el consens existent sobre la necessitat de l'acció intersectorial per afrontar els problemes de salut, sembla que la pràctica de la intersectorialitat a Catalunya no es regeix encara per una estratègia global i, en conjunt, resulta insuficient, fragmentària, reactiva i desigual. Davant d'aquesta situació, cal una acció més coherent i enèrgica que permeti passar de les conceptualitzacions i els discursos a les iniciatives concretes. Atès que ja hi ha algunes experiències importants, cal que on s'hagin produït resultats constatables es faci possible l'ampliació i generalització dels enfocaments i models adoptats. La manca d'informació i d'estudis sobre la intersectorialitat en l'àmbit de la salut pública limita de manera molt important la realització d'un diagnòstic més acurat, així com la formulació de propostes.

Estructures organitzatives, professions i ocupacions

Estructures

En general, es considera convenient la creació de noves estructures de salut pública. Els participants del subgrup de salut pública, tret dels propis professionals de salut pública, no tenien un coneixement en profunditat de les estructures actuals o de les que es volen engregar. Tot i així, després d'un intercanvi d'informacions i d'opinions, van expressar els punts de vista que exposem de manera resumida:

- S'haurien d'establir equips multidisciplinaris amb l'atenció primària per abordar molts aspectes de la salut pública, sobretot els relatius a la prevenció i la promoció.
- La salut mental, l'atenció sociosanitària, i també la salut laboral haurien de quedar més integrades amb la salut pública i l'atenció primària.
- Cal prestar una atenció molt especial als infants i adolescents i a les famílies, tant a les escoles com en l'ambient familiar i de barri, potenciant i creant si cal, estructures funcionals i equips adients.
- La creació d'estructures més sòlides, més basades en l'expertesa de tècnics i més lluny de la política, pot afavorir un treball més específic i adaptat a les necessitats. Les decisions polítiques han d'estar a un altre nivell superior.
- Cal també estructures més flexibles, que permetin la mobilitat suficient i l'adaptació adequada.
- S'hauria de pensar en estructures i mitjans per tractar els temes de comunicació a diferents nivells (en col·laboració amb els professionals de la comunicació i directament des dels òrgans de salut pública o els professionals assistencials) En aquest sentit, els missatges des d'agències independents sempre són més ben rebuts que aquells imposats per l'autoritat.

Ocupacions

Quant a les professions i ocupacions que han de desenvolupar les funcions de la salut pública, es recomana remetre's un cop més a l'informe del comitè científic per a la reforma de Salut Pública a Catalunya (2005) o també a l'informe al consell assessor de l'Honorable Consellera (2006), però cal fer menció d'algunes percepcions que els membres del CCECS han plasmat als qüestionaris i d'algunes de les moltes idees interessants sorgides als debats del GEOPS:

El que sobra és rigidesa. L'important és que les coses les faci qui les sàpiga fer. Hi ha tasques a les quals s'ha de poder arribar a través de diferents carreres de base. Un es pot especialitzar a través de l'interès, la formació... Cada vegada més, el títol universitari té menys a veure

amb el que hauràs de fer després. Tenir un títol universitari és important, ja vol dir alguna cosa. Però després tu vas reconduint la teva trajectòria i la teva professió. Hi ha molts enginyers fent gestió d'empreses que no tenen res a veure. Al sector de la salut potser està massa encasellat, molt més que en d'altres. I encara es volen més especialitats... tenim massa assumit que som molt diferents a altres sectors...

No s'ha d'anar en detriment de la professionalitat, però ha d'haver una especialització adquirida per currículum, per competències adquirides, per formació continuada...

Els metges de salut pública som massa generalistes. S'hauria de diferenciar més: Medicina i Biologia (infeccions, transmissió...), Medi Ambient, Informàtica i sistemes d'informació, Estadística (molt important el paper dels diplomats en Estadística i dels llicenciats en Ciències i Tècniques Estadístiques).

S'haurien de replantejar moltes tasques concretes que ara les fan metges, infermeres o veterinaris, però que les podrien fer tècnics de cicle formatiu ben preparats. Algunes d'aquestes tasques serien les inspeccions alimentàries, o de mercats, o d'ambulàncies...

S'ha de fomentar molt més el paper de la infermera en la promoció de la salut, l'educació sanitària i les intervencions grupals. També s'ha de promoure la incorporació de noves professions sanitàries definides a la LOPS i que tenen competències específiques en aquests àmbits.

Caldria incidir més en la prevenció, la promoció de la salut i en l'orientació a la comunitat en els plans d'estudi dels diferents professionals de la salut...

Cal aprofitar les noves recomanacions en el marc de l'EEES que possibiliten aquestes incorporacions en els respectius itineraris curriculars.

Recomanacions

Per elaborar les recomanacions següents ens hem basat en les aportacions dels membres del CCECS a enquestes i en les reflexions sorgides a les sessions de treball del GEOPS, i amb idees i propostes extretes de documents diversos, com l'Informe per al consell assessor de l'Hble. Consellera de Salut⁶⁷, l'Informe del comitè científic per a la Reforma de la Salut Pública a Catalunya (2005), les conferències internacionals sobre promoció de la salut, els últims llibres publicats per l'Observatori Europeu de Polítiques i Sistemes de Salut, i d'altres estudis i articles referenciats a aquest capítol i al capítol del ciutadà.

⇒ **Crear una estructura sòlida de serveis de Salut Pública** i tenir en compte les consideracions següents:

- analitzar i valorar les activitats a desenvolupar en el marc d'aquesta nova estructura
- proveir-la dels recursos materials i humans necessaris, havent valorat les càrregues de treball associades a les activitats que es considerin oportunes
- deslliurar-la al màxim de pressions polítiques i basar-la en l'expertesa tècnica adequada als objectius de la salut pública
- evitar la duplictat d'algunes funcions i l'absència d'altres
- potenciar el rol de l'atenció primària en la prestació de serveis de salut pública

⇒ **Possibilitar una reorientació innovadora de les professions i ocupacions en Salut Pública**, amb les següents consideracions:

- elaborar i dur a terme un programa de formació (actualització i adaptació) per als recursos humans actuals
- plantejar la captació i formació d'auxiliars de salut pública per a les activitats d'inspecció i de control (revisar els cicles formatius existents i valorar si cal crear-ne de nous i/o modificar els actuals)
- establir places de plantilla a les entitats proveïdores de serveis de salut pública destinades als MIR de MP i SP i a les infermeres internes i residents de l'especialitat d'infermeria comunitària
- valorar el grau de reconversió possible de la força de treball actual, adequant-la a les noves necessitats
- plantejar la possibilitat d'incorporar els "tècnics de salut" –sovint amb una formació especialitzada en l'àmbit de la salut pública o en àrees properes– per assolir una millora de la salut pública a Catalunya
- incorporar en els estudis de pregrau la orientació comunitària, la promoció de la salut i la participació ciutadana; i assignar més recursos a la seva formació continuada.

⁶⁷ Navarro V, Antó JM, Guix J, de Peray JL, Plasència A, Pané O, Sánchez E, Segura A. Observació de la situació de les professions sanitàries. Necessitats de professionals en Salut Pública. [Informe preliminar per al Consell assessor de l'Hble. Consellera de Salut]. Institut d'Estudis de la Salut, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Juny 2006.

- incrementar els continguts d'atenció primària i salut pública en els estudis de pregrau.
 - Preparar als professionals, amb activitats d'educació interprofessional (IPE) des del pregrau, perquè siguin capaços de treballar en equip amb eficiència.
- ⇒ **Atorgar un pes més important a la participació ciutadana** en els processos de les polítiques de salut tant les orientades a l'individu com a la comunitat i la població. Caldrà dotar de recursos específics i crear grups de treball per millorar els coneixements sobre participació i proposar intervencions específiques (es descriuen molts exemples al capítol del ciutadà i a la bibliografia citada per aquell capítol i aquest de salut pública). Per tal de fomentar la participació i aconseguir que sigui més efectiva, també caldrà incidir en els següents aspectes:
- alfabetització en salut
 - aprenentatge en salut
 - empoderament del ciutadà i de la comunitat
- ⇒ **Millorar la comunicació de la salut** des de totes les vessants i en tots els àmbits –dins i fora del sistema de salut– i considerar-la com a part integral de qualsevol acció destinada a millorar la salut de la població i, com a tal, considerar-la com a procés que s'ha d'estudiar, planificar, aplicar i avaluar de la millor forma possible i no deixar-ho en mans de la improvisació i la bona voluntat. Reproduïm a continuació algunes de les propostes generals⁶⁸ de l'Informe del comitè científic (2005), que convergeixen amb les línies de reflexió plantejades pel GEOPS:
- estudiar en profunditat el sistema de comunicació actual entre els diferents organismes i serveis de la salut pública, identificar les deficiències –que poden restar efectivitat a les intervencions de prevenció i promoció de la salut, dificultar la coordinació i cooperació entre els diferents serveis, generar la repetició d'iniciatives i l'augment de despesa consegüent, i provocar desconfiança per part de la població i recel i malestar entre els mateixos professionals–, i resoldre els problemes detectats
 - millorar la comunicació i enteniment entre el sistema de salut i els mitjans de comunicació –fomentant el coneixement mutu dels professionals de la salut i els de la comunicació, i les necessitats respectives; establint compromisos formals de col·laboració, trobades regulars, etc.– per tal d'afavorir la cooperació
 - establir sistemes que permetin detectar situacions susceptibles de millora –difusió d'informacions errònies o esbiaixades, tractament injust de determinats col·lectius, presència d'altres fonts d'informació que distorsionen els missatges en relació amb la salut– i incentivar les bones pràctiques de comunicació en salut
 - afavorir la formació i l'adquisició d'habilitats i actituds comunicatives per part dels professionals de la salut, tant pel que fa a les relacions amb el pacient i amb la comunitat, com en les relacions amb els mitjans
 - afavorir la formació i l'adquisició de coneixements bàsics sobre salut pública per part dels professionals de la comunicació i fomentar una implicació més gran en la

⁶⁸ no considerem les propostes més concretes i específiques, per qüestions d'espai, i no per manca d'idoneïtat i rellevància. Recomanem la lectura de l'Informe citat.

millora de la salut de la població (sobretot per part dels mitjans de titularitat pública), i en l'educació per a la salut

- deslligar al màxim la comunicació en salut dels poders polítics, implicant-hi més els experts i tècnics en salut pública i fomentar la transparència en totes les fases
- desenvolupar sistemes efectius de comunicació directa (virtuals i presencials) entre els serveis de salut pública i la comunitat, aplicant-hi, en la mesura del possible, els models que hagin mostrat aquesta efectivitat
- garantir el desenvolupament de sistemes específics de comunicació per a aquells sectors de la població que tenen més difícil treure profit de les TIC (especialment, la gent gran)
- garantir el desenvolupament de sistemes específics de comunicació directa per a aquells sectors de la població que s'aparten dels indrets convencionals on s'estableixen aquest tipus d'accions, com les escoles i els centres sanitaris (per exemple, la població jove que ja està deslligada dels centres escolars i que rarament acudeix als centres sanitaris)
- promoure entre la població una lectura crítica dels mitjans (*media literacy*) i més capacitat d'autonomia en la cerca activa d'informació útil a través d'Internet i d'altres canals de comunicació.

⇒ **Incorporar una dimensió intersectorial a les polítiques de salut pública**, de manera que els diferents sectors implicats en la salut –més directament o menys– puguin treballar junts i identifiquin els beneficis d'aquest treball conjunt. Per tal de possibilitar i fomentar aquest treball intersectorial, caldrà crear mecanismes i estructures estables que permetin gestionar la intersectorialitat i garantir el treball cooperatiu de les diferents administracions sectorials.

2.2.d- Competències exclusives i compartides

Una estratègia per a la millora de l'efectivitat i l'eficiència en els sistemes de salut, considerada en molts estudis d'arreu del món, és modificar les combinacions de competències (capacitats...) dels treballadors de la salut ("*health care workforce skill-mix*") per a una millor adaptació a les noves demandes de salut i als nous avenços tecnològics.

L'any 2000, l'Organització Mundial de la Salut subratllava, en el seu Informe sobre la salut en el món⁶⁹, els reptes que representen aconseguir una combinació adequada de personal per a la provisió de salut. La combinació ideal dependrà de molts factors, a part dels professionals, com ara la tecnologia i les estructures d'organització i d'informació. I la combinació d'aquests *inputs* dependrà dels seus costos relatius, qualitat i oferta. Així, quan s'han de prendre decisions per tal de millorar la qualitat de l'atenció a la salut o per contenir despeses, la pregunta clau hauria de ser: *Quina és la millor persona per fer aquesta feina, en les circumstàncies particulars i amb els instruments disponibles?*

En realitat, la divisió de tasques entre els diferents professionals de la salut reflecteix moltes consideracions, però l'evidència científica no acostuma a ser una d'elles, segons un estudi recent de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut⁷⁰. Pot haver regulacions específiques que restringeixen a un grup professional (p. ex, les prescripcions) o pot haver normes culturals no escrites, però amb el mateix grau d'efecte. Subjacentes a aquests factors, hi ha una sèrie de qüestions que inclouen una diferència de poder entre diferents professions, sovint reflex de la relació entre gèneres a la societat, amb una professió mèdica, històricament masculina, controlant la professió infermera, predominantment femenina (McKee et al. 2006).

L'abordatge actual de la salut s'emmarca en processos de canvi continu; els avenços tecnològics i les noves maneres de treball fan crear rols nous o fan obsolets alguns dels que havien persistit en el temps. L'evidència emergent dels beneficis del treball multiprofessional per afrontar problemes complexos d'atenció a la salut (com pot ser el tractament i rehabilitació posterior a un accident vascular cerebral), està canviant les dinàmiques dels equips de salut. S'està abandonant el tradicional model jeràrquic dominat pels metges, donant lloc a un altre en el qual cada professió contribueix de manera més autònoma al treball de l'equip.

La distribució de tasques també reflecteix el tipus d'incentius de cada sistema de salut, sovint il·lustrat per la comparació de l'obstetrícia i l'anestèsia als Estats Units i al Regne Unit. Als Estats Units, la infermeria obstetricoginecològica s'ha desenvolupat molt a poc a poc i moltes parts són atesos per metges tocòlegs; al Regne Unit són les llevadores les que atenen la majoria de parts. L'anestèsia, en canvi, al Regne Unit està preservada als metges, mentre que als Estats Units són les infermeres les encarregades. L'explicació més òbvia és l'incentiu; en aquest cas, els diners. Als Estats Units, cobrant per servei, no té sentit que la classe mèdica dominant abandoni el control del mercat lucratiu dels parts. En canvi, quan un metge opera, no hi ha cap incentiu per fraccionar les tarifes pagant un metge "car". Aquests tipus d'incentius no existeixen a països, com el Regne Unit, on el metge cobra un salari.

Un altre factor que determina l'assignació de tasques és la disponibilitat de determinats professionals. Un exemple és l'enorme producció de metges amb una formació molt bàsica a la URSS, que cobraven molt poc. No hi havia cap raó perquè deixessin de fer moltes tasques que

⁶⁹ WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra, World Health Organization.

⁷⁰ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

a altres països les duïen a terme infermeres o d'altres professionals específics. També existeixen diferències en els tipus de professionals que té cada país. Molts grups professionals no tenen equivalents a tots els països. Quan no hi ha aquests equivalents, acostumen a ser les infermeres les que desenvolupen els seus rols.

La divisió existent de les tasques en qualsevol sistema de salut no és, per tant, sacrosanta i, de fet, una sèrie de factors estan conduint un canvi a molts països⁷¹. Els factors que condueixen aquests tipus de canvis poden ser l'escassetat d'alguns professionals, la contenció de les despeses, la millora de la qualitat, la innovació tecnològica, noves iniciatives o programes o sectors de salut, reformes del sector de la salut i canvis en l'entorn legislatiu o regulatori (Buchan i Dal Poz 2002)⁷².

Per tal de basar els canvis en l'evidència científica, s'han dut a terme diverses revisions sobre la recerca realitzada en aquest tipus de canvis, que són complexos. Quan la responsabilitat d'un procés canvia d'un grup professional a un altre, ambdós grups canvien i també canvia el poder relatiu, incloent el poder per demanar recompenses financeres. A més, els canvis de competències sovint requereixen una inversió en formació i modificacions estructurals per a la reconfiguració dels serveis.

El 2004, Sibbald B et al⁷³ van dur a terme una revisió sistemàtica de les publicacions existents sobre els canvis en les *skill-mix*, analitzant els tipus de canvis i de resultats documentats. Des que es va publicar aquest estudi, ha estat referenciat a la majoria d'informes o articles que aborden la problemàtica dels recursos humans en els sistemes de salut, tant a l'àmbit europeu com al Canadà, Austràlia o als Estats Units. Ens sembla interessant, si més no, tenir en compte els resultats de les iniciatives exposades i algunes de les seves conclusions i propostes.

L'objectiu d'aquest estudi és extreure i resumir la investigació disponible en els resultats d'aquests tipus de canvis. És a dir, els èxits i fracassos en aconseguir els resultats planificats i esperats amb la introducció de canvis de competències. També han identificat, a través d'aquesta revisió, una sèrie de factors associats als èxits i als fracassos.

De les 9.064 publicacions que identifiquen, només 24 reuneixen els criteris predefinitos. Els resultats de l'estudi mostren una manca de recerca, sobretot per canvis de rols relacionats amb professionals de la salut diferents de metges i infermeres. A més, la majoria de recerques no van avaluar ni el cost-efectivitat ni l'impacte del canvi en els sistemes de salut, des d'una perspectiva més àmplia.

⁷¹ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

⁷² Buchan J i Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bulletin of World Health Organization, 2002, 80:575-80

⁷³ Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research and Policy 9 (suppl 1): 28-38. Manchester, UK, January 2004.

Concepte de *skill-mix* (combinació de competències)⁷⁴

És un concepte introduït per a l'anàlisi del redisseny d'ocupacions de la salut. Es tracta d'un terme d'ampli significat i s'utilitza de maneres diverses. Es pot referir a:

- la combinació de llocs de treball en un centre
- la combinació de treballadors en un lloc de treball
- la combinació d'activitats que inclou cada rol (en preferència a la combinació de "job titles")
- la combinació de capacitats o competències disponibles en un moment específic
- la combinació de capacitats o competències d'un individu
- proporció dels diferents graus professionals (seniors/juniors) en una disciplina determinada
- combinació de diferents tipus de professionals en un equip multidisciplinari

Possibles canvis de *skill-mix*. Classificació de Sibbald et al.⁷⁵

Els canvis en la combinació de competències es poden dur a terme des de diferents perspectives i des de diferents organitzacions implicades. Bonnie Sibbald, Jie Shen i Anne McBride defineixen la classificació següent i la utilitzen a la seva revisió⁷⁶ per agrupar els resultats trobats.

Canvis dins d'un servei determinat	Canvis en la interfície entre serveis
<p>1. Realçament (<i>enhancement</i>): Incrementar la profunditat d'un treball, ampliant el rols o competències d'un grup determinat de treballadors</p> <p>2. Substitució: Ampliar l'abast d'un lloc de treball, treballant per sobre de divisions professionals o canviant un tipus de treballador per un altre</p> <p>3. Delegació: moure una tasca cap amunt o cap avall en una escala professional tradicional</p> <p>4. Innovació: crear noves ocupacions, introduint nous tipus de treballadors</p>	<p>5. Transferència: moure la provisió d'un servei d'un àmbit a un altre. Ex: de l'hospital a l'atenció primària.</p> <p>6. Reemplaçament: canviar el lloc on es proveeix un servei sense canviar els treballadors.</p> <p>7. Vincles interprofessionals (<i>liaison</i>): utilitzar especialistes d'un sector de la salut per formar i per donar suport a treballadors d'un altre.</p>

⁷⁴ elaboració pròpia amb la font d'informació següent:

Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurse in Advanced Roles. OECD Health Working Papers. París, 2004

Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research and Policy 9 (suppl 1): 28-38. Manchester, UK, January 2004

⁷⁵ Taula d'elaboració pròpia amb informació extreta de Sibbald B et al 2004..

⁷⁶ Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research and Policy 9 (suppl 1): 28-38. Manchester, UK, January 2004

Les taules que reproduïm a continuació estan extretes de l'article de Sibbald abans mencionat. Per tal de ser més fidels a la revisió, i atesa la no equivalència d'algunes professions al nostre país, hem optat per no traduir el text i conservar la llengua original. La primera columna de cada una de les taules indica el tipus de canvi realitzat i la segona columna especifica l'àrea clínica relacionada. La numeració que apareix a la tercera columna (*Ref*) es correspon amb la de la bibliografia indicada al final d'aquest capítol, i fa referència a la publicació de la revisió sobre el canvi de competències en qüestió. La qualitat dels estudis va ser avaluada utilitzant una sèrie de criteris predefinitos (definició d'objectius, criteris de selecció d'articles, estratègia de cerca, extracció sistemàtica i l'evidència utilitzada per extreure conclusions). La quarta columna (*Quality of review*) mostra el resultat d'aquesta avaluació, i la cinquena, el nombre d'estudis trobats per a cada tipus de canvi. A l'última columna trobem un resum de les observacions a destacar.

A més de les taules amb tota la informació indicada, també resumim alguna observació sobre algunes de les experiències de canvis de competències. Aquestes observacions han estat extretes d'estudis diversos (del mateix article de Sibbald, d'un estudi sobre els recursos humans de l'Observatori Europeu dels Sistemes i Polítiques de Salut⁷⁷ i d'altres).

Resultats de la revisió. Canvis basats en realçament (*enhancement*)

Enhancement	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Nurse-led clinics in primary care	Asthma	5	A	1	Modest reductions in patient morbidity when compared with usual GP care. No evidence on costeffectiveness.
Nurse-initiated thrombolysis	Coronary care	6	C	Not known	Insufficient evidence on which to base conclusions.
Nurse as patient educator	Rehabilitation	7	B	Not known	Meta-analysis of experimental interventions shows education alone has limited effect on patient outcomes. Better outcomes are obtained when education is combined with self-help or cognitive behaviour therapy. Nurses are inadequately trained as 'educators'.
	Multiple sclerosis	9	B	1	There is insufficient evidence to draw conclusions.
Home care support by specialist nurse	Chronic obstructive pulmonary disease	8	A	4	Home care did not reduce mortality (although there is some suggestion that patients with less severe disease may benefit). Quality of life was higher with homecare in one study. Hospital utilisation and overall costs were not assessed.
Medication review by pharmacist	Chronic disease	10	A	16	Medication review by pharmacists was associated with improved health outcomes but no impact on quality of life. No evidence on cost-effectiveness.

GP, general practitioner.

*Reviews were graded A if they scored the maximum 8 points; B if they scored 4-7 points, and C if they scored 3 or fewer points.

⁷⁷ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

En realitat, el “realçament” o ampliació de rols (*enhancement*) dels professionals té lloc moltes vegades de manera natural, passant desapercebut i sense un reconeixement formal. Això ocorre de manera especial amb els metges, fet que implica que no hi hagi competències que no puguin adquirir, malgrat hagi de ser sovint de manera autodidacta.

La situació canvia bastant per a altres professionals, els quals es troben tradicionalment en un entorn on el realçament del seu paper és sovint un desafiament a percepcions del que és pròpiament la responsabilitat d'un metge. Com a conseqüència, aquests tipus de canvis no passen tan desapercebuts, es reconeixen més explícitament i, per tant, és més probable que s'hagin descrit i avaluat en la literatura científica.

Un àrea que atreu especialment l'atenció per a l'ampliació de rols és la gestió de malalts crònics. La combinació de l'envelliment de la població i els tractaments més efectius, però també més complexos, incrementen contínuament les demandes de salut. Hi ha un reconeixement creixent de que els models tradicionals de salut són inapropiats per afrontar aquest repte i això fa experimentar amb nous models.

Un enfocament possible implica una gestió clínica dels malalts crònics liderada per infermeres en l'àmbit d'atenció primària. En realitat, aquest canvi representa dos tipus: el realçament (ampliació de rols o *enhancement*) d'infermeres i la transferència de l'hospital als centres d'atenció primària.

Malgrat les dificultats per generalitzar, ja descrites, hi ha evidència –des de diferents països i per a diferents processos– que el lideratge d'infermeres en la gestió dels crònics dona millors resultats que el model tradicional liderat per metges⁷⁸. L'ampliació de rols descrits inclouen la gestió de l'asma, la trombòlisi, l'educació de pacients en rehabilitació, i el suport domiciliari especialitzat per a malalts amb MPOC o esclerosi múltiple. S'han de tenir en compte algunes mancances metodològiques en la recerca disponible, com una avaluació pobra del cost-efectivitat.

Els estudis revisats sobre el realçament dels farmacèutics són més pobres en la cobertura de rols (només un, la revisió de la medicació) però més robusts en termes de recerques originals que donin suport a la revisió (16 estudis). Els resultats suggereixen que la medicació revisada pel farmacèutic pot millorar els resultats en salut. Tampoc ha estat avaluat el cost-efectivitat.

Aquests tipus de canvis no es realitzen normalment de manera aïllada, sinó que acostumen a formar part de programes més amplis per canviar la gestió de malalties cròniques. Per exemple, un nou model de gestió de malalties cròniques, que s'està implementant a molts llocs dels Estats Units, emfatitza l'autogestió del pacient, més consultes estructurades, ampliació de la informació i sistemes de suport per a les decisions, i ampliació de rols d'infermeres, farmacèutics i altres professionals de la salut. Aquest model ha mostrat una millora dels resultats i una reducció de les consultes d'emergència en pacients amb malalties cròniques severes^{79, 80, 81}.

⁷⁸ Vrijhoef HJ et al. Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. *Patient Education and Counselling* 2000; 41:243-50

⁷⁹ Wagner E.H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)* 2001; 20: 64–78.

⁸⁰ Wagner E.H. et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care* 2001; 24(4): 695–700

⁸¹ Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288:1909–14.

Resultats de la revisió d'estudis de canvis basats en substitució professional

Substitution of	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Doctors by nurses, advance practice nurses or nurse practitioners	Primary care	11	A	34	Nurse health outcomes are as good or better in the management of first-contact care for patients with undifferentiated presenting problems. Nurse consultations are longer. Nurses carry out more investigations. No differences in prescribing, return visits, or referrals. Patient satisfaction higher with nurses. Economic evaluations generally absent or poor.
		12	C	36	Advance practice nurses deliver as good or better quality of care. Nurses have longer consultations and better interpersonal skills. Physicians are superior in resolving 'technical' problems. Nurse employment and training costs are lower.
		13	B	38	Nurse practitioners deliver as good or better quality of care (routine management of chronic disease, management of minor illness, health promotion). Little evidence on cost effectiveness.
Doctors by nurse midwives	Obstetrics	13	B	15	Nurse health outcomes are comparable to doctors. Nurses use less technology and analgesia in intrapartum care. No evidence on cost-effectiveness.
		14	C	15	Nurse health outcomes comparable to doctors in terms of quality and safety. Nurse costs tend to be lower but methodological weakness prevents any firm conclusion being drawn.
Doctors by advanced practice nurses	Hospital medicine and surgery	12	C	3	One study in trauma, one in neonatal care and one in surgery reported that nurses enhanced service cost effectiveness; but the research base is too poor to support firm conclusions.
Doctors by nurses	Diabetes	15	A	7	The (partial) substitution of doctors by nurses was associated with improved glycaemic control. Education and protocol-driven care may enable nurses to play a more prominent role in management.
Doctors by counsellors	Mental health in primary care	16	A	7	As compared with usual GP care, counselling is associated with a modest improvement in patient health in the short term but there are no additional long-term advantages. Costs are broadly equivalent. Patient satisfaction with counselling is high.
		17	A	26	Counsellors tend to reduce GP psychotropic prescribing but the effects are short term and limited to patients under the counsellor's care. There are no clear reductions in GP consultations or referrals.
Doctors by pharmacists	Diabetes	15	A	2	The poor methodological quality of the research prevents conclusions from being drawn.
	General medicine	10	A	2	The methodological quality of studies was too poor to permit conclusions to be drawn.

Substitution of	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Doctors by dieticians	High cholesterol	18	A	4	Dieticians achieved better cholesterol control in the medium to short term. The evidence base is small and the methodological quality of research was low. (The same review compared dieticians with self-help by patients and found no significant difference in outcome.)
Nurses by unqualified staff	General hospital care	19	C	Not known	Higher ratios of qualified to unqualified nurses result in higher salary costs; but this may be offset by improved quality of care and health care efficiency (i.e. less absenteeism), resulting in net gains from a societal perspective.
		4	C	Not known	Higher ratios of qualified to unqualified nurses result in higher salary costs ^ but there is conflicting evidence as to whether this maybe offset by improved quality or efficiency.
Nurses by dieticians	High cholesterol	18	A	1	Cholesterol control was similar for nurses and dieticians but the evidence base is too poor to draw firm conclusions.

GP, general practitioner.

*Reviews were graded A if they scored the maximum 8 points; B if they scored 4-7 points, and C if they scored 3 or fewer points.

La recerca trobada en canvis per substitució de professionals està molt centrada en metge-infermera. En concret, la substitució del metge per la infermera, encarregant-se del primer contacte a l'atenció primària, ha estat molt ben investigada. Destaquen les habilitats interpersonals –superiors a les dels metges–, i l'equiparació amb els metges en resultats obtinguts i en satisfacció dels pacients. Els estalvis no estan del tot clars, depenen del context.

Una altra revisió de la recerca existent en la substitució metge-infermera suggereix que les infermeres proporcionen la mateixa o millor qualitat en la gestió rutinària de malalties cròniques, en la promoció de la salut i en la gestió de malalties lleus⁸².

La substitució de metges per llevadores també ha estat ben estudiada. Els resultats de salut mostrats són comparables als obtinguts per metges, però les llevadores utilitzen menys tecnologia i analgèsia. Alguns estudis indiquen un estalvi de costos, però la base científica, en aquest sentit, és pobra.

Els dietistes, comparats amb els metges, en la gestió de pacients amb hipercolesterolèmia van mostrar una millora dels nivells de colesterol. En canvi, la comparació infermera-dietista va mostrar un control similar del colesterol.

També hi ha un nombre important d'investigacions en la substitució d'infermeres per personal menys qualificat, però el creixent nombre d'aquests professionals ha estat controvertit. Alguns dels arguments en contra han estat que els hipotètics estalvis (a causa de salaris més baixos) poden no assolir-se degut a índexs més alts de recanvi de plantilla i d'absentisme laboral, i també per una productivitat reduïda per la manca de capacitat i autonomia per actuar de

⁸² Brown S.A. i Grimes D.E. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing Research*, 1995 44: 332–9.

manera independent⁸³. Altres critiquen el baix estàndard educacional dels auxiliars d'infermeria⁸⁴

Finalment, en especialitats de laboratori com patologia o microbiologia, i en altres àrees tècniques, com el diagnòstic per la imatge, professionals no mèdics estan assumint cada vegada més posicions seniors i reben, sovint, la mateixa formació postgraduada que els seus companys metges.

Resultats de la revisió d'estudis de canvis basats en delegació de tasques

Delegation	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Specialist vs non-specialist physicians	Cancer	20	B	11	A comparison of specialist with non-specialist doctors showed that process and outcome measures were better for specialists. Major methodological shortcomings in the research undermine confidence in the findings.

*Reviews were graded A if they scored the maximum 8 points; B if they scored 4-7 points, and C if they scored 3 or fewer points.

Com passa amb l'ampliació de rols, la delegació de tasques en salut està molt estesa, però no atreu comentaris i, encara menys, recerca. Un estudi del Regne Unit examinava la relació entre la qualitat de cures i els diferents graus d'infermeres en plantilla (reflectint experiència i formació) i va trobar que una major utilització del grau més alt s'associava a una millor qualitat⁸⁵. Els investigadors escrivien: "*The conclusion is simple; you pay for quality care*"

Sibbald, Shen i McBride només troben una revisió de recerques en delegació de tasques, i és dins del mateix grup professional. Comparen metges especialistes i no especialistes en l'atenció a malalts oncològics i mostren millors resultats i qualitat aconseguida per especialistes, però la pobra qualitat de la recerca fa que les conclusions no siguin robustes.

Resultats de la revisió d'estudis de canvis basats en innovació

L'evolució de la moderna atenció a la salut representa un procés continu d'innovacions, tant en les habilitats com en la tecnologia utilitzades. Els processos d'especialització són un exemple d'innovació, malgrat que es poden considerar també com ampliació de rols. Per exemple, ara hi ha arreu molts tipus d'infermeres especialitzades: gestionen malalts crònics, proporcionen suport especialitzat a pacients amb mastectomies o colostomies, o realitzen procediments quirúrgics⁸⁶. S'han creat també molts rols nous per a professionals de la salut en àrees com l'assegurament de la qualitat.

⁸³ Orne R.M. et al. Caught in the cross fire of change: nurses' experience with unlicensed assistive personnel. *Applied Nursing Research*, 1998, 11: 101–10.

⁸⁴ Salmond, S.W. Models of care using unlicensed assistive personnel. Part II: Perceived effectiveness. *Orthopaedic Nursing*, 1995; 14: 47–58.

⁸⁵ Carr-Hill R.A. et al. The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care. *Health Economics*, 1995; 4: 57–72.

⁸⁶ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. *Human resources for health in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

A molts països, la feina dels metges júnior ha canviat substancialment durant les dues últimes dècades, a causa del reconeixement creixent que moltes de les tasques que realitzaven (tant administratives com clíniques) no requerien preparació mèdica. S'han desenvolupat, com a conseqüència, nous tipus d'ocupacions, com per exemple els *flebotomistes*, els quals s'encarreguen de les mostres rutinàries de sang.

Un estudi realitzat a Escòcia conclou que les infermeres contractades per assumir algunes de les tasques dels metges júnior a les nits podien reduir en el 50% la intensitat del treball dels metges⁸⁷.

Altres canvis basats en innovació sorgeixen de la innovació tecnològica. Per exemple, molts processos de laboratori, anys enrere complexos, han estat substituïts per equips (*kits*) simples. L'exemple més obvi és la prova d'embaràs, que abans depenia de l'observació d'ovulació després d'haver injectat orina de la mare potencial a cobais; i ara això s'aconsegueix amb un test ràpid i senzill que es pot adquirir a qualsevol farmàcia.

Sibbald, Shen i McBride no han trobat revisions sistemàtiques d'innovacions en *skill-mix*, a part del *physician assistant* americà. La recerca en aquest aspecte suggereix que són poques les diferències entre el *physician assistant* i la infermera (*nurse practitioner*), en termes de qualitat i abast de cures o cost-efectivitat, quan s'utilitzen per substituir els metges.

Canvis en la interfície entre serveis

La resta de canvis identificats per Sibbald, Shen i McBride (2004) tracten canvis que afecten primordialment el lloc de la provisió del servei, és a dir, els englobats a la taula 1 com a “canvis en la interfície entre serveis” (transferència, reemplaçament i vincles interprofessionals). Alguns casos, a més d'implicar un canvi de lloc on es proveeix el servei, també impliquen canvis dels tipus de professionals encarregats d'aquell servei. Transcrivim cada una de les taules resum de Sibbald et al, com hem fet abans amb els altres tipus de canvis, i comentem alguns dels canvis més rellevants.

Resultats de la revisió. Canvis basats en transferència de tasques

Transfer of...	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Hospital outpatient clinic to general practice	Diabetes	23	A	5	Unstructured care in the community is associated with worse outcomes for patient but well structured care is associated with as good or better outcomes. Assessment of cost is inadequate with conflicting results.
Outpatient clinic to day hospital	Psychiatry	24	A	8	There is limited evidence to justify the provision of day treatment programmes and transitional day hospital care, and no evidence to support the provision of day care centres. The evidence base is small and more research is needed.
Inpatient care to hospital-at home	Older people	25	A	16	There is no difference in outcome for elderly patients recovering from a mix of medical conditions or elective surgery; health outcomes for stroke patients are conflicting. Patients are more satisfied but carers are less satisfied with hospital-at-home. Length of stay in hospital is decreased but the overall length of care is increased by hospital-at-home.

⁸⁷ Henderson N.C. et al. The influence of a nurse practitioner on out of hours work intensity for surgical house officers. *Scottish Medical Journal*, 1999; 4: 2–3.

Transfer of...	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Institutional care to home care	Older people	26	A	1	There is insufficient evidence to assess benefits, risks or costs.
Day hospital vs other care	Older people	27	A	12	Day hospital care is more effective than no intervention but not obviously superior to other forms of comprehensive care. Day hospital costs are higher.
Emergency care to primary/ community care: Primary care interventions	Emergency care	28	A	17	Expanding access to primary care reduces demand on A&E (8 of 9 studies). Structural attributes of primary care (e.g. practice size) have no effect on A&E use (4 studies). Out-of-hours arrangements (deputising services, cooperatives) in primary care do not affect A&E use (4 studies).
Emergency care to primary/ community care: Emergency care interventions	Emergency care	28	A	10	Minor injuries units: 1 study reported little impact on A&E use. Telephone triage in community: 1 study whose methodological quality was too poor to draw conclusions. Hospital redirects patients to primary care: 8 studies showed this was successful in shifting care from A&E to primary care. However health outcomes and costs were not fully assessed. A&E, accident and emergency.

*Reviews were graded A if they scored the maximum 8 points; B if they scored 4-7 points, and C if they scored 3 or fewer points.

Sibbald et al. han identificat sis revisions de canvis consistents a moure la provisió d'un servei des d'un sector de la salut a un altre. En tots els casos el moviment va ser en la mateixa direcció, de l'hospital a la comunitat.

Els estudis en l'àrea de la diabetis van mostrar que la qualitat proporcionada als centres d'atenció primària, quan estava ben estructurada (sistemes de teleassistència, revisió de protocols), era tan alta o millor que la proporcionada a les consultes externes hospitalàries.

Altres canvis investigats persegueixen evitar innecessàries atencions i admissions hospitalàries (implantant sistemes de triatge telefònic) o reduir les estades (hospitalització domiciliària).

El desenvolupament de sistemes de triatge telefònic és una de les transferències de serveis que també impliquen canvis en el tipus de professional que l'assumeix. Sovint són infermeres les que proporcionen el consell telefònic, segons protocols definits. Els resultats suggereixen que són efectius per redistribuir les demandes, però no per reduir les demandes de salut globals.

Una revisió sistemàtica de l'hospitalització domiciliària mostra que no hi havia diferències dels resultats en pacients pluripatològics o recuperant-se d'una intervenció, però han mostrat conflictes amb pacients que han patit un accident vascular cerebral⁸⁸. Una conclusió comuna és que el pacient prefereix aquest model, però no el cuidador. Una altra observació és que, mentre es redueix la durada del tractament hospitalari, el temps global necessari per a la recuperació és sovint superior i el model domiciliari resulta tan car com el tradicional.

⁸⁸ Shepperd S. i Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001; 3: CD000356.

Resultats de la revisió. Canvis basats en reemplaçament de serveis

Relocation	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Hospital clinic shifted to primary care setting	Medical and surgical specialties	29	B	15	Health outcomes similar in outreach (primary care) and outpatient (hospital) clinics. Patient satisfaction higher in outreach. Direct costs higher in outreach.
Primary care staff shifted to A&E	Emergency care	28	A	3	Locating primary care staff in A&E units did not alter patient satisfaction and health outcomes, but primary care costs were reduced due to less intensive use of resources.

A&E, accident and emergency.

*Reviews were graded A if they scored the maximum 8 points; B if they scored 4-7 points, and C if they scored 3 or fewer points.

Aquests tipus de canvis mouen el servei de lloc, amb els mateixos professionals que el proporcionen. Es troben dos revisions. Una d'elles compara la gestió de pacients des de l'àmbit primari amb la de l'hospitalari. L'accessibilitat i la satisfacció del pacient milloren fora de l'hospital, però els resultats clínics són similars i els costos superiors, a causa, principalment, dels desplaçaments dels metges per a un nombre més reduït de pacients. Altres beneficis esperats, com la transmissió de coneixements dels especialistes d'hospitals cap als metges generalistes, no van ser assolits degut a la poca interacció habitual entre aquests dos grups.

Resultats de la revisió d'estudis. Canvis basats en vincles interprofessionals

Liaison	Clinical area	Ref	Quality of review*	No. of studies	Findings
Pharmacists as medication advisors	Prescribing	10	A	9	Pharmacist interventions improved the appropriateness of prescribing. There is insufficient evidence to draw conclusions about outcomes for patients or costs.
Mental health specialists as advisors to primary care	Mental health in primary care	17	A	12	Liaison may reduce psychotropic prescribing in primary care but the effects are short term and restricted to patients under joint care with specialist. The benefits are not translated to patients under the sole care of primary care staff.
Educational outreach from hospitals to primary care	Primary care	30	A	18	Educational outreach is a 'promising' approach to modifying health professional behaviour, but the evidence base is not robust. Most evaluations focused solely on prescribing behaviour. Only one study measured a patient outcome and few examined cost effectiveness.

*Reviews were graded A if they scored the maximum 8 points; B if they scored 4-7 points, and C if they scored 3 or fewer points.

Els tres tipus de vincles interprofessionals revisats mostren mancances en la recerca, sobretot en termes de cost-efectivitat. Cal destacar els resultats de la revisió d'iniciatives entre salut mental i atenció primària, que mostren una reducció de psicotròpics prescrits a l'atenció primària quan tenen especialistes de salut mental com a consultors, encara que els efectes són a curt termini.

Referències dels estudis sobre canvis de competències citats a les taules

La numeració de les referències següents es correspon amb la numeració indicada a la tercera columna (*Ref.*) de cada una de les taules resum, reproduïdes anteriorment, de la revisió de Sibbald et al.

1. Department of Health. The NHS Plan. London: HMSO, 2000
2. Department of Health. Working Together. Securing a quality workforce for the NHS. London: HMSO, 1998
3. Halliwell S, Sibbald B, Rose S. A bibliography of skill mix in primary care – the sequel. Manchester: National Primary Care Research & Development Centre, University of Manchester, 2000
4. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 575–580
5. Fay JK, Jones A, Ram FSF. Primary care based clinics for asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
6. Smallwood A, Chadwick R. Nurse-initiated thrombolysis in coronary care. *Nursing Standard* 2000; 15: 38–40
7. Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurse's role in patient education. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 163–173
8. Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
9. De Broe S, Christopher F, Waugh N. The role of specialist nurses in multiple sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technology Assessment* 2001; 5: 1–47
10. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
11. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 2002; 324: 819–823
12. Hodson DM. The evolving role of advanced practice nurses in surgery. *AORN Journal* 1998; 67: 998–1009
13. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing Research* 1995; 44: 332–339
14. Knedle-Murray ME, Oakley D, Wheeler JRC, Peterson B. Production process substitution in maternity care: issues of cost, quality, and outcomes by nurse-midwives and physician providers. *Medical Care Review* 1993; 50: 81–112
15. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendrift WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
16. Bower P, Rowland N, Mellor Clark J, Heywood P, Godfrey C et al. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software, 2002
17. Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software, 2002

18. Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JPT, Little PS, Talbot D et al. Dietary advice given by a dietician versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
19. Mckenna HP. Nursing skill mix substitutions and quality of care: an exploration of assumption from the research literature. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 452–459
20. Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A, Labianca R, Sheldon TA, Liberati A. Do specialists do it better? The impact of specialisation on the processes and outcomes of care for cancer patients. *Annals of Oncology* 1998; 9: 365–74
21. Hooker R, Cawley J. *Physician assistants in American medicine*. New York: Churchill Livingstone, 1997
22. Mittman DE, Cawley JF, Fenn WH. Physician assistants in the United States. *British Medical Journal* 2002; 325: 485–487
23. Griffin S, Kinmonth A. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, Oxford: Update Software, 2002
24. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
25. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, Oxford: Update Software, 2002
26. Mottram P, Pitkala K, Lees C. Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
27. Forster A, Young J, Langhorne P, for the Day Hospital Group. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
28. Roberts E, Mays N. Can primary care and community based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 1998; 44: 119–214
29. Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *Journal of Health Service Research & Policy* 2002; 7: 177–183
30. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davies DA, Hayners RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
31. Ebrahim S, Davey Smith B. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
32. Atkin K, Hirst M, Lunt N, Parker G. The role and selfperceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20: 46–52
33. Rink E, Hilton S, Szecepara A, Fletcher J, Sibbald B, Davies C et al. Impact of introducing near patient testing for standard investigations in general practice. *BMJ* 1993; 307: 775–778
34. Thomas L, Cullen N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002
35. Department of Health. *Extending independent nurse prescribing within the NHS in England*. London: Department of Health Publications, 2002
36. Rummery K, Glendinning C. *Primary care and social services: developing new partnerships for older people*. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2000

37. Audit Commission. Integrated services for older people: building a whole system approach in England. London: Audit Commission, 2002.
38. Hirst M, Atkin K, Lunt N. Variations in practice nursing: implications for family health services authorities. *Health and Social Care in the Community* 1995; 3: 83–97
39. Bailey J, Black M, Wilkin D. The special branch. *Health Service Journal* 1994; 104: 30–31
40. Baker D, Klein R. Explaining outputs in primary health care: population and practice factors. *BMJ* 1991; 303: 225–229
41. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993; 307: 413–417
42. Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration. Thirty-first Report 2002. London: HMSO, 2001
43. Doyal L, Cameron A. Reshaping the NHS workforce. *BMJ* 2000; 320: 1023–1024
44. Adams A, Lugsden E, Chase J, Arber S, Bond S. Skill-mix changes and work intensification in nursing. *Work, Employment and Society* 2000; 14: 541–555
45. Harris C, McBride A, Marchington M. Developing the concept of the 'good' employer in the NHS. Manchester: Health Organisations Research Centre, UMIST, 2002
46. McConville T, Holden L. The filling in the sandwich: HRM and middle managers in the health sector. *Personnel Review* 1999; 28: 406–424
47. Willmot M. The new ward manager: an evaluation of the changing role of the charge nurse. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28: 419–427
48. Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A et al. The effectiveness of health care teams in the National Health Service. Birmingham: Aston Centre for Health Service Organization Research, available on: <http://research.abs.aston.ac.uk/achsor/health.pdf>
49. Long S. Primary health care team workshops. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 935–941
50. Pettigrew A, Ferlie E, McKee L. Shaping strategic change. London: Sage, 1992: 278
51. Degeling P, Kennedy J, Hil M. Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management – the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research* 2001; 14: 36–48
52. Leverment Y, Ackers P, Preston D. Professionals in the NHS – a case study of business process re-engineering. *New Technology, Work and Employment* 1998; 13: 129–139
53. Atkin K, Lunt N. Negotiating the role of the practice nurse in general practice. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24: 498–505
54. Scott A, Currie N, Donaldson C. Evaluating innovation in general practice: a pragmatic framework using programme budgeting and marginal analysis. *Family Practice* 1998; 15: 216–222
55. Barr DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Annals of Internal Medicine* 1995; 122: 353–359
56. Rigby M, Roberts R, Williams J, Clark J, Savill A, Lervy B et al. Integrated record keeping as an essential aspect of a primary care led health service. *BMJ* 1998; 317: 579–582
57. Keeley D. Information for health – hurry slowly. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 267–268
58. Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R, van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *British Journal of General Practice* 2002; 52: 459–462

59. Parchman ML, Solomon R, Noel PH, Larme A, Pugh JA. Continuity of care, stages of change for self-management behaviours, and glucose control among patients with type 2 diabetes. *Journal of Family Practice* 2002; 51: 263–265
60. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Heanshaw H et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14: 111–118

Experiències a Catalunya

El nostre sistema de salut, com altres del nostre entorn, fa temps que està experimentant alguns dels canvis estudiats i descrits abans. En la gran majoria de casos es tracta de transformacions sense un reconeixement explícit. L'ampliació de rols és potser el cas més paradigmàtic i s'ha donat especialment en metges i també en infermeres, si bé amb aquestes representa moltes vegades dificultats professionals i socials que no sempre s'han acabat de solucionar.

Els metges han hagut d'especialitzar-se i subespecialitzar-se en camps emergents i les infermeres cada cop han assumit rols més autònoms en més camps, com la salut mental, l'atenció sociosanitària, l'atenció domiciliària o l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Aquestes àrees també han experimentat canvis en la interfície de serveis, anomenats de transferència, de reemplaçament o de *liaison*, segons la nomenclatura de Sibbald. Així, podem parlar de la integració de salut mental i atenció primària, emfatitzant l'atenció comunitària de la salut mental, o d'algunes iniciatives de metges d'hospital consultors en l'atenció primària, o de l'hospitalització domiciliària. Iniciatives puntuals més recents, que perseguien una millor continuïtat assistencial, han creat la figura de la "infermera d'enllaç".

A part d'aquests canvis produïts de manera natural i aïllada en cada professió o que formen part de programes més amplis que impliquen altres tipus de canvis, Catalunya està participant d'un estudi de col·laboració internacional, juntament amb Alemanya, Bèlgica, França, Itàlia i Portugal, sobre la delegació de tasques en l'àmbit d'atenció primària.

A partir d'una experiència duta a terme pel departament francès de Deux-Sèvres, liderada pel Dr. Jean Gautier, els representants dels diferents països van intercanviar els seus punts de vista el setembre de 2006. L'objectiu de l'estudi és elaborar i aprovar un protocol de delegació de tasques en l'atenció primària, el qual serà posteriorment debatut i consensuat entre els participants.

Conclusions i recomanacions

En primer lloc, podem constatar com les distribucions de tasques, establertes als diferents països, segueixen una gran diversitat de patrons. S'observa, a més, una tendència a introduir canvis –formals o informals– en les assignacions existents, per tal d'adaptar-les als nous entorns tecnològics i socials i a la introducció de nous professionals en els equips de salut.

La raó per la qual algunes tasques són responsabilitat d'una professió i no d'una altra és, freqüentment, un accident en la història. Mentre les necessitats de salut canvien, amb nous patrons de malaltia i noves oportunitats terapèutiques i preventives, els recursos humans han d'adaptar-se per respondre a aquestes circumstàncies canviant.

Rarament, hi ha una resposta simple a la pregunta de qui hauria de realitzar una activitat determinada. Rols que es poden assumir fàcilment per un grup de professionals a un país, poden ser inimaginables a un altre sense inversions importants per a la gestió dels canvis. Recordem que paraules com metge o infermera poden ser les mateixes i tenir significats molt diferents.

Malgrat el creixent volum de recerca en els canvis de competències, les diferències contextuals dificulten l'extrapolació d'un entorn a un altre. Aquest fet es fa manifest especialment per a les comparacions de cost-efectivitat, ateses les grans diferències dels costos. El que sí poden fer els resultats d'aquesta recerca és qüestionar nocions preconcebudes i suggerir que les coses es poden fer d'altres maneres.

Si s'han de fer o no determinats canvis dependrà de les circumstàncies específiques, però l'aforisme "si no s'ha trencat, no ho arreglis" sembla especialment apropiat, ja que els canvis tenen un cost inevitable. On hi hagi o es prevegi un problema, serà necessari actuar.

És important que polítics i gestors prevegin aquests canvis, els avaluin i els facilitin quan es considerin convenients. Els autors de diferents estudis i revisions proposen tenir en compte una sèrie de qüestions, abans d'introduir cap canvi de competències o d'assignació de tasques. Resumim algunes recomanacions al quadre següent:

- ⇒ Estar segurs que la tasca a fer, independentment de qui la faci, val la pena fer-la.
- ⇒ Si val la pena fer-la i sembla probable que una combinació diferent de competències seria millor, llavors s'haurà d'actuar.
- ⇒ Dur a terme accions que proporcionin el suport necessari als canvis apropiats. Les accions han d'incloure
 - * aspectes legislatius (eliminant barreres legislatives que dificultin els canvis i creant la legislació necessària),
 - * formació (adaptada i adaptable als canvis) i
 - * incentius (econòmics i professionals).
- ⇒ Preveure el canvi a introduir des del seu context més ampli, de tal manera que s'eliminin activitats obsoletes i es reorganitzi la capacitat alliberada.
- ⇒ Minimitzar qualsevol impacte advers en aquells més afectats, els professionals de la salut, amb polítiques de recursos humans adequades i eficaces.

2.2.e- Les teràpies naturals

Des de sempre hi ha hagut maneres diferents d'entendre la persona, el procés d'emmalaltir, la manera de fer els diagnòstics i de proposar tractaments. Aquesta diversitat té una relació molt estreta i directa amb els valors i tradicions de les diferents cultures i condicionen criteris i opcions mèdiques i terapèutiques diverses.

Les diferents perspectives coexisteixen tant a la medicina convencional o al·lopàtica, com a la resta de criteris, anomenats no convencionals, complementaris, alternatius, naturals, o holístics. Cada un d'aquests criteris utilitza diferents remeis o tècniques per afrontar els malestars que presenten les persones que hi acudeixen.

Els criteris en què es basen les anomenades teràpies naturals parteixen d'una base filosòfica diferent a la que suporta la medicina convencional o al·lopàtica i apliquen processos de diagnòstic i terapèutics propis. Destaquen com a elements nuclears de la majoria de les teràpies naturals: la perspectiva holística –integral– de la persona, la gran valoració de la capacitat d'autoregulació i recuperació de l'homeòstasi per part dels propis individus, la concepció de la malaltia com un procés de disharmonia o dissonància i la utilització d'eines terapèutiques senzilles, poc tecnificades.

Anàlisi de tendències

Amb el fenomen de la globalització, el nostre país –i els del nostre entorn– està assistint a una presència creixent de professionals que exerceixen aquestes teràpies naturals i, igualment, a una progressió del nombre de persones que s'acosten a aquests professionals per millorar la seva qualitat de vida. S'estima que el nombre d'aquells professionals a Catalunya oscil·la entre els 4.000 i els 6.000. A la Unió Europea s'ha detectat que aquestes pràctiques susciten un interès creixent com a professió, tant per part de professionals sanitaris com de persones que no ho són.

Cada vegada hi ha més països que regulen aquesta nova realitat per tal de garantir la qualitat en l'aplicació d'aquestes pràctiques i la seguretat dels pacients que les reben. En els països que ja reconeixen oficialment els diferents criteris i les teràpies naturals que utilitzen, s'observa una tendència a integrar aquestes pràctiques en els sistemes de salut, coexistent amb la medicina convencional o al·lopàtica.

Entre les iniciatives europees amb l'objectiu de reconèixer les teràpies naturals, s'ha de destacar que la Comissió Europea va obrir, entre 1994 i 1996, dues línies de pressupostos per a la recerca científica vinculada a les medicines alternatives i complementàries. D'altra banda, el Parlament Europeu va aprovar, al març de 1997, l'informe de Paul Lannoye sobre l'estatus d'aquestes medicines, en què fa recomanacions als estats membres respecte al seu reconeixement, regulació i harmonització. Finalment, cal assenyalar que hi ha governs que financen programes d'investigació per promoure un millor coneixement d'aquestes pràctiques terapèutiques com és el cas d'Alemanya i Gran Bretanya.

L'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut acaba de publicar un informe (Ettelt s et al. 2006)⁸⁹ sobre la provisió de serveis fora de l'hospital, comparant vuit països. Atès el creixent interès en les medicines alternatives i complementàries, l'estudi també revisa la situació de cada país en aquest aspecte. A la taula següent, mostrem un resum de la

⁸⁹ Ettelt S et al. Health Care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2006

informació relacionada amb les teràpies alternatives i complementàries extreta de l'esmentat estudi.

País	Medicina alternativa i complementària (CAM)
Austràlia	<p><i>Medicare</i> reemborsa els serveis quiropràctics i osteopàtics, sempre que els hagi prescrit un metge.</p> <p>Quasi totes les mútues privades proporcionen algun reemborsament per als serveis de medicina tradicional xinesa i naturopatia.</p>
Dinamarca	<p>Habitualment no es cobreixen les teràpies CAM. Per a algunes malalties específiques es poden reemborsar parcialment serveis quiropràctics.</p> <p>Els pacients no han d'anar a un metge de referència</p>
Anglaterra	<p>No hi ha una relació oficial de serveis CAM coberts pel <i>National Health Service</i> (NHS) i tampoc hi ha requeriments legals perquè el NHS els financi, però molts <i>Primary Care Trusts</i> (PCTs) compren alguns serveis CAM.</p> <p>Alguns tractaments, sobretot homeopatia i acupuntura, seguits d'osteopatia, aromateràpia i serveis quiropràctics, s'ofereixen des dels equips d'atenció primària.</p> <p>De vegades es cobren i de vegades no.</p>
Finlàndia	<p>El <i>National Health Insurance</i> reembossa l'acupuntura i altres teràpies alternatives, si estan proporcionades per un metge.</p> <p>També es cobreixen consultes amb quiropràctics registrats, osteòpates i <i>naprapath</i> (un tipus de terapeuta manual) si el pacient ha estat derivat per un metge.</p>
França	<p>El <i>Social Health Insurance</i> (SHI) reemborsa l'acupuntura i l'homeopatia, si les proporciona un metge.</p> <p>Els tractaments quiropràctics i osteopàtics no estan inclosos, però es poden assimilar per altres procediments inclosos a la llista.</p>
Països Baixos	<p>El paquet bàsic de salut no inclou tractaments complementaris o alternatius.</p> <p>Amb el nou <i>Health Insurance System</i>, la cobertura de les CAM dependrà del contracte individual.</p>
Nova Zelanda	<p>Els serveis osteopàtics, quiropràctics i l'acupuntura són coberts només per l'ACC (una assegurança obligatòria d'accidents).</p> <p>Habitualment es requereix un copagament.</p>

País	Medicina alternativa i complementària (CAM)
Suècia	<p>L'acupuntura es reemborsa parcialment si la proporciona un metge.</p> <p>Els quiropràctics poden ser contractats per centres d'atenció primària.</p> <p>A part d'aquestes, la resta de teràpies CAM estan excloses de la provisió pública.</p>

Taula d'elaboració pròpia. Font d'informació: Ettelt S et al. 2006

Situació actual a Catalunya

La voluntat de reconèixer i regular l'exercici de les teràpies naturals com a activitats orientades al foment de la salut i al benestar de les persones, juntament amb la diversitat dels continguts formals essencials d'aquestes disciplines i la variabilitat en els coneixements dels pràctics, han portat al Departament de Salut a l'elaboració d'uns continguts mínims, els quals van ser aprovats i publicats al gener del 2007, mitjançant el corresponent Decret⁹⁰.

L'objectiu d'aquest Decret –en suspensió cautelar⁹¹, des del passat juliol, pel Tribunal Suprem de Justícia de Catalunya– és regular les mínimes condicions que s'han de garantir en defensa de la salut pública, tant pel que fa als coneixements –corresponents a cadascuna de les teràpies incloses en el seu àmbit d'aplicació–, com al sistema d'avaluació de les competències dels professionals de teràpies naturals.

El procés que ha iniciat el Departament de Salut significa un reconeixement de la utilització d'altres teràpies diferents a les de la medicina convencional o al·lopàtica amb la seguretat que la sinergia d'ambdues produirà una millora del benestar de les persones. D'entrada, s'ha previst de regular a Catalunya només les teràpies naturals següents:

- Acupuntura i teràpia tradicional xinesa
- Criteri naturista
- Teràpies manuals i tècniques manuals

La formació específica per a la pràctica de les modalitats de teràpies naturals s'haurà de dur a terme en centres de formació acreditats i haurà de ser a càrrec de personal que disposi de

⁹⁰ Decret 31/2007, de 30 de gener, pel qual es regulen les condicions per a l'exercici de determinades teràpies naturals.

⁹¹ Pel que fa a la situació de suspensió del decret, cal destacar:

- a) Que el TSJC, amb data de 26 d'octubre de 2007, ha resolt denegar l'ampliació de la suspensió cautelar a les *Guies de formació de teràpies naturals*, sol·licitada pel Ministeri de Sanitat. I aquestes guies són el referent de la formació exigida en el decret de regulació de les teràpies naturals suspès.
- b) Que l'11 de desembre de 2007, la *Comisión de sanidad y consumo del Congreso de los Diputados* ha aprovat la creació, dins de l'actual legislatura, d'un grup de treball, amb la finalitat d'iniciar un estudi i proposta de regulació del sector de les teràpies naturals en el termini i temps necessaris.

l'acreditació corresponent com a formador. També s'hauran d'acreditar els establiments on es practiquin les teràpies naturals, així com els professionals que s'hi dediquin.

L'acreditació habilitarà per fer la valoració de l'estat del/de la pacient i aplicar la teràpia natural corresponent, sempre que no hi hagi patologia diagnosticada que ho contradigui o alerta que recomani l'atenció per part del sistema sanitari general.

La medicina convencional o al·lopàtica només pot ser aplicada per professionals sanitaris, que, en conseqüència, són les úniques persones habilitades per fer un diagnòstic i un tractament al·lopàtics. En canvi, els criteris en els quals es basen les teràpies naturals poden ser aplicats per personal sanitari i per pràctics en les teràpies naturals, sempre que s'acrediti disposar d'uns mínims coneixements específics, que hauran de ser objecte d'aprovació per part de l'Administració sanitària, d'acord amb les disposicions que estableixi aquesta Administració.

També, per tal de garantir la millora continua en el desenvolupament de l'exercici de les teràpies naturals, el Departament de Salut comptarà amb la col·laboració d'experts en aquesta matèria. Amb aquesta finalitat s'ha creat la Comissió Assessora per al seguiment de la regulació de les teràpies naturals.

Reflexions sobre les tendències i algunes propostes

Volem destacar algunes de les reflexions i propostes que els membres del GEOPS i del CCECS han aportat sobre les *teràpies naturals* i el seu context. Aquest inclou les tendències observades, la necessitat de regulació i la d'un tractament equiparable al d'altres disciplines relacionades amb la salut:

- * Si bé els altres noms amb què s'anomenen aquests tipus de teràpies no satisfan sempre a tothom, els membres del CCECS creuen que el de *teràpies naturals* no és el més indicat. Cal destacar que altres teràpies són igual de *naturals* o, fins i tot, en alguns casos més.
- * Ningú discuteix la tendència a un ús creixent de les teràpies no convencionals, alternatives, complementàries o naturals. Sobre aquesta tendència, queden a la taula la pregunta i la proposta següents:
 - *No s'ha estudiat mai el per què d'aquesta tendència social?*
 - *Potser seria interessant realitzar alguna recerca en aquest sentit*
- * També hi ha consens en reconèixer aquesta realitat social i actuar en conseqüència, en defensa de la salut pública i de la seguretat del ciutadà, però aporten certs matisos. *Si bé el nombre de teràpies no convencionals és tan ampli i heterogeni que és difícil generalitzar, la manca d'evidència científica és el principal obstacle.*
 - *S'haurien de potenciar els estudis científics, i fer esforços per tenir més criteris...*
 - *Si el govern no és qui els ha de promoure, sí que hauria d'exigir el mateix a tothom*
 - *També és tasca del govern (en defensa de la salut pública) proporcionar al ciutadà qualsevol informació que pugui contribuir a incrementar la seva seguretat i a prendre les millors decisions. Això hauria d'incloure, entre d'altres, la comunicació pública dels casos en que sí que hi ha evidència científica i dels que no; i avisar també de les situacions en què algunes pràctiques –o el rebuig a determinades actuacions– puguin comportar riscos per a la salut.*

2.2.f- El ciutadà

Pacient més informat, pacient amb més coneixement?

L'enorme increment d'informació en temes de salut disponible en mitjans no especialitzats, i amb una accessibilitat impensable fa uns anys, és una realitat innegable, però tal nivell d'informació no sempre va de la mà d'un increment de coneixement accessible als ciutadans.

Podem constatar que el ciutadà està adquirint, certament, un creixent nivell de formació en molts temes de salut, gràcies al seu grau superior de maduresa i a la informació cada cop més disponible. Però la informació més accessible i predominant en un nombre important d'aspectes de la salut, no és sempre de qualitat ni fidedigna i, massa sovint, es troba esbiaixada per interessos mercantilistes o sensacionalistes de diversos estaments socials (indústria farmacèutica, grups de recerca, grups de pressió social, mitjans de comunicació, etc.)

Si ja és prou difícil la gestió i la digestió de la informació per part dels propis professionals de la salut, el ciutadà, sense les eines pròpies d'aquells, es troba immers en un excés d'informació i amb moltes dificultats per convertir la informació en coneixement.

El dret a la informació és considerat un dret democràtic fonamental per a l'autonomia del pacient en la presa de decisions que afectin la seva salut, però és realment suficient? Està realment preparat per assumir aquesta responsabilitat?

Per aconseguir una millora del coneixement i de la formació del ciutadà en temes de salut, i així promoure una veritable capacitat d'elecció i de decisió, cal vetllar per una informació de qualitat contrastada i amb un llenguatge entenedor que faciliti l'accés per part de la població i a través de mitjans i vies atractives i assequibles. Aplegar tots aquests requisits no és una tasca fàcil, però s'haurien de fer esforços continuats, interdisciplinaris i intersectorials, en aquest sentit.

El pacient informat, un nou enfocament

El nou pacient més informat, i més exigent, presenta noves necessitats i nous problemes, que requereixen altres formes d'abordatge, molt sovint incompatibles amb el dia a dia de l'atenció hospitalària o de la consulta de primària. El temps no permet l'educació adequada en salut, quan el metge ha de controlar el rellotge, preocupat per no equivocar-se en el diagnòstic, la prova o la intervenció.

Una bona comunicació de temes de salut és cabdal per a la promoció de la salut. Les noves intervencions comunitàries estan obrint nous potencials, en aquest sentit, en molts sectors de la societat, dins de la comunitat i de la família.

La cooperació intersectorial és clarament essencial per trencar les barreres dins dels diferents sectors públics, entre organitzacions governamentals i no governamentals, i entre el sector públic i el privat.

El ciutadà diposita encara una confiança plena, sobretot, en el seu metge; però té una percepció, sovint, negativa del sistema, i no valora de manera adequada tots els recursos que aquest li proporciona. S'hauran de fer esforços per saber transmetre el valor d'aquests recursos i la seva importància, i el cost –no només econòmic, sinó també el cost d'oportunitat– que representa una utilització inadequada.

Per tal d'aconseguir complicitats amb el ciutadà, s'han de fer conèixer també el paper de la salut pública, les formes d'actuació i els seus beneficis.

Anàlisi de tendències

L'any 2005, la 9ª Conferència de la International Medical Workforce Collaborative (IMWC) va tractar en un dels seus punts del futur de la professió mèdica a partir de la identificació de les principals tendències: feminització de la professió; manca progressiva de professionals sanitaris; manca de recursos; incorporació de noves tecnologies (telemedicina); envelliment progressiu dels professionals.

Tot això, i davant de problemàtiques compartides per la majoria dels països als àmbits europeu i internacional, la diferència fonamental recau en la forma d'afrontar el canvi sense retorn del Sistema Sanitari: amb o sense la col·laboració i la incorporació gradual de la veu dels pacients i usuaris sanitaris a la pròpia reforma sanitària i a la reformulació dels rols dels professionals sanitaris i dels pacients, usuaris sanitaris, en definitiva, dels ciutadans.

Si bé és difícil respondre a la pregunta *“Who are the physicians of tomorrow and what will they do?”* –que es plantejaran EUA, Canadà, Austràlia i Regne Unit–, la diferència dels sistemes sanitaris més avançats és la transició des d'una política i atenció sanitària *“centrada en el pacient”* a una política i atenció sanitària *“col·laboradora amb el pacient”*. Una col·laboració centrada en la incorporació de l'experiència del pacient, usuari sanitari i cuidador, des del coneixement intens i pràctic de les virtuts i deficiències del propi sistema. Una col·laboració basada, en definitiva, en el concepte de democràcia participativa en salut. Un concepte fonamental, però poc explorat al nostre país, a diferència del que succeeix a França, Regne Unit, Canadà i països nòrdics, molt especialment Dinamarca.

A continuació citem una sèrie d'iniciatives seleccionades pel seu alt grau d'estabilitat i operativitat i per presentar menys dificultats d'implementació:

Iniciatives de participació ciutadana dins de diferents sistemes sanitaris

1.- França

REPRESENTANTS DE PACIENTS ALS ÒRGANS ADMINISTRATIUS DE LA SALUT

- Juny de 1986: La Comissió per a la Reforma Hospitalària organitza la primera compareixença nacional de les Associacions de Pacients.
- Llei n. 90-527, de 27 de juny de 1990, relativa als drets i a la protecció de les persones hospitalitzades per motiu de trastorns mentals i a les seves condicions d'hospitalització, que inclou “un representant d'una organització representativa de les famílies de persones ateses per trastorns mentals” en la Comissió Departamental de les Hospitalitzacions Psiquiàtriques.
- Decret n. 91-1415, de 31 de desembre de 1991, que fa obligatori per a tots els centres socials i mèdicosocials, d'instituir un “consell de centre” en el qual els usuaris del centre i les famílies hi siguin representats.
- Creació de l'Alt Comitè de la Reforma Hospitalària a l'any 1995, que incorpora representants d'associacions de pacients.
- Circular DGS/DH n. 95-22, de 6 de maig de 1995, relativa als drets dels pacients hospitalitzats i comportant una “carta del pacient hospitalitzat” que dona formalitat al fet que la malaltia no priva la persona dels seus drets; després d'establir una llista de textos que reconeixen aquests drets, amb l'objectiu de fer-los conèixer concretament,

convida els directors de centre a prendre les disposicions necessàries per assegurar la difusió de la carta prop dels pacients ingressats, i suggereix de mantenir una reflexió sobre aquests drets, implicant-hi el més àmpliament possible tots els professionals concernits i les associacions.

- Ordenança n. 96-346, de 24 d'abril de 1996, que preceptua la reforma de l'hospitalització pública i privada que obliga els centres de tenir informats els pacients sobre els seus drets i a assegurar el seu respecte. A més, s'instaura una comissió de conciliació. A la fi, els representants dels usuaris de la salut passen a formar part del consell d'administració dels centres.
- Juny de 1996, Informe Evin sobre els drets de la persona malalta (Consell Econòmic i Social).
- Juny de 2000, Informe Étienne Caniard sobre "el lloc dels usuaris en el sistema de salut": reflexió sobre la posada en marxa d'un procés de democràcia sanitària, el qual contribuirà en un futur més o menys proper a acabar amb l'oposició entre drets individuals i drets col·lectius de les persones que recorren al sistema de salut.

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Un Guide pour les représentants des usagers du système de santé, 2004 (Vegeu p. 93 i ss, on es descriu el paper de les Associacions de Pacients, òrgans i funcions dintre del Sistema Sanitari Francès)

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/guide_syst_sant/sommaire.htm

La représentation des usagers (20/09/2006) http://www.e-cancer.fr/v1/index2.php?option=com_redaction&do_pdf=1&id=1254&lang=1&vers=1

2.- Regne Unit

GOVERNABILITAT I GESTIÓ CLÍNICA

Representants de pacients i governabilitat als centres sanitaris⁹²

INCORPORACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA DELS PACIENTS ALS CENTRES SANITARIS

Patient Voices Program

Programa britànic innovador, a partir del qual es pretén introduir de forma indirecta la "veu del pacient" a la gestió clínica i presa de decisions estratègiques dels centres sanitaris, amb la incorporació i visualització de gravacions de pacients que narren la seva experiència mèdica i sanitària: comprensió del tractament; utilització dels diversos serveis sanitaris i sociosanitaris.

Objectius:

- Grups de treball que permeten als professionals, cuidadors i pacients dels centres sanitaris desenvolupar les seves pròpies històries i narracions personals.
- Consulta i suport en la integració i ús de les històries digitals dintre de programes de desenvolupament de l'atenció sanitària.

⁹² Freedman DB. Involvement of patients in Clinical Governance. Clin Chem Lab Med. 2006; 44(6):699-703.

→ Recerca en les aplicacions i ús de les històries digitals en la millora de la qualitat de l'atenció sanitària i com a instrument de reflexió en l'ensinistrament de l'atenció sanitària i aplicació de les històries digitals com a eina de millora, reflexió i educació sanitària.

<http://www.pilgrimprojects.co.uk/clients/nhsma/pv/index.htm>

3.- Canadà

PARTICIPACIÓ DELS CIUTADANS EN LA PRESA DE DECISIONS SANITÀRIES

Santé Canada Participation du Public

Instrument de suport a la col·laboració entre els diversos agents del sistema sanitari i el propi sistema, i entre els que es troben les associacions de pacients i consumidors.

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/public-consult/resource-centre-ressource/101/index_f.html

4.- Estats Units

LIDERATGE DEL PACIENT

Strategies for Leadership: "Millorant la comunicació amb pacients i familiars" de l'American Hospital Association.

Conté un qüestionari interessant perquè els professionals sanitaris puguin valorar la seva capacitat comunicativa amb el pacient i la preparació del centre sanitari en aquest tema. S'utilitza especialment per tal d'afavorir la detecció de problemàtiques i ajudar a la implantació d'estratègies de millora.

www.aha.org/aha/content/2003/pdf/blueprint_for_action.pdf

Panoràmica europea de Cartes de Drets i Deures dels pacients⁹³

1. Els països on hi ha associacions o organitzacions de pacients, o vinculades als drets dels pacients, han elaborat més ràpidament Cartes de Pacients o normatives específiques en matèria de drets, i amb menys buits, al contrari del que succeeix en països o àrees com Rússia o Àsia, amb una normativa més pobre i amb més vulneració dels drets dels pacients.
2. Les entitats del tipus d'associacions de pacients tenen molta més rellevància a Europa que a altres continents, on solen ser substituïdes, la majoria de vegades, per organismes estatals o per entitats del tipus d'associacions de consumidors.
3. La vinculació del pacient a la figura de "consumidor"⁹⁴ és un fenomen molt recent i que està afectant la redacció de les cartes del pacient o la normativa específica en el sentit de deixar

⁹³ Conclusions elaborades per Joana Gabriele Muñiz, del Fòrum Català de Pacients

⁹⁴ "Since the patient rights movement of the 1970s, patients have consistently received more protection than consumers. While consumers may have access to some of their credit information, patients are entitled to all the information in their medical records because the information belongs to them. Some patients' rights have no analogy in the marketplace. For example, the right to privacy during the course of medical treatment is based on the need for openness and trust in the physician patient relationship, and the fact that the patient often must expose his body to the physician." Mariner, Wendy K. *Standards of care and standard form*

de tenir en compte qüestions tan importants com el dret al consentiment informat, entre d'altres.

4. La impugnació per part d'associacions de pacients, als àmbits internacional i europeu, en matèria de violació o no protecció de determinats drets dels malalts mentals.
5. Excessiu caràcter genèric en aspectes tractats com a drets dels pacients, excepte en les cartes de pacients redactades a propòsit de determinades patologies (tuberculosi, salut mental).
6. Existència d'una certa disparitat entre la concepció d'alguns drets dels pacients des del punt de vista d'organismes vinculats a aquells, i des del punt de vista polític i/o sanitari, especialment pel que fa a la seva expressió en termes semàntics. No és debades que es detecta sovint en la documentació europea revisada, la distinció, quant al dret del pacient, entre l'expressió "tenir dret a" i l'expressió "haver de". També solen expressar-se en temps condicional els drets relatius a informació i comunicació respecte a la documentació mèdica i clínica del pacient, la informació relativa a la identitat i a l'estatus del metge responsable de l'atenció al pacient, l'obtenció d'una segona opinió mèdica, i el forniment d'informació al pacient, en forma comprensible.
7. Destaca, igualment, la diferència existent en la redacció de cartes o declaracions del pacient, segons l'objecte amb què es fan (per al pacient, l'àmbit mèdic, els centres sanitaris, els serveis, etc.).
8. Com a dret menys desenvolupat i quasi inexistent a l'àmbit europeu, llevat de casos com en la Declaració de Barcelona (2003), hi ha el dret del pacient no solament a l'associacionisme sinó a disposar d'assessorament continuat en matèria de drets i legislació sanitària, així com a la participació activa, no ja en el tractament sinó en la planificació de l'atenció del procés patològic, des del seu començament fins a la conclusió del tractament o finalització d'una estada hospitalària.
9. Es troba a faltar un marc complet i comú del coneixement i referència documental de la majoria de textos europeus i internacionals, com a suport en la redacció de les cartes de pacients, i s'opta, generalment i tret d'excepcions, per la reiterada remissió a documents marc de la UE o l'OMS.
10. Tot i que, sense fer un estudi sobre legislació sanitària europea o internacional, no és possible saber en quina mesura les cartes de pacients han actuat o actuen com a estímul o com a fre de la legislació *ad hoc* en matèria de protecció i defensa dels drets dels pacients, s'ha observat que els països més avançats en aquest aspecte són, contradictòriament, aquells que sense disposar, pròpiament, de Cartes de Drets del Pacient, sí que han desenvolupat, en canvi, una política legislativa i sanitària específica sobre la qüestió. Tal és el cas, per exemple, dels països nòrdics⁹⁵. L'explicació podria trobar-se en el fet que els drets inclosos en la majoria de cartes del pacient esdevenen inoperants, perdent tota la seva capacitat d'execució aïllats i/o desvinculats d'una política sanitària que faci possible la introducció i aplicació.
11. A desgrat de la gran coincidència en la majoria de drets tipificats en les cartes del pacient analitzades, hi ha una gran mancança en la incorporació de drets concrets inherents a l'especificitat pròpia per a patologies de més prevalença, cronicitat o estigmatització.

contracts: distinguishing patient rights and consumer rights in managed care. J Contemp Law Policy. 1998; 15:1-55.

⁹⁵ Cfr. Patients' Rights and Citizens' Empowerment through Visions to Reality. (Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. Copenhagen, Denmark 22-23 April 1999)

Els pacients a Catalunya i a l'Estat espanyol

Al llarg de la història s'han produït una sèrie de declaracions internacionals que han assentat les bases sense les quals avui no seria possible parlar de drets dels pacients ni al nostre entorn ni arreu. Les declaracions, cartes, convenis o lleis que han assolit fites més significatives en aquest sentit al nostre entorn, de manera directa o indirecta, han estat les següents:

- * Declaració Universal dels Drets Humans. Assemblea General de les Nacions Unides, 1948
- * Conveni Europeu sobre Drets Humans i Llibertats fonamentals, 1950
- * Carta Social Europea, 1961
- * Conveni Internacional sobre els Drets Civils i Polítics, 1966
- * Conveni Europeu sobre Drets Econòmics, Socials i Culturals, 1966
- * Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa. Comissió de Salut i Afers Socials, 1976
- * Pla d'Humanització de l'Atenció Sanitària. Carta de Drets i Deures dels Pacients. Institut Nacional de la Salut, 1984
- * Llei General de Sanitat, 1986
- * Drets dels Pacients. Associació Mèdica Mundial, 1995
- * Conveni relatiu als drets humans i la biomedicina, 1997

Entre 1948 i avui hem recorregut un camí amb avenços i retrocessos, però el canvi fonamental que hem presenciat ha estat la transició del model tradicional paternalista en la relació metge-pacient a un model més autonomista, en el qual el pacient/usuari pren un paper més actiu i passa a ser el protagonista en la presa de decisions.

La Llei General de Sanitat de 1986, en l'article 10, planteja una autèntica carta de drets dels pacients, però és deficitària en alguns aspectes, en no incloure el dret a morir amb dignitat, posseir herències paternalistes (*"la informació s'ha de donar al pacient i a les persones que li són properes"*)⁹⁶ o coaccionar el pacient en obligar-lo a sol·licitar l'alta voluntària quan rebutgi un tractament.

A la Declaració de Lisboa (Drets dels Pacients. Associació Mèdica Mundial, 1995) es recullen els principis generals que s'han de respectar per protegir els drets de les persones a l'àmbit sanitari.

Més recentment, amb el Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat del ser humà en relació amb les aplicacions de la biologia i la medicina, firmat a Oviedo el 4 d'abril de 1997 i ratificat per Espanya l'octubre de 1999, es declara la necessitat de prendre les mesures adequades a cada país, incloent la modificació de la legislació interna, per garantir la dignitat de l'ésser humà i els drets i llibertats fonamentals de la persona. A més, es dóna primacia, en cas de conflicte, a l'interès de l'individu sobre el de la societat o el de la ciència.

Tots admeten una sèrie de drets del pacient en una societat justa i, per tant unes obligacions que es generen en les parts encarregades de respectar aquests drets. Fins molt recentment aquests aspectes tan sols estaven inclosos en els codis deontològics, i només eren exigibles en la consciència del professional. Resumint, aquests drets són:

1. Dret a una assistència de qualitat científica i humana.
2. Dret a rebre una informació adequada, comprensible i veraç.
3. Dret a l'autodeterminació i, per tant, a acceptar o rebutjar tractaments.

⁹⁶ s'ha traduït al català el text original de la Llei: *"la información debe darse al paciente y a sus allegados"*

4. Dret a la confidencialitat de les seves dades i al respecte a la seva intimitat.
5. Dret a que se'ls respecti la seva dignitat i s'eviti el patiment.
6. Dret a que se li respectin les seves conviccions culturals, morals, etc.

Poc a poc la legislació ha anat recollint la protecció i les sancions previstes per la vulneració d'aquests drets, i els ciutadans recorren als tribunals en busca de protecció. Molts professionals viuen aquest procés com la cacera del metge, assistint a una judicialització de la pràctica assistencial, a la qual s'ha de respondre amb una "medicina defensiva". Res més equivocac. Fins i tot havent augmentat el nombre de denúncies, és molt inferior al dels països del nostre entorn i aquesta pràctica, a més, no diu gaire a favor del professional. Sembla més raonable acceptar que s'ha produït un canvi cultural a la nostra societat que exigeix al professional el respecte rigorós a aquests drets⁹⁷.

AJ Jovell i MD Navarro (2006)⁹⁸ analitzen aquest canvi social i com podria afectar l'estructura i el govern corporatiu de la professió mèdica en el Sistema Nacional de Salut, les causes globals i locals que el promouen i com poden modificar els valors que conformen el professionalisme mèdic. El citat estudi aborda la relació metge-pacient del present (basat en els resultats d'enquestes i estudis qualitius realitzats per la Fundació Biblioteca Josep Laporte) i del futur, segons la probable evolució a un model de pacient més actiu.

En aquest sentit, cal destacar la Declaració de Barcelona de les Associacions de Pacients i Usuaris establerta al maig de 2003 per part de 50 associacions de pacients i organitzacions d'usuaris, la qual va constituir una expressió de les demandes del pacient del futur. Aquesta carta de drets dels pacients va permetre constituir, el desembre del 2004, el *Foro Español de Pacientes*⁹⁹, que aplega a l'actualitat més de 600 associacions de pacients, voluntaris o familiars, i que representen 251.074 afiliats. La Declaració de Barcelona reuneix un conjunt d'aspiracions que no estan recollides de manera explícita en la major part de les lleis sobre pacients i que constitueixen part de les demandes que els pacients espanyols proposarien per a l'elaboració d'un contracte social explícit entre professió mèdica i societat.

Davant la positiva implantació del *Foro Español de Pacientes*, el 10 de febrer del 2006 es presenta el Fòrum Català de Pacients¹⁰⁰. En el moment de la seva constitució aplegava 24 associacions, i representava més de 30.000 ciutadans. Segons la seva presidenta, la Dra. M. Dolors Navarro, el Fòrum Català de Pacients pretén potenciar el moviment associatiu a Catalunya i que les persones que formen part de les associacions que l'integren puguin rebre informació completa i d'utilitat sobre la seva malaltia, així com millor atenció sanitària.

Amb motiu de la presentació, es va donar a conèixer un manifest elaborat pel Fòrum Català de Pacients en el que es posa de relleu per què són necessàries les associacions de pacients i per què resulta beneficiós que un pacient estigui integrat en una d'aquestes associacions. A continuació transcrivim els punts que componen el manifest redactat pel Fòrum, sense el desenvolupament de cada un d'ells:

⁹⁷ Informacions i reflexions extretes de: Casares Fernández-Alvés. Derechos de los pacientes. Tribuna médica, set. 2001

⁹⁸ Jovell AJ i Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Fundación Alternativas, Documento de trabajo 98/2006

⁹⁹ Foro Español de Pacientes (<http://www.webpacientes.org/fep>)

¹⁰⁰ Fòrum Català de Pacients (<http://www.webpacientes.org/fep/forumpacients/quisom.php>)

Les associacions catalanes de pacients...

1. Ofereixen informació i comunicació de qualitat.
2. Faciliten l'intercanvi d'experiències.
3. Promouen la integració social solidària.
4. Tenen en compte la dignitat del malalt i els seus drets.
5. Permeten la millora de qualitat de vida.
6. Donen suport a la investigació de qualitat.
7. Comuniquen la visió legítima dels pacients.
8. Defensen els interessos dels pacients i els seus familiars.
9. Sensibilitzen l'opinió pública envers la problemàtica de la malaltia.
10. Aconsegueixen una millora de la qualitat de l'atenció sanitària.

La participació ciutadana en la gestió del sistema sanitari a Catalunya i a l'Estat espanyol

El sistema sanitari català realitza periòdicament enquestes de satisfacció per tal de detectar les àrees susceptibles de millora. El Ministeri de Sanitat i Consum, al seu torn, encarrega anualment la realització del Baròmetre Sanitari al Centre d'Investigacions Sociològiques. No obstant això, s'observen dificultats tècniques per avaluar l'impacte de les mesures de millora que se'n deriven.

La participació dels ciutadans en la gestió del sistema sanitari es realitza a través dels representants democràticament elegits als Parlaments català i espanyol, i a l'Administració local (ajuntaments), mitjançant l'aprovació dels plans i les normatives corresponents.

En l'àmbit autonòmic i municipal, i en les àrees bàsiques de salut, hi ha consells de salut en els quals participen representants dels ciutadans i de l'Administració sanitària, però el seu desenvolupament és, en general, escàs i de caràcter consultiu.

En relació amb la implicació i la participació de les associacions de pacients en els diferents àmbits de la política sanitària, com la planificació o la gestió sanitària, no hi ha, en l'actualitat, normatives ni experiències concretes. Tanmateix, es preveu que adquireixin més influència en el futur.

D'altra banda, l'atenció primària té entre els seus objectius la participació i la implicació dels ciutadans en el sistema sanitari. Es tracta d'un principi plenament acceptat per tots els teòrics de models sanitaris i àmpliament recollit en la legislació que regula el nostre sistema sanitari; però, fins a la data, amb prou feines s'han desenvolupat estructures o modalitats d'organització en les quals sigui rellevant la participació dels ciutadans.

La incorporació progressiva de la participació dels ciutadans es fa imprescindible per tal de garantir l'atenció equitativa i de qualitat. Els mecanismes de participació han de permetre que els ciutadans expressin la seva valoració sobre l'atenció rebuda, però també s'han de desenvolupar processos actius que recullin les seves expectatives i necessitats sobre el sistema sanitari, i també establir estructures que permetin incorporar els ciutadans en la gestió i la planificació dels recursos sanitaris.

Recomanacions

Algunes de les recomanacions següents estan basades en un estudi del Canadian Policy Research Networks publicat el març de 2006¹⁰¹ i en el document de treball d'AJ Jovell i MD Navarro¹⁰² (2006) publicat recentment.

- ⇒ **Atorgar un pes més important a la participació ciutadana** en els processos de les polítiques de salut tant les orientades a l'individu com a la comunitat i la població
- L'esforç d'institucionalitzar la participació ciutadana ha d'incloure els serveis públics i els òrgans de decisió política.
 - Els participants han de representar els diferents grups poblacionals i han de comptar amb informació fidedigna, equilibrada i honesta sobre el tema a resoldre.
 - S'han de respectar els principis d'equitat i de justícia durant el procés de deliberació.
 - Els resultats del procés de deliberació s'han de comunicar de manera efectiva al públic en general.
 - Algunes associacions i organismes recomanen institucionalitzar la participació, creant estructures que permetin la participació ciutadana regular (no puntual) a tots els nivells (macro, meso i micro).
- ⇒ **Resoldre l'asimetria d'informació entre experts i no experts** (científics, empreses de tecnologia, polítics, gestors de recursos i professionals de la salut *versus* el pacient i el ciutadà sense formació mèdica o la informació necessària per prendre les decisions). Fins fa poc es considerava que el dilema plantejat per la dificultat del pacient d'avaluar la qualitat del servei de salut i els seus efectes *a priori* i, fins i tot, després del seu consum, no tenia solució, però això ha canviat¹⁰³. Algunes aproximacions proposades per resoldre aquesta asimetria d'informació abasten el següent:
- **Redefinir el pacient com a expert**¹⁰⁴ en la seva malaltia i en els efectes dels tractaments no només a l'estat físic, també a la seva vida personal, familiar, professional, aprofitant la seva visió i experiència. Fer-los participants de la capacitació dels metges per comunicar amb els pacients o de la capacitació d'altres pacients per aprendre a autogestionar la seva malaltia¹⁰⁵, o en la elaboració de guies de pràctica clínica¹⁰⁶, etc.

¹⁰¹ Canadian Policy Research Networks. Fostering Canadian's role in public policy: A strategy for institutionalizing public involvement in policy. Public Involvement network, March 2006. Disponible a www.rcrpp.org/en/network.cfm?network=3

¹⁰² Jovell AJ i Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Fundación Alternativas, Documento de trabajo 98/2006

¹⁰³ Lindström Karlson A. Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Fundación Salud Innovación y Sociedad. Barcelona 2006

¹⁰⁴ NHS Expert patient programme (www.expertpatients.nhs.uk)

¹⁰⁵ La Universitat Autònoma de Barcelona i la Fundació Biblioteca Josep Laporte han creat el març de 2006 la "Universitat dels pacients" (www.webpacients.org) destinada a pacients, familiars, cuidadors, voluntaris i ciutadans en general, interessats en temes de salut. Aquesta iniciativa capdavantera té com a objectius garantir la igualtat d'oportunitats en l'educació i l'accés a una assistència de qualitat i promocionar la modernització i la millora de la qualitat de

- **Produir i facilitar “ajudes” externes (decision aids)** per a la presa de decisions tant per a metges com per als pacients. L'Ottawa Health Research Institute¹⁰⁷, afiliat a la Universitat d'Ottawa, s'ha especialitzat en el desenvolupament de *Patient Decision Aids*, orientades a ajudar els pacients a prendre decisions difícils sobre salut, és a dir, opcions amb resultats incerts o efectes secundaris valorables de diferents maneres. Un nombre creixent d'organitzacions de salut ha desenvolupat *Decision Aids*, com el Center for Shared Decision Making¹⁰⁸ als Estats Units. La OMS Europa (novembre 2005) ha publicat l'informe del Health Evidence Network, HEN, sobre *Patient Decision Aids*, titulat *Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system?*¹⁰⁹
- ⇒ **Contribuir al desenvolupament operatiu del dret a la participació ciutadana** reconegut a la normativa legal (Llei general de sanitat, Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i Llei de creació de l'Agència de Protecció de la Salut), a l'actual Agència de Salut Pública de Barcelona i a la futura Agència de Salut Pública de Catalunya, mitjançant iniciatives concretes.
- ⇒ **Fer explícit el nou contracte social implícit metge-pacient.** Algunes de les propostes d'AJ Jovell i MD Navarro (2006):
- Promoure estratègies que incrementin la confiabilitat de la professió mèdica, infermeres i d'altres professionals de la salut¹¹⁰. Entre elles, el desenvolupament d'una estratègia de professionalisme centrat en el pacient, la revisió dels codis deontològics i l'avaluació de la competència professional.
 - Reconèixer les limitacions de la pràctica de la medicina i gestionar les expectatives dels pacients amb la finalitat d'evitar demandes innecessàries o poc realistes.
 - Establir un contracte social explícit basat en la creació de mutualismes amb els diferents agents de salut, que tingui com a actors principals els professionals de la salut, els pacients i les administracions sanitàries.

l'atenció sanitària amb el desenvolupament d'activitats d'informació, formació i recerca. Han col·laborat en la creació el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, el *Foro Español de Pacientes* (<http://www.webpacientes.org/fep>) i el Fòrum Català de Pacients (<http://www.webpacientes.org/fep/forumpacientes/quisom.php>).

¹⁰⁶ NHS Quality Improvement Scotland (2006): SIGN Patient Network (participation in guideline development) Disponible a www.sign.ac.uk/pdf/pnlfebruary2006.pdf

¹⁰⁷ Ottawa Health Research Institute. Patient Decision Aids, «Friendly Coaching for Tough Decisions» <http://decisionaid.ohri.ca/index.html>

¹⁰⁸ Center for Shared Decision Making, Dartmouth-Hitchcock Medical Center www.dhmc.org/webpage.cfm

¹⁰⁹ WHO Europe (2005): Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? www.who.dk/Document/E87791.pdf

¹¹⁰ a l'informe de Jovell AJ i Navarro MD, atès l'abast de l'estudi, només se cita la professió mèdica.

2.2.g- Les tecnologies de la informació i la comunicació

Les TIC poden facilitar noves maneres de treball i d'organització, optimitzar els recursos i millorar l'equitat social i territorial i l'accessibilitat del pacient. Per tant, beneficien tots els actors del sistema: pacient, professionals i Administració. En canvi, l'ampli ventall de possibilitats que ofereixen està poc aprofitat. N'hi ha que, malgrat que aportin molts estalvis a la llarga, requereixen de grans esforços i inversions inicials. Però n'hi ha d'altres que són ben simples i econòmiques. Alguns exemples:

⇒ **Informació clínica compartida i electrònica.** Segur que el procés d'adequar l'homogeneïtzació de dades i la digitalització de les històries, actualment disperses pels hospitals i centres, requerirà una dedicació important de recursos. Però ningú posa en dubte els beneficis d'aquesta inversió. Hi ha la percepció molt generalitzada, sobretot per part dels professionals, que s'està alentint massa aquest procés. Molts dels beneficis repercutiran de manera directa o indirecta en les hores de dedicació professional i ajudaran, per tant, a pal·liar les mancances de personal. Alguns dels beneficis:

- * Facilitarà la feina dels metges i infermeres, especialment en els serveis d'urgència i en els centres d'atenció primària, i estalviarà temps dedicat a fer la història.
- * La informació compartida afavorirà, simplificarà i millorarà la relació entre els especialistes d'hospital i els de l'atenció primària.
- * Que les dades del pacient siguin intercanviables ("història única" amb un únic codi d'història clínica i un model de dades únic i compatible) no significa que hagi d'haver una "única història" centralitzada. Poden haver-ne diverses i descentralitzades per facilitar l'accessibilitat a la informació i, per tant, l'activitat clínica, docent i investigadora i les diferents maneres de fer la història clínica, pròpies de cada nivell assistencial.
- * Accelerarà els processos diagnòstics, estalviarà visites i derivacions i optimitzarà la gestió del coneixement compartit entre els diferents nivells assistencials.
- * Ajudarà a enfortir la capacitat resolutiva de l'atenció primària en facilitar l'accés a proves diagnòstiques i a informació hospitalària.
- * Contribuirà a garantir la continuïtat assistencial i a cohesionar el triangle format pel pacient, l'AP i l'AH.

⇒ **Ús de la telemedicina per escurçar distàncies** entre l'AP i l'AH, entre hospitals amb diferents nivells de recursos (humans i tecnològics) i entre l'usuari i els serveis de salut. Hi ha moltes possibilitats i iniciatives. Òbviament, s'han de fer els pertinents estudis de costos econòmics i d'oportunitats en cada cas. Però són moltes les iniciatives que apunten a un estalvi real a la llarga de recursos, a més d'incrementar l'accessibilitat, la seguretat del pacient i l'equitat i disminuir els temps d'espera per a proves i interpretacions diagnòstiques. Alguns dels exemples més fàcils i viables, amb els quals ja s'han demostrat bons resultats:

- * Teleradiologia. L'enviament electrònic d'imatges obtingudes en serveis de radiologia d'hospital amb poca plantilla a centres amb més dotació d'especialistes per al diagnòstic, permet satisfer certes necessitats de radiòlegs.
- * Teledermatologia i teleoftalmologia són dos camps també molt senzills. El metge de primària realitza i controla una foto del pacient i l'envia a l'especialista, amb una connexió concertada prèviament. També permet un arxiu d'imatges de lesions dermatològiques que facilitarà la diferenciació de patologies benignes i malignes.

- * Telecardiologia. Per tal de facilitar l'accés de les proves a pacients localitzats en zones rurals i amb dificultats d'accés al seu centre hospitalari, s'ha implantat en alguna comunitat autònoma l'ús de la telecardiologia juntament amb l'ampliació de material necessari per a la realització d'electrocardiogrames.
- * Seguiment postoperatori de pacients intervinguts sense ingrés per la unitat de cirurgia major ambulatoria. S'envien imatges a través del mòbil des dels propis domicilis i en 15 segons una infermera les pot visualitzar a través d'un servidor, mentre realitza l'enquesta telefònica.
- * Telemonitoratge a pacients amb hospitalització domiciliària.

⇒ **Paper clau de les TIC en camps emergents**, com ara:

- * l'atenció socio sanitària, amb assistència ubíqua. El telemonitoratge, els sms, els sensors i comunicacions inalàmbrics amb enviaments de dades, ajuden a portar una vida independent i milloren la qualitat de vida de persones grans i pacients crònics¹¹¹.
- * l'assistència a pacients crònics, amb patologies com asma, diabetis, hipertensió, insuficiència cardíaca o persones de la tercera edat. El telemonitoratge permet el seguiment continu del pacient i s'ha demostrat una millor adherència als tractaments, en convertir-se en responsables de la seva pròpia salut.
- * la promoció d'hàbits saludables
- * la capacitat del pacient crònic a ser protagonista de la seva malaltia i tractament
- * la medicina sense fronteres regionals i nacionals...

⇒ **Interoperabilitat dels sistemes d'informació**. Molt sovint es desenvolupen sistemes d'informació amb propòsits exclusivament administratius, sense tenir en compte els seus usos potencials per a la recerca, l'avaluació i la planificació. De vegades, només una codificació adequada pot fer utilitzable el mateix sistema per a diferents usos i per a diferents nivells assistencials (per ex. les dades que es generen a primària, susceptibles d'utilitzar-se a salut pública)

⇒ **L'assegurament de la confidencialitat de les dades personals** és un aspecte clau i irrenunciable que no s'ha d'obviar en cap projecte de salut que utilitzi les anomenades tecnologies de la informació i la comunicació. S'hauran d'analitzar i preveure els procediments més adequats en cada cas per a tal assegurament. Les imatges radiològiques, per exemple, viatgen comprimides i encriptades per agilitar la transmissió i per assegurar la privacitat fins al servidor del centre que les rep.

¹¹¹ En aquest sentit, des de 1998, l'Institut de Salut Carlos III està treballant en el projecte AIRMED, que permet fomentar l'autonomia del pacient crònic i millorar la seva qualitat de vida. Inclou 3 àrees: AIRMED-CARDIO per a crònics cardíacs (hipertensió arterial, insuficiència cardíaca, teràpia oral d'anticoagulació), AIRMED-NEUMO per a pacients crònics pneumològics (asma, apnea-hipoapnea en son, tabaquisme) i AIRMED-SENIOR per a persones grans i fràgils. L'any 2004 va obtenir el premi "E-mobility" per aquest projecte.

TENDÈNCIES DE LES PROFESSIONS I OCUPACIONS EN EL SISTEMA DE SALUT

La gran diversitat de variables que poden determinar l'evolució històrica de les professions i ocupacions en el sistema de salut, generen un enorme ventall d'aspectes a manejar en aquests tipus d'estudis. Aquest és un fet conegut, i és per això que els estudis realitzats en aquest camp –disposant de més temps i recursos– han d'acotar el seu abast d'una manera dràstica.

Alguns treballs investiguen només algun dels molts aspectes que influeixen sobre els recursos humans de la salut. D'altres, potser la majoria, limiten l'estudi a un nombre reduït de professions, quasi sempre el metge i/o la infermera.

Aquest estudi no podia, tampoc, pretendre abastar totes les variables, totes les professions i ocupacions, i tots els escenaris hipotètics, que en són molts. Així i tot, vam preferir no acotar els aspectes a debatre, a priori, i que la línia a seguir i la selecció d'aspectes on posar l'accent fossin fruit de les reflexions i debats sorgits al llarg de l'estudi.

Hem intentat, d'aquesta manera, que els límits del treball vinguessin més determinats per les diferents prioritats que s'anessin establint, que per unes idees preconcebudes. Així, els aspectes que s'han anat considerant més rellevants, són els que han propiciat més debat i més cerca de literatura relacionada; i també els que han anat conformant l'estudi.

Ha estat realment difícil plasmar en paper un resum de tot el treball realitzat, però és el que pretén –conscients de les mancances– tot el capítol anterior. En cap moment va ser objecte de l'estudi, una anàlisi específica de cada una de les professions i ocupacions que intervenen en el sistema de salut. Tampoc hem disposat de les eines necessàries.

No obstant això, s'han fet esforços importants per considerar els diferents professionals del sistema. D'una banda, s'han aconseguit trencar les barreres que el gremialisme –inercial en qualsevol professió, no només de la salut– imposa. De l'altra, s'ha intentat treballar des d'una àmplia perspectiva, que no considerés solament l'actual sistema de salut, amb les estructures i professionals actuals, sinó també altres maneres possibles d'abordatge.

Fruit d'aquesta perspectiva, i tenint en compte la importància creixent del treball interdisciplinari en sistemes cada cop més complexos, s'ha estimat necessari un aprofundiment en l'anàlisi de cada una de les professions i ocupacions, plantejant possibles reorientacions en el sistema. El capítol anterior ja tracta, de manera més global, aquests aspectes.

Tot i així, la quantitat d'ocupacions i professions en el sistema de salut, i l'enfocament més global del treball en general, no han permès –ni ha estat l'objecte de l'estudi– una anàlisi exhaustiva de cada una d'elles. Com era previsible, les problemàtiques específiques i actuals d'algunes professions majoritàries han estat més presents als debats, però s'han interrelacionat amb altres, sovint, amb menys perspectiva històrica i més desconegudes.

Aquest capítol pretén recollir algunes de les reflexions del grup d'experts, i també les aportacions d'entitats i experts consultats, en aquest sentit; a més de la informació continguda a documents consultats. A causa de les limitacions descrites, i a la necessària condició "preliminar" de l'estudi, no hem fet una relació exhaustiva de totes les professions i ocupacions

de la salut. Així i tot, no hem volgut limitar-nos, com es fa amb d'altres estudis, ni a les professions majoritàries, ni a les professions definides per la LOPS com professions sanitàries.

Hem d'aclarir, per últim, que hem optat per una ordenació alfabètica a l'hora de presentar cada una de les professions i ocupacions a aquest capítol, evitant altres tipus d'ordenacions, com la importància pel pes en el sistema, o l'agrupació per nivells d'estudis.

Malgrat que pugui aparentar un simple detall, considerem necessària aquesta explicació, pel que pot representar. Precisament, un estudi d'aquestes característiques –amb perspectiva de futur– no pot anquilosar-se i considerar solament la realitat actual. És per això, i tenint en compte la incertesa actual d'alguns aspectes que es preveuen diferents en un futur proper, que hem optat per aquesta ordenació alfabètica i gens habitual.

3.1- Biòlegs

El biòleg desenvolupa la seva professió en molts camps diferents i ha adquirit una presència significativa en l'àmbit de la salut, on, en principi s'ha perfilat essencialment com a investigador, però el desenvolupament professional li ha proporcionat àmplies perspectives en altres camps de la salut, com per exemple el laboratori assistencial.

La perspectiva històrica del moment actual del biòleg en el sector de la salut comença a mitjan del segle passat, el 1953, amb el descobriment de l'ADN i la creació de la professió de biòleg a Espanya amb el corresponent títol universitari. El coneixement de la molècula de l'ADN, dipositària de tota la informació genètica dels éssers vius i de les seves propietats, obren línies d'investigació noves i importants, l'eix central de les quals és el treball del biòleg.

A partir de 1970 el biòleg es va incorporar al diagnòstic del laboratori clínic, però no és fins quinze anys després (1985) que es van convocar les primeres places de Biòleg Intern Resident (BIR), en les especialitats de Bioquímica, Anàlisis Clíniques, Immunologia, i Microbiologia i Parasitologia. Paradoxalment, durant més de 20 anys, han estat exercint com a especialistes sanitaris, cursant i superant una formació regulada oficialment, el BIR, sense poder obtenir el títol corresponent, la sanció del qual es va demorar sense justificació i amb greus perjudicis a l'àmbit professional.

Fa tan sols quatre anys que el biòleg ha consolidat els seus plens drets amb l'obtenció de la titulació d'especialista sanitari (Llei 1663/2002 de 16 de novembre). La recent Llei d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS) ha donat al biòleg el reconeixement definitiu com a professional de la sanitat.

3.1.a- Situació actual

Al febrer de 2005, el Col·legi de Biòlegs de Catalunya tenia registrats 422 biòlegs amb orientació sanitària, el 42,7% dels quals estaven especialitzats en àrees no regulades, com la Genètica, la Biologia Molecular, la Reproducció Humana i d'altres. Aquestes xifres s'han de prendre amb molta precaució, perquè no indiquen la situació laboral, sinó la formació, i perquè els biòlegs que treballen a l'Administració no estan obligats a col·legiar-se.

Les xifres del Ministeri d'Educació –que no tenim–, relatives al nombre de biòlegs que han obtingut el títol d'especialista, tampoc representarien la realitat; per no poder incloure aquells que encara estan pendents d'adjudicació ni tampoc els que exerceixen *de facto* una activitat sanitària, però pertanyent a alguna especialitat no regulada.

El Col·legi, amb la intenció d'aproximar-se a la realitat del col·lectiu, va dur a terme un estudi socioprofessional el 2003, i ara n'està iniciant un altre. El primer estudi ha evidenciat que, després de l'ensenyament, el sector de la salut és el que més biòlegs absorbeix. Al 2002, segons les dades obtingudes, el 14% treballaven en l'àmbit sanitari, amb una presència del 62% en laboratoris clínics, seguida de l'11,6% en reproducció humana i genètica.

La situació socioprofessional del biòleg al nostre actual sistema de salut està millorant, però amb molta lentitud i no està, encara, a l'alçada dels avenços de la biologia de la salut, ni de la seva rellevància creixent en la prevenció, el diagnòstic i el tractament de malalties.

Malgrat les millores produïdes recentment, i les bones perspectives del futur de la professió, el biòleg se sent encara fora del sistema. La capacitat del sistema per adaptar-se als canvis està limitada per una rigidesa excessiva de les seves estructures i organització. La velocitat del

desenvolupament científic i tecnològic va més enllà d'aquesta capacitat, i això crea desfasaments que podrien ser evitables.

El procés de reconeixement de les especialitats a les quals pot accedir el biòleg –les quatre en el camp del laboratori–, i de regular l'obtenció de les titulacions corresponents, ha estat un exemple. Durant el temps transcorregut, el nou coneixement biomèdic i els avenços tecnològics han transformat profundament aquestes especialitats, en possibilitar un alt grau d'automatització per a moltes tècniques i una nova orientació del diagnòstic, a nivells moleculars.

En aquest espai de temps, s'han assolit avenços importants que han obert nous camps de desenvolupament de la professió. Alguns d'aquests camps es troben en fases inicials, però n'hi ha que ja gaudeixen de certs anys d'història, com són la biologia molecular, la reproducció assistida, la medicina regenerativa i la genètica clínica.

- ⇒ La **Biologia Molecular** neix a principi dels anys 80, gràcies a la segona fita històrica de la professió del biòleg: el desenvolupament de tècniques per amplificar l'ADN, amb la reacció en cadena de la polimerasa o PCR (*Polymerase Chain Reaction*). Els mètodes i aplicacions de la biologia molecular en tots els camps de les ciències de la salut i de la vida han proporcionat un gran avenç del coneixement funcional dels éssers vius i, en particular, de l'home. La biologia molecular ha permès caracteritzar el genoma humà i ofereix la possibilitat real de tractar moltes malalties abans incurables.
- ⇒ La **Reproducció Assistida** i la **Medicina Regenerativa** són camps introduïts també pels biòlegs. Ja fa uns trenta anys, els biòlegs van desenvolupar les tècniques de reproducció assistida amb finalitats reproductives, que permeten la congelació dels embrions humans. La nova legislació espanyola per a la reproducció assistida, promulgada l'any 2003, permet la recerca amb aquests embrions i les cèl·lules mare derivades, i la seva aplicació a la dilucidació dels mecanismes bàsics del desenvolupament inicial i de la organogènesi. Actualment, les línies cel·lulars derivades de les cèl·lules mare s'utilitzen en la investigació de malalties degeneratives (amb pèrdues cel·lulars) i en el desenvolupament de la medicina regenerativa, aplicable a malalties com diabetis, distròfies musculars, malaltia del Parkinson, danys traumàtics a la columna vertebral, o infarts de miocardi, entre d'altres.
- ⇒ La **Genètica Clínica** mereix una menció especial. Es tracta d'una disciplina que va aparèixer a Espanya a principi dels setanta del segle passat i està directament relacionada amb el futur de la gestió clínica i de l'exercici del biòleg. El gran desenvolupament de la Genètica Clínica arran dels avenços de la genètica i, en especial, de la genètica humana, i la creixent demanda social de les seves aplicacions diagnòstiques (per exemple, en el diagnòstic prenatal citogenètic) ha multiplicat el nombre de centres que ofereixen aquests serveis al nostre país. Però, a causa de la planificació insuficient per part de les administracions, els seus professionals han hagut de fer un enorme esforç d'adaptació i, en molts casos, l'economia d'aquests centres i la formació del personal s'han hagut d'assumir amb fons de projectes d'investigació i beques. La demanda assistencial, en conseqüència, ha estat coberta amb pressupostos d'investigació i en detriment d'aquesta.

Són molts els estudis que constaten aquesta realitat. Un estudi comparatiu realitzat per la *European Society of Human Genetics* (ESHG)^{112 113} el 1997, evidenciava que la nostra genètica clínica era, llavors, una de les menys avançades d'Europa. Uns anys més tard, l'estudi de

¹¹² Harris R, ed. Concerted action on genetic services in Europe: A comparative study of 31 countries by the concerted action on genetic services in Europe. *Eur J Hum Genet* 1997;5 (suppl 2):1-220

¹¹³ Ramos-Arroyo MA, Benitez J I Estivill J. Genetic Services in Spain. *Eur J Hum Genet* 1997;5 (suppl 2): 163-168

l'Institute for Prospective Technological Studies (IPTS)¹¹⁴ indicava que el 2001 Espanya ja disposava de 52 centres i laboratoris de genètica molecular, on es realitzaven tests genètics per a 214 malalties diferents; però no existien mecanismes d'acreditació ni de regulació, i els controls de qualitat eren assumits de manera voluntària pels professionals, utilitzant controls externs, en no haver-hi centres oficials de referència. Estudis de la *Asociación Española de Genética Humana*^{115 116} posen de manifest el gran desenvolupament de la genètica clínica a Espanya, però també indiquen les mancances –planificadores, formatives, legislatives i econòmiques–, esmentades. Destaquen la insuficient i irregular distribució territorial, la quasi inexistent coordinació amb l'atenció primària, l'absència de registres sobre els diagnòstics (ni tan sols els prenatals o preimplantacionals), la desconexió entre els serveis d'obstetrícia i els centres de genètica, i la manca de controls oficials de qualitat.

3.1.b- Anàlisi de tendències

La biologia és una ciència paradigmàtica de la transformació i la innovació en ciències de la salut i de la vida, i les especialitats sanitàries ja “clàssiques” del biòleg han començat a transformar-se profundament amb els avenços de la tecnologia, la robotització i l'automatització. Les noves tecnologies diagnòstiques, cada cop més dirigides al diagnòstic molecular, fan del biòleg un professional idoni en els àmbits de la **Microbiologia, Bioquímica, Genètica, Immunologia, Anàlisis Clíniques i Reproducció Assistida**.

Els nous coneixements, aplicats en l'exercici professional d'aquestes especialitats sanitàries, es relacionen cada dia més amb el caràcter fonamental i la formació bàsica de la professió del biòleg; la qual s'integra fàcilment en equips multidisciplinaris i els permet abordar amb garanties d'èxit les demandes de la nova era “molecular i cel·lular” de l'assistència sanitària. La seva influència condiona el futur de la medicina terapèutica –també de la regenerativa i reparativa–, amb un elevat component de tractament personalitzat que s'ha constituït en el camí a seguir per la medicina actual.

Exemples d'àmbits i serveis emergents, amb una aportació clau del biòleg:

- medicina molecular
- genètica i embriologia clínica
- genòmica estructural i funcional
- proteòmica
- estudis de predisposició i susceptibilitat genètica
- farmacogenètica i farmacogenòmica
- teràpia gènica
- diagnòstic molecular i cel·lular
- epidemiologia molecular
- bioinformàtica

¹¹⁴ Rueda JR i Briones E. Genetic testing services for hereditary diseases in Spain: Results from a survey. Informe EUR20516EN editat per European Commission's Joint Research Centre (JRC), Institute for prospective technological studies (IPTS), 2002

¹¹⁵ Asociación Española de Genética Humana. Situación de la Genética Clínica en España. AEGH, 2002. Disponible a www.aegh.org

La genètica, com dèiem a l'apartat anterior, no és ja un camp nou per a la nostra societat. El que aquí potser no està tan clar com a d'altres països europeus, és el que la genètica pot aportar a la salut pública. A vegades cal recordar que les malalties de causa genètica, malgrat no representin un percentatge elevat, són un problema de salut pública i que un diagnòstic precís i un consell genètic poden prevenir en molts casos la seva aparició. També hem de recordar que la genètica no és una ciència determinista, com molts argumenten, sinó que, pel contrari, possibilita una intervenció a temps i eficaç i també una millor protecció de la salut. El coneixement dels diferents factors ambientals que poden provocar lesions gèniques i malalties, i la identificació de les alteracions gèniques i el seu procés; ajuden també a la prevenció. A molts països, s'observa una creixent contribució a la salut pública per part del biòleg, el qual col·labora amb l'Administració, i comparteix el seu coneixement i experiència en el si d'equips multidisciplinaris. Una dada, extreta de l'estudi de la European Society of Human Genetics¹¹⁷, il·lustra aquesta tendència: la majoria dels països europeus –dels 31 països avaluats–, al 1997 ja havien regulat la formació oficial en Genètica. Grècia, Irlanda i Bèlgica, juntament a Espanya, eren les excepcions.

La bioinformàtica és una disciplina emergent que es nodreix bàsicament de les ciències biològiques i de la computació. Utilitza la tecnologia informàtica per organitzar, analitzar i distribuir la informació biològica necessària per donar resposta a les preguntes complexes que plantegen la Biologia i la Biomedicina. Els biòlegs van ser els primers professionals que es van apropar a la tecnologia computacional, entenent-la com a element fonamental del seu treball i tenen en ella importants perspectives de futur. La bioinformàtica és un camp multidisciplinari, amb fortes interaccions entre la biologia i la informàtica, i entre els seus objectius i metodologies. Entre elles, esmentarem tres exemples destacats.

- * La investigació i el desenvolupament de la infraestructura i dels sistemes d'informació i comunicació requerits per la Biologia Molecular i la Genètica (xarxes i bases de dades per estudiar el genoma o obtenir resultats dels *microarrays*¹¹⁸),
- * la Biologia Computacional que s'aplica a la comprensió de qüestions biològiques bàsiques –no exclusivament a nivell molecular–, amb la creació de models i simulacions (ecosistemes o models fisiològics, entre d'altres)
- * el desenvolupament i utilització de sistemes computacionals que es basen en models i materials biològics (bioxips, biosensors, computació basada en l'ADN, xarxes de neurones o algorismes genètics).

La Proteòmica, una ciència que relaciona gens i proteïnes, estudia el conjunt de les proteïnes produïdes per un genoma determinat, i les seves interaccions dins i fora de la cèl·lula. El coneixement del "proteoma" d'un organisme proporciona una imatge dinàmica de les proteïnes expressades sota determinades condicions i en això els biòlegs també són experts. La sinergia entre la Genòmica Estructural, la Genòmica Funcional i la Proteòmica està facilitant una visió del conjunt gen-proteïna-funció, la qual permetrà enllaçar les causes biològiques moleculars amb les conseqüències fisiopatològiques d'una malaltia.

La farmacogenètica i la farmacogenòmica són àrees de recerca en ple desenvolupament i de màxima actualitat. La farmacogenètica estudia les diferències genètiques entre individus en la resposta als fàrmacs i les interaccions genèticoambientals; i la farmacogenòmica, basada en

¹¹⁶ Investigación priorizada en evaluación de tecnologías sanitarias: Inventario de Laboratorios de Análisis Genético Molecular en España. Subvencionat pel FIS. Disponible a www.aegh.org

¹¹⁷ Harris R, ed. Concerted action on genetic services in Europe: A comparative study of 31 countries by the concerted action on genetic services in Europe. Eur J Hum Genet 1997;5: 1-220

¹¹⁸ Gràcies als "microarrays" actualment és possible caracteritzar en pocs minuts l'expressió del genoma; el pas pròxim serà la inserció d'un sensor en un individu per proporcionar lectures que controlin contínuament l'estat de salut.

la genòmica funcional, estudia les bases genèticomoleculares des d'una perspectiva integradora, incloent les interaccions entre gens, per exemple. Els avenços en genètica i en aquestes dues disciplines permetran fabricar dianes terapèutiques molt més específiques, i utilitzar terapèutiques personalitzades, més eficaces i segures. La disminució dels efectes adversos, del nombre d'assaigs clínics negatius, del temps d'autorització d'un fàrmac, del temps de tractament i del temps de convalescència, disminuiran el cost net de l'atenció sanitària.

La teràpia gènica, una nova forma de tractar determinades malalties genètiques, es va aplicar per primera vegada l'any 1990 per tractar un dèficit d'adenosinadeaminasa, i ajudar la pacient a desenvolupar resistència davant les infeccions. Amb el temps, la teràpia gènica podrà proporcionar tractament eficaç per a moltes malalties avui incurables, com la fibrosi quística, la distròfia muscular, i la diabetis juvenil. A més, també és útil per tractar malalties no hereditàries.

La epidemiologia molecular constitueix un altre camp on el biòleg tindrà un paper transcendental, per tal de controlar les infeccions emergents i reemergents que poden causar greus problemes de salut pública. Els patògens emergents apareixen sobtadament i per primera vegada en una determinada població o, estant ja en ella, augmenten desmesuradament o es propaguen cap a entorns on no s'havien descrit. Els patògens reemergents són aquells que augmenten la seva incidència per alteracions de la seva epidemiologia; causen malalties que es consideren controlades, però que reapareixen amb canvis adaptatius de l'agent causal, de l'estat immunològic dels hospedadors, de la situació socioeconòmica, demogràfica o ambiental. Tots els patògens emergents i reemergents representen i representaran un greu problema sanitari, on el saber de biòlegs especialitzats en virologia, bacteriologia i parasitologia és i serà de gran ajuda.

3.1.c- Propostes d'acció

El creixent paper de la biologia, i dels biòlegs, en el desenvolupament de la medicina, és un fet que avui dia ningú discuteix. En canvi, aquest reconeixement –social i professional– no es correspon amb la integració que caldria esperar del biòleg en el sistema de salut. Per tal d'ajustar-nos a la realitat, s'haurien de considerar, si més no, les propostes i recomanacions següents:

- ⇒ **Actualitzar el catàleg d'especialitats oficials.** Reconèixer formalment i oficialment camps “nous” de la salut en els quals el biòleg està desenvolupant –ja fa uns anys– una tasca especialitzada, i de gran transcendència, però sense el reconeixement necessari per permetre-li avançar en la seva carrera professional. Si bé s'hauria d'estudiar amb més precisió –aprofitant el marc d'integració en l'Espai Europeu d'Educació Superior– un nou catàleg d'especialitats; no podem obviar aquelles que ja existeixen *de facto*, i que la manca de reconeixement està generant situacions paradoxals. Es proposen:
 - * **Genètica i embriologia clíniques**
 - * **Reproducció assistida**

- ⇒ **Assegurar la qualitat d'activitats actualment poc regulades** –com les relacionades amb genètica molecular–, introduint mecanismes d'acreditació i regulació, i creant centres oficials de referència. També s'hauria de potenciar la interacció entre els serveis d'obstetrícia i els centres de genètica, la coordinació entre aquests i l'atenció primària, i la implantació de registres dels diagnòstics prenatals o preimplantacionals, entre d'altres.

- ⇒ **Trencar la rigidesa del sistema** i explorar noves alternatives d'accés regulat, almenys, mentre no existeixi una actualització d'especialitats d'acord amb la nostra realitat i les tendències dels països propers socioculturalment i econòmicament. No s'haurien de

permetre les situacions d'iniquitat que s'observen, sovint, entre diferents tipus de professionals, amb la mateixa capacitat i preparació, o superior. Els biòlegs que s'han especialitzat i capacitat per vies alternatives a la via oficial inexistents, poden desenvolupar la seva feina en el si d'equips multidisciplinaris; però amb unes condicions econòmiques i professionals molt diferents, i no es poden promocionar, per exemple, com a adjunts o caps de servei. Això està passant, fins i tot, a unitats on el paper del biòleg ja té història, com és el cas de les unitats de reproducció assistida.

- ⇒ **Integrar el biòleg en el sistema**, des d'una perspectiva realista i actualitzada; considerant els diferents camps d'actuació on pot desenvolupar les seves capacitats. S'ha de tenir en compte tot el ventall de possibilitats que estan obrint camps emergents com la genòmica, la teràpia gènica, la prevenció i tractament de malalties hereditàries, la recerca amb cèl·lules mare, els xenotrasplantaments, l'orientació molecular del diagnòstic, la neurobiologia, la farmacogenòmica, el consell genètic, o el suport a professionals assistencials en aspectes com les aplicacions diagnòstiques. També caldria considerar la biologia medioambiental, que utilitzant microorganismes vius, o mitjançant tècniques de biologia molecular, contribueixen al control i tractament de la contaminació.
- ⇒ **Promoure la comunicació i la col·laboració interprofessional**, necessàries per dur a terme un autèntic treball en equip, i poder afrontar amb la màxima eficiència els nous reptes de salut. S'haurien de considerar incentius des de totes les etapes professionals i a tots els àmbits d'actuació, com:
 - * **introduir fórmules d'educació interprofessional**, tant en la formació de pregrau com al postgrau, poden afavorir actituds menys corporativistes dels futurs professionals, i amb més capacitat per al treball en equip i per establir sinergies amb els diferents professionals
 - * **fomentar la interprofessionalitat des de les societats científiques**, reforçant les societats de caràcter transversal, potenciant la creació de grups multidisciplinaris per redactar guies clíniques o dur a terme altres projectes comuns
 - * **introduir reformes en el model sanitari**, que afavoreixin i garanteixin una bona interrelació i connexió entre els diferents espais professionals.
 - * **promoure seminaris, congressos i debats interprofessionals**, per tal d'impulsar la comunicació i la col·laboració entre les diferents professions i especialitats.

3.2- Dietistes-nutricionistes

Els estudis de dietètica i nutrició ja tenen tradició en molts altres països, però el reconeixement oficial de la professió al nostre país ha estat relativament recent, després d'una sèrie d'esforços i entrebancs.

A final de la dècada dels 70, un col·lectiu de professionals –formats a països on la dietètica i nutrició ja gaudia de reconeixement i tradició professionals–, van ser els que van impulsar la seva introducció al nostre país. Proposaven una diplomatura de caràcter universitari i van elaborar un programa per al seu desenvolupament. No ho van tenir fàcil i al 1982 aconseguen la creació d'uns estudis, però de formació professional. Uns anys més tard, amb la LOGSE, aquests estudis havien de ser reconsiderats per tal de convertir-los en un cicle formatiu de grau mitjà (CFGM) o un cicle formatiu de grau superior (CFGS). En aquells moments –tot i estar aprovades unes directrius que van permetre que tres universitats, a partir del 1988, iniciessin una titulació pròpia–, encara no existia la diplomatura. Al 1995, el Ministeri –sense tenir en compte les recomanacions del col·lectiu professional, que aconsellava unificar la formació o que, si calien els dos nivells, s'optés pel CFGM– va optar per l'alternativa que més s'acostava a la diplomatura: el CFGS o grau superior. Per això, el programa d'estudis d'aquest CFGS és el que tenien preparat per a la diplomatura.

A partir de l'any 1998¹¹⁹ es crea la Diplomatura Universitària oficial homologada a tot el territori espanyol de Nutrició Humana i Dietètica. El programa oficial de la Diplomatura és aparentment el mateix que el del CFGS. Des de llavors, coexisteixen ambdós estudis, l'un amb un enfocament més tècnic i l'altre en un context més científic i humanístic.

3.2.a- Situació actual

La percepció de la situació professional actual no és massa bona i el nombre de professionals sembla deficitari, malgrat no es poden obtenir dades fiables. Segons l'estudi que el Centre d'Estudis Demogràfics ha realitzat recentment¹²⁰, en el marc del desenvolupament del Llibre blanc de les professions sanitàries, les dades existents sobre el nombre de dietistes no permeten una estimació massa precisa de la realitat.

A 31 de març del 2005, consten 649 diplomats associats a Catalunya; mentre que a l'any 2001, el Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica (CESNID), adscrit a la Universitat de Barcelona, proporcionà la xifra de 240 diplomats. Segons el Centre d'Estudis Demogràfics, aquesta diferència de dades probablement recull el nombre d'associats formats fora de Catalunya abans que es regulés la diplomatura al nostre país, i també els titulats posteriorment per altres universitats catalanes que van iniciar l'ensenyament amb posterioritat al Decret del 1998.

La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS)¹²¹, defineix els dietistes-nutricionistes com als *diplomats universitaris en Nutrició Humana i*

¹¹⁹ El Reial decret 433/98, de 15 d'abril, aprova el títol universitari oficial de diplomant en nutrició humana i dietètica.

¹²⁰ Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona, febrer 2006

¹²¹ Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Article 2 del títol preliminar i article 7 del títol I

Dietètica que desenvolupen activitats orientades a l'alimentació de la persona o de grups de persones, adequades a les necessitats fisiològiques i, en el seu cas, patològiques de les mateixes, i d'acord amb els principis de prevenció i salut pública... En canvi, el sistema sanitari públic encara no contracta aquest tipus de professional, ni l'integra de manera regular en el sistema.

- * a l'Institut Català de la Salut (ICS) no es preveu la plaça d'aquests professionals, ni als hospitals ni a l'atenció primària.
- * Als centres que no són ICS, tant de primària com hospitals, la situació és molt heterogènia. Hi ha hospitals, com el Clínic, que contracten dietistes-nutricionistes juntament amb d'altres professionals. L'Hospital de Sant Joan de Déu té contractats D-Ns. L'Hospital de Sant Joan de Reus té una plaça mixta (Hospital-Universitat).
- * A socio-sanitaris i salut pública no hi ha pràcticament res. Si el nombre de professionals augmentessin, el consell dietètic en la promoció de la salut, prevenció i/o tractament s'estendria a tots els àmbits d'actuació del D-N, d'acord amb les seves competències.

A part d'aquests problemes d'integració del dietista-nutricionista en el sistema sanitari, el sistema de contractació en sectors com la restauració col·lectiva, la indústria alimentària o d'altres, és molt irregular. A més, l'encavalcament d'estudis que hi ha entre el dietista-nutricionista i el Cicle Formatiu de Grau Superior, dificulta encara més tota aquesta situació.

3.2.b- Anàlisi de tendències

En molts països, els sistemes de salut ja inclouen la figura del dietista-nutricionista com a agent líder encarregat del maneig dels aspectes dietètics i nutricionals de la població, per promoure la salut i prevenir malalties^{122 123}. La EFAD (European Federation of Associations of Dietitians), defineix el dietista-nutricionista com un *professional amb una qualificació reconeguda de forma legal (en nutrició i dietètica), que aplica la ciència de la nutrició a l'alimentació de grups de persones i individus, tant en la salut com en la malaltia*¹²⁴.

A alguns països, s'han realitzat estudis per tal de definir el nombre adequat de dietistes-nutricionistes per satisfer les necessitats dels serveis nutricionals de la població. En l'àmbit de l'atenció primària, l'Associació Canadenca —després d'haver realitzat diversos projectes i programes en diferents províncies—, proposa com a punt de partida una ràtio mínima d'un dietista-nutricionista per cada 50.000 habitants¹²⁵. En l'àmbit hospitalari, l'Organització Mundial de la Salut va xifrar, en la 10a Assemblea Mundial de la Salut de 1974, i va reafirmar l'any 1982, que tots els hospitals regionals (de 600 a 800 llits) i mitjans (de 70 a 150 llits) haurien de comptar amb la presència de dietistes, i ho farien en una proporció aproximada d'un dietista-

¹²² Consell d'Europa. Comitè de Ministres. Resolució ResAP(2003)3 Aprovada pel Comitè de Ministres el 12 de novembre de 2003 durant la reunió número 860 dels representants dels ministres. Sobre Alimentació i Atenció Nutricional en Hospitals. 2003

¹²³ Hampl JS, Anderson JV, Mullis R; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: the role of dietetics professionals in health promotion and disease prevention. J Am Diet Assoc. Nov;102(11):1680-7. 2002

¹²⁴ European Federation of the Associations of Dietitians, EFAD. What is a dietitian? Disponible a: http://www.efad.org/what_is_a_dietitian.htm [Consulta 01/10/2006]. 2005.

¹²⁵ Dietitians of Canada. The role of the registered dietitian in primary health care. A national perspective. 2001. En línia: http://www.dietitians.ca/news/downloads/role_of_RD_in_PHC.pdf [Consultat 01/01/2007]

nutricionista per cada cinquanta pacients¹²⁶ ¹²⁷. A més, la CEE va fixar l'any 1970 els ràtios següents de dietista-nutricionista per llit hospitalari: 1/40, 1/75 i 1/100-150 per als llits d'especialització, d'aguts, i d'estada llarga o mitjana, respectivament¹²⁸.

La tendència ascendent de la prevalença d'una sèrie de malalties cròniques –com l'obesitat, les malalties respiratòries, la hipercolesterolèmia, la hipertensió, les malalties cardiovasculars, el càncer o l'osteoporosi– està conduint Catalunya i la resta de societats occidentals a xifres preocupants de morbiditat i mortalitat. I cada cop hi ha més evidència científica que demostra una forta correlació entre els estils de vida saludables –com una alimentació adequada–, i l'impacte d'aquestes malalties cròniques.

L'aprovació, el 2004, per la 57a Assemblea Mundial de la Salut, de l'estratègia mundial de l'OMS sobre hàbits alimentaris, activitat física i salut, reflecteix el reconeixement d'aquestes tendències i de la rellevància que pot tenir la promoció d'hàbits saludables per tal d'invertir-les.

A l'àmbit europeu també s'ha pres consciència de la situació i s'estan duent a terme diverses accions. La Comissió Europea va publicar a final de 2005 un Llibre verd¹²⁹ sobre el foment d'una alimentació sana i l'activitat física, i ha mantingut aquesta iniciativa amb tot un seguit d'accions. El Parlament Europeu preveu adoptar un Llibre blanc abans del juny del 2007, per prevenir l'excés de pes, l'obesitat i les malalties cròniques. Entre d'altres mesures, proposa considerar l'obesitat com una patologia crònica, per evitar l'estigmatització, i fer èmfasi en l'educació com aspecte clau de la prevenció.

En l'àmbit de l'Estat espanyol, el Ministeri de Sanitat i Consum va presentar el 2005 l'estratègia NAOS¹³⁰ amb la intenció de sensibilitzar a la població sobre el problema de l'obesitat i cohesionar totes les iniciatives que contribueixen a l'adopció d'uns estils de vida favorables, especialment entre la població infantil i juvenil. Aquests objectius també han quedat inclosos en el Pla de Qualitat per al Sistema Nacional de Salut, elaborat el març del 2006 pel mateix Ministeri.

A la vegada, el Departament de Salut va posar en marxa l'estratègia PAAS¹³¹ amb la finalitat de desplegar en l'àmbit de Catalunya, i en consonància amb l'estratègia NAOS, tota una sèrie d'accions per prevenir aquests problemes i fomentar l'exercici i l'alimentació saludable.

La professió de dietista-nutricionista porta implícita, en el seu exercici, l'educació alimentària i nutricional a qualsevol dels camps on sigui possible exercir-la. El dietista pot actuar com a dietista clínic d'atenció primària, sociosanitària i hospitalària, proporcionant suport i assessorament; i com a dietista comunitari.

El Llibre blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya¹³² ja assenyalava el 2003, sobre aquesta disciplina, que *és previsible que en el camp de la dietètica i la nutrició hi hagi un*

¹²⁶ OMS: 10^a Assemblea Mundial de la Salut 1974; 29^a Assemblea Mundial de la Salut 1976, resolució WHA29.72; 35^a Assemblea Mundial de la Salut 1982, resolució WHA35.25. 1982

¹²⁷ Baladía E, Basulto J. Grupo de Revisión y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP/AED-N). El dietista-nutricionista en Atención Primaria de Salud. Archivo AED-N/Documentos de Posicionamiento de la AED-N. 2005

¹²⁸ Guy-Grand B. Alimentation en milieu hospitalier. Rapport de mission a Monsieur le Ministre Chargé de la Santé. 1997

¹²⁹ Comisión Europea. Libro verde, de 8 de diciembre de 2005, Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. [COM (2005) 637 final – no publicado en el Diario Oficial]

¹³⁰ acrònim corresponent a **nutrición, actividad física, prevención de la obesidad y salud**

¹³¹ Sigles de **Pla integral per a la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable**.

increment de la necessitat d'assessorament en l'àmbit d'atenció primària, en centres hospitalaris, i centres sociosanitaris.

La creixent tendència al sobrepès i a l'obesitat que s'observa en la població infantil i juvenil està adquirint dimensions d'epidèmia mundial i és, per tant, un aspecte rellevant en la previsió d'atenció a la salut. També hem de considerar altres situacions que estan cobrant transcendència al nostre entorn, com són l'envelliment de la població –i la importància de l'alimentació saludable per prevenir moltes complicacions en la gent gran–, o l'increment en la incidència de trastorns alimentaris en joves i adolescents.

Avui dia, hi ha un consens generalitzat en el fet que per afrontar aquests problemes de salut –cada cop més prevalents– s'haurà d'incidir en la seva prevenció i en la promoció d'hàbits saludables, i caldrà un abordatge multisectorial i multidisciplinari que garanteixin l'eficiència màxima. La infermera i el metge de família ocupen posicions privilegiades per contribuir a l'educació alimentària i proporcionar consell dietètic, però la intervenció del dietista-nutricionista en els equips ha de ser fonamental.

En aquest sentit, l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) i el Consell Català d'Especialitats de Ciències de la Salut (CCECS), van constituir el desembre de 2004 un Grup d'Estudi de Nutrició, Alimentació i Dietètica (GENAD)¹³³, en el marc de les comissions encarregades d'estudiar el rol dels professionals implicats en l'àmbit de l'alimentació, la nutrició i la dietètica.

Cal destacar la multidisciplinarietat del grup –amb metges, farmacèutics, infermeres i dietistes-nutricionistes–, la qual ha afavorit l'aportació de diferents col·lectius i un consens sobre el rol que ha de tenir cada un dels professionals i les seves competències dins d'un treball d'equip interdisciplinari. En dates properes, el GENAD publicarà un informe del treball que va finalitzar el gener de 2006. Avancem algunes de les principals conclusions generals del treball:

Conclusions generals del Grup d'Estudi de Nutrició, Alimentació i Dietètica (GENAD)

- Es constata, efectivament, el caràcter multidisciplinari dels àmbits de l'Alimentació, la Nutrició i la Dietètica, en el qual participen fonamentalment, metges, farmacèutics, dietistes - nutricionistes, infermeres i tècnics en dietètica.
- Es constata l'existència d'indefinicions en quant a la participació de diferents professionals relacionats amb aquests àmbits, dins el sistema de salut. S'identifiquen conflictes de competències entre les diferents professions que hi participen.
- Es constata la necessitat de definir i articular els equips de les Unitats d'Alimentació, Nutrició i Dietètica, UAND, en l'entorn hospitalari i també en l'atenció primària de salut i centres sociosanitaris, així com en l'àmbit comunitari.
- Es constata la necessitat de programes de formació suficientment flexibles, per a l'especialització adequada a les necessitats expressades pels membres de GENAD

¹³² Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. 2003

¹³³ Presidit pel Prof Gomis amb el Dr Boatella com a vicepresident i Gemma Salvador com a secretària. Membres: M. Agramunt, M. Castells, P. Cervera, I. Cid, L. Gómez, M. Jansà, A. Mariné, G. Navarro, F. Rivera, A. Roset, M. Sagalés, J. Salas, A. Segura

Pel que fa a les possibilitats actuals d'avançar en el nivell d'estudis, el diplomant en Nutrició Humana i Dietètica pot accedir a altres nivells formatius, com la llicenciatura de Ciència i Tecnologia dels Aliments o la d'Antropologia social, entre d'altres. En canvi, el que seria un nivell superior més idoni —una llicenciatura en Nutrició—, no hi ha ni a Catalunya ni a la resta de l'Estat, però sí en altres països. Tot i així, el model de Grau que es proposa actualment, per adequar els estudis a l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), solucionaria aquest problema i harmonitzarà la formació amb Europa. Cal esmentar que aquesta transformació dels estudis també obrirà la possibilitat d'accés a màsters oficials dins del model europeu.

3.2.c- Propostes d'acció

Les propostes d'acció que enumerem tot seguit, recullen l'opinió del col·lectiu professional¹³⁴ de dietistes-nutricionistes —plasmada en diversos documents— i també alguns dels acords als quals van arribar els participants del grup de treball GENAD¹³⁵

⇒ **Iniciar un Pla d'Implantació Progressiva (PIP) del dietista-nutricionista en el sistema de salut** català, en el marc de les mesures iniciades per assolir els objectius de salut descrits en programes com el PAAS¹³⁶. En aquests moments, la Subdirecció General de Salut Pública està acabant d'estudiar una proposta, que va ser presentada el març de 2006 a les Honorables Conselleres de Salut i de Benestar i Família. La proposta, feta pel col·lectiu professional de dietistes-nutricionistes, incloïa un document¹³⁷ elaborat per un grup de treball constituït ad hoc, per membres de l'Associació Catalana de Dietistes-Nutricionistes (ACDN) i de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AED-N). Atès que el document esmentat ja ha arribat a mans dels organismes competents, i que està en ple procés d'estudi, no ens estendrem amb els detalls de la proposta. El document, orientat des d'una perspectiva de la realitat i l'eficàcia, fa èmfasi en el treball en xarxa i en l'equip multidisciplinari; i inclou especificacions de les funcions i tasques del dietista-nutricionista en cada un dels àmbits del sistema (atenció primària de salut¹³⁸, atenció hospitalària, i centres sociosanitaris i geriàtrics). També descriu les interaccions amb la resta de professionals. Tot això, amb propostes molt concretes en diferents etapes, i preveient també els nombres adequats per a la implantació.

¹³⁴ Associació Catalana de Dietistes-Nutricionistes (ACDN), Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AED-N), Federació Europea d'Associacions de Dietistes (EFAD) i el Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició Humana i Dietètica (CESNID)

¹³⁵ Grup d'Estudi de Nutrició, Alimentació i Dietètica

¹³⁶ El Pla integral per a la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS), s'està desenvolupant des de la Direcció General de Salut Pública i la Direcció d'Estratègia i Coordinació.

¹³⁷ Grup de treball format per representants de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AED-N), de l'Associació Catalana de Dietistes-Nutricionistes (ACDN), del Grupo de Revisión y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP/AED-N) i del Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica, centre adscrit a la Universitat de Barcelona (CESNID-UB). Document per a la introducció del Dietista-Nutricionista en el Sistema Sanitari Català. Barcelona, març 2006

¹³⁸ La funció del dietista-nutricionista en l'atenció primària és la de promoure la salut mitjançant el consell, l'educació alimentària-nutricional i la intervenció, si s'escau, d'individus i/o grups de població. Inclou tasques de suport als equips, elaboració de material educatiu, pautes, recomanacions adaptades, atenció a pacients de manera individual i grupal, i intervencions comunitàries.

- ⇒ **Crear un observatori que aculli i doni suport als nous professionals que s'integrin al Pla d'implantació progressiva.** L'AED-N i les universitats estan disposats a donar tot el suport que es consideri necessari per garantir una adequació progressiva i segura dels professionals en els nous llocs.
- ⇒ **Definir amb més precisió, els objectius formatius** (coneixements, habilitats, aptituds i actituds) específics de les diferents titulacions que estan relacionades amb l'àmbit de l'alimentació, nutrició i dietètica.
- ⇒ **Articular una formació especialitzada**, amb accés des de diferents titulacions de pregrau, aprofitant el procés d'adequació a l'espai europeu d'educació superior —en el marc de la Declaració de Bolonya—, per dissenyar les futures especialitzacions.
- ⇒ **Fomentar el caràcter multidisciplinari d'aquests àmbits**, necessari per afrontar amb la màxima eficàcia els nous reptes de salut. S'haurien d'incloure incentius des de totes les etapes professionals i a tots els àmbits d'actuació, com:
 - * **introduir fórmules d'educació interprofessional**, tant en la formació de pregrau com al postgrau, poden afavorir actituds menys corporativistes dels futurs professionals, i amb més capacitat per al treball en equip i per establir sinergies amb els diferents professionals.
 - * **introduir reformes en el model sanitari**, que afavoreixin i garanteixin una bona interrelació i connexió entre els diferents espais professionals.
 - * **fomentar la interprofessionalitat des de les societats científiques**, reforçant les societats de caràcter transversal, potenciant la creació de grups multidisciplinaris per redactar guies clíniques o dur a terme altres projectes comuns.
 - * **promoure seminaris, congressos i debats interprofessionals**, per tal d'impulsar la comunicació i la col·laboració entre les diferents professions i especialitats.
- ⇒ **Incloure l'educació sanitària en alimentació i nutrició en els currículums** formatius de les diferents professions sanitàries.
- ⇒ **Redefinir la figura del tècnic superior en dietètica.** El cicle formatiu (CF) relacionat amb aquests estudis és actualment de grau superior (GS) i el col·lectiu de dietistes-nutricionistes considera que o bé hauria de ser de grau mitjà (GM) o, en cas de continuar sent superior, caldria revisar els continguts del programa formatiu per assolir els objectius adients. Ara seria el moment, aprofitant la integració a l'Espai Europeu d'Educació Superior, de seure i parlar. Proposen plantejar de nou i per complet aquest CFGS i fer una reflexió global del seu paper, tenint en compte:
 - * Que la formació que puguin rebre i interioritzar sigui suficient per capacitar-los de manera adequada a les expectatives pel que fa a competències i responsabilitats.
 - * Que no s'encavalqui amb la diplomatura existent (futur Grau, d'acord amb les actuals propostes del Ministeri).
 - * La possibilitat de plantejar un perfil orientat al control de la higiene, control de qualitat, etc.

3.3- Farmacèutics

Els estudis de Farmàcia formen part del conjunt de les titulacions amb més antiguitat de la universitat del nostre país, i tenen un caràcter fronterer entre la medicina i les anomenades ciències experimentals. Aquesta peculiaritat els confereix, d'una banda, especificitat i de l'altra, marcat caràcter pluridisciplinari.

El ventall d'activitats professionals que pot desenvolupar un farmacèutic és molt ampli, i les podem aplegar en tres grans grups clarament diferenciats:

- * **les que pertanyen a un vessant industrial** (direcció tècnica, fabricació, control, R+D+I, documentació, afers regulatoris, màrqueting i distribució),
- * **les de caràcter assistencial** (oficina de farmàcia, serveis de farmàcia, analistes)
- * **les relacionades amb salut pública** en les quals el farmacèutic ha de tenir una participació activa (educació sanitària, prevenció i promoció de la salut).

La formació dels farmacèutics està regulada per la Directiva 85/43/CEE¹³⁹, que entre d'altres aspectes obliga a la realització de pràctiques professionals (6 mesos) en una oficina de farmàcia o bé en un servei de farmàcia d'hospital. Aquest fet és d'una gran transcendència, ja que comporta, des del període de formació de base, una implicació més gran de l'estudiant amb l'entorn sanitari, i també un grau més gran d'interrelació entre el món acadèmic i el món professional. Aquest aspecte està previst que s'incrementi en els propers anys.

3.3.a- Situació actual

D'acord amb les dades del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya, el 2005 hi havia 9.509 professionals col·legiats a Catalunya, 7.595 dels quals pertanyien a la demarcació de Barcelona. No es percep, en principi, ni un dèficit ni un excedent d'aquests professionals, parlant en termes generals.

La professió farmacèutica és de les professions sanitàries de grau de llicenciatura més feminitzades (el 72,5% del col·lectiu són dones). Segons l'estudi¹⁴⁰ realitzat pel Centre d'Estudis Demogràfics —per encàrrec de la Comissió per al Desplegament Operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries (CDOLBPS)—, la distribució per sexe i edats mostra un perfil de la professió tradicionalment femení i no de feminització recent, encara que s'aguditza entre les promocions més joves. L'edat mitjana és de 42,5 anys, i la meitat dels professionals tenen menys de 40 anys.

Pel que fa a la previsió de nous llicenciats, a Catalunya hi ha una única Facultat de Farmàcia —a la Universitat de Barcelona—, en la qual, en els darrers anys, s'ha observat una certa estabilitat, amb uns 300-320 llicenciats per any.

Quant a la distribució actual de l'activitat professional, quasi la meitat dels professionals desenvolupen la seva activitat a les oficines de farmàcia. A Catalunya hi ha 2.966 oficines de farmàcia distribuïdes per tot el territori. En aquests establiments —comptant els farmacèutics

¹³⁹ Directiva 85/432/CEE del Consejo, de 16 de septiembre de 1985, relativa a la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas. Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/>

¹⁴⁰ Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona, febrer 2006

titulars, els regents, els adjunts i els substituïts— hi ha un total aproximat de 3.900 professionals. Això representa una mitjana de 1,3 professionals per oficina de farmàcia.

Tanmateix, hi ha més concentració d'establiments a l'àmbit metropolità de Barcelona, on hi trobem el 67% del total, i aquestes farmàcies concentren el 77% dels professionals farmacèutics adjunts o substituïts.

3.3.b- Anàlisi de tendències

El rol tradicional del farmacèutic —a l'igual que el d'altres professions de la salut— ha experimentant una transformació considerable al llarg dels anys. La industrialització ha tingut un pes destacat en aquesta evolució. El farmacèutic —antigament associat al professional encarregat de preparar els medicaments receptats pel metge—, ha ampliat i diversificat de manera notable el seu abast.

- * Amb el desenvolupament espectacular d'àmbits de coneixement relacionats amb la bioquímica, la biologia molecular, la immunologia o la biotecnologia, el farmacèutic s'ha introduït en camps de rellevància i exigència creixents, com són la **indústria farmacèutica** i la **recerca biomèdica**. Aquestes àrees estan absorbint una part important dels titulats més joves, sobretot en la indústria. Aquest desenvolupament també ha representat una evolució del paper professional del farmacèutic que, format com a especialista del medicament, liderava totes les fases del procés de desenvolupament d'un fàrmac.

L'actual indústria farmacèutica, i també la recerca biomèdica, requereix cada cop més del treball en equips multidisciplinaris. El farmacèutic treballa amb biòlegs, químics i biotecnòlegs en el si d'equips que lideren la recerca preclínica, i la seva aportació destaca en la recerca galènica, la producció industrial i el control analític dels medicaments específics. Es constata un increment positiu de la recerca en el context públic, que convindria que potenciés l'aplicació de patents, per a una transferència a la societat d'aquella recerca pública, amb benefici clínic i econòmic.

- * Altres ocupacions emergents del professional farmacèutic estan directament relacionades amb l'**àmbit de la salut pública**, com poden ser la farmacoepidemiologia, l'avaluació i gestió de riscos sanitaris, la toxicologia, la seguretat alimentària, o el medi ambient; a més dels diferents contextos organitzatius o institucionals. També cal remarcar la importància creixent de l'educació sanitària, la prevenció i la promoció de la salut, i el paper del farmacèutic en aquests camps.

D'altra banda, el paper del farmacèutic en les oficines de farmàcia, en laboratoris d'anàlisis clíniques i en els serveis de farmàcia hospitalària evoluciona en diferents aspectes —tant qualitatiu com quantitatiu—, en paral·lel a les transformacions del propi entorn i de les noves demandes que es generen.

- * **Oficines de farmàcia:** Es tracta encara de l'activitat professional majoritària, però es percep una tendència a la baixa del seu atractiu per part del nou llicenciat. Els motius són diversos; n'hi ha d'indole econòmica (sous baixos dels no-titulats de farmàcia), contractual (horaris) i competitiva (l'oferta de la indústria i d'altres països). A les zones rurals comença a ser un problema cobrir els serveis d'urgències o trobar substituïts.

La tendència de futur en aquesta activitat professional és difícil de predir; ja que està subjecta a influències diverses. Un exemple actual ha estat la modificació de la Llei del medicament, amb els consegüents efectes possibles sobre la professió.

Una sèrie de canvis socials (envelliment de la població, cronificació de malalties, immigració creixent, ciutadà més informat i exigent) i tecnològics (medicaments de maneig més complex) ens porten a preveure un increment de necessitats d'atenció farmacèutica. En aquest sentit, ja fa més de 20 anys que s'intenta impulsar una orientació del farmacèutic que vagi més enllà del lliurament de medicaments amb informació.

Aquesta nova orientació implica assumir més responsabilitats sobre la utilització dels fàrmacs. Un tipus d'intervenció previst, amb el qual s'han iniciat experiències, és el seguiment personalitzat de pacients —amb el corresponent consentiment informat—, de manera integrada a l'atenció primària —acordant protocols d'actuació i derivació amb el CAP de la seva àrea d'influència—, i coordinada amb el metge que els porti. Alguns dels molts avantatges que justifiquen aquesta orientació:

- qui més es pot beneficiar d'aquest seguiment per part dels farmacèutics és el col·lectiu de gent gran, polimedicats i/o que viuen sols.
 - el tipus de farmàcia predominant al nostre entorn, petita i de proximitat, afavoreix aquestes iniciatives.
 - al farmacèutic li vénen a buscar tots els medicaments: els de la pública i la privada, els de primària i els de les altes hospitalàries, i també els que no precisen recepta.
 - algunes oficines ja han iniciat experiències coordinades amb el centre d'atenció primària de la seva àrea d'influència i els resultats són positius.
- * **Laboratori d'anàlisis clíniques:** El laboratori clínic d'atenció primària o extrahospitalària, tant en l'àmbit clínic com en el privat, ha entrat en un procés progressiu i accelerat que tendeix a una automatització total dins de grans laboratoris, molts d'ells productes de fusions, amb competitivitat alta per assolir la millor relació cost/qualitat. Aquest panorama comporta una transformació substancial del paper del farmacèutic en aquests centres. El paper d'analista va perdent pes, i el guanyen altres papers que el farmacèutic té en aquest camp:
- la gestió del coneixement per generar innovació i eficiència,
 - la gestió clínica en protocols consensuats per a la petició de proves amb la finalitat de gestionar la informació de manera correcta i al mínim cost,
 - el lideratge en l'organització i la gestió dels recursos, de temps i de tècniques, amb especial esment als recursos humans,
 - nous camps orientats a l'efectivitat i seguretat dels medicaments: a partir de tècniques de genètica i biologia molecular es podrà diferenciar entre diferents enzims metabolitzadors (de lents a ultrarràpids) i així personalitzar els fàrmacs, estalviant molts problemes relacionats amb el medicament (PRM) per toxicitat o inefectivitat.
- * **Farmàcia hospitalària:** És un camp en creixement; les funcions del farmacèutic especialista en farmàcia hospitalària estan adquirint cada cop més importància, amb un increment de les tasques i activitats que realitza, i també de la seva complexitat. Però ens trobem amb una situació deficitària d'aquests especialistes (la seva formació correspon a una especialitat farmacèutica via FIR), en alguns casos, preocupant. Algunes de les causes del creixement de la farmàcia hospitalària i el dèficit d'aquests especialistes, són les següents:
- la complexitat creixent i la introducció de nous camps d'actuació farmacotècnica (tractaments amb citostàtics, parenterals, fórmules)

- increment d'activitat i d'intensitat de tractament (hospitals de dia, dispensació a pacients ambulatoris des de la farmàcia hospitalària, escurçament de les estades mitjanes)
- augment quantitatiu i qualitatiu de funcions assessores sobre la prescripció, tant interna com externa (prescripció a ingressats, prescripció ambulatoria a consultes externes, urgències, i malalts a l'alta)
- demanda d'aquests professionals des de centres de primària i la indústria farmacèutica

3.3.c- Propostes d'acció

A continuació enumerem una sèrie de propostes d'acció en relació amb les tendències observades i anteriorment esmentades. Com a l'apartat anterior, les agrupem pels diferents àmbits professionals del farmacèutic, i afegim un altre grup que inclou algunes consideracions sobre aspectes formatius generals d'aquest professional i d'altres titulacions relacionades.

Indústria farmacèutica i recerca

El medicament està adquirint un creixent caràcter estratègic en i per al conjunt del sistema de salut. Els esforços necessaris per a la seva Recerca, Desenvolupament i Innovació (R+D+I) precisen un suport adequat des de totes les vessants (legislatives, tècnicoadministratives, organitzativoempresarials o economicofiscals). La iniciativa empresarial esdevé fonamental en la recerca i convé no descurar-la per evitar deslocalitzacions d'aquest dispositiu.

La recerca bàsica en centres universitaris o públics, així com les realitzacions de tesis doctorals estan perdent atractiu per als llicenciats, que prefereixen introduir-se en les oficines de farmàcia o en la indústria. Proposem:

- ⇒ donar suport a la R+D+I de la indústria farmacèutica
- ⇒ promocionar la recerca bàsica i aplicada
- ⇒ aprofitar els nuclis impulsors de la recerca biomèdica a Catalunya per a potenciar l'aplicació de patents per a una transferència clínica i econòmica a la societat

Oficines de farmàcia

Malgrat les dificultats esmentades per predir tendències de futur en l'activitat de les oficines de farmàcia –a causa de les múltiples influències, sovint impredecibles–, podem albirar uns escenaris a diferents terminis, els quals inclouen un increment de necessitats d'atenció farmacèutica que caldrà satisfer.

Així, fem un seguit de propostes que van relacionades amb cada un d'aquests escenaris, a curt, mitjà i llarg termini.

Escenaris a curt termini (5 anys)

Podríem preveure la necessitat d'atendre determinats col·lectius; per això

- ⇒ caldria millorar la coordinació assistencial entre els farmacèutics d'oficina i els equips d'atenció primària de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) i millorar també la coordinació en general entre nivells en l'atenció sanitària
- ⇒ s'haurien de definir i protocolitzar les activitats d'atenció farmacèutica considerades bàsiques i comunes a totes les oficines de farmàcia
- ⇒ s'haurien de definir i desenvolupar actuacions específiques adreçades a determinats col·lectius (especialment ancians i immigrants)
- ⇒ caldria incentivar els professionals perquè desenvolupin la seva tasca en una oficina de farmàcia, sense ésser-ne titulars (adjunts i substituïts)
- ⇒ s'haurien de desenvolupar plans de formació continuada acreditada específics

Escenaris a mitjà termini (10 anys)

Possiblement cal haver reorientat la tasca professional del farmacèutic cap a serveis de valor afegit; per això:

- ⇒ s'haurien de definir i protocolitzar les activitats d'atenció farmacèutica i serveis més especialitzats, i avaluar-ne el seu impacte en la salut de la població, per tal que puguin ser "contractables" pel sistema de salut
- ⇒ els programes d'atenció farmacèutica a col·lectius específics haurien d'estar totalment implementats i implantats en la pràctica diària
- ⇒ caldria assolir una implicació demostrable del professional farmacèutic en la salut pública, en els vessants de promoció de la salut, prevenció de la malaltia i educació sanitària

Escenaris a llarg termini (15 anys)

És possible que s'hagi establert la necessitat de reacreditar la capacitació professional per exercir. Per això i per a això,

- ⇒ Caldria tenir el model d'atenció farmacèutica ben consolidat

Laboratoris d'anàlisis clíniques

Atès el nou funcionament del laboratori clínic —més automatitzat, més gran i més complex en estructura i gestió però amb processos més simples, automatitzats i rutinaris—, el professional haurà de dedicar cada cop més temps a la gestió del coneixement, en la recerca i la innovació. Això fa plantejar:

- ⇒ uns estudis de farmàcia i d'especialització, en propers anys, promovent matèries relacionades amb el control analític del seguiment farmacoterapèutic dels pacients

Farmàcia hospitalària

El creixement actual i, previsiblement, futur de la farmàcia hospitalària, generarà encara més demanda d'especialistes en aquest camp. Si a més, tenim en compte que la taxa d'atur d'aquests professionals és nul·la, que l'especialització es fa via FIR, i que ja avui dia és difícil —o a vegades impossible— cobrir les places de farmàcia hospitalària necessàries; semblaria assenyat:

- ⇒ a curt termini, durant els propers 5 anys: incorporar un mínim d'el 15% anual d'especialistes de farmàcia hospitalària, sobre el total actual en els hospitals
- ⇒ a més llarg termini, és molt possible un notable increment de la demanda (envelliment, immigració...), però s'hauria d'estudiar la incidència que hi pot tenir una forta inversió en tecnologia de sistemes, sobre la productivitat del sistema, i l'increment en recursos humans en general, amb professionals d'altres titulacions.

Formació

L'evolució d'una professió porta associat un seguit de necessitats subjacents relacionades amb l'aspecte formatiu. Hauríem d'aprofitar l'adequació de l'ensenyament de Farmàcia a l'Espai Europeu d'Educació Superior, per intervenir en aquest sentit. Proposem:

- ⇒ Redefinir els objectius de la titulació i introduir les disciplines necessàries per assolir-los. En la línia de les tendències i propostes descrites anteriorment, es requeriran algunes disciplines del vessant assistencial i social.
- ⇒ Incloure l'alimentació, la nutrició i la dietètica en el concepte d'atenció farmacèutica
- ⇒ Adequar les especialitats relacionades amb la farmàcia a la realitat actual i la previsible, creant-ne de noves, redefinint-ne d'altres, i incrementant el nombre de places d'aquelles més demandades.
- ⇒ Quant a l'oferta de màsters europeus, es proposa estructurar-los sobre la base de dos grans blocs troncal: la farmàcia industrial i la farmàcia assistencial; però amb un caràcter obert a diferents titulacions, atès el caràcter polivalent de la professió.
- ⇒ Revisar també les funcions i conseqüent formació i capacitació d'altres titulacions relacionades, com poden ser els tècnics de formació professional (vegeu el capítol

3.4- Fisioterapeutes

La paraula *fisioteràpia* prové de la unió de les veus gregues *physis*, que significa natura i *therapeia*, que vol dir tractament. Per tant, des d'un punt de vista etimològic, fisioteràpia o *physis-therapeia* significa "tractament per la natura", o "tractament mitjançant agents físics o naturals". L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix el 1958 la Fisioteràpia com "l'art i la ciència del tractament mitjançant l'exercici terapèutic, calor, fred, llum, aigua, massatge i electricitat. A més, la fisioteràpia inclou l'execució de proves elèctriques i manuals per determinar el valor de l'afectació i força muscular, proves per determinar les capacitats funcionals, l'amplitud del moviment articular i mesures de la capacitat vital, així com ajudes diagnòstiques per al control de la evolució"

Els fisioterapeutes professionals antigament obtenien la seva formació a partir dels estudis d'infermeria. L'any 1957 es va regular com una especialitat de l'antic "ajudant tècnic sanitari" (ATS), el qual es transforma el 1977 —juntament amb els practicants i les llevadores— en la diplomatura d'infermeria. Més tard, el 1980 es creen les Escoles Universitàries de Fisioteràpia, i es regula la Diplomatura Universitària de Fisioteràpia (RD 2965/1980 de 12 de desembre)¹⁴¹. A partir d'aquest moment la fisioteràpia es desvincula de les Escoles Universitàries d'Infermeria i es consolida com a professió independent.

En aquests moments, no es té massa clar que la implantació dels nous títols de grau hagi de facilitar realment un transvasament de professionals, atès que actualment es troben limitats per l'homologació del títol en altres països; el moviment de fisioterapeutes catalans es produeix bàsicament cap a França i Itàlia, països en els quals l'homologació es basa en un procediment administratiu, més que de requalificació del professional, com podria ser el cas del Regne Unit.

3.4.a- Situació actual

Segons les dades del cens del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, en aquests moments, comptem amb un total aproximat de 6.000 professionals a Catalunya. D'acord amb la mateixa font, la proporció entre dones i homes és gairebé del 70%-30% respectivament.

En termes d'edat observem que el grup més nombrós correspon als menors de 30 anys, que sumen el 53,30% dels fisioterapeutes, el 31,49% tenen entre 30 i 39 anys, el 8,05% correspon als que es troben entre 40 i 49 anys, el 5,53% als que es troben entre 50 i 59, mentre que el 1,61 correspon als majors de 60 anys. Aquestes dades indiquen que no es produirà un relleu generacional a curt i mitjà termini, ja que el major contingent de professionals es troba per sota dels 30 anys (més del 50%).

Actualment, hi ha 7 escoles universitàries de Fisioteràpia a Catalunya, només una de les quals és pública; al conjunt de l'Estat espanyol aquesta xifra s'eleva a 39 escoles. L'accés a la diplomatura de Fisioteràpia respon a l'oferta de places de les escoles, ja que no hi ha cap regulació de numerus clausus.

Amb el ritme actual de 800 fisioterapeutes nous a l'any, en cinc anys tindriem 4.000 titulats més, i en 15 anys arribarien a ser 12.000 els nous. Si considerem aquestes dades i que no es produirà un relleu generacional a curt i mitjà termini, i tenim en compte que la taxa d'atur actual és del 7%, hauríem de preveure una situació excedentària preocupant.

¹⁴¹ Reial decret 2965/1980, de 12 de desembre, pel qual es regulen els estudis universitaris específics del Diplomant en Fisioteràpia, BOE de 19 de gener de 1981

Però si observem dades d'altres països —alguns, amb ràtios superiors de fisioterapeutes per habitants, han de contractar-ne del nostre país— i el camp professional que s'hauria de desenvolupar; podríem dir que es tracta d'una situació condicionada pel sistema actual de salut i que es pot revertir en el moment en què aquestes condicions canviïn.

L'actual sistema de salut amb prou feines té places de fisioteràpia en centres de titularitat pública. És un model basat essencialment en centres de titularitat privada, amb concertació dels seus serveis, i encara més, centrada en la concertació de serveis de rehabilitació. D'aquesta manera, el fisioterapeuta no pot accedir a establir convenis per a la concertació de la fisioteràpia.

Amb un sistema de concertació directa de la fisioteràpia per processos, es podria aconseguir una distribució més equitativa de l'assistència i acostaríem el servei al ciutadà, evitant-li, en moltes ocasions, desplaçaments llargs.

Ens trobem en la situació paradoxal de tenir un excedent de professionals i, al mateix temps, la poca capacitat del nostre sistema de salut, per atendre les necessitats de la població, genera llistes d'espera que, moltes vegades, no permeten un tractament a temps.

Si a més, tenim en compte que en la majoria de centres —tant públics com privats— un mateix fisioterapeuta atén alhora a cinc o sis pacients i que la fisioteràpia es basa en la teràpia manual (treball amb les mans), ens haurem de plantejar el tipus d'atenció que s'està donant al ciutadà. Poca dedicació efectiva a cada pacient i demores en tractaments que, realitzats a temps i amb el temps suficient, podrien estalviar moltes complicacions, cronificacions, medicació, i temps d'altres professionals i dels pacients.

3.4.b- Anàlisi de tendències

El darrer informe de la WCPT (World Confederation for Physical Therapy)¹⁴², sobre l'estat de la Fisioteràpia a Europa —amb dades de l'any 2005—, ens mostra una situació novament paradoxal. A països com França, Àustria i Itàlia —on les ràtios de fisioterapeuta/habitant són clarament superiors a les de l'Estat espanyol—, els fisioterapeutes no es troben en situació excedentària, sinó tot el contrari. La taxa d'atur és nul·la, i contracten fisioterapeutes espanyols els quals es troben aquí amb una taxa d'atur del 7%, malgrat siguin menys professionals per habitant.

	Ràtios fisioterapeutes ¹	Taxa d'atur
Espanya	5,5 /10.000 habitants	7%
Àustria	7,3 /10.000 habitants	0
França	7,6 /10.000 habitants	0
Itàlia	6,9 /10.000 habitants	0

¹Nombre de fisioterapeutes per cada 10.000 habitants

Aquestes dades reforcen, de manera il·lustrativa, la reflexió que plantejàvem a l'apartat anterior. Sembla, definitivament, que la situació excedentària és més aparent que real i que, en el moment que es desenvolupin les capacitats potencials de la professió, la situació pot canviar dràsticament. Per tal de no caure en errors de planificació, que podríem evitar, caldria insistir

¹⁴² <http://www.wcpt.org/publications/docs.php>

en aquesta observació i, sense ànims d'emmirallar-nos en ningú, observar què està passant arreu.

La professió de fisioterapeuta està experimentant un ràpid creixement a molts països europeus, sobretot al nord-oest d'Europa¹⁴³. Tracten pacients amb problemes musculoesquelètics i poden treballar a institucions o a la comunitat. La majoria de fisioterapeutes europeus estan especialitzats en teràpies manuals, fisioteràpia infantil o lesions esportives.

La fisioteràpia a Europa (Saltman et al, 2006) està intervenint cada cop més en l'orientació, consell i seguiment de pacients amb risc de patir malalties cardiovasculars, pacients amb sobrepès i pacients amb malalties cròniques.

La fisioteràpia preventiva pot contribuir a un estalvi important de complicacions i riscos en el pacient i, a més, també pot estalviar recursos al sistema. Un estudi recent realitzat pel Centre Mèdic Universitari d'Utrecht, Holanda, aporta evidència científica dels beneficis de la fisioteràpia respiratòria en pacients d'alt risc de desenvolupar complicacions pulmonars després d'intervencions quirúrgiques. L'estudi, que es publica a la revista *Journal of the American Medical Association* (JAMA), mostra una diferència de 18 contra 35 en el percentatge d'aquestes complicacions postquirúrgiques.

Als Estats Units, segons el Bureau of Labor Statistics¹⁴⁴ del Departament de Salut, les perspectives de creixement de la fisioteràpia són altes, malgrat l'efecte advers a curt termini de les mesures legislatives que limiten el reembossament pels serveis de fisioteràpia. A llarg termini (2014) continuarà el seu creixement, per diferents raons, d'entre les quals destaquen:

- el nombre de discapacitats físics. Altres professionals involucrats en la rehabilitació de discapacitats són els otorinolaringòlegs, quiropràctics, terapeutes ocupacionals, terapeutes recreacionals, consellers rehabilitadors, terapeutes respiratoris i logopedes
- el desenvolupament científicomèdic que fa créixer el percentatge de víctimes traumatològiques que sobreviuen, creant més demandes de rehabilitació,
- els avenços en tecnologia mèdica que podrien permetre el tractament de més situacions de discapacitat,
- l'interès cada cop més estès en la promoció de la salut i la prevenció de malalties i lesions. Un dels camps on està creixent la seva contractació és a les empreses per avaluar els llocs de treball, desenvolupar programes d'exercici físic, i ensenyar hàbits de treball segurs.

L'accés al fisioterapeuta no és directa a tots els països europeus. En alguns cal primer una prescripció mèdica. A França s'està debatent la capacitat de prescripció de serveis en el seu marc competencial, de manera que el fisioterapeuta seria un professional d'accés directe. A Espanya cal prescripció mèdica per accedir al servei de fisioteràpia públic, i també al privat en el cas de les mútues sanitàries. En alguns centres d'atenció primària, cal passar per més d'un metge (metge de família, traumatòleg, metge rehabilitador) per arribar al fisioterapeuta

Estudis en marxa sobre la professió

- * El Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, juntament amb la càtedra de Sociologia de la Universitat de Barcelona, està duent a terme un estudi que permetrà conèixer amb proves més significatives l'estat actual de la Fisioteràpia a Catalunya. Aquest estudi recull

¹⁴³ Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006

¹⁴⁴ <http://www.bls.gov>

aspectes tant de formació, com de pràctica professional i relacions interprofessionals, de perspectives de futur i de la relació amb l'usuari, etc.

- * A la resta d'Europa també s'estan duent a terme estudis demogràfics de les professions sanitàries que oferiran resultats properament. Atesa la diversitat de models sanitaris europeus, alguns dels quals faciliten l'accessibilitat del pacient al fisioterapeuta, poden aportar dades interessants que ajudin a una reflexió i plantejament de la situació futura de la fisioteràpia a Catalunya i a Espanya.
- * Finalment, cal informar que el Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, està en procés d'elaborar, en fase d'avantprojecte, un document extens i complet, com a Resolució Col·legial, que estableix les competències de la professió de Fisioteràpia. Aquest document estarà disponible en un pròxim futur per a consulta.

3.4.c- Perspectives i propostes d'acció

- ⇒ L'envelliment de la població, l'increment de la dependència i les malalties associades a l'edat com algunes patologies degeneratives cròniques, requereixen una atenció especialitzada i continuada, tant de tractament com de prevenció de complicacions i d'increment de la independència.
- ⇒ La fisioteràpia preventiva pot contribuir a un estalvi important de complicacions i riscos en el pacient i, a més, també pot estalviar recursos al sistema. El ventall de possibilitats en aquest sentit és cada cop més ampli (fisioteràpia respiratòria, cardiovascular, etc).
- ⇒ La generació del *baby-boom* està entrant en la primera edat de risc cardíac i cerebral. Aquesta realitat, juntament a l'increment de la supervivència dels malalts cardíacs, està fent créixer els percentatges de problemes cardiovasculars. El fisioterapeuta pot orientar, aconsellar i fer un seguiment als pacients amb risc de patir malalties cardiovasculars, pacients amb sobrepès i pacients amb malalties cròniques.
- ⇒ El tractament del dolor és un altre camp en el qual no ha desenvolupat prou les seves potencialitats. El paper del fisioterapeuta incrementaria la qualitat de vida del pacient i li estalviaria molta medicació (reduint també la despesa farmacèutica). Al marge que la fisioteràpia engloba multitud de tècniques orientades a la disminució del dolor, una de les premisses bàsiques de la fisioteràpia és el "no-dolor".
- ⇒ El creixement de la immigració també s'ha de tenir en compte, en portar associades algunes patologies que al nostre país ja s'havien considerat superades (patologies pediàtriques associades al part o seqüeles de la poliomelitis, per ex.) i per a les quals el professional pot no tenir la preparació més adequada.
- ⇒ Una major autonomia de la professió, podria permetre desenvolupar la seva capacitat diagnòstica dins del seu àmbit competencial. No s'ha de confondre el seu camp de diagnòstic amb el diagnòstic mèdic d'una situació clínica. El fisioterapeuta contribueix a adequar el tractament.
- ⇒ El camp uroginecòstètic és també un camp nou d'intervenció del fisioterapeuta. La transformació cultural i el major accés a la informació que ha experimentat el ciutadà està afavorint el tractament de patologies que abans no es tractaven, com per ex. la incontinència urinària, perquè eren considerades tabús.

- ⇒ Les capacitats del fisioterapeuta estan poc aprofitades en l'àmbit preventiu i educacional. Si no canvia la massificació dels serveis de rehabilitació, no poden treballar com cal en els àmbits de la prevenció i la promoció de la salut.
- ⇒ Si l'atenció primària ha de cobrir realment els serveis d'“educació, prevenció i rehabilitació” disposats pel Reial decret 1030/2006¹⁴⁵, annex II, art. 3, s'hauran d'incrementar els recursos. També cal veure el seu paper en el desenvolupament de la Llei de la dependència.

Caldria, en definitiva, replantejar el paper del fisioterapeuta en el sistema de salut per tal de satisfer de manera eficaç les necessitats dels ciutadans. Resumint els punts anteriors, destaquem els aspectes següents, de cara a una possible reorientació:

- ⇒ Plantejar concertacions directes i per processos
- ⇒ Incidir de manera especial en les capacitats preventives de la fisioteràpia, per tal d'evitar moltes complicacions en tots els camps.
- ⇒ Fomentar el paper educacional del fisioterapeuta, i integrar els seus coneixements en les intervencions de protecció i promoció de la salut.
- ⇒ Permetre desenvolupar la capacitat diagnòstica i prescriptiva, sempre dins del seu àmbit competencial, i en el context de la multiprofessionalitat.

¹⁴⁵ RD 1030/2006 de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització.

3.5- Infermeres

De totes les professions dedicades a la salut, les infermeres¹⁴⁶ representen el col·lectiu professional més nombrós en l'actualitat. Alguns estudiosos identifiquen ja a la prehistòria uns orígens de l'activitat infermera –cuidar els nens, els ferits i els malalts, i proporcionar ajuda als membres de la comunitat, per sobreviure i per recuperar o mantenir la salut i el nivell màxim de benestar i de confort–, però no és fins fa relativament poc, que podem parlar de la infermeria com a professió. El període transcorregut des d'aquest moment, ha estat testimoni de transformacions profundes i múltiples de la professió.

Així, hi ha qui considera la infermeria una professió antiga i jove a la vegada. Antiga pels orígens de l'activitat; i jove, perquè no és fins el segle XIX que es disposen escoles per a la formació específica d'infermeres. La primera referència legal al nostre país, sobre la formació d'aquests tipus de professionals, es troba a la Llei d'instrucció pública de 9 de setembre de 1857, que fa menció als títols de practicant i de llevadora. El 1915, la Reial ordre de 7 de maig, estableix que els títols d'infermera, de practicant i de llevadora, s'obtindran mitjançant un tribunal constituït a la Facultat de medicina.

Infermeres, practicants i llevadores cursen els estudis com a carrera independent fins a l'any 1953, en què s'unifiquen els estudis de les tres professions i s'aprova la nova titulació d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS)¹⁴⁷. Mitjançant legislacions posteriors, es regulen estudis d'especialització per als ATS. Les especialitats inclouen assistència obstètrica o llevadora (1957), podologia (1962), pediatria i puericultura (1964), i anàlisis clíniques (1971), entre d'altres.

El 1970, la Llei general d'educació¹⁴⁸ estableix que els estudis d'ATS –i la resta d'estudis tècnics de grau mitjà– s'han d'estructurar en *formació professional de segon grau* o bé integrar-se a la universitat com a *escola universitària*; i pràcticament tots els grups professionals s'inclinen per la segona alternativa. El 1977, un reial decret¹⁴⁹ del Ministeri d'Educació i Ciència transforma les escoles d'ATS en Escoles Universitàries d'Infermeria; i un ordre ministerial estableix les directrius dels plans d'estudi, que inclouen l'exigència de 10 anys previs d'educació general (batxillerat o similar) i una durada de 4.600 hores (entre teòriques i pràctiques), tal com exigien les llavors recents directrius de la Comunitat Econòmica Europea, relatives a la formació dels infermers de cures generals.

L'evolució dels aspectes formatius i legislatius s'ha desenvolupat en un context històric i sociocultural canviant, i ha anat acompanyada d'una transformació de la professió infermera, que encara es troba en un procés de canvis profunds. La infermera està adquirint més reconeixement social i professional, i s'està consolidant, no solament com a professió que ajuda, sinó amb un cos de coneixements que la fan autònoma en els seus rols específics, com a part de l'equip de salut que ha de satisfer les demandes de la societat.

¹⁴⁶ Tal com recomanen el Consell Internacional d'Infermeres (CII) i el Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, amb el terme *infermera* ens referirem tant a infermeres com a infermers.

¹⁴⁷ Reial decret, de 4 de desembre de 1953 (BOE 29 de desembre)

¹⁴⁸ Llei general d'educació i finançament de la reforma educativa 14/1970, de 4 d'agost.

¹⁴⁹ RD 2128/77, de 23 de juliol, sobre la integració en la universitat de les Escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris com Escoles Universitàries d'Infermeria.

3.5.a- Situació actual

Segons les dades dels col·legis professionals, i de l'estudi demogràfic¹⁵⁰ elaborat en el marc del desenvolupament operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, l'any 2005 hi havia a Catalunya 36.124 infermeres considerades "exercent". D'aquestes, 20.050 ho feien en centres públics.

Es tracta d'un col·lectiu tradicionalment femení (el 88% eren dones l'any 2005), tendència que, lluny de variar en les promocions més joves, s'ha accentuat lleugerament en els darrers anys. Es tracta, per tant, d'una de les professions sanitàries més feminitzades.

Quant a les ràtios del nombre d'infermeres per població, hi ha diferències molt notables entre les diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol i també entre la mitjana obtinguda a l'Estat espanyol i les ràtios de diferents països europeus. Segons els resultats d'un estudi comparatiu¹⁵¹, que ha realitzat el Gabinet d'Estudis del Consejo General de Enfermería de España, les dades catalanes –tant a l'àmbit estatal com a l'europeu– es troben lluny de les primeres posicions i, fins i tot, per sota de la mitjana.

L'estudi compara les ràtios (sobre les dades de l'any 2004) de deu països de la Unió Europea (Finlàndia, Suècia, Dinamarca, Irlanda, Regne Unit, França, Espanya, Itàlia, Grècia i Portugal) i també de les 19 comunitats autònomes. Entre els països europeus hi ha diferències importants, sent Finlàndia el que més infermeres té per cada 1.000 habitants (21,81), en fort contrast amb països com Portugal (3,79), Grècia (3,91), Itàlia (4,46), o Espanya (5). La ràtio de Finlàndia és, doncs, més de cinc vegades la de Portugal, Grècia o Itàlia, i 4,3 vegades més gran que la d'Espanya, que ocupa la quarta posició entre els països amb ràtios més baixes.

Els països següents amb ràtios més altes d'infermeres per cada 1.000 habitants segueixen estant molt lluny de les ràtios més baixes, entre les quals es troba Espanya. Així, les ràtios de Suècia (10,93), Dinamarca (9,50), Irlanda (9,47) o el Regne Unit (8,94), representen pràcticament el doble de la d'Espanya o la d'Itàlia, i quasi el triple de la de Grècia o Portugal. La mitjana europea és de 8,43 infermeres/1000 habitants, ràtio també molt superior a la de l'Estat espanyol, on hi ha el 40,67% menys de professionals.

Entre les comunitats autònomes també trobem grans contrastos. Navarra té la ràtio més alta (8,33) –molt a prop ja de la mitjana europea (8,43)–, però és molt lluny de les comunitats que la segueixen, Melilla (5,77), Aragó (5,68), Cèuta (5,66) i País Basc (5,43). A l'altre extrem, trobem la ràtio de Múrcia, amb 3,78 infermeres per cada 1000 habitants, seguida de Galícia (3,96), València (4,06), Castella- La Manxa (4,15) i Andalusia (4,19). A totes les comunitats –excepte a Navarra, que representa un cas aïllat– els manquen més de 260 infermeres per cada 100.000 habitants per acostar-se a la mitjana europea.

Catalunya, amb 4,95 infermeres per cada 1.000 habitants –0,05 punts per sota de la mitjana espanyola–, es troba a 3,48 infermeres/1.000 habitants de diferència amb la mitjana europea, la qual cosa representa el 41,28% menys de professionals.

Les comparacions de ràtios poblacionals comporten riscos, ja que no consideren els entorns, les necessitats, les distribucions de tasques i la formació –que són diferents a cada país–; però són útils per aportar informació, a causa de la seva transparència. A més, hem de tenir en compte que, precisament, a altres països hi ha professionals que aquí no existeixen, i que majoritàriament són les infermeres les que aquí duen a terme les tasques d'aquells.

¹⁵⁰ Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona, Febrer 2006

¹⁵¹ Consejo General de Enfermería de España. Gabinete de Estudios. Aportación de la enfermería a la sanidad europea. Análisis comparativo en España. Abril, 2005.

Un altre indicador que diu molt del nostre sistema, i de la manera en què han de treballar les infermeres, és la ràtio infermeres/metges. No tenim xifres actuals, però sí que podem extrapolar la situació comparativa. Si el valor del numerador (infermeres) és més baix que la mitjana europea, i el del denominador (metges), en canvi, és més alt que als països europeus; és obvi que el valor resultant (ràtio infermeres/metges) serà molt inferior al dels països europeus.

De fet, molts estudis anteriors apunten cap a aquesta relació. Així, B. González López-Valcárcel¹⁵² parlava de desequilibri greu en la dotació relativa de metges i d'infermeres, i considerava les ràtios *llamativament baixes*. L'article subratllava la gran diferència (amb dades de 1997) entre les 1,08 infermeres/metge a l'Estat espanyol i la ràtio europea de 2,7; i aconsellava planificar per al futur de manera coordinada les places de numerus clausus d'ambdues titulacions. La idea que la nostra proporció d'infermeres respecte dels metges està molt per sota de l'europea i de la que hauria de respondre a les noves demandes de salut, és comú a altres estudis^{153 154}.

Pel que fa a la previsió de noves diplomades, a Catalunya hi ha 15 escoles d'infermeria, entre les quals generen unes 1.400 infermeres cada any. Els col·legis perceben aquest nombre insuficient per afrontar les necessitats previsibles; ja que cal considerar, entre d'altres, el creixement i l'envelliment de la població, i l'increment de jubilacions d'infermeres als centres públics (l'edat mitjana actual és de 44 anys), que s'espera elevat cap al 2015.

Per poder extreure informació útil, a l'hora de planificar els recursos, s'han de considerar també altres components de la situació actual. Alguns dels més rellevants són els següents:

- * En els darrers anys s'ha observat una davallada lleugera de la demanda en les preinscripcions de matrícula als estudis d'infermeria, fet que s'ha traduït en una reducció d'estudiants en les escoles adscrites i privades. Per tant, un augment de l'oferta de places universitàries no seria una mesura suficient, si no s'acompanya de mesures (augmentar el reconeixement social i professional, millorar condicions laborals, etc.) que facin més atractiva la professió.
- * També s'observa un augment important de casos de *burnout*, produït de manera secundària per l'augment de pressió assistencial motivada per diferents causes, entre elles la reducció de l'estada mitjana hospitalària, l'increment del nombre de pacients d'edat avançada, amb pluripatologies, i en situacions de dependència.
- * La situació d'insatisfacció laboral i professional està conduint a una migració, no solament territorial, sinó en moltes altres direccions, com per exemple:
 - cap a països estrangers diversos (Portugal, França, Regne Unit i Itàlia i, fins i tot, Estats Units i Canadà són algunes de les destinacions) –on les condicions contractuals, laborals, econòmiques i professionals superen amb escreix les del nostre entorn–;
 - des de l'àmbit hospitalari cap a l'àmbit d'atenció primària –on s'ha assolit més reconeixement professional i un rol més autònom, i és més fàcil desenvolupar les seves competències–;
 - cap a altres sectors professionals –on, fins i tot sense una formació específica, les condicions laborals i contractuals inicials (és difícil trobar la precarietat contractual de

¹⁵² González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España, Un análisis de desequilibrios, Gaceta Sanitaria, 2000; 14 (3): 237-246.

¹⁵³ Puig-Junoy J. La sanitat a Catalunya avui: Entre l'incrementalisme i la prioritació. Dins: Jové JM (ed.) Catalunya, societat massa limitada. Cap. 15. Barcelona 2003.

¹⁵⁴ Bui Dang Ha Doan. Els recursos humans del sistema sanitari: Situació i evolució als països industrials. Generalitat de Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona, febrer 2002.

les infermeres en altres grups professionals) són millors i és més fàcil la promoció-, fet que representa, sovint, l'abandonament de la professió;

- i cap a l'abandonament del mercat laboral en aquelles situacions –a vegades, la maternitat– en què ni la retribució ni la satisfacció professional compensen la pressió, la responsabilitat, la inseguretat laboral, els sacrificis, i les dificultats per conciliar la vida laboral amb la vida personal i familiar.
- * Altre fet imminent, és la repercussió dels canvis formatius –que es produiran per la integració a l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES)– en la professió. La nova estructura europea dels plans de formació en dos nivells i tres cicles –un primer nivell (*grau*) per possibilitar l'entrada al món laboral, i el segon amb dos cicles (el *màster universitari* i el *doctorat*) per continuar una formació especialitzada postgraduada–, s'ha concretat a l'Estat espanyol amb el Reial decret 1393/2007¹⁵⁵. D'acord amb aquest RD, es requeriran 4 anys (240 crèdits) per a l'obtenció de les titulacions de grau. En general, el nou marc de l'EEES aportarà unes conseqüències molt positives per a la professió (obertura de camins alternatius de la formació especialitzada i possibilitat de cursar doctorats i desenvolupar la capacitat investigadora), però també hem de considerar aquí les repercussions negatives següents:
 - Que el quart any addicional dissuadeixi molts estudiants –alguns dels quals valoren la durada curta– de triar la infermeria i es decantin per altres estudis d'igual durada, però amb més reconeixement i autonomia, i condicions laborals més favorables.
 - L'altre repercussió negativa –immediata a la implantació dels nous plans d'estudis– serà que hi haurà un any (l'any 2010, si s'inicien els nous plans el curs 2007-08) en el qual no es graduaran infermeres, en passar d'una formació de tres anys a una de quatre. Una implantació gradual podria minimitzar l'impacte.

3.5.b- Anàlisi de tendències

Per elaborar aquest capítol d'infermeres hem comptat, com a la resta del document, amb múltiples aportacions: el treball de reflexió i anàlisi del GEOPS, consultes a institucions relacionades, consultes a experts i revisió d'una extensa documentació bibliogràfica. Però en aquest cas –en especial aquest apartat (“tendències”) i el següent (“propostes”)–, el pes de la informació –al contrari del que succeeix amb altres capítols– prové d'altres estudis, documents i articles científics, i d'algunes aportacions especials.

De fet, tant als qüestionaris com als debats, sempre ha estat present la rellevància del nou paper de la infermera i la necessitat d'una sèrie de canvis que puguin afavorir el desenvolupament de les seves competències en el si dels equips de treball. Però el temps disponible per als debats, l'heterogeneïtat i l'amplitud dels temes abordats, i el coneixement insuficient de la situació per part dels membres que han treballat en els subgrups; no han permès un treball sobre aquesta professió, amb la profunditat que es mereix.

Així, doncs, ens hem permès abordar bona part d'aquest capítol amb aquelles informacions i continguts extrets d'articles i d'estudis que hem considerat més en línia amb els temes, preocupacions i opinions que majoritàriament han sorgit als debats.

Ens hem guiat per l'orientació que ens han proporcionat expertes en la matèria; algunes són membres del GEOPS i d'altres no. Cal destacar la col·laboració de Carme Gómez –l'única infermera (llevadora) a les sessions presencials del GEOPS, i també ha fet altres aportacions en forma de reunions bilaterals, enviament o identificació de documents, d'informació i

¹⁵⁵ RD 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials.

d'opinions–, Júlia Esteve –persona designada pel Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; hem mantingut reunions d'intercanvi, ens ha facilitat contactes, i ha aportat documents, comentaris i opinions elaborades–, Núria Cuxart –membre del GEOPS que no ha pogut estar present a les sessions de treball, però ha mantingut el contacte i les aportacions mitjançant el correu electrònic, enviant documents, opinions i informació–, i Carmen Caja –presidenta de la Comissió d'Infermeria del CCECS– que, a més de facilitar la part més logística, ha respòs qüestions que han anat sorgint de manera puntual.

Anirem detallant la informació de la bibliografia consultada i utilitzada, a mesura que la citem, com és habitual. Però volem mencionar abans i de manera especial alguns estudis i documents de treball, ja que la seva actualitat i/o idoneïtat especial ens han fet considerar-los material de fons d'aquest apartat. Es tracta de documents de la Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques, del CCECS¹⁵⁶; del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona¹⁵⁷; del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya¹⁵⁸, del Consejo General de Enfermería¹⁵⁹, i del Consell Internacional d'Infermeres, i d'altres^{160, 161}.

Hem de fer una última observació relativa als continguts d'aquest capítol. Ha estat difícil decidir l'estructura de l'estudi –tant en la manera d'abordar les sessions i enquestes, com a l'hora de plasmar els resultats–, a causa de l'alt grau d'encavalcament entre uns aspectes i altres, i les implicacions directes d'unes variables sobre les altres. La gran interrelació que hi ha entre capítols, reflecteix aquest fet. Però, segurament, l'abordatge de la professió infermera i la seva evolució és el capítol més intensament relacionat amb la resta de l'estudi. Per aquesta raó –i per la rellevància que el GEOPS ha atorgat a aquest aspecte–, al llarg de l'estudi es parla molt de les infermeres (vegeu els capítols sobre atenció primària, atenció hospitalària, salut pública, competències, i metges) i del seu paper en el sistema de salut i en l'evolució d'aquest. Per tant, i per no repetir-nos en excés, abordarem aquest apartat de “tendències” de manera resumida i emfasitzant els punts clau; però recomanem encaridament explorar els capítols esmentats abans, per a una informació i documentació millors. Per tal de facilitar-ne la lectura, hem agrupat aquests aspectes clau de les tendències en els blocs següents:

1. Tendències demogràfiques de la població
2. Canvis en el ciutadà, en la relació de poder i en el flux comunicatiu
3. Transformació de l'atenció primària de salut i nous rols de la infermera
4. Tendències en les dinàmiques hospitalàries i el rol de la infermera
5. Evolució professional de la infermera i del seu rol autònom. Perspectiva europea
6. Adquisició, manteniment i avaluació de la competència professional

¹⁵⁶ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut d'Estudis de la Salut (IES). Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS). Comissió d'Infermeria i especialitats específiques. Competències d'Infermera. Barcelona, 1997.

¹⁵⁷ Rodríguez JA, Bosch JL. Infermeres avui. Com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic 2004. Equip d'investigació de professions i organitzacions de la Universitat de Barcelona / Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. 2005. Disponible a: www.coib.org

¹⁵⁸ Ferrús L (Dir.) Recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Barcelona 2007. Disponible en línia a: www.coib.org

¹⁵⁹ Blasco Santamaría RM (Coord.). Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al espacio europeo de educación superior. Consejo General de Enfermería. 2004.

¹⁶⁰ Riera RM, Martí N, Muñoz MD, Ricomà R. La infermera del 2020. Recursos i perfil professional. [Informe per al Consell Assessor de l'Hble. Consellera de Salut]. Barcelona, juliol 2006.

¹⁶¹ Sampietro-Colom L (Dir.) Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. 2004.

Tendències demogràfiques de la població

Les tendències demogràfiques actuals de la població catalana –resultat, en gran part, del progrés biomèdic i tecnològic i també de l'econòmic i del social– repercuteixen molt directament en el nostre sistema de salut en general, i en tot allò que afecta les infermeres, de manera molt particular. Podem resumir els aspectes de l'evolució demogràfica catalana que influeixen de manera clau sobre l'activitat infermera, de la manera següent:

- ⇒ El creixement actual de la població catalana ha reprès un ritme alt –ha produït un milió d'habitants en els últims set anys– i les tendències observades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), fan preveure uns vuit milions d'habitants cap a l'any 2015 a Catalunya.
- ⇒ Les tendències migratòries –que tenen especial rellevància a Catalunya– generen noves situacions en els entorns sanitaris i, sobretot, en les dinàmiques comunicatives i relacionals. L'immigrant mitjà –de perfil jove i saludable– no freqüenta gaire els centres de salut, però la seva atenció requereix més dedicació i altres formes d'abordatge.
- ⇒ L'augment de l'esperança de vida –a més de contribuir, en part, al creixement de la població–, comporta canvis importants en la distribució etària, i l'envelliment de la població marca la tendència poblacional.
- ⇒ L'increment del percentatge de gent gran –els més grans de 65 anys representaven el 8,6% de la població de fa mig segle, l'any 2001 arribava al 17,41% (percentatge que duplica l'existent fa 50 anys) i es preveu entre el 19,7% i el 16,5 cap al 2015, segons l'Idescat¹⁶²– contribueix a un canvi dels patrons de morbiditat i de la manera d'abordar-los.
- ⇒ La transició epidemiològica –a causa de l'envelliment de la població i també del progrés– canvia els tipus de problemes de salut majoritaris, i augmenta la incidència i la prevalença de malalties cròniques i degeneratives, càncers, cardiopaties i altres malalties associades a l'edat (alguns trastorns mentals, danys cerebrals, trastorns visuals i auditiu, risc de caigudes). La capacitat infermera li permet satisfer una bona part de les necessitats assistencials d'aquests tipus de malalts.
- ⇒ L'envelliment pot conduir a discapacitats i situacions de dependència, i el paper de la infermera és crucial per prevenir-les o restablir la salut i mantenir-la, i prevenir complicacions. A les sessions de treball s'ha proposat també una intervenció grupal educativa, des d'atenció primària, per formar els cuidadors informals.
- ⇒ Desgraciadament, hi ha situacions de dependència, en què no es compta amb l'ajut d'aquesta figura, però quan hi és, representa una peça clau en l'adherència terapèutica (farmacològica, alimentària, i de rehabilitació física), la prevenció de complicacions i situacions de risc, el restabliment i manteniment d'algunes capacitats i, en definitiva, en la millora de la salut del pacient i de la seva qualitat de vida. Però sovint no tenen cap coneixement sanitari i, a vegades, provenen d'altres cultures; i una formació bàsica pot representar enormes beneficis per a la persona dependent, per a la tasca del metge, i per al sistema. La formació dels cuidadors des de l'atenció primària i mitjançant intervencions grupals, també facilitaria la relació de l'atenció primària amb la comunitat i, per tant, milloraria la seva activitat comunitària.

¹⁶² Les projeccions de població de Catalunya elaborades per l'Idescat, considera –a partir d'una combinació selectiva d'hipòtesis d'evolució dels components del creixement demogràfic– quatre escenaris probables: baix, mitjà baix, mitjà alt, i alt. Els percentatges de la població amb més de 65 anys, sobre la població total, corresponents a cada un dels quatre escenaris, són 19,7; 17,4; 18,2; i 16,5 respectivament.

- ⇒ També augmenta el nombre de persones afectades pel sofriment de situacions terminals, en si mateixos o en els seus familiars. Les cures paliatives i l'acompanyament de la infermera en el procés –amb una comunicació empàtica amb el pacient i el suport adequat a la família– afavoreixen el confort i el benestar del pacient i la família, i els faciliten el maneig d'aquestes situacions.
- ⇒ La coincidència de problemes de salut diversos és més probable en la gent gran, com també ho és la polimediació. Aquestes situacions complexifiquen l'abordatge de les cures i requereixen l'expertesa d'infermeres experimentades i ben formades que puguin contribuir a la integració dels diferents processos.
- ⇒ Un altre aspecte a considerar en l'abordatge dels problemes de salut de la gent gran, és que les vivències d'aquest col·lectiu –que, al contrari de les dels joves, han comportat dificultats vitals importants– els han fet molt més resignats i, sovint, són els que menys es queixen i els que menys demanen, quan són els que més ho necessiten. La identificació d'aquestes situacions també ha de ser un repte del sistema, conseqüent als objectius d'equitat en els quals es basa.
- ⇒ A més, molts dels problemes de salut més prevalents són prevenibles, de manera primària, secundària, terciària o quaternària; i el paper de la infermera és fonamental en totes les formes de prevenció. L'educació sanitària, la promoció d'hàbits saludables, el foment de la participació i de la implicació del ciutadà, la contribució a la capacitació del ciutadà per gestionar els processos vitals i la malaltia, i la prevenció de sobretractaments i d'intervencions evitables; són activitats inherents a la professió infermera, i són activitats considerades molt efectives per reduir els índex de morbiditat i mortalitat per les malalties més prevalents, moltes associades a l'edat.

Els nous escenaris demogràfics, i la rellevància del paper de la infermera per afrontar-los, no són exclusius del nostre entorn, sinó que són comuns a la majoria de països desenvolupats. A entorns com Austràlia, Canadà i molts països europeus, la combinació de l'envelliment de la població, l'augment de pacients amb malalties cròniques, i l'escassetat de recursos humans en la pràctica generalista, ha fet expandir i desplegar intensament durant els últims sis anys el rol de la infermera generalista, convertint-la en una peça clau de la majoria de pràctiques generals.

Als Estats Units, les projeccions del *Bureau of Labor Statistics*, del Ministeri de Treball, preveuen que les infermeres (*registered nurses*) crearan el segon nombre més gran de llocs de treball entre el 2004 i el 2014. Els factors determinants que assenyalen són diversos: recanvi generacional d'infermeres amb una mitjana d'edat en creixement, avenços tecnològics que permetran el tractament de més problemes de salut, l'èmfasi creixent de l'atenció preventiva, i les expectatives de creixement de la població d'edat més gran, els quals requereixen moltes més cures infermeres que altres grups¹⁶³.

Són molts els estudis i informes que posen de manifest la preocupació creixent dels diferents sistemes de salut per afrontar els reptes que representen l'envelliment, les malalties cròniques, la complexitat de les patologies múltiples i els problemes derivats de la polimediació. L'Observatori Europeu de Polítiques i Sistemes de Salut està revisant, mitjançant diversos treballs, els diferents abordatges europeus per satisfer les noves necessitats de salut en uns entorns canviants i amb uns recursos que són limitats.

¹⁶³ www.bls.gov

Les conclusions d'aquests estudis coincideixen en el fet que els reptes són progressivament complexos i que cal solucions innovadores per afrontar-los^{164 165 166}. Emfasitzen la importància de reconsiderar la gestió dels professionals de la salut –recordem que els serveis de salut es basen en l'ús intensiu de recursos humans– i posen l'accent en la rellevància emergent del treball en equip, la multidisciplinarietat, i en l'expansió dels rols de la infermera. L'expertesa d'infermeres experimentades i ben formades pot contribuir a la integració dels diferents processos que intervenen en la complexitat de les noves situacions.

Canvis en el ciutadà, en la relació de poder i en el flux comunicatiu

L'evolució del ciutadà –i per tant la del pacient i usuari del sistema de salut– comporta canvis profunds en el sistema de salut, a causa del gran nombre d'aspectes relacionats que queden afectats. Parlem amb més detalls del nou ciutadà en altres capítols (ciutadà, salut pública, atenció primària); però esmentarem aquí alguns d'aquells que més influeixen en la pràctica infermera:

- ⇒ La relació del pacient amb el metge (vegeu el capítol dels metges), i amb la resta de professionals de la salut, és més autònoma i igualitària. El pacient deixa de ser aquell actor passiu i submís i passa a ser part activa i protagonista. El professional deixa el seu paper paternalista i passa a exercir com proveïdor de serveis de salut i facilitador d'informació. El pacient compta amb altres fonts d'informació i opina, qüestiona i exigeix, i les decisions són compartides.
- ⇒ Els canvis socioculturals del ciutadà, que s'han produït de manera natural i associada a altres tipus de transformacions –polítiques incloses–, han conduït una potenciació del paper de l'usuari en el sistema de salut i en la presa de decisions que afecten la seva salut. Aquests canvis també s'han reflectit en la legislatura.
- ⇒ L'accés a la informació és quasi il·limitat; fins i tot les fonts especialitzades estan a l'abast de ciutadans no professionals de la salut. L'excés d'informació –sovint esbiaixada per interessos diversos– crea confusió i condueix a expectatives falses, dificulta la relació entre pacient i professionals, i genera conflictes en les dinàmiques del sistema.
- ⇒ L'augment de coneixements, la difusió de l'educació, i la tendència a incrementar la democràcia i la participació ciutadana en l'adopció de decisions, intensifica les demandes d'informació més objectiva i comprensible sobre la salut, la tecnologia sanitària i els serveis d'atenció de salut necessaris, i també intensifica les pressions perquè s'ampliï la funció que exerceixen les professions sanitàries en l'adopció de decisions sobre sanitat.

¹⁶⁴ Boerma WGW i Dubois CA. Mapping primary care across Europe. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006;2:22-49.

¹⁶⁵ Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006;1:3-21.

¹⁶⁶ Dubois CA, McKee M, Nolte E. Analysing trends, opportunity and challenges. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 2:15-40

- ⇒ Els nous estils de vida i els nous patrons de valors generen altres dificultats que hem d'afegir. A més d'augmentar la incidència de determinats trastorns físics (cardiopaties, diabetis, alguns tipus de càncer, etc.) o mentals (trastorns alimentaris, abús de substàncies, etc.); resten capacitat al ciutadà per manejar petites desviacions dels seus patrons de salut o de bellesa, per afrontar els processos vitals, i per gestionar problemes de salut d'ells mateixos i de persones properes.
- ⇒ Hi ha un reconeixement progressiu que la baixa adherència terapèutica està més relacionada amb la presència de factors psicològics –depressió, deteriorament cognitiu, relació amb el professional de salut insatisfactòria, el desconeixement o no creença en els beneficis del tractament, o la negació de la malaltia–, que al perfil del pacient “poc complidor”. Així, C. Suárez destaca –en el llibre sobre prevenció del progrés de la malaltia cardiovascular¹⁶⁷– la importància estratègica d'una comunicació adequada amb el pacient, escoltar-lo i transmetre-li de manera entenedora tot allò relacionat amb la seva malaltia i el tractament a seguir, evitar amonestacions o postures de pressió, prestar atenció i interès per les dificultats que el pacient pugui tenir i oferir-li, en la mesura del possible, solucions alternatives.
- ⇒ Un pacient més informat és més exigent, però també és més col·laborador, compleix millor la teràpia i, a més, estalvia diners al sistema. Les conclusions d'un estudi britànic confirmen aquestes afirmacions.
- ⇒ L'educació del pacient, per tant, revertirà de manera molt positiva en la seva salut, i també en el funcionament del sistema de salut. L'educació també afavorirà la participació, un component clau també en la millora de la salut i del sistema.
- ⇒ La infermera està capacitada per educar en salut i contribuir així a la promoció de la salut, a la prevenció, a la participació, i al foment d'un ús adequat del sistema. Aquestes activitats estan més desenvolupades en els equips d'atenció primària; però el dia a dia dels hospitals no permet el desplegament d'aquest rol i s'ha d'insistir en la seva rellevància.
- ⇒ La proximitat al pacient i la presència continuada confereixen a la infermera una posició privilegiada per exercir un paper específic en les decisions clíniques dels pacients. La infermera comparteix les vivències diàries dels pacients al seu càrrec i de les seves famílies; és testimoni de les incerteses, de les angoixes, de les pors i dels dubtes que els preocupen dia a dia. La infermera representa els interessos del pacient en el diàleg interdisciplinari i, amb el pacient, exerceix un paper de facilitadora i afavoridora de la seva participació i implicació.

Els canvis en el ciutadà i en les relacions amb el professional de la salut i el sistema –juntament amb altres factors determinants, com la sobrecàrrega assistencial i l'increment de la violència en la societat– també estan generant un increment de situacions conflictives i violentes a molts àmbits assistencials (vegeu també el capítol de metges). Però les infermeres són els professionals que pateixen el 75% de les agressions que es produeixen en el sector sanitari. L'increment d'agressions en els últims anys, fa que la violència hagi passat de ser “anecdòtica” a un problema “verdaderament preocupant”, pel nombre, la freqüència i la gravetat, que revelen les dades d'un estudi molt recent^{168 169}, basat en una enquesta a 600 infermeres de l'Estat espanyol, i que té un marge d'error del 4%.

¹⁶⁷ Suárez C. (Coord.) Prevención de la progresión de la enfermedad cardiovascular. Importancia del cumplimiento terapéutico. 2007

¹⁶⁸ Europa press. *El 33 por ciento de los enfermeros españoles ha sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses*. [notícia en línia] Pamplona, 17 de maig de 2007 Disponible a: <http://www.europapress.es/noticia.aspx?cod=20070517140243&ch=94>

¹⁶⁹ Azprensa.com. *Uno de cada tres enfermeros ha sufrido agresiones en el último año. La sobrecarga asistencial y unos pacientes más exigentes están detrás del incremento de la*

Segons els resultats de l'estudi, el 33% dels infermers han patit algun tipus d'agressió durant els últims 12 mesos. El 3,7% correspon a agressions físiques, i el 29,3 a agressions verbals. El 51% dels incidents es produeixen als serveis d'urgències hospitalàries, que és on es detecta un risc més gran. Dels infermers colpejats, només el 5% presenten denúncia, per la qual cosa les agressions cursades per la Justícia –malgrat en augment– només representen la punta de l'iceberg d'una realitat que roman oculta.

Sobre els factors que poden influir en l'increment d'agressions, s'apunta la sobrecàrrega assistencial general i la saturació dels serveis d'urgència en particular, l'augment de violència social, i l'exigència del pacient, que no admet frustracions a les seves expectatives i vol immediateses. També hi ha ciutadans amb exigències fraudulentess (receptes, baixes laborals, alguns tractaments, etc.) i, sobretot, es detecta un problema de fons de comunicació insuficient. En aquest sentit, a Andalusia han creat la figura d'una infermera que informa els pacients d'urgència sobre les prioritats de l'atenció.

Una dada curiosa i gens menyspreable –un estudi en aquest sentit podria ser clarificador–, és que el nombre d'agressions produïdes a Navarra és menor que el d'altres comunitats autònomes. Coincideix que Navarra (vegeu apartat “situació actual” d'aquest capítol) és la comunitat amb la ràtio infermeres/habitants més elevada –amb molta diferència de les altres–, fet que podria influir en la taxa menor de casos de violència.

Nous rols de la infermera en l'atenció primària de salut

Des de la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut¹⁷⁰ (APS) que va tenir lloc el 1978 a Alma Ata, no han deixat de ser vigents ni el model d'APS proposat, ni els conceptes que es van introduir –l'educació sanitària, la promoció de la salut, la participació comunitària, la cooperació, la solidaritat, etc.–, ni la rellevància que se'ls va atorgar. Malgrat queda, encara, molt camí per recórrer, durant el temps transcorregut s'han dut a terme més trobades internacionals, més declaracions d'intencions i esforços importants, en la mateixa línia.

Inspirats en aquell model, es van consolidar arreu algunes orientacions professionals, com els metges de família i comunitària, les infermeres comunitàries i els treballadors socials. Des d'aquesta filosofia, la infermera aporta a la cartera de serveis de l'atenció primària una dimensió comunitària i un paper crucial en l'educació sanitària, la qual es considera fonamental en la promoció de la salut.

El llavors director de l'OMS, Dr. Halfdan Mahler, va manifestar en aquest sentit que: *allà on hi hagués una infermera, havia d'haver un lloc d'educació per a la salut*. Més tard, el 1982, l'OMS realitza una reorientació de la educació de la salut: expandeix el seu sentit comunitari i inclou teories i pràctica de la comunicació. Des de l'OMS, es posa l'èmfasi en les infermeres com a agents del canvi i l'educació sanitària com l'eina principal¹⁷¹, i s'afirma que *les infermeres estaven en condicions de mostrar el camí de la reforma dels serveis d'atenció primària i d'assumir el lideratge dels serveis sanitaris a la comunitat, per la seva posició entre el públic i*

violència contra estos profesionales, según una experta. [notícia en línia] Pamplona, 19 de maig de 2007. Disponible a: http://www.azprensa.com/noticias_ext.php?idreg=29783

¹⁷⁰ Es va definir l'Atenció Primària de Salut (APS) com *l'assistència sanitària essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctics, fundats científicament i acceptats socialment, i posada a l'abast de tots els individus i les famílies de la comunitat*. (Alma Ata, 1978)

¹⁷¹ Mahler H. Las enfermeras marcan el camino. Ginebra: WHO Features, 1985.

*aquests serveis i la seva capacitat per mobilitzar altres recursos socials*¹⁷². El 1987 canvien el terme “educació per a la salut” pel de “promoció de la salut”, per denotar un enfocament més ampli i facilitar l’elecció informada.

La reforma de l’Atenció Primària al nostre país, iniciada a la dècada dels 80, va representar un canvi de l’eix de l’atenció sanitària –l’eix seria la salut i no la malaltia– i un canvi substancial per a la infermera en tota aquesta dimensió. L’antic model infermer basat en la malaltia, i en la realització de tasques exclusivament assistencials, va donar pas a un model basat en la salut, en què l’accent es posa en la prevenció, la promoció i el foment de la salut, enfocats a l’individu i també a la comunitat.

Aquesta orientació de la infermera d’atenció primària es posa de manifest en obres de referència¹⁷³ d’aquest àmbit, en què es diu per exemple: *Una de les principals activitats del personal d’infermeria en els equips d’atenció primària és la educació i la promoció de la salut*. La perspectiva comunitària de l’educació per a la salut està esdevenint una pràctica tradicional de la infermera d’Atenció Primària en programes com Salut i Escola o d’altres que, per les seves característiques, requereixen el maneig de grups de població més o menys amplis.

No obstant això, hi ha l’opinió generalitzada –dels membres del GEOPS, d’altres experts consultats i d’estudis diversos– que la capacitat competencial de les infermeres actuals està sovint “poc aprofitada”. S’ha d’admetre que el rol autònom infermer s’ha desenvolupat molt més a l’àmbit d’atenció primària –gràcies especialment a la reforma– que als hospitals, i que la diferència entre els dos nivells assistencials, en aquest sentit, és abismal. Però encara hi ha centres d’atenció primària on l’activitat principal de les infermeres és massa mecànica i repetitiva i, si tinguessin més suport organitzatiu, podrien dedicar-se més als aspectes relacionats amb la prevenció, educació sanitària i promoció de la salut; i també podrien liderar més processos, com la gestió de les malalties cròniques.

El problema en aquests centres és, sovint, una manca de reconeixement per part de les institucions, dels centres i, a vegades, d’altres professionals. També és cert que hi ha algunes infermeres que no tenen el mateix nivell de preparació –a causa dels diferents bagatges formatius i professionals–, però els poden assolir amb plans de formació adequats, de la mateixa manera que ho van fer les llevadores, quan es va introduir el pla d’atenció a la salut sexual i reproductiva. L’expansió del rol de les llevadores ha comptat amb el reconeixement de pacients i d’altres professionals, a causa de la bona gestió i dels bons resultats.

Les infermeres podrien liderar més la gestió de processos crònics –com mpoc, asma, diabetis, o hipertensió–, fomentar abordatges grupals –cal destacar els bons resultats de les intervencions grupals de les llevadores en la preparació al part i la menopausa–, contribuir a la salut mental, i potenciar el seu rol en l’espai sociosanitari i l’abordatge de la dependència.

L’Observatori Europeu aborda en un llibre recent (Richard B. Saltman, 2006) les maneres en què diferents països europeus estan col·locant l’atenció primària en el centre de les decisions i responsabilitats del sistema de salut, per tal que puguin conduir als sistemes a un grau de coordinació i coherència millor. El primer capítol (Wienke G.W. Boerma, 2006) tracta de la coordinació i la integració de l’atenció primària, de la continuïtat assistencial, i del treball en equip; i defineix la *infermeria com una professió crucial*^{174 175 176}.

¹⁷² Mahler H. ¿Por qué el liderazgo en Salud para Todos? A: Conferencia inaugural del Encuentro Internacional Liderazgo de enfermería en Salud para Todos. Tokio, abril 1986.

¹⁷³ Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona, 2003.

¹⁷⁴ Kinnersley P, Andersen E, Parry K et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioners care for patients requesting “same day” consultations in primary care. British Medical Journal, 2000; 320(7241): 1043–1048.

Hi ha tendències internacionals, àmpliament documentades, a augmentar la contribució de la infermera en la gestió dels pacients¹⁷⁷ i el lideratge de l'atenció domiciliària i del maneig de pacients amb problemes determinats, com diabetis, asma i malalties cardiovasculars^{178 179}.

Cal esmentar de manera destacada els espais d'àmbit sociosanitari i de salut mental (centres geriàtrics, centres de salut mental, centres de disminuïts físics i psíquics, centres i clubs esportius, residències i centres de dia, institucions penitenciàries, Administració de l'Estat, escoles i instituts, ong, intervencions de salut pública). Són espais en plena expansió, on s'ha de fomentar la contribució de la infermera i adequar la seva aportació.

Quant a les ràtios infermeres/metges dels equips d'atenció primària, són bastant més baixes que a d'altres països, però es perceben suficients amb el sistema actual d'atenció primària, en què el pes de la càrrega assistencial la porta el metge. Si el paper d'infermeria canviés, i assumís un rol destacat en la promoció de la salut i en el lideratge de determinats processos, s'haurien d'incrementar les plantilles d'infermeres i reorganitzar algunes de les tasques susceptibles de delegar a auxiliars competents.

Al capítol "competències exclusives i compartides", mostràvem com l'adaptació a les noves demandes de salut i als avenços tecnològics requereixen d'estratègies per a la millora de l'efectivitat i de l'eficiència dels sistemes de salut; i com la modificació de les combinacions de competències dels treballadors de la salut (*health care workforce skill-mix*) és una de les estratègies considerades en molts estudis d'arreu del món^{180, 181}. Organismes com l'OMS¹⁸² o l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut¹⁸³ recomanen encaridament reorientar les distribucions de tasques i funcions, i trencar les barreres –sovint més reflex de la història, de la cultura, i dels tipus d'incentius, que de l'evidència científica– que puguin dificultar els canvis.

Hi ha propostes que promouen una implicació més gran de la infermeria en l'activitat assistencial (primeres consultes, prescripció) i en la coordinació de recursos assistencials (gestió de casos) sobretot en l'atenció domiciliària. Però les revisions que s'han fet dels estudis publicats sobre els canvis en les *skill-mix*, mostren la gestió dels malalts crònics com una de les àrees que més atreu per a l'ampliació de rols als països desenvolupats. La coincidència de

¹⁷⁵ Pringle M, Irvine S. Practice structures. Dins: Jones R, Britten N, Culpepper L et al. (eds) Oxford Textbook of Primary Medical Care. Volume 1. Oxford: Oxford University Press, 2004

¹⁷⁶ Temmink D, Francke AL, Hutten JB, Van der Zee J, Huijter Abu-Saad H. Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31(6): 1449–1458

¹⁷⁷ Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2000; 320: 1038–1043

¹⁷⁸ Vrijhoef HJM. Is It Justifiable to Treat Chronic Patients by Nurse Specialists? Evaluation of Effects on Quality of Care. Maastricht, 2002: Universitaire Pers Maastricht

¹⁷⁹ Calnan M, Cant S, Williams S, Killoran A. Involvement of the primary health care team in coronary heart disease prevention. *British Journal of General Practice*, 1994; 44(382): 224–228

¹⁸⁰ Buchan J i Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of World Health Organization*, 2002; 80:575-80

¹⁸¹ Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research and Policy* 9 (suppl 1): 28-38. Manchester, UK, January 2004.

¹⁸² WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra, 2000. World Health Organization.

¹⁸³ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

l'envelliment de la població –i l'increment consegüent de malalties cròniques, de multimorbiditat, de polimediació, etc.– amb la disponibilitat de tractaments més efectius, però també més complexos, representen reptes nous que requereixen maneres noves d'afrontar-los. El reconeixement creixent que els models tradicionals de salut no són els més adequats, fa experimentar amb nous models.

Un dels enfocaments possibles implica la gestió clínica dels malalts crònics liderada per infermeres en l'àmbit d'atenció primària. Es tracta de dos tipus de canvis alhora; el realçament professional (ampliació de rols o *enhancement*) d'infermeres, i la transferència des de l'hospital cap als centres d'atenció primària. A diferents països, i per a processos diversos (asma, trombòlisi, educació de pacients en rehabilitació, suport domiciliari especialitzat per a malalts amb MPOC o esclerosi múltiple, etc.), el lideratge d'infermeres en la gestió dels crònics està donant millors resultats que el model tradicional liderat per metges¹⁸⁴.

Normalment, aquests tipus de canvis no es realitzen de manera aïllada, sinó que formen part de programes més amplis de nova gestió de les malalties cròniques. Per exemple, un nou model, que s'està implantant a molts llocs dels Estats Units, emfasitza l'autocura del pacient, més consultes estructurades, ampliació de la informació i sistemes de suport per a les decisions, i ampliació de rols d'infermeres, farmacèutics i altres professionals de la salut. Aquest model ha mostrat una millora dels resultats i una reducció de les consultes d'emergència en pacients amb malalties cròniques severes^{185, 186, 187}.

Tendències en les dinàmiques hospitalàries i el rol de la infermera

La infermeria hospitalària també ha adaptat el seu rol –malgrat amb més dificultats–, i també ha contribuït a promocionar la salut, amb l'educació en salut del pacient i de la seva família i amb el sistema d'autocures, que és intrínsec a l'activitat infermera.

No obstant això, les tendències en les dinàmiques hospitalàries, i en el tipus de patologies i d'intervencions hospitalàries, rarament permeten a les plantilles d'infermeres (insuficients i amb poc suport) treballar amb tot el seu potencial.

Molts estudis (locals, europeus i internacionals) avalen la percepció diària que caldrà prendre mesures per facilitar i potenciar el desplegament de les competències infermeres i del seu rol autònom als hospitals.

Si no s'adeqüen les plantilles i l'organització a les noves necessitats, es farà molt difícil –si no impossible– la potenciació del paper de la infermera hospitalària, en detriment de la professió, de l'eficiència del sistema i, sobretot, en detriment del malalt, que no se'n podrà beneficiar de la capacitat i competència infermera.

¹⁸⁴ Vrijhoef HJ et al. Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. *Patient Education and Counselling* 2000; 41:243-50

¹⁸⁵ Wagner E.H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)* 2001; 20: 64–78.

¹⁸⁶ Wagner E.H. et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care* 2001; 24(4): 695–700

¹⁸⁷ Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288:1909–14.

Alguns dels aspectes més rellevants de les tendències a considerar per adoptar decisions de gestió, d'organització i d'administració, són els següents:

- * **L'envelliment de la població** comporta un augment de malalts ingressats amb múltiples patologies coincidents, amb polimediació i amb problemes socials associats. Aquesta realitat fa que el malalt mitjà requereixi una mitjana de cures d'infermeria més elevada.
- * **Noves maneres d'abordar els processos aguts**, basades en el convenciment que les estades hospitalàries no sempre són innòcues, i gràcies als progressos tecnològics que les faciliten. Aquestes tendències redunden en benefici de la salut dels malalts, en el seu benestar, i en l'equitat i l'eficàcia del sistema. Però també representen un increment notable de les cures infermeres, tant en quantitat com en intensitat i complexitat. Alguns d'aquests canvis en els processos hospitalaris són els següents.
 - Disminució de l'estada mitjana hospitalària, que comporta l'increment del nombre d'altres i d'ingressos nous diaris.
 - La introducció en augment de noves modalitats, com la cirurgia major ambulatoria i l'hospitalització domiciliària.
 - L'augment del nombre de llits tipificats de rotació ràpida.
 - La complexificació de les cures (el 16% dels malalts ingressats a l'hospital requereixen cures crítiques)
 - L'increment de l'activitat quirúrgica i la seva ampliació horària.
- * **La rellevància emergent del treball en equip multidisciplinari** gaudeix d'un reconeixement absolut en documents de base, en els principis transmesos durant la formació, i en tota mena de declaracions (fins i tot lleis com la LOPS, recullen la seva importància); però la pràctica diària no el facilita. Molts estudis (els ja esmentats de l'Observatori Europeu i d'altres) destaquen la importància creixent del treball en equip i de crear sinèrgies entre les diferents disciplines (amb "mirades", experiències, formació, i objectius, diferents i complementaris), però també observen les dificultats existents arreu; per la qual cosa recomanen fomentar intensament el seu desenvolupament.

Les barreres (aquí i arreu) són moltes; el sentiment corporativista, la por a la pèrdua d'estatus, el desconeixement de l'altra professió, la poca tradició en compartir, en són alguns exemples. També s'ha associat amb pèrdua d'autonomia professional, amb alguns models gestors que emfatitzen el treball d'equip per sobre d'aquesta. En canvi, un estudi recent (enquestant 10.022 infermeres de 32 hospitals d'Anglaterra) mostra una correlació positiva entre el nivell de treball d'equip i el nivell d'autonomia i d'implicació en les decisions infermeres¹⁸⁸. No es pot especificar si el treball en equip és una condició prèvia per a l'autonomia professional o viceversa, però la interacció trobada suggereix sinergia. Les organitzacions haurien de promoure l'autonomia infermera sense por d'obstaculitzar el treball d'equip, i les infermeres no haurien de veure perillar l'autonomia amb un treball d'equip adequat.

La bona relació metge-infermera i l'alt grau d'autonomia infermera són precisament característiques importants dels "hospitals magnètics"¹⁸⁹, qualificats com a tals per

¹⁸⁸ Rafferty AM, Ball J, Aiken LH. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care* 2001;10(suppl II):ii32-ii37

¹⁸⁹ La noció d'hospital magnètic es remunta als principis dels 80, en què els EUA –amb una gran escassetat d'infermeres– va començar a identificar les institucions que destacaven per sobre de la mitjana pel que fa a satisfacció laboral de les infermeres, la seva autonomia i la relació amb els metges, entre d'altres. Altres països com el Regne Unit han reconegut la

l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) per atreure i retenir de manera constant les infermeres i proporcionar unes cures infermeres excel·lents als malalts.

Si no s'impulsa des de la formació pre i postgraduada i també des de les organitzacions hospitalàries i l'Administració, serà difícil assolir els nivells desitjables de cooperació i sinèrgia interdisciplinària per garantir l'optimització dels recursos i la continuïtat assistencial.

- * **La forta pressió assistencial als hospitals** recau molt directament en l'activitat infermera (que no es pot desenvolupar en les millors condicions) i en les infermeres (que pateixen d'estrès, burnout, insatisfacció professional i personal). Aquesta situació –juntament amb la precarietat de condicions laborals i contractuals– no afavoreix la permanència d'infermeres experimentades als hospitals. Últimament, també s'ha relacionat el nombre d'infermeres i les seves condicions de treball amb aspectes diversos de la seva seguretat; com poden ser les agressions dels pacients (vegeu apartat dels canvis en el ciutadà, a aquest capítol d'infermeres), o les lesions laborals per agulles o altre instrumental clínic¹⁹⁰.

Als països desenvolupats d'arreu, hi ha una conscienciació creixent de la rellevància de la dotació d'infermeres expertes als hospitals –i de les condicions en què treballen–, i de la seva relació directa amb la seguretat del pacient i amb altres indicadors de la qualitat assistencial i dels resultats en el pacient. Són moltes les veus expertes –procedents de disciplines diverses– que es manifesten en aquesta línia, i la evidència científica que els dona suport està creixent de manera consistent i continuada. En fem només un breu recull.

- ⇒ Segons el Dr. Jack Needleman¹⁹¹, economista de la universitat de Harvard, els resultats de salut sensibles a les cures infermeres es poden definir com “qualsevol variació en l'estat, condició o percepció dels malalts o familiars de qui tenen cura, susceptible d'intervenció d'infermeria”. Alguns d'aquests resultats de salut poden ser les infeccions del tracte urinari, la pneumònia, el xoc, el perllongament de l'estada, el fracàs de reanimació, i la mortalitat hospitalària. El fàcil accés a aquesta informació, mitjançant les històries clíniques, fa que moltes investigacions hagin utilitzat aquests indicadors per avaluar els efectes de la càrrega de treball de les infermeres sobre la salut de les persones a les quals ofereixen la seva atenció.
- ⇒ Un estudi posterior¹⁹² –dirigit per la Harvard School of Public Health i patrocinat per diverses institucions de l'Administració– analitza les dades administratives de 6,2 milions de pacients, corresponents a 799 hospitals d'11 estats. Els resultats de l'estudi fan concloure una associació entre el nombre elevat d'hores de cures infermeres i la baixa incidència d'infeccions del tracte urinari, de sagnats gastrointestinals, de pneumònies, d'aturades cardíques i de fracàs de reanimació. La reducció d'incidències adverses es va quantificar entre el 4% i el 12%, segons l'indicador examinat.
- ⇒ L'investigador principal de l'estudi, J. Needleman, declarava en una teleconferència: *Les infermeres són els ulls i les orelles de l'hospital... Si alguna cosa no va com s'espera, elles són les primeres en detectar els senyals, abans que els problemes es compliquin...*

rellevància potencial d'aquest concepte, i el Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya recomana tenir-lo en compte per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització (Ferrús, 2007), i explica amb detall les característiques que el defineixen.

¹⁹⁰ Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Needlestick injuries to nurses, in context. Leonard Davis Institute of Health Economics. September 2002; 8(1)

¹⁹¹ Needleman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse staffing levels and patient outcomes in hospital. [Final report for Health Resources and Services Administration] Harvard School of Public Health, editor. Boston, MA. 2001.

¹⁹² Needleman J, Buerhaus P et al. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J of Med, 30 maig 2002; 346(22):1715-22

- ⇒ Els resultats d'un altre estudi¹⁹³, patrocinat pel National Institute of Nursing Research del National Institutes of Health, mostren que cada pacient addicional per infermera, incrementa en el 7% la probabilitat de morir durant els 30 dies posteriors a l'admissió, i en el 7% el risc de no sobreviure a la reanimació postoperatòria. L'estudi va analitzar les històries clíniques de 232.342 pacients i les dades de 10.184 infermeres enquestades.
- ⇒ Una investigació de LH Aiken¹⁹⁴ mostrava, ja al 1994, que les taxes de mortalitat i la durada de les estades hospitalàries disminueixen a mesura que augmenta el nombre d'infermeres i la proporció d'infermeres diplomades en les plantilles. També mostrava de manera detallada el possible vincle entre taxes de mortalitat i "hospitals magnètics".
- ⇒ El 1989 es va realitzar una enquesta a 663 directors gerents d'hospitals dels Estats Units, els quals van qualificar l'atenció d'infermeria com el factor més significatiu en la prestació de cures d'alta qualitat als seus pacients¹⁹⁵. Segons aquest estudi, les cures infermeres són la principal raó dels pacients per anar a l'hospital, i constitueixen un dels factors clau que distingeixen als centres.
- ⇒ Estudis recents realitzats als Estats Units, Canadà, Anglaterra, Suïssa, Nova Zelanda, la Federació Russa, i Armènia mostren que la dotació adequada d'infermeres i la qualitat de l'entorn i les condicions de treball de les infermeres estan associades amb la qualitat de l'atenció al pacient. Els pacients en hospitals amb pitjors condicions per al treball infermer tendien a tenir les taxes més altes de risc de resultats adversos, incloent la mortalitat¹⁹⁶.
- ⇒ Ann Tourangeau et al.¹⁹⁷ revisen les investigacions, publicades entre 1986 i 2004, sobre els determinants de la mortalitat de pacients hospitalitzats. Després d'analitzar i sintetitzar les publicacions triades –seleccionades amb criteris predefinits–, troben set categories de determinants: relació metge-infermera, plantilla d'infermeria, característiques de l'atenció mèdica, experiència de les infermeres, preparació i formació de les infermeres, suport clínic a infermeria, i entorn professional de la pràctica infermera. A partir dels resultats obtinguts, suggereixen una sèrie d'estratègies per minimitzar les morts evitables i millorar la seguretat del pacient: maximitzar la proporció d'infermeres ben formades a les plantilles hospitalàries, desenvolupar i implantar iniciatives dissenyades per consolidar relacions col·laboradores entre metges i infermeres, i establir i mantenir sistemes de suport clínic a les infermeres per millorar la provisió de cures al pacient.

Com apunta l'editorial de la revista *Quality and Safety in Health Care* (Clarke i Aiken, 2006), la conseqüència directa de la investigació existent és molt simple:

...els hospitals que persegueixen una millora dels resultats en seguretat, haurien de fer prevaler una dotació adequada d'infermeres, una proporció alta d'infermeres ben formades i experimentades, una ràtio infermeres/metges positiva, i interès de la direcció en abordar els problemes d'atenció al pacient que les infermeres identifiquen a la capçalera del llit del pacient.

¹⁹³ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-93.

¹⁹⁴ Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*, 1994; 32(8):771-87.

¹⁹⁵ Koska M. Quality—thy name is nursing care, CEOs say. *Hospitals*, 1989; Feb 5;63(3):32.

¹⁹⁶ Clarke SP, Aiken LH. More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care*. Feb 2006;15(1):2-3 Disponible a: <http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/15/1/2>

¹⁹⁷ Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual. Saf. Health Care*, Feb 2006;15:4-8.

El mateix editorial de la revista sobre qualitat i seguretat en l'atenció a la salut, qüestionava el següent: *si hi ha tanta evidència sobre l'associació entre la infermeria i la seguretat del pacient, per què no té la infermeria més prioritat en les agendes de seguretat nacional?* Sembla que la pràctica i la recerca en seguretat del pacient se centra en la prevenció directa d'errors; però els experts asseguren que es poden aconseguir resultats més ràpids reduint les "condicions latents" (infradotació infermera, fatiga, burnout, formació inadequada, condicions de treball dolentes), ja que predisposen els individus a cometre errors i també dificulten que altres individus els puguin identificar.

Evolució de la professió. Perspectiva del rol autònom

Quan parlàvem de l'evolució en les combinacions de competències (*skill-mix*) dels professionals de la salut (vegeu el capítol "competències exclusives i compartides"), vèiem que, dels diferents tipus de canvis de *skill-mix*, el realçament o ampliació de rols (*enhancement*) té lloc moltes vegades de manera natural i passa desapercebut. Això és especialment cert en metges, però la situació canvia bastant per a les infermeres, ja que el seu entorn tradicional converteix el realçament del seu rol en un desafiament a percepcions del que és pròpiament la responsabilitat d'un metge (McKee 2006). Aquesta situació marca sovint les dificultats –aquí i arreu– per ampliar els rols de la infermera i per desplegar les seves competències, sobretot aquelles emmarcades en el seu rol autònom.

Tot i això, és obvi que la professió infermera ha experimentat canvis profunds al llarg de la seva història, i ha canviat gradualment la manera de contribuir a la millora de la salut del ciutadà. La imatge de la infermera subordinada al metge, i que cuida els altres pel seu paper de dona a la societat, ha anat quedant enrere per assolir una funció professional i autònoma que li permet aportar la seva expertesa en el si dels equips multidisciplinaris. La legislatura actual (els requeriments de titulació universitària, la Llei d'ordenació de les professions sanitàries, la de cohesió i de qualitat del Sistema Nacional de Salut, i l'Estatut de la professió aprovat pel RD 1231/2001), proporciona el reconeixement explícit de la professió, i dóna suport legal a la capacitat d'actuar en determinades ocasions i circumstàncies.

Factors diversos fan que el període actual representi un moment d'especial transformació professional de les infermeres. La integració a l'Espai Europeu d'Educació Superior, l'evidència científica creixent dels beneficis de la prevenció i la promoció de la salut –davant dels perjudicis de moltes intervencions–, la competència infermera en aquests afers i en d'altres, i la evidència científica que avala que la seva aportació professional es tradueix en millores substancials dels resultats de salut i de l'eficiència del sistema, en són alguns dels factors.

Els sistemes de salut del món en general, i dels països desenvolupats en particular, s'estan enfrontant a reptes progressivament complexos, que requereixen solucions innovadores. La tendència dominant posa l'accent en l'enfortiment del rol autònom de la infermera, l'ampliació de tasques i funcions en el marc de les seves competències, l'adequació de les dotacions d'infermeres, dels entorns de treball i del suport a la infermeria. L'autonomia infermera es relaciona amb més implicació a les decisions infermeres i a una contribució més efectiva a l'equip multidisciplinari, la qual cosa millora els costos del sistema i també la satisfacció i la seguretat del pacient (Rafferty, 2007)

La infermera d'avui aspira –i se sent capacitada per fer-ho– a assumir més responsabilitat en la presa de decisions a la feina, per a un exercici més professionalitzat. Així ho constatava l'estudi sociològic de la professió (Rodríguez, 2005), per a una gran majoria d'infermeres de

Barcelona¹⁹⁸. Segons aquest estudi, els aspectes en els quals assumirien més responsabilitats passen per elevar el seu nivell de control sobre l'organització de l'exercici i ampliar l'espai professional en educació sanitària i seguiment personalitzat de les persones ateses. També voldrien tenir un paper més consultor i orientatiu, compatible amb les atencions que presten en l'actualitat. Quant als aspectes científics, consideraven molt important augmentar els esforços per a la seva millora, com a part del sistema d'excel·lència professional dominat per l'ètica.

En general, se senten satisfetes amb la seva professió –el 80% de la mostra tornaria a incorporar-s'hi– i senten que la seva professionalitat està ben valorada pels seus col·legues i els usuaris, però insuficientment valorada per l'organització i la societat. Consideren fonamental augmentar la valoració i el reconeixement social i polític, i millorar la imatge que té l'opinió pública de la professió.

Emmarcat en tot aquest context evolutiu de la professió infermera i del seu entorn –el nou ciutadà, els canvis socials, els nous patrons de morbiditat, les noves necessitats, les noves oportunitats preventives, diagnòstiques i terapèutiques, la complexitat de les cures i dels sistemes, i l'èmfasi necessari de tot allò relacionat amb la promoció de la salut i d'altres activitats intrínseques de la professió infermera–, hi ha un debat obert sobre els límits de les competències exclusives i sobre la millor manera de compartir aquelles competències situades en àrees de confluència d'altres professions.

Sembla ja una obvietat, però potser cal recordar aquí el que els membres del GEOPS han repetit una vegada i una altra: que l'objectiu comú de les diferents professions, el ciutadà, ha de ser el centre de les actuacions professionals, i la manera d'organitzar-les ha de considerar el seu benefici. Hi ha una inèrcia corporativista, difícil –però no impossible– de trencar, que sovint pesa més que altres raons. Temes de debat no resolts, inclouen, entre molts altres:

- * **Lideratge infermer de la gestió clínica dels malalts crònics.** Ja hem tractat d'aquest aspecte en altres apartats¹⁹⁹, ja que és un àrea que atreu especialment per a l'ampliació de rols, a causa de factors diversos. Hi ha molta documentació científica que dona suport a aquesta proposta, i l'opinió generalitzada del GEOPS apunta en aquesta línia; però hi ha massa preguntes a l'aire, que requereixen respostes consensuades i cautes. Normalment, aquests tipus de canvis no es realitzen de manera aïllada, sinó que formen part de programes més amplis per canviar les maneres d'abordar les malalties cròniques. Els nous abordatges emfasitzen la promoció de la salut, l'autocura del pacient, alguns tipus d'intervencions grupals, l'atenció domiciliària, l'educació sanitària, i els sistemes de suport per a les decisions. Aquests models estan mostrant una millora dels resultats de salut i una reducció de les consultes d'emergència en pacients amb malalties cròniques severes.
- * **El triatge infermer en el servei d'urgència.** Cada vegada més, hi ha institucions en què és la infermera la que assumeix l'anomenat "triage", activitat considerada imprescindible per a un funcionament efectiu de les urgències hospitalàries. Però s'ha generat un debat intens entorn de si és aquesta una activitat infermera o si, pel contrari, és tracta d'intrusisme o desviació de l'objectiu professional de la infermera. A banda que en parlar de triatge, ens podem referir a activitats molt diverses –orientar dels passos a seguir i els recursos a utilitzar, sobretot per via telefònica i en l'àmbit comunitari; classificar i distribuir pacients per especialitat mèdica, edat, etc.; prioritzar l'ordre de ser atesos o, fins i tot, fer cribatge i actuar d'element dissuasori, procurant la renúncia de la sol·licitud d'atenció urgent–, i que algunes entren clarament dins de l'àmbit competencial infermer (l'orientació

¹⁹⁸ L'estudi, encarregat pel Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, correspon a la demarcació de Barcelona. Però, probablement, molts dels resultats es poden estendre a la resta de Catalunya.

¹⁹⁹ vegeu l'apartat d'atenció primària d'aquest capítol d'infermeres, i el capítol de competències exclusives i compartides, a més de tota les referències bibliogràfiques.

als usuaris, la classificació i la distribució), el problema sorgeix amb el cribratge i, encara més, amb la dissuasió, ja que comporten la formulació d'hipòtesis de diagnòstic mèdic. Així i tot, si es considera adient, i atès que la infermera pot prendre decisions sobre signes i símptomes, es poden buscar fórmules (protocols, algorismes o arbres de presa de decisió a partir de símptomes i signes) per solucionar els problemes organitzatius-assistencials i ajustar l'activitat a la competència infermera. Però, en qualsevol cas, el que demanen des del col·lectiu professional és que si han d'assumir aquesta responsabilitat, perquè se'ls considera professionals adients per fer-ho, se'ls atorgui la competència professional oportuna i es reguli la seva pràctica quotidiana.²⁰⁰

- * **La prescripció infermera.** Les tendències d'expandir el rol de la infermera inclouen a molts països la capacitat de prescriure un rang limitat de medicaments o de proves mèdiques. A Catalunya, i a l'Estat espanyol, la prescripció infermera en col·laboració, o col·laborativa, és una realitat de la pràctica diària, en un context d'incertesa i manca de concreció sobre si disposa d'autoritat legal i professional per fer-ho. A més, es tracta d'una pràctica que el mateix col·lectiu no considera sempre dins del seu àmbit competencial. L'opinió oficial dels col·legis és que *la prescripció en col·laboració no es pot establir sense el reconeixement de la prescripció autònoma o independent, atès que no es pot concebre l'assumpció d'una responsabilitat per col·laborar en l'exercici de les funcions d'un altre, si no es poden exercir les pròpies*. La posició del Col·legi Oficial²⁰¹ reclama un reconeixement de la capacitat prescriptora pròpia (o autònoma) infermera dins del seu àmbit de competències. És a dir, la capacitat prescriptora pròpia s'ha de dirigir a la resposta de la persona davant d'una situació determinada (un bolquer perquè és incontinent, o un exercici de relaxació perquè no pot dormir), i no al guariment de la malaltia (que això és responsabilitat del metge). En qualsevol cas –i en paraules d'Isabel Pera–, *si bé l'objectiu de la seva professió és el de tenir cura de les persones i no el de formular diagnòstics de patologia mèdica, sí que té autoritat per actuar sobre signes i símptomes (baixar la febre, calmar el dolor...) i per decidir sobre els procediments a dur a terme i seleccionar els productes sanitaris més adients (com i amb què curar una nafra o quina és la bossa d'ostomia més adequada...)*. Per fer això compta amb una àmplia formació en infermeria medicoquirúrgica i en farmacologia, entre d'altres. Després d'una polèmica intensa, la Llei del medicament del 2006 ha impedit la regulació reivindicada, però hi ha veus que no descarten la seva modificació.

L'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut ha publicat recentment un informe (Ettelt et al. 2006)²⁰² sobre la provisió de serveis fora de l'hospital. L'estudi compara vuit països i revisa aspectes diversos, com les llistes d'espera, l'accés a l'especialista, el grau d'integració dels serveis, la lliure elecció del metge generalista o de família, etc. Per tal de proporcionar informació sobre altres perspectives en aquest tema, i sense ànims d'emmirallar-nos en ningú, hem fet un recull dels continguts relacionats amb les infermeres i l'exposem a la taula següent:

²⁰⁰ Pera I. El triatge en el servei d'urgència. Infermeria Barcelona, núm 26. gener-març 2001. Disponible a: www.coib.org

²⁰¹ Cuxart N. La prescripció infermera: una situació indispensable para la mejora del sistema de salud. La propuesta desde Barcelona. Dins: Jornada "La prescripció farmacològica infermera: anàlisi de la situació y futuro". Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Donostia, juny 2006. Disponible a: www.coib.org

²⁰² Ettelt S et al. Health Care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2006

País	Serveis proporcionats per infermeres
Austràlia	<p>El rol de la infermera s'està expandint. Per exemple, per a la prescripció d'un rang limitat de medicaments o de proves mèdiques, provisió d'immunitzacions, controls de la salut reproductiva, i assessorament en salut. Però <i>Medicare</i> no reemborsa les consultes d'infermeria.</p> <p>La contracepció i la salut sexual i reproductiva és proveïda per metges i per infermeres, en situacions generals. Els especialistes porten els casos complexos.</p>
Dinamarca	<p>Els municipis estan incrementant la contractació d'infermeres –i d'altres professionals de la salut, com fisioterapeutes i dietistes– per proveir un rang de serveis d'atenció primària de salut. Últimament, formen part de centres de salut de nova creació, dedicats a la prevenció, rehabilitació i l'atenció municipal, a l'àmbit municipal.</p>
Anglaterra	<p>Moltes infermeres (<i>nurse practitioners</i> amb una formació especial, independència en el treball, i regulació sota protocol explícit) atenen pacients amb problemes menors de salut.</p> <p>El 1998 es va establir la prescripció infermera per a limitades situacions. A partir de 2006 s'amplia, i inclou la prescripció de qualsevol medicament en qualsevol situació, excepte els medicaments controlats.</p> <p>Són infermeres (anomenades <i>community matrons</i>) les que lideren habitualment els nous <i>walk-in centres</i>. La finalitat d'aquests és donar suport a pacients amb malalties cròniques complexes, i s'estan introduint gradualment (es pretén arribar als 3.000 a l'any 2008).</p>
Finlàndia	<p>El rol de la infermera és essencial en la provisió de salut, i va molt enllà de l'assistència al metge.</p> <p>Algunes dirigeixen policlíniques per a infeccions respiratòries lleus, ofereixen hores de consulta per a injeccions, presa de pressió arterial, es responsabilitzen de programes de promoció, ofereixen consultes de planificació familiar i de salut escolar, etc.</p> <p>De la salut maternoinfantil normalment se n'ocupen infermeres especialitzades.</p> <p>En l'actualitat s'estan discutint altres iniciatives noves, que inclouen els drets limitats de prescriure medicaments.</p>
França	<p>A França, no es promou la "utilització" d'infermeres i d'altres professionals de la salut, a causa del paper dominant de la professió mèdica.</p>
Països Baixos	<p>Les infermeres han esdevingut proveïdors importants d'atenció primària des de 1970, principalment com a part dels serveis de salut pública municipal. Cobreixen, entre d'altres, malalties infeccioses, salut sexual, programes de salut per a infants i adolescents, i també alguns aspectes</p>

País	Serveis proporcionats per infermeres
	<p>de promoció de la salut.</p> <p>Treballen d'acord amb un protocol que les faculta per realitzar exàmens físics i de laboratori, diagnòstics i tractaments; normalment sota la supervisió d'un metge.</p>
Nova Zelanda	<p>Les infermeres es poden qualificar com <i>nurse practitioners</i> amb capacitat per prescriure medicaments, dins de determinats límits i en el context dels equips d'atenció primària de salut. L'àmbit d'actuació de la <i>nurse practitioner</i> està definit sota la <i>Health Practitioner Competence Act 2003</i>, la qual es va fer efectiva el setembre de 2004.</p> <p>Les <i>nurse practitioners</i> treballen dins d'un marc d'infermeria, lideren centres comunitaris i ofereixen atenció primària de salut, de manera independent²⁰³. També proporcionen atenció especialitzada a joves, assistència mòbil, atenció a persones d'àrees aïllades i serveis de salut mental²⁰⁴.</p>
Suècia	<p>Les "infermeres de barri" o "infermeres comunitàries" (<i>district nurses</i>) tenen un paper crucial en el sistema de salut de Suècia. Molt sovint valoren els pacients abans de derivar-los al metge de família o a l'hospital. També atenen la gent gran i fan visites domiciliàries regulars. Juntament amb metges de família i llevadores, són els principals proveïdors dels serveis de planificació familiar. Poden prescriure un rang limitat de medicaments; les llevadores prescriuen contraceptius, per exemple.</p> <p>Les infermeres proporcionen assessorament i tractament, normalment sota la supervisió del metge, i estan cada cop més involucrades en models de cures controlades per a pacients amb problemes de salut crònics i complexos.</p> <p>Hi ha centres clínics liderats per infermeres, on s'atenen pacients amb problemes de salut de llarga durada, com ara diabetis, mpoc i trastorns neurològics.</p>

Taula d'elaboració pròpia. Font d'informació: Ettelt S et al. 2006

Adquisició, manteniment i avaluació de la competència professional

Les organitzacions europees (OMS, PCN, UE) consideren l'educació de les infermeres el punt clau del desenvolupament del major capital humà amb què compten els serveis de salut de tots els països i la major riquesa amb què compten els sistemes de salut. D'aquí, que l'educació de

²⁰³ Cumming J, et al. Evaluation of the implementation and intermediate outcomes of the primary health care strategy. Victoria: University of Wellington, Health Services Research Centre. 2005.

²⁰⁴ Ministry of Health. Evolving models of primary health care nursing practice. Wellington, 2005

les infermeres constitueixi la pedra angular en la qual se suporta el desenvolupament dels recursos humans per a la salut i, en conseqüència, els serveis de salut. En aquest sentit, l'OMS reafirma que la millora de la qualitat de l'educació d'infermeria i el seu desenvolupament dins de l'àmbit universitari és una de les millors inversions que pot fer un país, per obtenir els resultats que s'esperen de l'atenció en salut. (RM Blasco Santamaría et al., 2004).

Moltes de les necessitats formatives emergents de les infermeres són coincidents amb les dels metges (vegeu el capítol corresponent), com ara la comunicació, els aspectes bioètics, les cures pal·liatives, l'educació interprofessional per millorar el treball en equip multidisciplinari, o l'ús adequat de l'anomenada medicina basada en l'evidència. Cal incidir en la importància d'aquests aspectes (i buscar estratègies en conseqüència) i també en la d'altres com ara la reflexió crítica, la presa de decisions i la capacitat d'actuar de forma competent i autònoma –i també en el si d'un equip multidisciplinari– i d'afrontar situacions noves.

La planificació per part de l'Administració en la formació de postgrau, continuada i especialitzada, es percep insuficient.

- ⇒ La Formació Continuada –reconeguda com un dret i un deure per la LOPS– es considera molt important per a l'adequació als canvis de l'entorn, del sistema i de la professió. En canvi, són escasses les dotacions pressupostàries, per part d'institucions i d'organitzacions, que permetin actualitzar els coneixements i les habilitats en noves tecnologies i en noves estratègies d'abordatge de la salut i que afavoreixin el desenvolupament professional individual.
- ⇒ La Formació superior de les infermeres i el desenvolupament de les especialitats, màsters i doctorats redundarà en benefici del pacient, en la millora del sistema i en la satisfacció i motivació professional. Quant a la formació superior, els països de la UE15 mostren una clara tendència cap a la formació de la infermera generalista a nivell de llicenciatura o en procés cap a llicenciatura o grau.
- ⇒ Pel que fa a les especialitats, actualment només hi ha dues desenvolupades: la de Salut Mental (SM) i la d'Infermeria Obstetricoginecològica (Llevadores). Cal esmentar que la possessió del títol d'infermera especialista de SM (al contrari del que succeeix amb el de llevadores) no es considera un requisit, sinó un mèrit; i que a Catalunya encara no s'han aprovat normes per al reconeixement de la categoria laboral d'infermera especialista en SM. D'altra banda, la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, recentment elaborada pel Ministeri de Sanitat i Consum, remarca la necessitat d'implementar el desenvolupament de la infermeria especialitzada en salut mental.

Les polítiques de recursos humans no s'orienten de manera suficient i específica al treball infermer, a assegurar la captació i a l'assignació de responsabilitats de les infermeres júnior o sènior. S'haurien de jerarquitzar les competències i avaluar-les adequadament en els diferents processos selectius, tant en etapes formatives com laborals. L'avaluació ha d'incloure les actituds (vegeu capítol de metges), component molt important de la competència professional. El sistema de promoció està afavorint una selecció de formació que no és la més adequada en moltes ocasions. S'haurien d'establir sistemes per avaluar les competències amb finalitats no de caràcter punitiu sinó de millora professional adequada a les necessitats de cada professional. Per a un bon aprofitament d'aquesta oportunitat, les avaluacions haurien de ser seqüencials i aportar informació de la millora assolida.

La necessitat progressiva d'optimitzar l'ús dels recursos socials, fa que cada cop més s'hagin d'analitzar, avaluar i justificar les despeses del sistema. Com a conseqüència, cada cop és més necessària la recerca que avaluï els costos i els resultats. En el camp de la infermeria, s'han fet

nombroses investigacions que demostren el seu valor cost-efectiu; però la majoria s'han dut a terme als Estats Units, Regne Unit, Austràlia, Canadà i països nòrdics. Cal fer un esforç per a la recerca, sobretot en dos aspectes:

- Avaluar l'eficiència de les innovacions organitzatives per proporcionar atenció infermera en els diversos sistemes de cures.
- Demostrar empíricament la bona relació cost/efectivitat de les intervencions infermeres²⁰⁵.

Per poder obtenir dades amb valor científic, cal una definició de les intervencions infermeres i dels resultats esperats, que recullin explícitament –en la mesura del possible– la perspectiva infermera. Tant en el seu interès pel pacient –des d'una visió integral–, com en les activitats clíniques, dirigides a ajudar el pacient a respondre a la malaltia i potenciar la seva salut. Per disposar de la informació sobre les seves intervencions i els resultats obtinguts, cal adequar els sistemes d'informació i les dades a introduir i analitzar²⁰⁶.

Probablement, queda molt a fer en aquests aspectes, però cal reconèixer els esforços que s'estan duent a terme per contribuir al seu avenç. El projecte COM-VA²⁰⁷ –actualment en fase de validació– va en aquesta línia. Es tracta d'un instrument de suport, per a la definició i avaluació de les competències assistencials i de gestió de les infermeres en l'àmbit hospitalari. Representa un pas endavant en la concreció dels àmbits de competència perquè articula dos elements fonamentals, la responsabilitat professional i l'expertesa clínica, l'adquisició de la qual no és directament proporcional als anys d'experiència. L'expertesa es vincula a característiques individuals, com la capacitat de relacionar-se i compartir coneixements, de fer-se preguntes i generar hipòtesis, de realitzar tècniques manuals, de raonar i integrar els coneixements teòrics amb les situacions reals de la pràctica clínica, de tenir sensibilitat i respecte cap als altres, i de tenir un cert grau de tolerància a l'estrès. Des d'aquesta perspectiva, la competència professional té un impacte directe sobre els resultats clínics dels pacients.

²⁰⁵ Buerhaus P. Nursing, competition and quality. *Nursing economics*, 1992; 10(1):21-29

²⁰⁶ Per integrar la pràctica infermera en els sistemes d'informació s'ha d'incloure la taxonomia diagnòstica NANDA, la classificació d'intervencions NIC i la de resultats NOC

²⁰⁷ Juvé ME, Huguet M, Carbonell MD, Matut C, Farrero S. Instrument COM-VA. Projecte de definició i avaluació de les competències assistencials de la infermera en l'àmbit hospitalari. Institut Català de la Salut.

3.5.c- Propostes d'acció

- ⇒ **Adequar les dotacions d'infermeres a les necessitats reals** i tenir en compte la capacitat d'aquests professionals i la rellevància de la seva feina –la que fan i la que podrien fer–, en els processos hospitalaris.
 - * Establir el nombre adequat de pacients per infermera a l'atenció primària, considerant les tasques i funcions que desenvolupen i aquelles que –malgrat tenir la competència necessària– no poden desenvolupar.
 - * Establir les dotacions d'infermeres a les unitats d'hospitalització, seguint les recomanacions generals del Consell Internacional d'Infermeria i considerant les propostes de mínims elaborades pel Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya (L. Ferrús, 2007).
 - * Caldrà disposar de registres de qualitat en línia per a l'adequació de la dotació de personal d'infermeria a les càrregues de treball de manera permanent.
 - * Reduir el nombre de pacients hospitalaris per infermera i proporcionar-li el suport necessari (organitzatiu, humà, tecnologies de la informació i comunicació, espais, etc.)

- ⇒ **Facilitar i potenciar que la infermera contribueixi, de manera destacada, a la promoció de la salut** dels pacients –tant a l'atenció primària, sociosanitària i de salut mental, com a l'atenció hospitalària–, que ha d'incloure aspectes intrínsecs de l'activitat infermera, com ara:
 - * Promocionar l'autocura dels pacients.
 - * Educar per a la salut individus i grups.
 - * Fomentar la participació i la implicació del ciutadà.

- ⇒ **Facilitar que la infermera desenvolupi les funcions de promoció de la salut** i proporcionar-li els recursos necessaris, tant a l'atenció primària, sociosanitària i de salut mental, com a l'atenció hospitalària.
 - * Reconeixement de la prioritat d'aquesta tasca en la millora de la salut i en l'eficiència del sistema.
 - * Adequar la disponibilitat del temps de la infermera, i d'altres recursos (materials, humans, organitzatius, tecnològics, etc.), a les necessitats que aquesta activitat pugui implicar.
 - * Donar-li el suport necessari en cada situació, per part de Salut Pública (campanyes informatives i mediàtiques, mitjançant suports diversos i diferents tècniques, incloent el màrqueting social).

- ⇒ **Enfortir la presència d'infermeres en el sistema** i potenciar el seu sentit de pertinença
 - * Facilitar i fomentar la seva participació en la presa de decisions sobre canvis estructurals o organitzatius, i en l'organització de processos assistencials.
 - * Fomentar que les infermeres liderin la gestió de les cures.

⇒ **Implantar mesures que promoguin l'elecció de la professió infermera i fomentin la permanència de les infermeres en el sistema.** Per tal d'assolir aquests objectius, s'hauran de dirigir els esforços a fer atractiva la professió i a evitar abandonaments de la professió, dels centres i del país.

- * Fer més visible la professió infermera.
- * Prestigiar la professió: Reconèixer la seva destacada contribució professional al benestar i a la millora de la qualitat de vida, i a reduir les taxes d'hipermedicació i, en conseqüència, la despesa farmacèutica.
- * Afavorir l'increment de reconeixement, tant per part d'altres professionals com pels ciutadans. Utilitzar canals i recursos comunicatius diversos, fent èmfasi en tècniques de màrqueting social i mitjans de comunicació de masses (televisió, Internet).
- * Possibilitar i potenciar el desplegament de les competències infermeres a tots els àmbits, en especial als hospitals.
- * Reduir la sobrecàrrega laboral donada per la pressió assistencial –sobretot a l'àmbit hospitalari–, i afavorir una atenció infermera d'excel·lència, dotant les plantilles del nombre necessari d'infermeres i de personal auxiliar.
- * Cuidar la motivació professional des de tots els punts de vista (reconeixement professional i retributiu, implicació, participació, formació, estabilitat)
- * Millorar i adequar la carrera professional i el desenvolupament professional continu, i estimular l'avenç personal i professional. Reconèixer i incentivar els bons resultats, avaluant-los sistemàticament i avaluant també la contribució dels membres dels equips de cures infermeres.
- * Millorar les condicions contractuals –sobretot pel que fa a l'estabilitat–, i reduir al màxim les taxes d'interinitat i els contractes precaris per mesos, per dies, i per hores.
- * Oferir condicions laborals que permetin millorar la conciliació entre la vida laboral i la familiar i personal.

⇒ **Redefinir els rols i reordenar les tasques**, per tal d'adaptar competències i funcions als canvis de futur i perquè el sistema de salut sigui sostenible.

- * En el cas de considerar possibles canvis en les competències infermeres (ampliacions de rol, delegacions de tasques, substitució de tasques, etc.):
 - consensuar-los entre els diferents col·lectius professionals implicats i minimitzar qualsevol impacte advers en aquells més afectats, amb polítiques de recursos humans adequades i eficaces.
 - dur a terme les accions que proporcionin el suport necessari als canvis, considerant tots els aspectes que poden influir en la consecució de l'èxit: aspectes legislatius (eliminar les barreres que dificultin els canvis i crear la legislació nova necessària), formació (adaptada i adaptable als canvis), i incentius (econòmics i professionals)
 - preveure els canvis a introduir des del seu context més ampli, de tal manera que s'eliminin activitats obsoletes i es reorganitzi la capacitat alliberada.

- * Flexibilitzar les estructures per facilitar l'adaptació de les organitzacions a les noves necessitats del ciutadà i del sistema, i al desplegament dels rols adquirits i no desenvolupats, a més dels canvis o ampliacions de rols que es considerin necessaris.
 - * Millorar l'organització dels sistemes de suport, reorientant la seva activitat per tenir una major orientació al client (intern i extern) –administració, admissió, informàtica, farmàcia, magatzem, laboratoris, etc.– i assegurar que les infermeres puguin centrar la seva atenció en els malalts i les famílies.
- ⇒ **Fomentar el treball en equip a tots els àmbits**, entre infermeres i entre els diferents professionals dels equips interdisciplinaris, com els equips d'atenció primària, les unitats i els serveis hospitalaris.
- * Fomentar el coneixement i reconeixement de l'aportació de cada un dels professionals.
 - * Crear espais que afavoreixin la comunicació interprofessional.
 - * Proporcionar espai i temps a les infermeres per intercanviar experiències i facilitar el treball en equip.
 - * Desenvolupar la gestió per processos i pactar objectius comuns entre professionals d'un mateix entorn (equip, unitat, servei, direcció clínica, etc.) o entre nivells assistencials, en els casos que escaigui.
- ⇒ **Donar suport a l'autonomia de la infermera** i facilitar un comandament participatiu, consultiu i democràtic.
- * Impulsar la participació activa –tant de les direccions d'infermeria com de les infermeres– en la presa de decisions sobre canvis estructurals i/o organitzatius.
 - * Donar suport a l'autonomia de les infermeres envers el desenvolupament del seu rol.
 - * Potenciar l'accessibilitat de la població a les consultes d'infermeria.
 - * Facilitar la resolució i l'efectivitat del treball d'infermeria.
 - * Fomentar la comunicació i el diàleg entre els professionals mateixos, els equips de treball, els comandaments intermedis, direcció, etc., i establir canals de comunicació transversals i verticals que assegurin la transmissió d'informació de manera veraç i transparent.
- ⇒ **Aprofitar capacitats competencials de la infermera per millorar la continuïtat assistencial**. Introduir i fomentar rols específics en l'equip, sempre amb el consens i suport necessaris. Alguns poden ser:
- * La infermera com a “gestora de casos”
 - * La “infermera d'enllaç” –entre l'atenció hospitalària i la primària–, per a processos determinats.

3.6- Llevadores

La llevadora, ara i aquí, és una infermera amb l'especialitat d'infermeria obstetricoginecològica. Però ni sempre ha estat així al nostre país, ni és així avui dia a molts països del nostre entorn. La professió de llevadora té una llarga tradició –al nostre país i a d'altres– com a carrera independent i, actualment, és una carrera d'accés directe a molts països.

Tenint en compte la situació esmentada, i que aquest és un estudi de tendències, hem considerat oportú dedicar un espai específic a les llevadores, i així reflectir aquesta tendència. Cal remarcar, en canvi, que en aquest apartat només detallarem algun aspecte molt particular de les llevadores, ja que amb el capítol d'infermeres (tractat amb més profunditat) ens referim a totes les infermeres actuals, llevadores incloses.

L'origen de la pràctica de la llevadora es remunta a les societats primitives, com a resposta a la necessitat de la dona de sentir suport durant els processos reproductius. Els gravats neolítics ja mostren aquestes intervencions. Consistien en acompanyar i proporcionar ajuda, contacte, i protecció –de caràcter màgic i religiós– a la dona en el trànsit del prepart, part i puerperi; a més de rebre, protegir i cuidar el nounat. L'estreta relació amb el moment *inexplicable* del naixement, i els suposats poders sobrenaturals o divins, li atorguen un lloc important en la comunitat, i l'associen a la saviesa, a la màgia i a la beneficència, igual que als mags, als bruixots i als profetes.

A les civilitzacions antigues, es va desenvolupar el coneixement mèdic, però la religió i la màgia tenien encara un paper molt important en la salut. Les llevadores eren considerades sacerdotesses sanadores inspirades per divinitats com la Deessa Inanna –que representava l'amor, la salut i el naixement– a Mesopotàmia, o Artemisa a la Grècia antiga. A Mesopotàmia, la llevadora era la metgessa de les dones, i la seva pràctica incloïa l'anomenada actualment *salut sexual i reproductiva*, i el maneig de la fitoteràpia, l'homeopatia i la farmacologia. A Grècia utilitzaven el poder del cant i dels massatges i eren també coneixedores de preparacions i ungüents amb finalitats farmacològiques.

L'expertesa tècnica de la llevadora, i la seva dissociació de la religió, ha evolucionat mentre ho feia la medicina. La llevadora hebrea va destacar en les tècniques obstètriques i solucionava situacions complicades. Amb l'inici de l'obstetrícia científica a Roma, es defineix la llevadora com *dona coneixedora de totes les causes de les senyores i també experta en medicina*. En el segle VIII es formaven en la gran escola de Salern, la qual va determinar la medicina europea fins al renaixement.

La caiguda de l'imperi romà, i el retrocés associat de la ciència, va comportar canvis molt significatius en la consideració de la dona (un ésser inferior i sense drets) i de la procreació (la seva condició sublim no era compatible amb el plaer carnal). La vulnerabilitat i l'angoixa que vivien les dones, van fer del part un espai de trobades exclusivament femenines, en què s'intercanviaven confidències al voltant de la llevadora. Aquesta va ser acusada de subversió a la moral cristiana, d'alleujar el dolor (que era un mandat diví) i de solidaritzar-se amb dones pecadores; i, durant l'obscurantisme, les llevadores van ser perseguides, torturades i mortes. També van patir persecucions –acusades de bruixes– quan es va definir la medicina com ciència i professió reservada als homes i, per tant, les llevadores eren il·legals i prohibides.

Després d'altres avenços i retrocessos en la professió, la primera referència al títol legal de llevadora correspon a la Llei d'Instrucció Pública de l'any 1857. Més tard, el Reial Decret de 16 de novembre de 1888 aprova el reglament per a les carreres de Practicants i Llevadores, i la Reial Ordre de 7 de maig de 1915, estableix que els títols d'infermera, de practicant i de llevadora, s'obtindran mitjançant un tribunal constituït en la Facultat de medicina. Les tres professions cursen els estudis com a carrera independent fins que a l'any 1953 s'unifiquen en

la nova titulació d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS). El 1957 es regula el títol d'assistència obstètrica o llevadora com a especialitat d'ATS.

El 1970, amb la Llei General d'Educació, els estudis d'ATS s'integren en la Universitat; i el 1977 es transformen les escoles d'ATS en Escoles Universitàries d'Infermeria, pel Reial Decret 2128/77, de 23 de juliol. L'Ordre del 9 d'octubre de 1980 autoritza als Diplomats d'Infermeria realitzar les especialitats existents pels ATS.

Amb la incorporació a l'Europa comunitària, el 1986, l'Estat espanyol adquireix el compromís d'adequar la formació de les llevadores a les directrius europees existents (CEE 80/154 80/155). El Reial Decret del 3 de juliol de 1987 regula l'obtenció del títol d'infermeria especialista, i es crea l'especialitat d'Infermeria Obstetricoginecològica (Llevadora).

A partir d'aquesta data es deroga l'anterior pla d'estudis de llevadora, iniciant-se un llarg període sense promocions de llevadores; i no és fins el 1992 que –amb l'Ordre 12549 de l'1 de juny– s'aprova amb caràcter provisional el programa de formació i els requisits mínims de les Unitats Docents, i també es regula el sistema d'accés per a l'obtenció del títol d'Infermera especialista en Infermeria Obstetricoginecològica (Llevadora).

Les llevadores, com les infermeres, han viscut múltiples transformacions en la seva professió, la qual ha evolucionat en funció del context històric i sociocultural, a més del mèdic. Diversos factors de la realitat actual –la integració a l'espai europeu d'educació superior, la voluntat de promoure el part natural quan no es presenten riscos, el reconeixement de la llevadora com a factor clau en aquest procés– fan que la professió es trobi en un moment de canvis profunds.

3.6.a- Situació actual

Els col·legis oficials d'infermeria tenen registrades, al mes de juny de 2007²⁰⁸, 963 llevadores exercents a tota Catalunya. Aquesta xifra pot presentar un cert biaix, corresponent a les llevadores que no especifiquen la seva especialitat en col·legiar-se; però probablement no sigui molt significatiu, ja que –malgrat no és, de moment, obligatori– els col·legis d'infermeres i els col·lectius de llevadores insisteixen cada cop més en registrar aquesta dada. Tampoc es té constància de la taxa d'ocupació, però es considera que l'atur és pràcticament nul. A diferència del que succeeix amb la resta d'infermeres, els índex de contractació temporal i eventual són molt baixos i, en molts emplaçaments, arriben a ser nuls.

Es tracta d'un col·lectiu pràcticament femení en la seva totalitat –solament l'1,2% són homes, i quasi tots estan a Barcelona–, i amb un envelliment progressiu. L'edat mitjana actual²⁰⁹ s'acosta als 50 anys –Barcelona és la província més envellida (49) i Lleida la més jove (44,4)–, i la franja d'edat entre els 46 i els 60 anys representa el 63,38% del total de llevadores, que són més grans de 40 anys en el 82%.

Un dels factors que més contribueixen a determinar la composició actual del col·lectiu –escassetat de professionals i edat mitjana força alta–, ha estat el buit provocat per la inexistència d'escoles de llevadores durant 10 anys, entre el 1986 i el 1996, a causa de la lenta i necessària adaptació als canvis legislatius.

²⁰⁸ Els quatre col·legis oficials d'infermeria del territori de Catalunya ens han facilitat les dades, les quals han estat prèviament actualitzades de manera expressa per aquest estudi.

²⁰⁹ Només ens ha pogut facilitar la mitjana d'edats el col·legi de Lleida, que representa la porció més petita dels quatre col·legis de Catalunya, pel que fa a nombres de llevadores (el 5,3% del total a Catalunya). Les altres mitjanes que esmentem són aproximades i les hem calculat sobre la base de les dades que ens han proporcionat els col·legis (distribució etària quinquennal)

La dotació actual de llevadores als nostres hospitals es considera insuficient. A tall d'exemple, els hospitals del Regne Unit on atenen 5.000 parts a l'any disposen de entre 10 i 12 llevadores; i a Catalunya els hospitals de 4.000 parts/any en disposen de 3 o 4 solament. Malgrat no són xifres comparables, ja que al Regne Unit la llevadora lidera el part normal, els parts per llevadora a cada país presenten una diferència abismal (2,5 vegades). En termes de ràtios d'habitants per llevadora, la proporció és similar (2,3 vegades). Si es volguessin augmentar les dotacions, les dificultats serien importants, ja que no hi ha bossa d'atur de llevadores, i moltes practiquen la pluriocupació.

Per tal d'augmentar el nombre de llevadores a Catalunya, s'estan prenent mesures com l'increment de places de formació especialitzada LLIR, que han passat de les 50 places ofertades a les convocatòries dels cursos 2003-04 i 2004-05, a les 56 del 2005-06, amb un salt força significatiu a la convocatòria 2006-07, amb la qual s'han ofertat 71 places.

Tot i així, el recanvi generacional és lent. A part de les jubilacions, s'ha de tenir en compte que moltes de les places LLIR (quasi el 40%) les ocupen estudiants procedents d'altres comunitats; i que la majoria d'aquests se'n tornen al seu lloc d'origen, un cop han obtingut la titulació. A més, la pressió assistencial hospitalària en augment, i el poc desplegament de les competències pròpies en aquest àmbit, estan condicionant de manera negativa la satisfacció professional de les llevadores i, en conseqüència, la seva permanència en els centres hospitalaris.

Dins del col·lectiu es percep una necessitat imperiosa d'impulsar estratègies que millorin les condicions professionals i laborals, que facin més atractiva la professió i que puguin, en definitiva, pal·liar la manca de llevadores.

Pel que fa a la professió, cal esmentar que en aquests moments, coincidint amb la integració a l'espai europeu d'educació superior, hi ha un grup expert que –per encàrrec de la Federació de Asociaciones de Matronas de España (FAME) i de la Asociación Española de Matronas (AEM)²¹⁰– està elaborant “El Llibre Blanc de la Profesió Llevadora”.

Entre altres aspectes, el grup està treballant amb la possibilitat d'orientar la formació de la llevadora cap a una carrera d'accés directe, com a la majoria de països europeus²¹¹. Es tractaria d'una titulació de grau, amb uns estudis de quatre anys de duració (ara en són tres d'infermeria més dos d'especialitat). Aquest escurçament podria també pal·liar l'envelliment del col·lectiu.

²¹⁰ La FAME i l'AEM representen aproximadament el 90% de les llevadores de l'Estat espanyol, i l'Associació Catalana de Llevadores també hi està representada.

²¹¹ Dels 15 països de la Unió Europea UE-15, només a Suècia, Luxemburg, Portugal i Espanya, és una especialitat d'infermeria, i a Portugal també estant estudiant l'accés directe. A la resta (França, Alemanya, Holanda, Dinamarca, Gràcia, Regne Unit, Bèlgica, Àustria, Itàlia, Finlàndia i Irlanda) és actualment d'accés directe, o es pot optar entre l'accés directe i l'especialització postinfermeria (Regne Unit) o entre l'accés directe i l'accés després d'un primer any d'infermeria (França).

3.6.b- Anàlisi de tendències

* **Les tendències poblacionals, i dels principals indicadors de salut maternoinfantil**, que cal destacar pel seu impacte en la pràctica assistencial de la llevadora, són les següents.

- En les darreres dècades, s'ha produït una millora substancial en la mortalitat perinatal –considerat com el millor indicador dels riscos prenatals, perinatals i postnatals immediats–, passant d'una taxa de 21 morts per mil nascuts l'any 1975 a una taxa de 7,9 a l'any 1993, i arribant als 4,7 l'any 2002.
- La mortalitat materna es manté per sota dels 10 casos per cada 100.000 nascuts vius.
- S'observa un repunt de la natalitat, passant d'una taxa de 9,1 naixements per mil habitants l'any 1993 als 10,7 per mil habitants de l'any 2002.
- La davallada dels índex de mortalitat reflecteix una salut reproductiva força bona, però té com a contrapartida l'augment de supervivència de nadons de risc. Es constata un increment persistent en els últims anys del baix pes al néixer i la prematuritat, passant del 5,8% d'ambdós indicadors a l'any 1993 al 7,5% de prematuritat i el 7,7% de baix pes l'any 2003. Els casos extrems (pesos inferiors a 1.500 g) van representar el 0,40% el 1993 i van arribar al 0,75% l'any 2001.
- Les dones immigrades solen ser joves i saludables, però algunes diferències culturals influeixen de manera especial en el procés de l'embaràs, part i puerperi, i en la relació entre elles i els professionals implicats i també amb el sistema. Per tal de respectar aquesta realitat i ajudar les dones immigrades a viure el procés de la manera més positiva possible i a adaptar-se a la nostra organització sanitària, cal establir una comunicació transcultural eficaç. Cal invertir temps, recursos i flexibilitat per millorar el coneixement dels seus tabús, de les seves pors i dels seus costums; per adequar els procediments i evitar intervencions conflictives quan siguin prescindibles –rasurat del pubis, ènemes–; per explicar molt bé tots els processos necessaris que poden ferir les seves idees i creences; i per adaptar els consells relatius a la higiene i la cura personal, tant com sigui possible, als costums de cada cultura.

* **L'evolució del paper actiu del pacient en la presa de decisions** (àmpliament comentada a d'altres capítols) i l'alt grau de reconeixement explícit, **no es corresponen amb l'evolució de l'atenció a la dona en els processos de l'embaràs, part i puerperi.**

A tota mena de declaracions, textos legislatius i, fins i tot, protocols, s'insisteix en el dret i la rellevància de la participació activa del pacient en la presa de decisions; però la participació real de la dona en les decisions relacionades amb el desenvolupament de l'embaràs, del part i del puerperi, no ha avançat gaire en les últimes dècades i, fins i tot, ha retrocedit en alguns aspectes.

Al protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó²¹², elaborat pel Departament de Salut l'any 2003, es deia, per exemple: *el part és una vivència única en la vida de la dona/parella, per això es recomana que en els hospitals maternals estigui prevista l'atenció en el part en condicions assistencials, posturals o ambientals que siguin respectuoses amb el procés fisiològic del part i els desitjos de la dona...*

²¹² Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.

...I els desigs de les dones apunten cap a un part més humanitzat i, cada vegada més, cap a un part natural, no medicalitzat i amb la mínima intervenció obstètrica.

En canvi, les rutines hospitalàries actuals són molt poc afavoridores de l'atenció humanitzada al part, i rarament permeten a les dones expressar el què volen i triar la manera de donar a llum als seus fills.

L'analgèsia i l'anestèsia no sempre s'utilitza per necessitat o desig, ni s'informa de manera suficient d'altres alternatives. Els hospitals han aplicat altres mesures de manera rutinària, els beneficis de les quals no s'han pogut demostrar científicament. L'aïllament de la parella, l'episiotomia sistemàtica, el rasurat vulvar, l'ènema de rutina i la utilització d'oxitocina, en són alguns exemples molt habituals. La rigidesa estructural i organitzativa no facilita la promoció de canvis, basats en l'evidència científica, en les rutines hospitalàries.

El fenomen de la medicalització i l'intervencionisme excessiu del part hospitalari, no és exclusiu del nostre país, sinó que la majoria de països desenvolupats també han presentat aquesta tendència.

No hem d'oblidar que les millores notòries dels resultats en salut i de la mortalitat, tant materna com perinatal, ha estat gràcies als hospitals i a la intervenció obstètrica experta, i sobre la base del progrés científicotecnològic. Però a vegades s'ha abusat de l'intervencionisme en situacions que no ho requerien i s'han sistematitzat procediments no avalats per l'evidència científica.

- * **La pressió de la demanda social, juntament a l'evidència científica** –que dona suport a l'atenció menys intervencionista i a la promoció del part natural en situacions que no presenten risc–, **està canviant la tendència a molts països.**
 - ⇒ Països com Canadà, Regne Unit, Alemanya, Holanda, Suècia, i altres països nòrdics, dirigeixen esforços cap a la humanització i la desmedicalització del part, la qual cosa comporta un paper destacat i decisiu de la llevadora, a més d'adequar els espais i altres recursos i, per descomptat, consultar, escoltar i respectar les preocupacions i els desitjos de la dona, sempre que no es posi en perill la seguretat del nen o de la mare. La morbimortalitat perinatal d'aquests països és, precisament, de les millors del món; per la qual cosa les taxes de mortalitat no justifiquen la medicalització.
 - ⇒ El National Health Service del Regne Unit va més enllà i –segons el nou pla de perinatalitat que està preparant el govern–, a partir del 2009, **les futures mares podran triar el lloc per donar a llum** –hospital, casa de parts, o el propi domicili– **i podran ser ateses per la mateixa llevadora** que ha portat tot l'embaràs i amb la qual han establert un clima de confiança. El que ara preocupa és el nombre de llevadores que es necessitaran per dur a terme el pla, ja que consideren que el nombre actual –ara en són 19.000– serà molt insuficient.
 - ⇒ **La continuïtat de la llevadora en l'atenció de l'embaràs, el part i el puerperi**, proposada al Regne Unit, ja funciona des de fa anys a altres països com Alemanya i Holanda i altres països nòrdics. Com ja hem remarcat a d'altres capítols, cal invertir esforços per procurar la continuïtat assistencial en qualsevol procés, però podríem dir que es fa especialment rellevant en l'embaràs, part i puerperi, pel component emotiu associat, entre altres raons. Les experiències en què la llevadora porta tot el procés, en la seva integritat, estan mostrant molts bons resultats en la salut –s'eviten, per exemple, processos de depressió postpart– i en la satisfacció de la mare, a més d'augmentar la satisfacció professional de la llevadora.

* **A Catalunya, cada vegada hi ha més consens entre els diferents professionals** implicats en el procés del part –metges obstetres, llevadores, pediatres, etc.– en què el part normal **s’ha de veure com un procés fisiològic humà** que té un **fort component emocional** per a la dona, la seva parella i la família. Aquesta filosofia va acompanyada de l’acord –implícit o explícit– de que l’actuació sanitària en el part (i embaràs i puerperi) ha de proporcionar una atenció i un entorn ambiental centrats en el benestar de la dona, ha d’afavorir el seu protagonisme en la presa de decisions informada, i ha de procurar que la dona, la parella i els familiars se sentin acompanyats, respectats i protegits durant tot el procés.

* **Les competències de la llevadora, i el seu rol autònom, la capaciten per liderar i facilitar el procés de desmedicalització i humanització del part normal;** ja que les seves competències inclouen, d’una banda, l’atenció integral al part normal, sense riscos –incloent la detecció de complicacions en la mare i el nadó, execució de mesures d’emergència i derivació a altres professionals–; i de l’altra, l’assessorament i l’educació per a la salut de la dona i el nadó.

⇒ **Pel que fa a l’atenció integral del part normal,** cal destacar l’evidència científica creixent que avala el lideratge per part de la llevadora. El llibre sobre recursos humans per a la salut, que ha publicat recentment l’Observatori Europeu de Polítiques i Sistemes de Salut, destaca en el capítol que aborda els canvis en les fronteres professionals²¹³, que les revisions sistemàtiques de la recerca existent revelen que la substitució de metges per llevadores està ben estudiada i que suggereixen la mateixa o millor qualitat en la gestió del part normal.

→ Brown i Grimes conclouen, mitjançant una metanàlisi²¹⁴, que les llevadores utilitzen menys tecnologia i analgèsia en l’atenció al part, amb resultats de salut comparables als obtinguts per metges. Alguns dels estudis indicaven un estalvi de costos, però la base científica, en aquest sentit, era pobre. Caldria aprofundir la recerca en aquest aspecte.

→ Kneede-Murray, Oakley i altres també havien arribat a conclusions similars amb una revisió²¹⁵ de la recerca que, en aquest cas, considerava el cost, la qualitat i els resultats. Les conclusions mostraven que els resultats de les llevadores, en termes de seguretat i qualitat, eren comparables a les dels metges. La metodologia de recerca, pel que fa als costos, s’hauria de millorar, però els resultats dels estudis han mostrat que els costos tendeixen a ser inferiors.

→ Townsend i altres autors²¹⁶ –en una recerca més recent que també compara metges i llevadores– analitzen els reconeixements dels nadons i han trobat associats a la llevadora més satisfacció de les mares, avaluacions de la qualitat tècnicament més altes, i estalvis significants en costos.

²¹³ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

²¹⁴ Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. Nursing Research 1995; 44: 332–9.

²¹⁵ Kneede-Murray ME, Oakley D, Wheeler JRC, Peterson B. Production process substitution in maternity care: issues of cost, quality, and outcomes by nurse-midwives and physician providers. Medical Care Review 1993; 50: 81–112

²¹⁶ Townsend J, Wolke D, Hayes J, Davé S, Rogers C, Bloomfield L, et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. Health Technology Assessment 2004; 8(14): 1–112.

⇒ **El vessant educacional i promocional** de les seves competències, confereix a la llevadora un paper destacat per assolir els objectius de promoure la progressió del part normal de manera natural i segura, i de crear un clima psicoafectiu que afavoreixi que la dona i la parella visquin l'esdeveniment com quelcom positiu i natural. Destaquem algunes de les activitats que –incloses en la funció promocional intrínseca de la professió de llevadora– més poden afavorir el procés:

- promoure la presa de decisions de la mare –basada en el coneixement, i sempre que no impliqui decisions mèdiques concretes– sobre tot el procés,
- reforçar la seva seguretat i autoestima,
- fomentar la participació responsable de la parella,
- afavorir l'alletament matern,
- accelerar i enfortir el procés d'unió entre la mare i el nadó
- facilitar el respecte a la diversitat cultural i l'adaptació del sistema i dels processos a les diferents cultures, i també ajudar les dones immigrades a adaptar-se a la nostra organització i a viure el procés de manera positiva.

* **Però les estructures organitzatives dels equips a l'hospital són massa rígides**, i impedeixen, d'una banda, el procés desmedicalitzat del part i, de l'altra, el desplegament de tot el potencial de competències de les llevadores. Els equips rarament funcionen com a equips interdisciplinaris, no hi ha suficient comunicació entre els seus components i encara existeix una direcció massa autoritària. Els motius són diversos, com la por a la pèrdua d'estatus o poder d'alguns professionals; la por de que atorgar autonomia va en detriment de l'equip, i viceversa –la por de que el treball en equip pugui restar autonomia–; o la poca capacitat de canvi de les rutines hospitalàries.

* **El Govern català s'ha sensibilitzat amb aquesta problemàtica**, i té la voluntat d'impulsar el part natural i desmedicalitzat als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya (XHUP). Amb aquesta finalitat, acaba d'elaborar i presentar un protocol per a l'assistència natural al part normal²¹⁷. Altres protocols anteriors relacionats^{218 219} –d'abast més ampli– tractaven, entre d'altres, aspectes psicoafectius durant el part, el part i el puerperi com elements essencial de l'atenció sanitària; i dins d'aquest context es desenvolupa l'atenció al part natural no medicalitzat.

Es pretén que el manual serveixi de guia als professionals i als hospitals que ofereixin la modalitat no medicalitzada del part, amb un triple objectiu:

1. oferir l'atenció al part respectant el procés fisiològic, amb la mínima intervenció obstètrica per a aquelles dones que ho sol·licitin,
2. afavorir la implicació dels professionals, perquè donin informació i suport a les dones per ajudar-les en la presa de decisions durant tot el procés i preservant a cada moment la seva seguretat i la del nadó,
3. desenvolupar als centres de la XHUP l'assistència de forma natural al part normal, garantint la qualitat i l'equitat d'accés a tot el territori.

²¹⁷ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut, 2007.

²¹⁸ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, 2003.

²¹⁹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. 2a edició revisada. Barcelona: Departament de Salut, 2005.

- * **Manquen llevadores i, si no es prenen mesures, mancaran més en un futur.** Si tenim en compte que les plantilles de llevadores ja es fan ara insuficients per atendre el creixent nombre de naixements, i que l'índex d'atur del col·lectiu és zero; és molt probable que el problema actual d'escassetat de llevadores arribi a situacions greument preocupants, si no es prenen alguns tipus de mesures per planificar adequadament els recursos. La iniciativa del Departament de Salut –que representarà un gran avenç en l'assistència al part normal– requereix un paper destacat de la llevadora, i la percepció d'aquest col·lectiu és que *si no hi ha canvis, no es podran assolir els objectius del part normal. La pressió assistencial fa que es prioritzin les activitats tècniques per davant de les emocionals.*
- * **Les competències de la llevadora** –definides per la International Confederation of Midwives²²⁰, per la directiva europea²²¹, i per les associacions i lleis estatals i locals– **també comprenen altres aspectes de l'atenció a la salut sexual i reproductiva**, fora de l'etapa de l'embaràs, part i puerperi; com ara l'atenció, l'assessorament, i les intervencions educacionals –de manera individual i grupal–, a col·lectius diversos, abordant l'educació sexual, la planificació o la menopausa.

S'han de reconèixer els esforços que han fet l'Administració i les llevadores, en aquest sentit, des de la creació del **Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR)**; gràcies al qual s'ha avançat en l'atenció primària de la salut sexual i reproductiva de noies i nois, i de dones i de les seves parelles; i també en l'atenció de la mare i el nadó a l'etapa puerperal, sobretot en els casos considerats de més risc (situacions amb pocs recursos econòmics, adolescents, primíparaes, etc.).

Tant les activitats assistencials com les educatives tenen com a objectius millorar la qualitat de vida, identificar problemes i necessitats, proporcionar a nois i noies la informació i les eines necessàries per millorar la salut sexual i prendre decisions responsables, escurçar les estades hospitalàries, informar i capacitar la mare i la família per fer les cures de manera autònoma, i consensuar les actuacions cap a una atenció més racional i coherent.

- * **Pel que fa a la formació amb els programes d'especialitat actuals**, les llevadores assoleixen un grau de competència teòrica i pràctica molt sòlida, i està ben regulada. El que no està tan ben resolta és la **formació continuada**, imprescindible per a una correcta actualització i adequació als escenaris canviants. Malgrat que la legislació actual obliga el personal estatutari dels serveis de la salut a mantenir degudament actualitzats els coneixements i aptituds necessaris, i que també obliga els centres a facilitar aquestes activitats, aquesta facilitació és escassa o nul·la en moltes ocasions.

La formació continuada ha de contemplar necessitats emergents i facilitar l'adaptació als canvis. Els hospitals haurien d'establir un sistema planificat de formació en relació amb les necessitats dels professionals mateixos. En canvi, el sistema de promoció actual està afavorint una selecció que no és la més adequada en moltes ocasions. El professional no tria el tipus de formació en funció dels coneixements que necessita actualitzar, sinó en funció dels punts que podrà aconseguir per al desenvolupament de la seva carrera professional.

Quant al desenvolupament professional, falten vies d'expansió i de desenvolupament en qüestions pròpies. Amb la convergència a l'Espai europeu s'obriran noves vies i la situació en aquest aspecte podrà millorar notablement.

²²⁰ Definició de la Matrona. Adoptada per la Reunió del Consell de la Confederació Internacional de Llevadores, 19 de juliol de 2005, Brisbane, Austràlia.

²²¹ Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales

- * **L'avaluació i la valoració de la competència són susceptible de millores.** El que es detalla en aquest sentit al capítol de metges i al d'infermeres és extensible, en general, a l'avaluació i la valoració de la competència de la llevadora.

Cal dedicar esforços en trobar i establir sistemes d'avaluació que no tinguin finalitats de caràcter punitiu, sinó de millora professional adequada a les necessitats de cada llevadora. Per a un bon aprofitament d'aquesta oportunitat, les avaluacions haurien de ser seqüencials i aportar informació de la millora assolida.

- * **Cal una definició de les intervencions de les llevadores i els resultats esperats** per tal d'aportar la informació necessària, i específica, sobre la base de les quals s'han d'adequar els sistemes d'avaluació (vegeu capítol d'infermeres). Hi ha una tendència a mesurar l'activitat en termes d'intervencions realitzades, i no en termes dels resultats de salut dels pacients. Així, per exemple, quan es parla del nombre d'epidurals posades, però no es mesura la iatrogènia de la medicalització del part, no podem valorar de manera adequada l'aportació de la llevadora.

3.6.c- Propostes d'acció

- ⇒ **Implantar mesures que promoguin l'elecció de la professió de llevadora i fomentin la permanència de les llevadores en el sistema.** Per tal d'assolir aquests objectius, s'hauran de dirigir els esforços a fer atractiva la professió i a evitar abandonaments de la professió, dels centres hospitalaris i del país.

- * Prestigiar i fer més visible la professió de llevadora. Reconèixer la seva competència i la destacada contribució professional a la millora de la salut sexual i reproductiva, a la desmedicalització dels processos vitals naturals i, en definitiva, a la millora de la qualitat de vida i del benestar.
- * Afavorir l'increment de reconeixement, tant per part d'altres professionals com pels ciutadans. Utilitzar canals i recursos comunicatius diversos, fent èmfasi en tècniques de màrqueting social i mitjans de comunicació de masses (televisió, Internet).
- * Possibilitar i potenciar el desplegament de les competències de la llevadora i el desenvolupament del rol autònom a tots els àmbits, en especial als hospitals i en l'atenció al part normal.
- * Reduir la sobrecàrrega laboral donada per la pressió assistencial –sobretot a l'àmbit hospitalari–, i afavorir una atenció al part normal més humanitzada, proporcionant els recursos –materials, organitzatius, plantilles de llevadores i de personal auxiliar– necessaris.
- * Cuidar la motivació professional des de tots els punts de vista (reconeixement professional i retributiu, implicació, participació, formació, estabilitat)
- * Millorar i adequar la Carrera professional i el Desenvolupament professional continu, i estimular l'avenç personal i professional. Reconèixer i incentivar els bons resultats, avaluant-los sistemàticament i avaluant també la contribució de les llevadores. Per permetre aquesta avaluació s'han d'introduir indicadors relacionats.
- * Millorar les condicions contractuals i laborals.

- * Considerar –aprofitant el procés d’integració a l’Espai Europeu d’Educació Superior– la possibilitat de convertir l’especialitat d’infermeria obstetricoginecològica en una titulació de grau d’accés directe.

⇒ **Promoure i facilitar una formació continuada adequada a les necessitats reals tant del sistema i de l’entorn social i científicotecnològic, com de l’evolució individual dels professionals mateixos.**

- * Considerar les necessitats emergents de la societat i del sistema sanitari, i també de les necessitats individuals per avançar en el desenvolupament professional. Alguns dels aspectes que s’haurien de cuidar i fomentar són la comunicació en general, i en l’entorn multicultural en particular, i aspectes ètics.
- * Impulsar la formació continuada que s’adeqüi a les necessitats actuals i a l’estat del coneixement científic i, així, afavorir l’adaptació als canvis de l’entorn.
- * Establir sistemes d’avaluació sense finalitats de caràcter punitiu, sinó de millora professional individual. Adequar els sistemes d’informació i les dades a introduir, de manera que recullin explícitament la perspectiva de la llevadora i la seva contribució específica a la millora dels resultats de salut.

⇒ **Facilitar la progressió natural del part normal i afavorir que sigui una vivència positiva i única**

- * Desplegar competències de llevadora en l’atenció al part normal.
- * Readequar les rutines hospitalàries a les necessitats individuals de cada dona i cada parella.
- * Reorientar l’entorn hospitalari, de manera que permeti la manifestació de sentiments, emocions, inquietuds i experiències que fan que el part es pugui viure d’una manera menys agressiva.
- * Introduir recursos estructurals per oferir una atenció més humanitzada i natural al naixement (adequar les sales de part, espais per donar informació de manera individualitzada i íntima)
- * Adequar les dotacions de llevadores a les necessitats reals, i tenir en compte que la llevadora ha de tenir un paper important, entre d’altres, acompanyant l’embarassada i la seva parella en tot el procés del part.
- * Considerar la figura de llevadora amb perfil mixt, que pugui prestar serveis en els dos àmbits assistencials i així coordinar millor les altes precoces de les puèrperes i l’atenció al puerperi domiciliari.
- * Considerar que la mateixa llevadora pugui oferir una assistència continuada a tot el procés –embaràs, part i puerperi–, en la seva integritat.
- * Mentre no es considerin –o no siguin factibles–, canvis innovadors en el sentit esmentat als dos punts anteriors, s’hauria d’incidir en afavorir la coordinació entre l’atenció primària i la hospitalària (protocols conjunts, sessions clíniques, etc.), i pensar fórmules alternatives que integrin les llevadores en els dos àmbits.

3.7- Logopedes

La Titulació de Diplomatura en Logopèdia té una trajectòria consolidada com a estudi universitari de primer cicle en l'àmbit de les ciències de la salut. Al mateix temps, i en el moment actual, com en altres estudis del mateix nivell, escau tenir en compte que, amb la progressiva aplicació de l'Espai Europeu d'Educació Superior, les titulacions de diplomatura esdevindran titulació de Grau.

Cal destacar el procés de concepció i evolució de la logopèdia, des d'uns orígens lògicament poc definits des del punt de vista del cos de coneixements i de la praxis d'aquests, envers la reconeguda situació actual, aconseguit sovint per l'impuls del mestratge i prestigi de professionals capdavanters en aquest camp, i de la indicació i aplicació efectives d'aquesta professió en aquest camp assistencial, abans poc o gens atès. A més, escau fer notar com, igualment des dels orígens, i refermat fins a l'actualitat, la logopèdia ha tingut un caràcter multidimensional vinculat a la pedagogia, la lingüística, la comunicació, etc., junt amb el bàsic propi de les ciències de la salut.

3.7.a- Situació actual

El mateix origen i evolució de la formació i actuació professional en logopèdia, ha situat aquests titulats en una posició de competència i exercici professionals en l'atenció als ciutadans, en relació amb les alteracions i correccions de la salut, pel que fa a recepció i emissió dels símbols comunicatius (siguin orals, escrits o no verbals) relacionats, en algun dels òrgans i aparells, amb la paraula i la veu (foniatria, audiologia, etc.), en definitiva, la comunicació.

L'esmentada competència està ben establerta, d'acord amb el mateix contingut formal dels objectius i programes formatius dels estudis i de la titulació, en termes dels coneixements adequats per a l'avaluació dels dèficits o els trastorns en la funció audiofonal i comunicativa, i la seva millora mitjançant educació, reeducació, junt amb la prevenció i higiene audiofonal.

Un element clau, actualment, en l'anàlisi d'una situació i en la perspectiva de la seva evolució, és el fet que les professions sanitàries, indistintament, no es poden considerar, en general, sense inserir-les en la noció de sistema sanitari global d'un territori i per a una societat, tant en el sector de titularitat i prestació pública com en el de titularitat i prestació privada, ni, més específicament, sense atendre a la seva participació major o menor, directa o indirecta, en els agents, de diferent naturalesa, que presten atenció o servei al ciutadà.

Entre molts altres aspectes que això implica (normatius, organitzatius, econòmics, funcionals, etc.), un d'especialment rellevant és el de la multiprofessionalitat i pluridisciplinarietat del fet sanitari i del fet assistencial en si, i, per tant, el de la coordinació entre diversos àmbits i el de la integració en equips professionals.

La situació del col·lectiu professional de logopedes, remet, tant a la seva activitat en el si d'organitzacions proveïdores de serveis assistencials, pròpiament dits, de característiques igualment molt heterogènies (atenció hospitalària, atenció primària, clíniques o gabinets especialitzats, etc.), com a la seva activitat professional lliure, en un sentit ampli en un entorn de serveis, en tot cas en exercici de les seves funcions envers la salut auditiva.

3.7.b- Anàlisi de tendències i propostes

Diferents factors, específics o comuns amb què hom invoca en general en el camp de la salut, serien aplicables quant a una incidència potencial en aquest àmbit professional.

Sobre un escenari, per una banda, d'increment de la població i de la seva esperança de vida, i per una altra banda, d'un augment de la capacitat resolutòria del sistema sanitari però també de la morbiditat per causes congènites i ambientals i la seva cronificació, etc., junt amb la demanda creixent de qualitat de vida i l'expectativa de manteniment o recuperació de les funcions somàtiques, la importància cada vegada més gran que s'atorga a la comunicació, i a la seves expressions, no cal dir, privades però també públiques i de variada aplicació (personal, laboral, artística, etc.), apunta vers un paper no negligible, en termes quantitativus però sobretot qualitativus, de l'activitat professional en logopèdia i dels serveis o exercicis corresponents.

La perspectiva també inclou, d'acord amb algun dels aspectes esmentats a la situació actual, la necessitat de potenciar la cooperació general i específica d'aquests professionals amb els objectius, els plans, i els dispositius de salut, en el marc de la política sanitària de Catalunya, i la participació de la seva activitat, en els diferents nivells, modalitats o entorns d'exercici, en els programes d'atenció a la salut poblacional, en el seu àmbit professional, amb l'eventual definició d'accions, formació i avaluació, i reconeixement corresponent.

Un aspecte a ressaltar és el de la formació i aplicació de la teoria i la pràctica en logopèdia relacionats amb la salut pública, la promoció i la protecció de la salut, amb especial esment a la prevenció dels dèficits i els trastorns audiofonals, i de la comunicació, a la població en general, i des de la infantesa, i a col·lectius determinats. Un altre aspecte emergent i que no s'hauria d'ignorar en aquell context, ineludible actualment i en l'esdevenidor, de treball en equip i de compartició de competències, seria el de la configuració de diferents nivells d'actuació complementària o auxiliar, amb nivell formatiu no universitari, sota la direcció i responsabilitat del Diplomant en Logopèdia.

Tal com s'esmentava al principi, l'aplicació de l'Espai Europeu d'Educació Superior, ha d'influir en la concepció i desenvolupament d'aquestes o altres tendències en la professió, amb efecte especial en la millora i aprofundiment dels continguts i resultats docents, orientats a les necessitats presents i futures en termes de qualitat i eficiència, al servei del ciutadà.

3.8- Metges

Els metges representen el col·lectiu professional dedicat a la salut més antic en la història de la humanitat. Tota professió evoluciona condicionada per les transformacions del seu entorn, tant de tipus social com científic o tecnològic, però especialment les professions de la salut, amb les quals interactuen molt directament els conceptes i valors de la societat, a més dels canvis que impliquen en la professió els avenços en el coneixement i en la disponibilitat de recursos.

Així, podem dir que és la professió mèdica la professió sanitària més acostumada a les transformacions evolutives; però els mil·lennis de tradició també van associats, sovint, a més dificultats en períodes de transició per trencar les inèrcies ja arrelades. No és objecte d'aquest estudi, estendre's al respecte, però sí que hauríem de tenir la idea present.

Si bé la finalitat del metge ha estat la mateixa al llarg de la història (curar la malaltia, restablir la salut i alleujar el patiment), els canvis en el seu abordatge han estat substancials. No és fins a final del segle XVIII, que neix la medicina científica substituint la medicina empírica i dogmàtica. La medicina científica ha de conèixer les causes, els mecanismes de la malaltia i la seva repercussió per curar-la; i els progressos en aquest coneixement afavoreixen un altre tipus de medicina, la medicina preventiva.

L'eficàcia de la medicina científica de començament del segle passat ha estat un dels factors que han promogut el gran canvi demogràfic dels països desenvolupats, incrementant més del 125% l'esperança de vida. Les taxes de mortalitat, a més de reduir-se, canvien la seva dinàmica i deixen de ser tant fluctuants com eren. Els estudis demogràfics anomenen "transició epidemiològica" al canvi que s'ha anat produint en les xifres d'alta mortalitat degudes a processos infecciosos i parasitaris, cap a nivells més baixos i estables de morts degudes a processos crònics i degeneratius, com les cardiopaties, el càncer i els accidents cardiovasculars.

Una altra conseqüència dels grans avenços de la medicina ha estat l'especialització i superespecialització, en diferents àrees i subàrees de la medicina, per poder gestionar el gran volum de coneixement i d'habilitats requerides. El programa de metges interns i residents (MIR) neix fa 30 anys per tal de facilitar aquesta formació especialitzada i regular l'adquisició de les competències cada cop més específiques.

3.8.a- Situació actual

Després de 30 anys de la seva creació, ningú qüestiona els beneficis que el programa MIR ha aportat a la preparació d'especialistes amb un alt grau de competència i capacitació i a la qualitat de l'assistència en tot el territori. Tanmateix, aquesta via d'especialització també està presentant una sèrie de dificultats²²², com són la superespecialització que se n'ha derivat —i la parcel·lació assistencial consegüent—, el temps necessari per disposar d'especialistes, la poca flexibilitat —que no facilita l'adaptació a les necessitats canviants—, i la selecció dels aspirants.

El llarg procés que representa, dificulta la gestió de la rapidesa i la intensitat dels canvis de l'entorn sanitari. A més, a Espanya, com a molts països, es van establir *numerus clausus* a la dècada dels 80, per tal de controlar el nombre d'estudiants de medicina i així frenar la situació

²²² Terés J, Capdevila JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M i Comissió de Medicina i especialitats relacionades del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Formació troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. Med. Clin (Barc). 2006;127(4):139-44

llavors excedentària. Però aquesta tendència no només es va frenar sinó que sembla que s'està invertint en molts països i, segons el que es percep, també al nostre entorn.

Diem que "es percep" perquè –com ja hem dit en referir-nos als professionals de la salut en general, i com constaten molts estudis ja esmentats–, per poder dir amb rigor si en falten o en sobren de metges, o si es tracta d'un fenomen general o específic de determinades especialitats, el primer que cal és un registre de l'activitat professional i laboral dels metges col·legiats a Catalunya. I aquest registre, de moment, no existeix.

L'altra qüestió a tenir en compte –àmpliament comentada i documentada en altres capítols– és la possible reconsideració de la distribució de tasques. Recordem que moltes de les tasques que realitza un metge al nostre país, a d'altres països –propers culturalment i econòmicament– les estan duent a terme altres professionals, els quals no estan precisament millor capacitats que els formats a casa nostra.

També hem de considerar que –per tal de millorar l'eficiència del sistema– una bona part organitzativa, estructural, legislativa i burocràtica mereixen una reorientació profunda; i que aquesta podria conduir a una reducció considerable del temps dedicat a moltes tasques i, fins i tot, a eliminar-les. Dit això, i tenint-ho present, passem a veure les xifres que tenim²²³.

Segons l'estudi del Centre d'Estudis Demogràfics, els metges representen el 30% dels quasi 100.000 professionals sanitaris a Catalunya. Es tracta d'una professió tradicionalment masculina (a diferència d'altres com farmàcia o infermeria), però està experimentant una accelerada feminització. Si calculem els percentatges per edats i sexe de les dades proporcionades pel Col·legi de Metges de Barcelona –que es poden generalitzar a tot el territori català–, obtenim que el percentatge de dones metgesses en la franja etària de 65 a 70 és de tan sols el 10,8%, davant del 48% de metgesses del total de metges actuals, i del 68,5% de dones dins del col·lectiu de menys de 30 anys. L'altra tendència demogràfica és l'envelliment de la professió.

Les dades del Col·legi de Metges de Barcelona mostren com el nombre de metges ha anat creixent progressivament amb el pas dels anys a Catalunya, en paral·lel a l'increment poblacional. Però s'ha de preveure que el nombre de jubilats, que es mantenia força estable fins ara, mostrarà un increment considerable a partir de 2006, a causa de la jubilació obligatòria als 65 anys, en lloc dels 70 d'abans.

Quant a les ràtios proporcionals a la població, i segons l'informe del Consell de la Professi6 Medica (CPM), tenim una taxa de metges en actiu –descomptant els jubilats i el percentatge estimat de metges que no es dediquen a activitats assistencials– a Catalunya de 3,7 metges per 1.000 habitants i, a causa de la tendència a la concentraci6 a les grans àrees urbanes, a Barcelona encara és superior, i és de 4 metges per cada 1.000 habitants. Ambdues ràtios són superiors a la del conjunt de l'Estat espanyol (3,4), a la mitjana dels països de l'OCDE (3), i a la d'altres països europeus com Alemanya (3,4), Suècia (3,3), França (3,4) o Portugal (3,4), inferior a la d'Itàlia (4,2) i molt superior a la d'Anglaterra (2,3).

Les xifres no semblen mostrar problemes de quantitat, almenys de quantitat global. En canvi, el nostre sistema de salut –com molts altres– viu moments crítics amb relació als recursos humans. Les greus dificultats per cobrir determinats llocs de treball estan condicionant una contractaci6 creixent de professionals formats a altres països i unes condicions de treball sovint

²²³ Aquesta informaci6 ha estat extreta bàsicament dels dos documents següents:

Consell de la Professi6 Medica. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Barcelona, 2007

Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Aut6noma de Barcelona. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona, febrer 2006

insatisfactòries. No es tracta d'un problema aïllat, sinó d'una situació complexa que està afectant tant països desenvolupats com països en desenvolupament. S'ha dit, fins i tot, que estem passant per una crisi mundial dels recursos humans de la salut. Aquest any 2006, l'OMS ha dedicat el seu informe anual al problema mundial dels recursos humans de la salut²²⁴. Tim Evans –alt funcionari de l'OMS– declarava que la crisi actual –escassetat de professionals amb coneixements clau, canvis professionals, jubilacions anticipades i migracions nacionals– ha estat provocada per *anys d'anèmia inversora* en formació, remuneració, condicions de treball i gestió dels professionals.

L'últim llibre²²⁵ de la col·lecció *Economía de la Salud y Gestión Sanitaria* –dirigida per Vicente Ortún–, aporta una visió global dels recursos humans de la salut a Espanya, a la UE i als EUA. Beatriz González i Patricia Barber dediquen un capítol a la planificació i formació de metges²²⁶, i conclouen que l'escassetat de professionals sanitaris sembla un problema comú en els països de l'OCDE²²⁷, i que els motius abasten des d'una planificació deficient fins a les barreres d'entrada a la professió, forçades pels interessos corporatius.

Conscients que cada país té la seva situació i els seus determinants particulars, el cert és que els nostres metges –i altres professionals de la salut– se senten desmotivats i insatisfets per diferents motius (condicions de treball, retribucions, manca de reconeixement social i institucional, insuficient participació en la gestió, etc.); que la forta pressió assistencial continua creixent a mesura que la població envelleix, les malalties es cronifiquen, o s'incrementen els índex de supervivència a accidents i a malalties oncològiques o cardiovasculars; i que no s'acaben de trobar solucions per adequar el sistema a la realitat.

A part d'aquesta insatisfacció professional –la qual no s'ha d'obviar i requereix mesures d'acció–, i segons l'opinió d'experts (grup GEOPS, Consell de la Professió Mèdica 2007, Hidalgo et al. 2006), sembla que la manca de metges al nostre país, es deu més a un problema de distribució d'especialitats, territoris i funcions, que a un problema quantitatiu global.

Quant a les especialitats més conflictives –recordem que no hi ha estudis sistemàtics al respecte–, els experts consultats, el grup GEOPS i l'informe del CPM, coincideixen a percebre una manca actual d'**anestesisistes, pediatres, psiquiatres, radiòlegs i ginecòlegs**. En zones o condicions determinades, la contractació de **metges de família** també comença a ser un problema. A més, les places de guàrdia de quasi tots els hospitals, també són difícils de cobrir.

Poc abans de la publicació d'aquest estudi –i uns mesos després d'acabar els treballs per al seu desenvolupament–, el Ministeri de Sanitat i Consum ha presentat un mapa de necessitats de metges especialistes a l'Estat espanyol, dins l'horitzó temporal 2006-2030²²⁸. Les autores de l'estudi remarquen una sèrie de dificultats –manca de dades fiables i dinàmiques, mobilitat creixent internacional dels professionals, riscos associats a les comparacions internacionals, i un grau elevat d'incertesa dels canvis tecnològics, de fronteres entre especialitats o de competències professionals–, i conclouen també que no hi ha dèficit global, sinó desequilibris difícils de superar amb la rigidesa actual del sistema.

²²⁴ Organització Mundial de la Salut. Colaboremos por la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. OMS, 2006.

²²⁵ Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona, Masson 2006

²²⁶ González López-Valcárcel B i Barber Pérez P. Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea. Dins: Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona, Masson 2006; (1):1-19

²²⁷ Simoens S i Hurst J. The supply of Physician Services in OECD Countries. OECD, 2006

²²⁸ González López-Valcárcel B i Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Marzo, 2007

L'estudi compara l'oferta de metges a països de l'entorn i troben que Espanya ocupa una posició intermèdia a 2006. D'algunes especialitats –aparell digestiu, urologia, cirurgia plàstica, metges generals, endocrinòlegs, pediatres, anestèsia (amb intensius) i reumatòlegs– tenim més metges per població que la mitjana de països, i d'altres –psiquiatres, cirurgians generals, internistes, otorinolaringòlegs i dermatòlegs– en tenim menys. Però ja hem comentat que comparar taxes poblacionals d'especialistes entre països amb contextos diferents comporta riscos. González López-Valcárcel i Barber Pérez també consideren que s'han de tenir moltes precaucions i s'han basat en indicadors del mercat (borses de treball, preferències en el mercat d'elecció de places MIR) per identificar les especialitats deficitàries actuals. Suggereixen la relació següent: **anestesiologia, radiologia, cirurgia general, medicina de família, pediatria.**

Diversos agents sanitaris implicats en la demografia mèdica coincideixen –un mes després de la seva publicació– que l'informe del ministeri és rigorós i que es tracta d'un primer pas per a la planificació²²⁹. Però hi ha certa discrepància relacionada amb la llista d'especialitats deficitàries. Concretament, la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (Facme) considera que hi ha deu especialitats més amb problemes de dèficit actual o molt proper. Segons la informació de les societats de la Facme, les especialitats deficitàries a afegir són: medicina interna, cardiologia, traumatologia, ginecologia, medicina del treball, angiologia i cirurgia vascular, neurocirurgia, oftalmologia, otorinolaringologia i urologia.

3.8.b- Anàlisi de tendències

Com la resta del document, aquest apartat és fruit, principalment, del treball de reflexió i anàlisi del grup GEOPS, i ha estat complementat amb dades i aportacions d'altres consultes puntuals i documentació relacionada. A causa de la seva actualitat i paral·lelisme amb aquest capítol dedicat a la professió mèdica, hem tingut en especial consideració el recent document elaborat pel Consell de la Professi6n Mèdica²³⁰. Hem de dir que l'anàlisi fet de la situació, les conclusions i les mesures proposades pel Consell a través del document esmentat –i del qual hem extret i reproduït alguna informació i dades–, han coincidit en gran manera amb les reflexions i conclusions del grup GEOPS treballades durant les sessions de treball i altres aportacions.

Una anàlisi de les tendències que afecten la professió mèdica hauria d'incloure gairebé el contingut de tot aquest document, i possiblement encara més. Però, a aquest capítol específic, ens limitarem a esmentar alguns dels punts que, segons el treball realitzat, ens han semblat més significatius, o que s'han exposat amb menys detalls a capítols anteriors. Malgrat la forta interrelació entre totes –o quasi totes–, les tendències i factors associats, les hem agrupat en sis grans blocs, per tal de facilitar-ne la lectura:

1. Tendències poblacionals
2. Evolució professional
3. Evolució del ciutadà
4. Transformació de la relació metge-pacient
5. Deshumanització de la medicina i medicina defensiva
6. Adquisició, manteniment i avaluació de la competència professional

²²⁹ Diario Médico 19 d'abril de 2007. Ante el déficit, buena gestión de los recursos humanos. Disponible a: www.diariomedico.com/balancemadrid/profesion.html

²³⁰ Consell de la Professi6n Mèdica. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Barcelona, 2007

Tendències poblacionals

El progrés científic i mèdic i la millora de les condicions de vida han fet possible la curació de moltes malalties abans incurables o mortals. El desenvolupament de noves tecnologies mèdiques, entre elles les tècniques de reanimació, estan prolongant la supervivència de les persones i ajornant el moment de la mort. Aquesta realitat està canviant els patrons de morbiditat, els quals, juntament amb el creixement de la població autòctona i també de la immigrada, són uns dels principals motius de la creixent demanda assistencial. Demanda que, a banda d'haver sofert transformacions quantitatives a l'alça, també està experimentant transformacions qualitatives substancials.

Cada vegada és més gran el nombre de persones afectades pel sofriment d'una situació terminal en si mateixos o en el seus familiars. També augmenten les situacions de dependència, els processos degeneratius, el patiment crònic de malalties i trastorns de salut, la multimorbiditat i la polimedicació.

Tot aquest panorama genera una creixent demanda assistencial, però també requereix noves maneres d'abordatge, no sempre ben resoltes. Molts països europeus s'estan trobant amb la mateixa situació i, cada cop és més evident la necessitat d'un abordatge integral de la salut, per tal d'incrementar la coherència i l'eficàcia en la provisió dels serveis. Aquest objectiu requereix molta més coordinació —liderada per l'atenció primària— entre els diferents nivells assistencials, amb més treball interdisciplinari i amb una participació més destacada d'altres professionals, com les infermeres, els treballadors socials, fisioterapeutes i dietistes-nutricionistes (vegeu els capítols d'atenció primària, d'atenció hospitalària, de salut pública i el de competències; i tota la bibliografia allà esmentada, en especial un dels últims informes de l'Observatori Europeu de Sistemes i Polítiques de Salut²³¹)

També hem de recordar que molts dels trastorns de salut més prevalents en aquests escenaris demogràfics, són molt susceptibles de prevenir —de manera primària, secundària o terciària— amb actuacions de salut pública, enfocades des d'una atenció primària orientada a la comunitat i també des d'una perspectiva intersectorial amb la participació de sectors “no sanitaris”. Els directors del llibre abans esmentat (Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. 2006) acaben la seva presentació amb la següent reflexió i recomanació: *No sabemos qué parte —ni aquí ni en ningún sitio— del trabajo de los sanitarios se traduce en mejoras reales de salud de la población, por lo que se precisaría una reorientación del sector basada más en actividades de salud pública que den respuesta a las necesidades de salud de la población, que en la mera expansión de estructuras asistenciales.*

El nostre sistema de salut, i en especial el català, ha fet i està fent molts esforços en aquest sentit (els programes socio-sanitaris, la Llei de la dependència²³², alguns programes orientats a la promoció de la salut, i intervencions preventives i educatives), però encara hi ha molts aspectes —organitzatius, legislatius, gestors, i fins i tot formatius— que no deixen avançar en els canvis i les reorientacions que serien necessaris.

L'altre fenomen demogràfic que està afectant la professió mèdica, és la tendència a l'alça de la immigració. Es tracta, en general, d'individus joves i amb bona salut, però han generat un increment de la demanda assistencial a causa de l'augment de població que representen, i

²³¹ Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006

²³² Llei 39/2006, de 14 de desembre de 2006, de promoció de la autonomia personal y atención a las personas en situación de dependencia

altres dificultats inherents a la immigració, no sempre ben resoltes. El metge necessitarà més preparació per gestionar situacions multiculturals a les quals no estava acostumat, i més temps per establir les relacions de confiança i la comunicació necessàries.

Evolució professional

La professió mèdica ha experimentat grans transformacions al llarg de la seva història, però ni ens podem estendre ni és el nostre objectiu. Sí que remarcarem alguns dels punts que més han sortit als debats del grup GEOPS i, fins i tot, reproduïrem textualment algunes opinions.

Hi ha una tendència generalitzada —a causa també d'altres transformacions socials més generals— a anar substituint aquell metge, la raó de ser del qual era la seva professió, el sacrifici, i l'entrega als malalts; per un altre que —alguns anomenarien “menys vocacional”, altres creuen que són diferents maneres de veure i sentir la vocació— vol tenir uns horaris per al seu lleure, la seva família i la seva vida social i que, a vegades, fora del seu horari limitat i estipulat de treball no vol ni l'interessa dedicar el temps a activitats relacionades.

Aquests casos, extrems però reals, es donen en part per la insatisfacció professional —amb unes expectatives professionals i econòmiques no satisfetes—, per la pressió assistencial, per la poca o nul·la relació entre la capacitació que han adquirit (amb esforços i temps importants) i algunes de les tasques (administratives i burocràtiques entre d'altres) a les quals han de dedicar el seu temps; i sobretot, pel poc reconeixement i valoració que perceben per part del sistema.

Per a una bona praxi, és important que coincideixin diverses circumstàncies, entre elles la tranquil·litat i la serenitat del professional, la seva expertesa mantinguda mitjançant una educació mèdica continuada de qualitat, les facilitats per dur a terme dignament la seva tasca i un elevat esperit d'autoestima i motivació. Aquests darrers aspectes, cabdals per a l'actuació i el rendiment dels professionals, es perceben actualment a la baixa.

No deixa de ser curiós que en un moment en què la medicina i els professionals disposen d'avenços tècnics diagnòstics i terapèutics com mai havien existit, i per tant, amb unes possibilitats d'actuació sobre les malalties en particular i sobre la sanitat en general realment efectives, sigui quan els facultatius se sentin menys valorats per la societat a la qual dediquen el seu treball. Possiblement, el motiu és almenys triple: 1) la tecnificació, més evident cada vegada en qualsevol aspecte de l'activitat quotidiana, que fa innecessari el diàleg i la consideració de la persona com a tal; 2) l'exigència d'un resultat immediat, positiu i fet a mida (cultura de la “pizza”), poc adient amb determinats aspectes de l'acte mèdic; 3) l'“administrativització” i/o la gestió estàndard en una professió d'exercici liberal per naturalesa, una coincidència poc imaginativa i poc afavoridora per a la seva pràctica. Sorprenentment, la medicina continua funcionant prou bé, la qual cosa té la seva explicació. Un debat sobre aquest fet seria segurament força interessant.²³³

Quant a l'autoestima, la motivació i, en definitiva, la satisfacció professional de fer les coses ben fetes; les paraules pronunciades per un gestor de l'Administració sanitària durant una visita a un hospital comarcal, parlen per si soles. *Hem trobat baixa la moral de la tropa*, va dir, recurrent a una frase feta de l'argot militar. S'ha de dir que a les zones rurals hi ha problemes afegits —com són l'aïllament físic i professional—, que fan més difícil el seu treball; però el grau d'insatisfacció és bastant generalitzat.

Es pretén que el professional sanitari mantingui les actituds pròpies del seu origen liberal (vocació, disponibilitat, manteniment de la competència, empatia, innovació, creativitat, màxima

²³³ Reflexions de Josep Maria Bosch i Banyeres, pediatre, membre de la comissió de Pediatria del CCECS, i del grup GEOPS constituït per a la realització d'aquest estudi.

*responsabilitat en les decisions, etc.) i se'l tracta com un assalariat i funcionari mal pagat, sense fer la més mínima atenció a les seves necessitats, als seus estímuls ni consultar-li quines han de ser les seves condicions de treball. D'aquí el gran nombre de professionals desmotivats o "cremats", especialment a l'atenció primària. La motivació del professional aviat deixa d'alimentar-se del dia a dia i la seva rutina; manquen projectes que aportin valor afegit a la feina diària on s'hi pugui dipositar il·lusió. Tot i que arreu hi ha de tot, aquesta és la diferència essencial entre el professional d'atenció primària i el d'atenció hospitalària. Aquest últim té més oportunitats d'il·lusionar-se amb la seva feina (recerca, docència, reconeixement científic, etc.).*²³⁴

Altres tendències, com la tecnificació de la medicina i la seva superespecialització, estan marcant profundament l'evolució que experimenta la professió mèdica; i la condueixen cap a una visió parcel·lària i atomitzada del pacient i cap a una deshumanització de la medicina. Aquesta perspectiva és, òbviament, preocupant i motiu de moltes reflexions en estudis, fòrums i debats. Tant la tecnificació com la superespecialització han esdevingut necessitats inqüestionables, però s'hauria d'incidir per evitar aquests efectes negatius.

Molts especialistes, sobretot en centres d'alta tecnologia, estan perdent la capacitat —i a vegades la voluntat— d'oferir una atenció integral al pacient²³⁵ i des de la cara humana de la medicina. El metge "de capçalera" —que mira, toca i parla al seu pacient—, està sent substituït per un metge "als peus del llit", amb l'atenció posada en els informes i amb el diàleg més dirigit a altres professionals que al propi pacient. Quan tractàvem els àmbits d'atenció primària i hospitalària, hem parlat d'aquests aspectes en general (no només en relació amb ells metges), i en tornarem a parlar a altres apartats d'aquest capítol dedicat a la professió mèdica.

Evolució del ciutadà

Tampoc ens estendrem aquí a explicar les transformacions que originen el nou ciutadà; ja hem dedicat tot un capítol amb anterioritat. Parlarem només d'algun dels aspectes que afecten molt directament la nova relació amb el metge. Podríem resumir que es tracta d'un ciutadà més informat i més exigent i que això no sempre està generant situacions de bona relació amb el metge, o afavorint la seva salut.

A més, l'estil de vida i la transformació de valors estan conduint a la no-acceptació de les frustracions, a la necessitat de viure d'esquenes a la mort i al dolor col·lectiu, i a un alt grau de medicalització de pacients que no ho necessiten, però que no volen afrontar els problemes de la vida quotidiana ni passar pels processos de dol, cada cop més incompatibles amb els ritmes de vida i valors actuals²³⁶. Això genera, entre altres coses, un ús inadequat del sistema (urgències que no són urgents, col·lecció de visites a diferents especialistes, exigències de proves diagnòstiques i tractaments que no milloraran la salut) i una hiperfreqüentació injustificada de les consultes.

Tot això —a més de no ser saludable— sobrecarrega al sistema en general, i als metges en particular. Però no hem d'atribuir aquestes tendències solament a l'evolució del ciutadà. També hi ha una part autoinduída pels professionals mateixos (freqüentació induïda, receptes per a

²³⁴ Reflexions de Josep Terés i Quiles, metge internista, membre de la comissió de Medicina i especialitats relacionades del CCECS, i del grup GEOPS constituït per realitzar aquest estudi.

²³⁵ Rozman C. Reflexiones sobre la Medicina Interna. Discurs pronunciat durant l'acte d'investidura de Doctor "Honoris causa" de Ciril Rozman per la Universidad de Salamanca. Novembre 2004. Disponible a www.usal.es/gabinete/protocolo/Ciril_Rozman_ceremonia.htm

²³⁶ Tizón JL. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. Jano, Humanidades médicas 2006; 0(1618): 58-60

l'activitat pública i privada) i una altra part és causa del sistema (activitats de prevenció no planificades, poca capacitat resolutiva de l'atenció primària)

El nou ciutadà, en general, no està disposat a demores, ni a haver d'anar de servei en servei perquè li resolguin un problema. Vol una immediatesa, difícil pels canals adequats, i acaba utilitzant la via que li pot resoldre el problema de la manera més immediata, amb menys desplaçaments i, segons la seva percepció —que no considera els riscos hospitalaris—, més segura: les urgències hospitalàries.

A part de demanar i exigir més proves diagnòstiques, més intervencions terapèutiques i quirúrgiques, i més opinions; també està arribant a fer més demandes judicials. Sense arribar als nivells dels Estats Units o d'altres països anglosaxons, les reclamacions i litigis contra metges per presumpte error, imprudència, negligència o per danys en una actuació mèdica, estan incrementant també al nostre entorn; i això genera un augment de la sensibilitat sobre la professió mèdica. A més, els mitjans de comunicació no sempre difonen la millor imatge d'aquesta professió²³⁷

La medicina més compartimentada i amb predomini tecnològic també està repercutint en la visió i actuacions del ciutadà. Així, el ciutadà està atorgant un paper d'omnipotència a la tecnologia que genera expectatives superdimensionades. I, a més, s'està acostumant tant a la visió compartimentada del seu cos i dels seus problemes, que moltes vegades és ell el que ja ni li planteja al "seu especialista" els trastorns que considera que no són de la seva incumbència (Rozman 2004).

Relació metge-pacient

Els canvis socials, científics i tecnològics produïts durant les últimes dècades —sobretot els que han determinat una evolució del ciutadà (més informat, més exigent i amb altres necessitats) i també del professional (amb menys temps, més coneixements i més fragmentats)— estan condicionant canvis importants en la relació metge-pacient tradicionalment "paternalista".

La relació que neix és més autònoma i més igualitària i representa una evolució positiva i adulta del paper del ciutadà, el qual adquireix una sèrie de drets i també uns deures, reconeguts de manera explícita²³⁸. Però aquests i altres canvis en la relació també comporten algunes dificultats no sempre ben resoltes.

A més, una bona part de la gran quantitat d'informació a la qual té accés el ciutadà no és de qualitat, està esbiaixada i contribueix a una formació d'expectatives superdimensionades del progrés científic i tecnològic, que no corresponen a la realitat. Aquesta idea d'una nova medicina omnipotent —compartida sovint pel professional— està generant dependències tecnològiques tant per part del ciutadà com per part del professional. Quan es creu que la tecnologia pot resoldre quasi tots els problemes del pacient i del facultatiu, es descuiden aspectes claus en la relació metge-pacient.

Valors com la confiança mútua, en els quals se sustenta aquesta relació, s'estan distorsionant, provocant a vegades un clima de fredor i distanciament, afavorit per una assistència mèdica molt més complexa, en la qual el metge està perdent part de la seva autonomia tradicional. Per part del pacient, augmenten la intolerància a les equivocacions, les exigències i reclamacions i altres situacions de conflicte. El metge no té el temps ni les habilitats necessàries per al maneig d'aquestes noves situacions.

²³⁷ Journalists accused of wrecking doctors' lives. BMJ 2005; 330: 485.

²³⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 del 15 de noviembre del 2002

Deshumanització de la medicina i Medicina defensiva

S'ha parlat molt, i per això li dediquem un espai, sobre la deshumanització de la medicina. Malgrat no sigui un tret generalitzat, sí que es tracta d'una tendència que s'observa i que és preocupant. Hi té molt a veure amb la fragmentació de la visió holística que el procés d'especialització i superespecialització de la pràctica mèdica ha suposat, i també amb la desmesurada rellevància atorgada a la tecnologia.

És difícil mantenir una medicina humanitzada, quan es tracten alteracions aïllades d'un organisme, sense considerar que pertanyen a un ésser humà, amb uns sentiments i unes circumstàncies i entorns determinats; sense considerar, en definitiva, el seu context biopsicosocial. Però les barreres que dificulten la humanització de la medicina són múltiples i, en part, també provenen dels canvis socials, de l'interès i de l'actitud del pacient.

A més, com diu J. Arimany²³⁹, la professió mèdica del segle XXI viu un moment crític en el qual ha d'assumir reptes sense precedents per satisfer no només el canvi d'expectatives dels pacients, sinó també els nous requisits públics i polítics de qualitat, seguretat i costos. Fa poc menys de 30 anys els metges exercien un rol paternalista i autònom, i era impensable que es qüestionessin el seu prestigi i autoritat professionals; avui els metges exerceixen en entorns sovint massificats, amb excessiva càrrega de treball i una infinitat de tasques burocràtiques que limiten el temps disponible per atendre uns pacients millor formats i informats, però també més exigents, i dotats de més autonomia i capacitat de decisió.

En aquest context, els metges troben més dificultats per exercir el seu treball i la bona relació metge-pacient —la qual continua basant-se, fonamentalment, en la confiança mútua— es veu distorsionada fins a derivar en situacions de conflicte que, no fa tant, ningú hauria imaginat (Arimany 2007). I, en aquest context, augmenten el nombre de queixes i reclamacions que a vegades acaben en denúncies o demandes i, fins i tot, sorgeixen fenòmens nous, com els incidents de violència contra els metges en el lloc de treball²⁴⁰

Com explica J. Arimany (2007) al seu article, l'augment de reclamacions en l'àmbit mèdic condiona els facultatius a una actuació de més seguretat i, en ocasions, porta a sol·licitar proves i procediments diagnòstics addicionals —alguns d'escassa efectivitat i comportant sovint riscos evitables per al pacient— que entrarien de ple en l'anomenada "medicina defensiva"^{241 242}. Aquest tipus d'actuació —a més de ser medicament poc ètica—, genera insatisfacció professional, estrès i *burnout* en els metges; comporta un increment de la despesa sanitària i més risc per al pacient; i augmenta les llistes d'espera. Segons Paredes²⁴³, si les demandes i reclamacions dels pacients són la causa principal del procedir defensiu del metge, es podria parlar d'un efecte bumerang i afirmar que, sense les primeres, la medicina defensiva no existiria.

²³⁹ Arimany J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. Humanidades médicas; 2007 (12):1-16

²⁴⁰ Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Quaderns de la Bona Praxi, Núm. 17, COMB, Setembre 2004.

²⁴¹ McQuade JS. The medical malpractice crisis- reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. J R Soc Med 1991; 84: 408-11.

²⁴² La medicina defensiva s'ha definit com el conjunt de conductes desenvolupades pels metges per tal d'evitar les demandes per mala praxi.

²⁴³ Paredes R. Ética y Medicina Defensiva. Seminario El ejercicio actual de la medicina. México: Facultad de Medicina UNAM, 2003

Als Estats Units —on la “malpractice crisi”²⁴⁴ està arribant al seu punt més àlgid— fa anys que es debat sobre la conveniència de reformar el sistema legal de la responsabilitat professional mèdica (RPM), davant de la crisi provocada per l’increment del nombre de demandes i de les quanties a pagar. Als estats que no han emprès reformes legislatives, les primes de les companyies asseguradores s’estan tornant inaccessibles, es tanquen consultes de determinades especialitats considerades de risc, i es malgasten milers de milions de dòlars en medicina defensiva.

L’American Medical Association (AMA) va elaborar un mapa dels estats en crisi de RP greument alarmant²⁴⁵ i està fent pressió mediàtica a favor d’una reforma frenada per divisions polítiques. Mentrestant, han sorgit altres iniciatives més retòriques, com la de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JACHO) que proposa 19 recomanacions més enllà dels límits per danys o les estratègies preventives dels errors. La JACHO promou la creació d’un sistema de compensació centrat en el pacient, la divulgació no punitiva dels efectes mèdics adversos o la implantació dels experts independents²⁴⁶, entre d’altres.

Hi ha altres iniciatives, com la creació dels Tribunals Especials de Salut²⁴⁷, els quals s’han implantat recentment a través de programes pilot dirigits per l’Escola de Salut Pública de Harvard i la ONG *Common Good*²⁴⁸. Els partidaris d’aquestes sales especials defensen la seva credibilitat davant de les decisions judicials irregulars —considerades uns dels principals elements conductors dels excessius costos sanitaris, l’origen de la “cultura de la por”, i d’ineficiències en tots els nivells assistencials—, i les proposen com a única alternativa capaç de superar el clima actual de desconfiança i les seves conseqüències (costos, riscos, etc.)²⁴⁹

Malgrat que no tots els efectes de la medicina defensiva es considerin negatius (Summerton²⁵⁰ descriu també una incidència positiva, en evitar alguns procediments de risc o dedicar més temps a les explicacions) i malgrat que la situació al nostre entorn estigui encara lluny de l’escenari nordamericà, hi ha l’opinió generalitzada (GEOPS, experts i literatura) que la pràctica de la medicina defensiva està en fase de creixement al nostre entorn i que s’hauria d’estar alerta i intervenir al respecte.

L’Associació Mèdica Mundial (AMM) considera que l’augment de la cultura del litigi és mundial i que afecta de manera negativa la pràctica mèdica i la disponibilitat i qualitat dels serveis de salut. La declaració sobre la reforma de la responsabilitat mèdica²⁵¹ de l’AMM recomana a les

²⁴⁴ Smith WG. The malpractice crisis and the insurance carrier. *J Miss State Med Assoc* 1975; 16(2): 47-9.

²⁴⁵ Liability premium shock is spreading, an AMNews exclusive survey shows. *AM News Staff*, 31 Enero 2005

²⁴⁶ Health Care at the crossroads: Strategies for Improving the Medical Liability System and Preventing Patient Injury. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), 2005.

²⁴⁷ Harvard School of Public Health and Common Good to Develop New Medical Injury Compensation System. *HSPS*, Nota de premsa, 10 gener 2005.

²⁴⁸ Momentum for Special Health Courts is Building. *COMMON GOOD*, Restoring common sense to America. Disponible a: <http://cgood.org/healthcare.html> act. 2007.

²⁴⁹ Baicker K, Chandra CH. Defensive Medicine and Disappearing Doctors? *CH, Health & Medicine, Regulation*. Tardor 2005.

²⁵⁰ Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 310: 27-29.

²⁵¹ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Reforma de la responsabilidad médica, Adoptada per l’Assemblea General de la AMM, Santiago 2005.

associacions i organitzacions professionals estar alerta davant un possible augment de la freqüència i gravetat de les demandes, i els demana que reaccionin exigint les reformes legislatives necessàries per protegir els metges de judicis sense mèrits i per promoure un entorn medicolegal més adequat per exercir pràctiques mèdiques segures en benefici dels pacients²⁵².

Un aspecte relacionat molt directament amb tot aquest panorama és l'actual debat sobre l'autoregulació professional, el qual també ha estat present a les sessions de treball del GEOPS, posant de manifest la preocupació per la seva davallada. L'Observatori Europeu de Polítiques i Sistemes de Salut, a través d'un estudi recent²⁵³, també fa esment d'aquest canvi de tendència i observa que aquesta davallada de l'autoregulació professional està fent emergir nous models instrumentals i racionals per assegurar tant la posició professional com la continuïtat de l'actual equilibri de responsabilitats per retre comptes, regular i gestionar les activitats professionals. La tendència observada per aquest estudi és que, malgrat la fallida de l'autoregulació per assegurar la protecció del públic, cap reforma europea l'ha reemplaçat amb alternatives regulatòries i sovint han adoptat nous instruments i canals de control i creació d'agències de regulació, en comptes de suprimir l'autoritat professional reguladora.

Adquisició, manteniment i avaluació de la competència professional

Per raons diverses que justifiquen la seva transcendència especial, volíem dedicar un apartat a la formació dels metges. D'una banda, és obvi que la transformació del ciutadà, del metge i de la seva relació mútua, a més dels progressos científics i tecnològics, tenen una repercussió directa en les necessitats formatives. De l'altre, és obvi que la formació mèdica del nostre país està en un moment determinant per al futur de la professió, a causa principalment del procés d'integració en l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES).

Hem preferit parlar de la competència professional i, per tant, referir-nos a tot el que comporta; és a dir als coneixements, les habilitats, i també a les actituds. Malgrat aquest últim component sigui més imprecís i de més difícil maneig; segons la opinió absolutament compartida pel grup GEOPS, potser és el més important dels tres i, a més, tant el seu foment com la seva avaluació es consideren assignatures pendents per part de l'Administració (en sentit perceptiu) com dels col·lectius professionals (en sentit vindicatiu)²⁵⁴. Tenint en compte que la competència és més un hàbit al llarg de la vida que una adquisició a assolir en un moment determinat²⁵⁵, el manteniment i l'avaluació tindran un paper clau en la preparació de metges capaços d'adaptar-se als canvis i de millorar les seves competències. Per això, a més de tractar alguns aspectes relatius a l'adquisició de la competència a través de les diferents etapes formatives –inclosa la formació continuada–, parlarem de la seva avaluació.

Algunes necessitats formatives emergents

Hi ha una sèrie d'aspectes formatius en els quals es considera que s'ha d'incidir de manera especial, bé perquè els nous escenaris així ho requereixen, o bé perquè l'evolució del

²⁵² Budetti PP. Tort Reform and the Patient Safety Movement: Seeking Common Ground. JAMA 2005; 293: 2660-2662.

²⁵³ Dubois CA et al. Reshaping the regulation of the workforce in European health care systems. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 10:173-192.

²⁵⁴ Bosch JM. Les actituds. Pediatría Catalana, Butlletí de la Societat Catalana de Pediatría. Gener-Febrer 2006; 66(1):32-33

²⁵⁵ Leach DC. Competence is a habit. JAMA 2002;287:243-4

professional i/o del seu entorn han anat diluint la seva consideració, però no han perdut la seva rellevància. Es tracta d'aspectes a insistir en la formació dels metges al llarg de la seva trajectòria, tant a pregrau, com després, a la formació d'especialistes o a la formació continuada. Sense entrar en més detalls, i d'una manera general, l'opinió del grup GEOPS i d'altres fonts consultades, coincideixen a remarcar els següents:

- * **La comunicació** sempre ha estat fonamental per a una bona relació metge-pacient, però hi ha situacions emergents que la fan especialment necessària. El metge necessita eines i habilitats comunicatives per restablir la confiança mútua —abans indiscutible i ara qüestionada sovint— essencial per a una bona relació. Però també es fa imprescindible per assolir els actuals objectius terapèutics, preventius i de promoció de la salut.

Les intervencions educatives i de promoció de la salut —essencials per abordar els principals problemes de salut actuals— requereixen estratègies i habilitats comunicatives, per tal que siguin efectives. Recordem que els hàbits saludables, la motivació, les habilitats personals i l'autoestima —necessàries per controlar i autogestionar la millora de la salut— són, sinó impossibles, difícils d'adquirir amb una mera transmissió d'informació.

Les dificultats que comporta la tendència creixent a la multiculturalitat també són més fàcils de superar amb una bona capacitat comunicativa per part del professional. A més, el poc temps de les consultes i de la societat en general, fan cada cop més necessària una capacitat suficient per detectar les principals preocupacions i expectatives dels pacients i dels seus familiars, i també per estructurar la informació a donar-los, de manera clara i concisa i segons les preocupacions i expectatives detectades.

Molts altres arguments justifiquen aquesta necessitat imperant d'adquirir les eines, habilitats i actituds per comunicar amb eficàcia. La societat del benestar, la societat de la informació, i el panorama d'avenços científicotecnològics constants i espectaculars —a més d'interessos mercantilistes i d'altre índole per part de certs grups de pressió—, generen expectatives gairebé il·limitades. El metge i altres professionals de la salut, immersos en tot aquest context, han de convèncer un nou ciutadà —molt informat, amb més autonomia i capacitat de decisió, més exigent i amb menys capacitat per gestionar la malaltia i les frustracions— que no tot és “curable”, que fer més proves diagnòstiques no és sempre sinònim de curar abans o millor, que moltes intervencions diagnòstiques i terapèutiques comporten riscos, i que els medicaments no són la “panacea”. I tot això, amb totes les dificultats esmentades i, a més, amb un temps sovint insuficient i cert temor de no donar al pacient allò que li exigeix, malgrat no sigui necessari i sovint perjudicial.

- * **Els aspectes bioètics i el dret mèdic** s'han de considerar cada cop més, perquè la vessant bioètica va evolucionant i la relació metge-pacient canvia també. Això comporta nous drets, nous deures i noves maneres d'abordar moltes situacions. A part dels principis bàsics de la bioètica —tant respecte a l'assistència com a la recerca—, el dret a la informació, les decisions compartides i el consentiment informat, el dret a la intimitat, el respecte a la confidencialitat de la informació —i les situacions en les que està permès no respectar-les— tant a l'hospital com a l'atenció primària, i el dret al testament vital, en són alguns exemples.

A més, la nova relació metge-pacient (el pacient coneix millor els seus drets i reclama que es compleixin), el risc i la decepció que comporten algunes intervencions d'alt nivell tecnològic, i el clima de fredor i distanciament afavorit per la creixent complexitat de l'assistència, també estan comportant més i noves situacions de conflicte, com l'augment de litigis o reclamacions. Aquestes circumstàncies i l'aparició de noves normes legals —en matèria d'autonomia del pacient, documentació clínica i assajos clínics, entre d'altres— fan que el metge hagi d'adaptar-se, i la formació continuada en aspectes medicolegals es fa molt recomanable (Arimany 2007).

- * **Cures paliatives.** L'envelliment de la població, la cronificació de les malalties, el nombre més gran d'intervencions quirúrgiques i l'augment dels anys de vida amb malalties incurables, estan generant cada vegada més demandes de cures paliatives. Les tendències en els patrons demogràfics i de morbiditat fan preveure que en els pròxims anys augmenti el nombre de pacients geriàtrics i el nombre de pacients amb malalties cròniques i degeneratives. Per tant, cada vegada serà més gran el nombre de persones que es poden veure afectades pel sofriment d'una malaltia avançada, o d'una situació terminal, en si mateixos o en els seus familiars. Les persones en aquestes situacions tenen necessitats específiques, que inclouen la correcta valoració i el tractament de la seva simptomatologia (dolor, nàusees, constipació, dispnea, etc.), l'abordatge de l'ansietat, una comunicació empàtica amb el malalt i sobre la malaltia, i el suport i informació adequats a la família.

Aquesta és la línia d'actuacions que assenyalava el Pla Director Sociosanitari²⁵⁶. Afavorir el confort i la qualitat de vida d'aquestes persones, disposar d'instruments d'avaluació i atenció a la família, acompanyar en el dolor i en la mort, i disposar d'elements per afavorir els processos de comunicació, no ha de ser exclusiu dels professionals d'unitats especials. Altres metges, i altres professionals de la salut, es troben sovint davant de situacions difícils d'afrontar i amb una capacitat insuficient per satisfer aquest tipus d'atenció.

Un estudi realitzat per Laura Ruiz Balestra, metgessa d'atenció primària, ha posat de manifest que la percepció del metge de família sobre les seves habilitats en el maneig de pacients terminals no es correspon amb les activitats que realitza. Les habilitats millor valorades eren el maneig del dolor i el maneig de l'entorn social del pacient. El tractament de voluntats anticipades, les expectatives del cuidador principal i les expectatives del pacient van ser les activitats per a les quals percebien pitjors habilitats. Segons Ruiz Balestra, la formació del metge de primària en el maneig del pacient amb malaltia terminal ha millorat bastant, però falta més formació específica i concreta en l'abordatge de cures paliatives. *Sobretot falta una bona formació de pregrau.*

El passat mes de juliol, el MSC va publicar la *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*, l'elaboració de la qual ha estat gràcies al treball en comú de representants de totes les societats científiques implicades i de les comunitats autònomes. Els punts clau que aborda, per tal de solucionar aquestes mancances, inclouen el foment de la formació del professional, la coordinació entre nivells i l'autonomia del pacient amb presa compartida de decisions.

- * **Treball en equip.** Les noves realitats socials, científiques i professionals requereixen cada cop més una aportació interprofessional per tal d'abordar de manera eficaç els problemes de salut —que sovint són més complexos—, i d'optimitzar l'ús de les noves oportunitats terapèutiques, diagnòstiques i preventives.

L'increment de prevalença de les patologies cròniques i dels processos degeneratius, l'envelliment de la població, la major supervivència als accidents i a les malalties cardiovasculars i oncològiques, l'augment de situacions pluripatològiques, de polimediació (gent gran, crònics), o de dependència són alguns dels elements que fan més necessari un bon treball d'equip, capaç de sumar de manera sinèrgica i efectiva els diferents coneixements, experteses i competències^{257 258}.

²⁵⁶ Pla Director Sociosanitari. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2006

²⁵⁷ McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:63-78

²⁵⁸ Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006

Igualment, les noves àrees de coneixement i d'expertesa, la gran varietat d'aplicacions diagnòstiques i terapèutiques noves i sovint complexes, els enfocaments preventius i de promoció de la salut, i els abordatges integrals dels processos, requereixen cada cop més l'eficàcia d'equips que, sovint (amb l'assistència crònica, per exemple), han d'anar més enllà dels límits organitzatius²⁵⁹.

- * **Evitar l'aïllament professional.** Malgrat l'evidència de la importància del treball en equip, i del consens generalitzat en atorgar-li un paper destacat a l'hora d'abordar els nous reptes de salut; precisament ara, sembla que la tendència de la forma de treballar dels metges va més cap a una individualització del seu treball, recolzant-lo en la tecnologia i en proves diagnòstiques, no sempre necessàries.

Han anat desapareixent el diàleg entre els metges i la discussió entre col·legues dels problemes que sorgeixen en el dia a dia, sent substituïts en gran mesura pel que es pot trobar a la xarxa. Fins i tot les sessions clíniques estan perdent importància, i es redueix cada vegada més el cercle dels professionals amb qui es comparteixen i s'intercanvien experiències. Entre la mateixa professió, la mateixa especialitat, la mateixa subespecialitat i s'arriba, fins i tot, a restringir el cercle al grup concret amb què està fent una recerca determinada, la qual s'ha de publicar i no es pot compartir.

⇒ D'aquesta manera es perden oportunitats enormes de traspasar vivències i coneixements entre especialistes de diferents serveis. Això comporta —a part d'aquesta pèrdua d'enriquiment col·lectiu— una visió del pacient cada cop més atomitzada. El resident també perd aquest enriquiment més global.

⇒ S'està perdent el sentit clínic (convé recordar que el sentit clínic ha de ser també una qualitat del professional que es dedica al diagnòstic), a favor d'un tecnicisme i d'un aïllament que va en contra de la bona gestió del coneixement dels centres. *El mínim problema es consulta a Internet, sense comptar amb els companys del costat.*

- * **Fomentar l'ús adequat de la medicina basada en l'evidència (MBE).** La tan en voga i anomenada "medicina basada en l'evidència" ha estat fonamental per facilitar la gestió de la immensa quantitat de dades i resultats d'estudis a escala mundial i també per disminuir una variabilitat injustificada en la pràctica mèdica. Ha esdevingut una eina bàsica per al nou professional, que es troba immers en un entorn científic i tecnològic d'un dinamisme aclaparador. La MBE aporta un element de seguretat imprescindible, però amb el perill latent d'una confiança excessiva en ella, i d'una tendència a prescindir de l'anomenada "medicina basada en la experiència" o "ull clínic", cada vegada menys valorats.

S'està oblidant sovint que una bona pràctica de la MBE ha d'integrar la millor evidència científica externa disponible i també l'expertesa clínica del professional. L'"evidència" externa —posada a l'abast de la col·lectivitat científicomèdica, gràcies a processos sistemàtics de cerca i d'avaluació—, ha de servir de base per prendre les decisions, però mai podrà substituir l'expertesa clínica individual. Aquesta serà la que orienti sobre l'aplicabilitat de l'evidència externa al pacient individual i —en el cas de ser aplicable— sobre com integrar-la en una decisió clínica.

Aquesta MBE, que en realitat és una medicina basada en proves²⁶⁰ —segons Ciril Rozman, seria preferible denominar-la basada en la constatació, ja que l'evident no necessita

²⁵⁹ Marsteller JA i Shortell SM. Equipos de trabajo y eficacia de equipo en la asistencia sanitaria. Dins: Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona, Masson 2006; (8):141-161

²⁶⁰ Aquesta denominació, com tantes altres, prové d'una mala traducció de l'anglès Evidence based medicine. Una de les accepcions de la paraula anglesa evidence es refereix a "proves", com les proves que es presenten en un judici, per exemple.

demostrar-se— està creant moviments que pretenen contraposar-la a l'anomenada “medicina basada en la complexitat”, perquè a l'exercici clínic sempre hi ha un cert grau d'incertesa, que no es pot gestionar amb la MBE solament²⁶¹. Sense menysprear ni un model ni l'altre, i tenint en compte que cap dels dos són la panacea, s'hauria de cercar i fomentar l'equilibri adequat que permeti prendre les decisions més idònies en cada cas, sobretot en les situacions complexes de multimorbiditat i d'incertesa.

Formació de pregrau, futur grau i màster

A pocs anys de la data prevista (2010) per a la consolidació de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES), disposem d'un Llibre Blanc de Medicina²⁶² —elaborat per la Conferència Nacional de Degans de Medicina Espanyola—, que revisa àmpliament la situació actual comparada entre universitats espanyoles i amb els països europeus. Només esmentarem aquí els temes que han sorgit com a més preocupants als debats del grup GEOPS, alguns dels quals també han estat considerats al Llibre Blanc esmentat.

- ⇒ La **formació actual del metge** (la llicenciatura) està **massa orientada a les proves selectives** que hauran de superar els llicenciats per poder especialitzar-se a través del programa MIR i s'està arribant a considerar —tant pels docents com pels estudiants— com una preparació i entrenament als exàmens MIR. Aquesta realitat determina tant el tipus de formació com el tipus d'exàmens.
- ⇒ El fet que l'**examen MIR** no avaluï ni habilitats ni actituds, condiona uns estudis de pregrau amb insuficient preparació i exigència en aquest sentit. El Llibre Blanc recomana complementar les preguntes conceptuals actuals amb una avaluació practicoclínica. La LOPS també preveu l'avaluació de la competència clínica i les habilitats de comunicació, a més dels aspectes cognitius. El grup GEOPS —d'acord també amb aquest tipus de canvi—, va més enllà i insisteix en l'avaluació de les actituds. A més de l'adquisició de coneixements i l'aprenentatge de noves tècniques, s'hauria de fer més èmfasi a pregrau en l'adquisició d'habilitats i actituds mitjançant les relacions interpersonals entre alumnes, professors i pacients, però es fa imprescindible la seva avaluació.
- ⇒ Com ja hem comentat, **s'hauria d'insistir i millorar des de pregrau l'adquisició de certes habilitats** —comunicatives, maneig d'aspectes bioètics, abordatge de cures pal·liatives, orientació comunitària, capacitat per treballar en equip i per establir aliances interdisciplinàries—, fonamentals per adequar la competència a les necessitats actuals. Però sense unes **actituds afavoridores del seu ús**, la pràctica mèdica no canvia. Es pot tenir, per exemple, molta capacitat comunicativa, però si no hi ha una actitud que ho permeti, no hi haurà comunicació entre col·legues²⁶³.
- ⇒ **L'adquisició, manteniment, avaluació i valoració de les actituds** es considera un tema poc resolt i de rellevant transcendència, tant en la qualitat assistencial com en la motivació professional i l'eficàcia del sistema. Quan parlem d'actituds ens referim no només a les actituds de metge a pacient, sinó també d'Administració a metge, de metge a Administració, de metge a metge, etc. La percepció generalitzada del grup GEOPS i

²⁶¹ Rozman C. Reflexiones sobre la Medicina Interna. Discurs pronunciat durant l'acte d'investidura de Doctor “Honoris causa” de Ciril Rozman per la Universidad de Salamanca. Novembre 2004. Disponible a www.usal.es/gabinete/protocolo/Ciril_Rozman_ceremonia.htm

²⁶² Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Española. Libro Blanco Título de Grado en Medicina. 2005

²⁶³ Gadacz TR. A changing culture in interpersonal communication skills. Am Surg. 2003; 69(6):453-8

d'altres experts és que es podrien i s'haurien d'explorar i desenvolupar iniciatives per valorar, fomentar i incentivar les actituds, malgrat reconeixen el seu difícil maneig.

Les actituds són més difícils d'adquirir i de canviar que els altres components de la competència (coneixements i habilitats), i la seva avaluació i valoració són també més complexes i especialment subjectives (Bosch Banyeres, 2006). Es tracta, per tant, d'un problema difícil i la seva solució dependrà molt del sistema, de la valoració i de l'avaluació de les actituds, i del pes del pacient i la seva possible elecció. Els experts del GEOPS consideren que aquesta qüestió s'ha de plantejar com a especialment rellevant sobre tot el que vindrà després, i que *sense considerar les actituds no hi ha res a fer*.

L'actual excés d'orientació a l'examen MIR arriba a crear una desmotivació radical i profunda per a l'activitat assistencial del metge clínic. Molts estudiants es passen els dos últims anys pensant-hi i un any sencer estudiant per a l'examen MIR, sense fer res més. I això és just el contrari del que hauria de ser l'actitud assistencial. Fins i tot les facultats han caigut en la temptació de qualificar-se en funció del número MIR que obtenen els seus alumnes, quan l'examen MIR és purament i exclusivament un examen de coneixements. Encara que es canviïn aspectes molt profunds de la formació de pregrau, sense una modificació simultània de l'examen MIR, podríem no obtenir els efectes esperats.

Malgrat costin de canviar algunes actituds, segons les primeres experiències i depenent de qui tinguis al costat, es pot fomentar més o menys un canvi d'actituds. Hi ha moments fonamentals a la vida professional per adquirir-les: a la formació del pregrau i a l'especialització o MIR. Des de sempre, l'aprenentatge de les actituds s'havia basat en la figura del mestre, aparentment substituïda en l'actualitat pels avenços tècnics i la major importància atorgada als coneixements i les habilitats. *Tot i això, seguim identificant col·legues amb una particular influència educativa, caracteritzats per animar els altres a aprendre i compartir el que saben, per ser clínics experts i estar al dia, per ser bons comunicadors i per tractar els altres amb respecte i com a iguals*^{264 265}. *Les actituds i les qualitats d'aquestes persones sovint no són valorades com es mereixen pels gestors, però sí pels altres professionals, especialment per aquells amb qui han treballat i a qui han ensenyat.* (Bosch Banyeres, 2006)

A més de revalorar la funció d'aquestes interrelacions al llarg de la formació, introduir activitats emocionalment actives al principi de la formació també pot afavorir l'assoliment d'aquelles actituds susceptibles de canvi i desviar cap a altres activitats aquells perfils no adequats, i impossibles de canviar. Experiències d'aquest tipus d'activitats fomenten canvis espectaculars d'actituds vitals, de la mateixa manera que quan un professional, un cap de servei, etc. ha de passar per una experiència emocionalment forta des de l'altre cantó. Al País Basc, per exemple, els estudiants de medicina tenen, durant més d'un any, un grup tipus *Balint* on aprenen sobre la pràctica professional, exposant les dificultats relacionals i les seves causes a través d'activitats grupals. A la Universitat de Rochester, durant els primers cursos de medicina, els estudiants fan grups de dol i parlen entre ells de les seves pròpies malalties i de les dels seus familiars. Tenint en compte que no totes les actituds es poden canviar i que no hem d'esperar optimismes irrealment amb les canviabls, tot el que es faci en aquest sentit –plantejant des del principi quines, com, per què i per a què– repercutirà en la resta. Aquestes activitats emocionals, quan es fan ben fetes, serveixen per

²⁶⁴ Wright FC, Ryan DP, Dodge JE, Last LD, Law CH, Smith AJ. Identifying educationally influential specialists: issues arising from the use of "classical" criteria. J Contin Educ Health Prof. 2004; 24:213-26

²⁶⁵ Bondermarker PM, Conradi MH, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz JC. Core characteristics of the competent general practice trainer, a Delphi study. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2003; 8(2):111-6

canviar actituds i orientar més adequadament els alumnes, fent que determinats perfils desviïn l'elecció d'especialitat o, fins i tot, canviïn de carrera.

- ⇒ Es percep una **insuficient**, si no nul·la, **preparació per a un futur treball en equip**. La **competència interprofessional (CIP)**, necessària per a la col·laboració entre diferents professions, està experimentant un reconeixement creixent en les organitzacions actuals de salut. Factors com la major complexitat de les seves estructures i de les necessitats dels pacients, l'envelliment de la població i la multiculturalitat, requereixen cada cop més un abordatge interdisciplinari per establir suports mutus i proporcionar una atenció eficient amb els recursos disponibles. La CIP dels metges –definida com l'habilitat per cooperar amb altres professions i conèixer i entendre la importància, funcions i rols d'altres professionals de la salut– és molt difícil d'assolir amb una formació aïllada d'altres professionals, amb els quals haurà de treballar en un futur. La pràctica interprofessional no és sempre la manera més natural d'organitzar l'atenció a la salut i s'han de vèncer obstacles i trencar barreres, com les creences i actituds socioculturals i el poder relatiu de les diferents professions, en especial de la professió mèdica, tradicionalment potent i ben definida²⁶⁶. En canvi, les habilitats interprofessionals es consideren una àrea important de la competència professional mèdica²⁶⁷.

Amb el convenciment que la CIP s'adquireix en un procés gradual, l'OMS va desenvolupar i fomentar la idea de **l'Educació Interprofessional (IPE)**, en el camp de les ciències de la salut, a través de l'informe "Aprendre junts per treballar junts per a una millor salut" (1988)²⁶⁸. L'IPE és àmpliament reconeguda com a mètode potencialment eficaç per incrementar la pràctica col·laboradora i està creixent com a objectiu en la política de molts governs i universitats a escala mundial (Faresjo, 2006).

Un dels primers exemples europeus, la Facultat de Ciències de la Salut de la Linköping University de Suècia, fa 20 anys que assigna IPE fins a 12 setmanes dels currículums de tots els programes de ciències de la salut²⁶⁹. En els darrers anys, altres universitats europees –com l'Institut Karolinska d'Estocolm i diverses universitats del Regne Unit– estan canviant els seus currículums per incloure IPE. L'interès en IPE també està creixent de manera considerable a Amèrica del Nord –especialment a Canadà on el Govern i el Consell Nacional de Salut (IEPCP) li han assignat recursos importants– i a Austràlia²⁷⁰.

L'evidència científica de l'efecte de l'IPE sobre la pràctica professional i sobre els resultats de salut –malgrat és escassa– augmenta constantment²⁷¹. També està emergint un moviment internacional per explorar i compartir experiències en Educació i Pràctica Interprofessional. Algunes iniciatives per promoure aquesta pràctica inclouen la creació

²⁶⁶ Faresjo T. Interprofessional education - to break boundaries and build bridges. *Rural and Remote Health* 6 (online), 2006: 602. Disponible a: <http://www.rrh.org.au>

²⁶⁷ Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-235

²⁶⁸ World Health Organisation. Learning together to work together for better health. Report of a WHO study Group on Multiprofessional Education of Health personnel: the team approach. Technical Report Series no. 769. Geneva: world Health Organisation, 1988.

²⁶⁹ Areskog N-H. Multiprofessional education at the undergraduate level – the Linköping model. *Journal of Interprofessional Care* 1994; 8:279-282

²⁷⁰ McNair R, Brown R, Stone N, Sims J. Rural interprofessional education: promoting teamwork in primary health care education and practice. *Australian Journal of Rural Health* 2001; 9(suppl 1): S19-S26

²⁷¹ Bar H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: argument, assumption & evidence*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

d'associacions –com la Interprofessional Education and Collaborative Practice (InterEd) o la xarxa nòrdica Nipnet– i les conferències internacionals “*All together better health*” que es vénen desenvolupant des de 1997.

- ⇒ S'està produint una transició cap a l'ensenyament basat en la resolució de problemes. Segons la revisió de la Conferència Nacional de Degans de Medicina Espanyola per a l'elaboració del Libro blanco de medicina (2005) i altres autors (González López-Valcárcel 2006), els diferents plans d'estudi dels països de la UE-15 són similars en quant a continguts, però els mètodes docents i l'equilibri entre teoria i pràctica són diferents. A les facultats de medicina de l'Estat espanyol, actualment prevalen els mètodes clàssics –amb èmfasi en l'aula i en els aspectes acadèmics–, sobretot en els primers cursos, però s'està tendint a un canvi.

Formació de postgrau: Especialització i superespecialització, àrees de capacitació específica, i formació continuada

Moltes de les tendències i necessitats de formació emergents que hem comentat a l'apartat de pregrau, són també aplicables a la resta d'etapes formatives. La necessitat d'aprofundir i millorar certs aspectes formatius, o la preparació al treball en equip i a la col·laboració interdisciplinària i interprofessional, o les correctes avaluació i valoració d'habilitats i d'actituds, en són alguns exemples. Abordarem aquí aspectes més específics de l'etapa de postgrau, alguns dels quals també condicionen, al seu torn, l'etapa formativa prèvia.

Com ja hem comentat, el **fenomen de la superespecialització** de la pràctica mèdica –necessari per a l'avenç del coneixement biomèdic al ritme actual i per abordar, en àrees determinades, el ràpid creixement científicotècnic– està contribuint a generar, en molts àmbits, una atenció fragmentària allunyada de la visió holística ideal. Aquesta tendència, a part de no afavorir l'atenció integral i la continuïtat assistencial, genera una rigidesa en el sistema que no encaixa amb la flexibilitat necessària per a una adequada adaptació als canvis de l'entorn.

Aquest problema és un fet compartit arreu, però les diferents especialitats mèdiques són especialment nombroses al nostre país. Comptem amb el 83% del total d'especialitats mèdiques existents a la Unió Europea, i solament 9 de les 53 especialitats que existeixen en almenys un altre país no tenen títol oficial al nostre.

Si afegim **algunes característiques del funcionament actual del model sanitari català**, és evident que la nostra necessitat de metges s'incrementa respecte a d'altres països comparables. El nostre model –molt ben valorat pels ciutadans, per la seva qualitat i proximitat– disposa d'una xarxa d'hospitals que fa que no hi hagi cap població que no tingui un hospital a menys de 30 o 40 km. Però en comptes de treballar en xarxa, cada un dels hospitals, siguin grans o petits, tendeixen a disposar de tots els recursos; i això condiciona unes necessitats de plantilles mèdiques molt nombroses.

Tota aquesta realitat agreuja la situació, tant des de la perspectiva assistencial –dificultant l'atenció integral–, com des de la del ciutadà –que cada cop ha de visitar més especialistes, habitualment desconnectats entre si i amb una formació insuficient en aspectes bàsics i genèrics de la medicina–, i també des del punt de vista d'optimització dels recursos que la societat inverteix en la salut.

No hem d'oblidar que les malalties de base poden influir en l'origen i l'evolució del procés específic i viceversa i que, per tant, és essencial un coneixement que permeti tractar i diagnosticar no solament el motiu específic de la consulta, sinó també els processos més comuns i prevalents dels pacients, que cada cop tenen més edat, més patologies coincidents, i són més dependents.

Amb l'objectiu de corregir aquesta situació i millorar la formació comuna o bàsica dels metges especialistes, la LOPS replanteja els programes formatius i introdueix el concepte de *troncalitat*²⁷². El **desenvolupament de la formació troncal** comportarà avantatges en els aspectes abans referits i també aportarà una major flexibilitat, com a valor afegit. Aquesta flexibilitat permetrà la transferència de competències professionals –coneixements, habilitats i actituds–, útils per al desenvolupament de les diferents especialitats; i també facilitarà una mobilitat racional dels professionals entre les especialitats del mateix tronc, quan les circumstàncies personals o de l'entorn sanitari ho puguin requerir.

La Comissió de Medicina i especialitats relacionades del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) ha iniciat una reflexió sobre la troncalitat de les *especialitats mèdiques*, i ha exposat el resultat de l'anàlisi en un article de la revista *Medicina Clínica* (Terés et al., 2006). L'article inclou una proposta de les competències que aquests especialistes haurien d'adquirir durant els dos anys de la formació comuna. Altres comissions del CCECS –relacionades amb altres especialitats– també estan aprofundint en aquest aspecte. L'objectiu d'aquests treballs és aportar reflexions que –juntament amb d'altres que puguin sorgir de societats científiques i de l'Administració– puguin servir d'orientació a les autoritats sanitàries en el desenvolupament i implementació de la formació troncal dels futurs professionals.

La formació troncal també pot facilitar el desenvolupament de les **àrees de capacitació específica (ACE)**, un altre concepte previst per la LOPS (Terés et al. 2006). Com ja han manifestat alguns autors^{273,274} –coincidint de nou amb les consideracions del GEOPS²⁷⁵–, les fronteres entre especialitats són difuses i canvien amb la tecnologia i el coneixement biomèdic. La proliferació d'especialitats aïllades i la rigidesa dels sistemes de contractació de determinats llocs de treball, cada cop tenen menys sentit. Guanyar flexibilitat és una bona idea per poder afrontar un món canviant (González López-Valcárcel 2006). El canvi d'èmfasi de la formació com “especialització” a la formació com “capacitació” va en aquesta línia²⁷⁶. El desenvolupament de les ACE pot omplir alguns buits de reconeixement actuals –per a la solució dels quals algunes veus proposen diferenciar entre “especialistes” i “experts”–, i permetre una superespecialització –amb caràcter i diploma oficial– en àrees de coneixement específic, que per les seves característiques no arribin a constituir una especialitat com a tal. Les ACE podrien resoldre la situació de no reconeixement legal que arrossegueu subespecialitats reconegudes *de facto*, com podrien ser la psiquiatria infantil, l'hemodinàmica o la neonatologia. Aquesta última, fins i tot, va ser aprovada pel Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) al 1997, però no ha arribat a sancionar-se.

²⁷² El punt 2 de l'article 19 de la LOPS especifica el següent: *Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años.*

²⁷³ González López-Valcárcel B. El cambio tecnológico en sanidad. Determinantes, efectos y políticas. En: González López-Valcárcel B, ed. Gestión de innovación y difusión de tecnología en sanidad. Barcelona: Masson, 2005.

²⁷⁴ La mateixa idea es repeteix i s'emfatitza en altres treballs ja referenciats, com l'article de Terés J et al. 2006, el llibre de Hidalgo et al. 2006, i els diferents treballs de l'Observatori Europeu de Polítiques i Sistemes de Salut.

²⁷⁵ Reproduïm una reflexió interessant sorgida, i consensuada, durant els debats del GEOPS: *...és molt probable, p. ex., que a mesura que avancin la biologia molecular, la genòmica o la proteòmica, moltes de les especialitats actuals no tindran sentit. Fins i tot les pautes de diferenciació poden canviar i, en comptes de separar per “malalties del cor”, etc., s'hagi de dividir potser per grups de gens...*

²⁷⁶ Pujol R i Oriol A. ¿Especialización o áreas de capacitación? Med Clin (Barc). 2004;123:55-6

De fet, hi ha moltes àrees de la pediatria on es considera necessària la creació de subespecialitats pediàtriques (SEP), ateses l'especificitat i la complexitat dels seus procediments diagnòstics i terapèutics, i també pel desenvolupament de la docència i de la recerca en el seu àmbit. Segons un treball de la Comissió de Pediatria del CCECS²⁷⁷, *no hi ha un acord pel que fa al nombre de les SEP, però sí un consens internacional en el reconeixement explícit o implícit de la seva existència i del seu àmbit d'actuació. Aquest consens ve avalat per l'existència de societats i associacions de pediatres especialistes en SEP als àmbits nacional, estatal i continental.* El document citat relaciona algunes d'aquestes SEP –d'acord amb la *Confederation of European Specialists in Pediatrics* (CESP) i la *Asociación Española de Pediatría* (AEP)–, i distingeix algunes SEP, intrínscament pediàtriques –com la neonatologia–, d'altres que consideren paral·leles a les especialitats de la medicina interna, però amb diferències en els aspectes etiològic, patològic, terapèutic i preventiu.

Malgrat els possibles beneficis de les ACE, González López-Valcárcel i Barber Pérez (2006) adverteixen sobre altres riscos: *A la pràctica, les fronteres entre especialitat, subespecialitat i àrea de capacitació específica és i serà difusa, mal definida i donarà lloc a tensions. La medicina d'urgències n'és un exemple.* I proposen una sèrie de qüestions rellevants, que poden afectar la flexibilitat i per tant el punt d'equilibri de mercat: si seran una via de millora de la qualitat, o un instrument de segmentació del mercat i exercici de la pressió i del poder corporatiu dels especialistes; o si seran transversals a diferents especialitats, o exclusives de determinades especialitats; o l'exigència del credencialisme per exercir; o el possible *numerus clausus* oficial o oficiós.

La **Formació Mèdica Continuada (FMC)** –reconeguda com un dret i un deure per la LOPS– ha de contribuir a mantenir i millorar la competència dels metges al llarg de la seva vida professional. *La FMC es considera un dels cinc components –juntament amb l'activitat assistencial, les activitats de recerca i docència, altres activitats de perfeccionament i l'ètica i el professionalisme– del desenvolupament professional continu (DPC) individual, que s'inicia al pregrau i se situa al llarg de tot el "continuum" formatiu. La missió del DPC és motivar, implicar i incentivar als professionals per al i pel manteniment i la millora contínua de la seva competència, per tal d'oferir a les persones la millor atenció possible^{278, 279} i està estretament relacionat amb la carrera professional (CP)²⁸⁰ –també anomenada sistema d'incentivació i promoció professional (SIPP)–, però convé no confondre ambdós conceptes. Per aplicar els sistemes SIPP a un individu, les organitzacions utilitzaran tant els elements pertinents del seu DPC individual, com els objectius institucionals i d'altres elements que es considerin apropiats.* (A. Martín Zurro, 2006)

La FMC hauria de tenir un paper rellevant –però no exclusiu– en l'avaluació i valoració dels professionals. S'haurà d'evitar la simple acumulació de crèdits formatius, ja que la mera participació en activitats formatives no implica sempre una adquisició o millora de competències. Per tal d'aconseguir els objectius, la FMC hauria de ser lliure, no coercitiva, de qualitat degudament acreditada, participativa activament per part dels alumnes (també en el

²⁷⁷ Consell Català d'Especialitats de Ciències de la Salut (CCECS). Comissió de Pediatria. Formació MIR en Pediatria. 2006

²⁷⁸ Martín Zurro A. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. Jano: Medicina y humanidades. Octubre 2006;1626:66-71

²⁷⁹ Sheldon D i Horowitz DH. Board certification and physician quality. Medical education. 2004; 38:10-1

²⁸⁰ *La CP o SIPP és la trajectòria d'una persona al llarg de l'exercici de la seva professió, en un context laboral determinat, millorant el seu nivell de competència, mitjançant l'experiència, la formació i les activitats científiques... L'aplicació d'aquest concepte en el desenvolupament de l'activitat i l'acompliment dels objectius de l'organització comportaran un reconeixement i recompensa per part de la institució per a la qual treballa...* (Martín Zurro 2006)

seu contingut), múltiple, de fàcil accés i amb un finançament compartit. La formació continuada s'hauria d'adequar més a les necessitats reals, les quals són diverses i canviables; i considerar tant les necessitats generals del sistema i de l'entorn –comunicació, bioètica, medicina transcultural, etc.–, com les necessitats particulars de cada professional. Perquè la FMC sigui útil, els professionals haurien de sentir allò que els interessa i no pas allò que el professorat els ha dissenyat, hauria de permetre una autoavaluació i no acabar essent una *carrera d'obstacles amb exàmens finals i una puntuació en funció d'unes respostes. Un excessiu dirigisme és frustrant i en certa manera menysté la persona.*

Avaluació i valoració de la competència

Una correcta avaluació implica una definició precisa i consensuada de les competències, tenint en compte tots els seus components (coneixements, habilitats i actituds). Es tracta d'una tasca difícil i complexa, però indispensable per organitzar els programes formatius en les diferents etapes, com també ho és per avaluar l'exercici professional de manera adequada. La realització competent de la pràctica mèdica –entenen la competència professional com la capacitat de resoldre correctament els problemes i realitzar les tasques que es plantegen en el dia a dia de la professió– comporta tant coneixements com elements de judici, raonament i valoració, habilitats de comunicació i relació interpersonal, habilitats tècniques i clíniques, actituds personals i professionalisme.

Un cop ben definides les competències, la seva avaluació tampoc és missió fàcil. Cada una de les etapes de la trajectòria professional –durant la formació i durant la pràctica mèdica– comportarà necessitats i propòsits diferents i, per tant, els objectius, les responsabilitats i els instruments tampoc seran els mateixos.

Durant l'última dècada, les facultats de medicina i els programes d'especialització d'arreu han fet esforços renovats per tal d'oferir mètodes d'avaluació –dels estudiants de medicina i dels residents– correctes, fiables i adequats en el temps. Algunes metodologies noves (ACOE, malalts simulats, valoració d'actituds mitjançant actuacions de grup, autoavaluacions sincronitzades, etc.) estan contribuint a aconseguir una avaluació més completa i fiable, però, així i tot, depenent de com i amb quina intenció es faci, una avaluació pot despertar recel i també pot no representar la realitat, ja que sovint són poc sensibles en apreciar la vàlua real del professional.

Una preocupació generalitzada i que ha impregnat els debats del GEOPS és que cal actualitzar i reorientar les metodologies i reordenar les estructures que han de controlar-les i dur-les a terme. Aquesta manifestació coincideix amb estudis recents de diversos grups de treball, com ara el document sobre la formació MIR de pediatria (CCECS, Comissió de Pediatria, 2006) o l'anàlisi sobre el DPC individual, realitzat en el context del desenvolupament operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries²⁸¹.

Fa anys que s'analitzen i comparen les diferents metodologies existents, i el que se'n pot concloure és que totes tenen els seus punts forts i els seus defectes. Sembla assenyat, per tant, posar l'accent en la multiplicitat d'observacions i de mètodes, i així compensar parcialment les mancances i defectes de cada un. El *New England Journal of Medicine* acaba de publicar un article²⁸² que proporciona un marc conceptual i una actualització resumida dels mètodes d'avaluació comuns i emergents, planteja les fortaleses i les limitacions de cada mètode, i identifica una sèrie de dificultats i reptes en l'avaluació de la competència professional i de

²⁸¹ Comissió per al Desenvolupament Operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries de Catalunya (CDOLBPS). Desenvolupament professional continu individual (DPC individual). Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut, 2005.

²⁸² Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007;356(4):387-96

l'actuació dels metges. Ronald M. Epstein descriu una sèrie d'àrees –que anomena *new domains of assessment*–, l'avaluació de les quals es troba encara en estadi embrionari i roman problemàtica: *La qualitat de l'atenció i la seguretat del pacient depenen d'un treball en equip efectiu*²⁸³, i la formació d'aquest aspecte es considera un element essencial en diferents àrees de competència. En canvi, no hi ha mètodes validats per avaluar el treball en equip. Els experts no es posen d'acord en com definir el *professionalisme*²⁸⁴. L'educació mèdica utilitza dotzenes d'escalles per mesurar la *comunicació*, però hi ha poca evidència científica que mostri una millor que una altra i, a més, les experiències que reporten els pacients sovint difereixen de manera considerable de la valoració feta pels experts²⁸⁵.

Tal com s'ha pogut observar a través d'aquest capítol i al llarg d'aquest estudi en general, aquestes tres àrees també han estat motiu de preocupació dels membres del GEOPS. Aquests opinen, en general, que la dificultat rau sobretot a l'hora de definir (i també d'avaluar) habilitats i actituds, i que s'hauria de fer molt més èmfasi en aquests dos components del que es fa realment en l'actualitat. Si bé s'ha avançat més en l'avaluació d'habilitats, l'avaluació de les actituds és especialment complexa, a causa d'una certa imprecisió en la seva conceptualització i d'una dosi important de subjectivitat necessària.

Hi ha metodologies per a la seva mesura, com la metodologia Q, la qual –utilitzant una tècnica quantitativa i qualitativa– es basa en la subjectivitat esmentada. Però aquesta metodologia serveix per avaluar l'actitud de persones com a grup. Valorar la idoneïtat i actitud professional individual és molt més complex²⁸⁶. La manera com s'evidencien més fidelment les actituds, i la competència en general dels professionals, és compartint personalment la seva actuació en la pràctica i també mitjançant l'opinió de les famílies. Aquests aspectes són ignorats en les pràctiques avaluadores habituals (Bosch Banyeres, 2006).

El grup GEOPS creu, en general, que al nostre entorn es té por a les avaluacions subjectives per la possible distorsió de la realitat i la manca de transparència (*no hem d'oblidar que som a un país mediterrani*); però també opinen que es podrien i s'haurien d'introduir canvis culturals en aquest sentit. De fet, hi ha d'altres conceptes, com l'autonomia del pacient, que també signifiquen canvis culturals importants i cada cop estan més arrelats. De la mateixa manera, s'hauria d'aconseguir que l'honestedat fos un valor ben vist i poder comptar amb entrevistes i opinions subjectives que avaluïn actituds i altres aspectes qualitatius de la persona, que són intangibles.

Hi ha països on l'entrevista personal és un element important a considerar en la selecció de candidats a la formació especialitzada. Potser s'hauria de considerar aquesta possibilitat –malgrat comporti esforços (econòmics i d'altra índole) importants–, per tal d'aconseguir els perfils més adequats a la professió i a l'especialitat. Durant el procés formatiu de l'especialitat, l'opinió dels tutors i professors hauria de tenir més pes. Transcrivim un paràgraf del document de la formació MIR en pediatria (CCECS, Comissió de Pediatria, 2006), que coincideix amb l'opinió del GEOPS i que es pot estendre a la resta d'especialitats: *La qualificació dels MIR per part dels seus tutors i professors ha de ser rigorosa, estructurada, tinguda en compte seriosament i ha de posar en entredit el prestigi del tutor o del professor, si no s'adiu amb la realitat.*

²⁸³ Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

²⁸⁴ Ginsburg S, Regehr G, Lingard L. Basing the evaluation of professionalism on observable behaviors: a cautionary tale. Acad Med 2004;79:Suppl:S1-S4.

²⁸⁵ Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. Soc Sci Med 2005;61:1516-28.

²⁸⁶ Cross RM. Exploring attitudes: the case for Q methodology. Health Educ Res. 2005; 20(2):206-13

També hi ha països on les facultats de medicina i alguns postgraus han implantat l'avaluació per parells. Aquesta metodologia, molt facilitada per les noves tecnologies, incorpora múltiples observacions i contribueix a la fiabilitat de l'avaluació. Es donen alhora una autoavaluació, una avaluació dels professors i una avaluació dels companys. En aquests centres, l'actitud no solament s'avalua, sinó que s'exigeix, de manera que qui *suspèn en actitud*, "no passa".

Per últim, cal insistir en el fet que les mancances trobades en el terreny formatiu són també aplicables a l'avaluació de la competència en l'exercici professional a molts àmbits, on no es consideren les actituds. Els processos de selecció de personal sense considerar cap tipus d'entrevistes ni l'opinió d'altres companys, en són un exemple.

3.8.c- Propostes d'acció

*** Cuidar la motivació professional i millorar la permanència en el sistema**

- ⇒ Millorar i adequar la carrera professional i el desenvolupament professional continu.
- ⇒ Incrementar la participació i la implicació en la gestió.
- ⇒ Acostar més el procedir gestor i el clínic (amb més participació, més complicitat i més diàleg), en un sentit bidireccional, fent èmfasi en l'apropament de la gestió a la clínica i no solament en fer la clínica més gestora.
- ⇒ Vincular incentius econòmics i professionals a objectius assumibles i establerts en pactes de gestió.
- ⇒ Reduir les taxes d'interinitat i millorar les condicions econòmiques i laborals.
- ⇒ Incrementar l'autonomia professional i transmetre l'orgull de pertinença als centres.
- ⇒ Introduir mesures –com la superació voluntària de la jornada màxima o la demora voluntària de la jubilació dels metges competents– que permetin ampliar de manera voluntària la dedicació dels professionals.

*** Recuperar una medicina més humanitzada**

- ⇒ Recuperar aquests valors tant per part de la població, com de l'Administració i dels professionals mateixos.
- ⇒ Tenir més en compte aquests valors en els diferents esglaons selectius o de promoció professional.
- ⇒ Transmetre al ciutadà la rellevància del seu benefici, sense menysprear el progrés científic i tecnològic, en l'abordatge integral de la salut de l'ésser humà.
- ⇒ Incorporar de manera efectiva el ciutadà en la presa de decisions i preparar el professional amb l'actitud necessària per superar les barreres que allò implica.

*** Transmetre al ciutadà una valoració adequada del sistema i de les seves limitacions**

- ⇒ Dissenyar plans de comunicació des de salut pública, i desenvolupar-los a través de diversos mitjans atractius, convinents i assequibles –campanyes de sensibilització, comunicació diària a la consulta de primària, aliances amb els mitjans de comunicació,

amb les escoles, etc.— i utilitzant també les tècniques de màrqueting adequades; amb els objectius següents:

- Convèncer el ciutadà del benefici (prop i comunitari) d'un bon ús del sistema i de la utilització dels circuits adequats.
 - Enfortir la imatge de l'atenció primària i la confiança dels ciutadans en els seus professionals.
 - Represtigiar, sense menyspreu de les altres, les especialitats mèdiques més generalistes, com la medicina de família i comunitària, la medicina interna o la salut pública.
 - Prestigiar la capacitat i el rol d'altres professions, en especial de la infermera.
 - Transmetre a la societat els valors més humans de la professió mèdica i la seva importància.
 - Trencar la imatge de la medicina omnipotent i explicitar les limitacions de la medicina, fent èmfasi en la importància de saber gestionar les frustracions i saber conviure amb situacions de malaltia per poder portar una vida més saludable.
- ⇒ Proporcionar al ciutadà aquella informació en la qual està interessat (determinades malalties, riscos, proves diagnòstiques i tractaments), pels mitjans més assequibles i de la manera més adequada per tal de garantir la seva qualitat i la credibilitat de les fonts de procedència.
 - ⇒ Redefinir el paper de l'atenció a l'usuari o el personal administratiu (formació en comunicació, motivació, implicació amb l'equip)

*** Incrementar la capacitat resolutiva del primer nivell assistencial per tal de facilitar el seu accés al ciutadà i evitar-li derivacions i desplaçaments innecessaris**

- ⇒ Oferir al ciutadà accessibilitat telefònica i per correu electrònic amb metge i infermeres, amb franges horàries destinades a la comunicació telefònica, si fos necessari
- ⇒ Ampliar i adequar els horaris al ciutadà: matí i tarda.
- ⇒ Proporcionar el temps i els recursos necessaris per a les visites.
- ⇒ Implantar la figura del "metge personal".
- ⇒ Incrementar el paper i els rols d'infermeria (gestió de malalts crònics, atenció domiciliària, promoció de la salut, activitats grupals).
- ⇒ Facilitar als professionals de l'atenció primària l'accés a proves diagnòstiques i la comunicació amb els altres nivells assistencials.
- ⇒ Garantir la continuïtat assistencial del pacient des de primària, atorgant més accessibilitat, autoritat i competència al metge de primària en casos de pacients en centres sociosanitaris o ingressats en hospitals comarcals.
- ⇒ Potenciar el paper de l'atenció primària en la promoció de la salut.
- ⇒ Integrar la salut mental i l'atenció sociosanitària en l'atenció primària i incrementar la coordinació entre atenció primària i salut pública.
- ⇒ Fomentar i incentivar un treball en equip "realment" interdisciplinari, afavorint vincles interprofessionals (metge consultor, suport, estudis de casos conjunts, contacte per correu electrònic, enviament de resultats, imatges, etc.)
- ⇒ Dotar l'atenció primària amb els recursos –econòmics, espacials i humans– adequats per poder satisfer les demandes de la dependència, per ampliar els serveis i les proves

diagnòstiques i, en definitiva, per assolir una atenció primària més forta i resolutiva, capaç de portar el timó de l'atenció integral.

- ⇒ Quant als recursos humans, a més dels metges necessaris, s'haurien d'incorporar altres professionals que ara no es consideren o que seran insuficients, com per exemple, més infermeres, treballadors socials, auxiliars d'infermeria, fisioterapeutes, dietistes-nutricionistes, podòlegs, psicòlegs, traductors i mediadors culturals.
- ⇒ S'hauria d'integrar molt més treball social a l'atenció primària i també als serveis d'urgència hospitalaris. Per a això, s'hauria de reconsiderar –a més de la quantitat de professionals necessaris– tota la burocràcia en la qual es troben immersos els treballadors socials, i que impedeix la seva funció, convertida sovint en una tasca d'atenció al client. També s'hauria de tenir més en compte el voluntariat i formar-los.

* Fer més èmfasi en la promoció de la salut

- ⇒ Capacitar el ciutadà per incrementar el control de la seva salut i millorar-la (promoure la participació social i la complicitat del ciutadà, incrementar les habilitats personals, fomentar l'autocura, l'autoajuda i l'establiment de xarxes socials).
- ⇒ Crear entorns afavoridors de salut física i mental des d'aliances intersectorials
- ⇒ Enfortir el paper de la prevenció –primària, secundària i terciària– i l'orientació comunitària dels professionals de la salut.
- ⇒ Fomentar la prevenció quaternària, evitant l'ús innecessari d'intervencions sanitàries –medicaments, cirurgia i proves diagnòstiques– i el seu risc potencial.
- ⇒ Millorar la informació i la formació del ciutadà i de la comunitat, desenvolupant plans de comunicació que incloguin diversos tipus d'acció i estratègies: deslligar al màxim la comunicació dels poders polítics; crear plataformes de comunicació com portals, llocs web i fòrums de debat i lectura crítica; promoure entre la població una lectura crítica i més autonomia en la cerca activa d'informació de qualitat a través de diferents mitjans; afavorir la formació sobre salut per part dels professionals de la comunicació i la formació en comunicació per part dels professionals de salut; fomentar la comunicació i la complicitat entre uns i altres; establir sistemes de seguiment que vetllin pels principis ètics i incentivar les millors pràctiques en salut pública.

* Millorar l'eficiència de la dedicació professional dels metges

- ⇒ Desburocratitzar, en la mesura del possible, l'assistència, creant els mecanismes adients per eliminar les tasques burocràtiques innecessàries.
- ⇒ Alliberar els metges d'aquelles tasques burocràtiques i administratives que, tot i ser imprescindibles, podrien ser gestionades per altres professionals.
- ⇒ Introduir els canvis organitzatius, de processos (per ex. la història clínica electrònica o la recepta electrònica) o, fins i tot, normatius (com la disminució d'informes d'incapacitat temporal en alguns casos determinats o la implantació de la recepta multiprescripció) que contribueixin a un increment de la disponibilitat de temps per part dels metges per dedicar a l'assistència, la docència i la recerca.
- ⇒ Fer una aposta decidida per les tecnologies de la informació i les comunicacions (TIC), sobre tot en aquells casos amb una relació cost-efectivitat avaluada i considerada positiva. Les TIC poden contribuir en gran manera a disminuir les càrregues de treball, a millorar les condicions laborals, a afavorir la comunicació professional i amb el

ciudadà, a més de millorar la disponibilitat i qualitat de l'assistència, i permetre'n un abordatge més integral.

- ⇒ Plantejar un funcionament dels hospitals que s'adeqüi més al treball en xarxa –afavorint hospitals menys tancats en si mateixos i permetent un cert grau d'especialització–, per compartir de manera racional alguns serveis i no haver d'oferir de tot a cada centre.
- ⇒ Introduir l'ús de tecnologies, amb relació cost-benefici positives, que afavoreixin l'autogestió de les malalties cròniques i des del domicili, per tal d'incrementar la qualitat de vida i disminuir els costos derivats d'hospitalitzacions evitables.
- ⇒ Considerar una redistribució de certes tasques i funcions en l'assistència, de manera consensuada entre les parts implicades i basada en la màxima evidència possible. Al capítol de competències compartides i exclusives hem tractat aquest tema amb més detall i hem referenciat molta bibliografia relacionada, però volem destacar aquí les següents propostes puntuals:
 - Atorgar a la infermera més competències efectives i un rol més autònom, potenciant i afavorint el seu desenvolupament, dins del seu àmbit competencial, a tots els nivells assistencials (no només a l'atenció primària, sinó també als hospitals)
 - Proporcionar més personal de suport a metges i a infermeres en els casos necessaris.
 - Reconsiderar l'adequació dels perfils formatius i competencials dels tècnics i tècnics superiors (els cicles formatius) i introduir els canvis necessaris.
- ⇒ Potenciar el treball en equip, la protocolització consensuada d'activitats i funcions de cada integrant, i els comitès d'ètica assistencial.
- ⇒ Introduir les mesures necessàries (legals, organitzatives i formatives) per trobar un equilibri entre la regulació i la flexibilitat necessàries per permetre una millor adequació de la distribució (territori, centres, serveis, funcions, etc.) dels metges.
- ⇒ Fomentar la comunicació, el diàleg i la complicitat a tots els nivells: entre metge i pacient, entre els ens de salut pública i la comunitat, entre col·legues, entre diferents especialitats, entre diferents professions, entre diferents nivells assistencials, entre metges i gestors, i entre Administració i professionals.
- ⇒ Incentivar la creació d'aliances entre serveis, entre centres i entre professionals, per tal de satisfer necessitats determinades –com els serveis d'urgències i d'especialitats–, establint sistemes d'incentius econòmics i professionals que facilitin la mobilitat dels metges dins del sistema. Com a exemple d'aquests tipus d'incentius, el CPM proposa una incorporació periòdica dels metges d'hospitals comarcals als equips d'hospitals de referència, especialment en àrees quirúrgiques, per mantenir el seu grau d'expertesa i millorar l'atracció de cirurgians ben preparats cap a hospitals petits.

*** Adequar l'adquisició, el manteniment i l'avaluació de les competències a les necessitats actuals i previsibles**

- ⇒ Establir, de manera consensuada, el perfil adequat de l'estudiant de medicina i cercar-lo de manera activa, introduint altres valoracions en els sistemes d'accés a la carrera.
- ⇒ Acordar les competències bàsiques que ha de reunir un metge –considerant els coneixements, les habilitats tècniques, clíniques i relacionals, i també les actituds, els valors ètics i els professionals–, i modificar els processos formatius en consonància.

- ⇒ Millorar –tant en el seu aprenentatge com en la seva avaluació– les àrees formatives que semblen plantejar més buits i necessitats, com els aspectes ètics, les habilitats comunicatives, la capacitat per compartir coneixements i experiències, i la capacitat per treballar en equips interdisciplinaris.
- ⇒ Capacitar per a una pràctica mèdica basada en l'equilibri adequat entre la MBE i l'experiència clínica i el sentit crític propis.
- ⇒ Incorporar en els estudis de pregrau l'orientació comunitària, la promoció de la salut i la participació ciutadana i comunitària; i assignar més recursos a la seva formació continuada.
- ⇒ Incrementar els continguts d'atenció primària i salut pública en els estudis de pregrau.
- ⇒ Preparar des del pregrau el metge que haurà de treballar en equip amb altres professionals, amb activitats d'educació interprofessional (IPE).
- ⇒ Incloure en els plans formatius l'assoliment d'una formació i competència psicosocial adequada (habilitats i actituds) per resoldre les situacions professionals estressants, per treballar en equip i per treballar amb el pacient.
- ⇒ Introduir sistemes d'avaluació i valoració d'actituds en els diferents esglaons formatius i selectius.
- ⇒ Modificar el procés selectiu dels aspirants a la formació especialitzada, augmentant la congruència entre els continguts de l'examen MIR i els continguts dels plans formatius, i valorant les habilitats i les actituds que es considerin necessàries.
- ⇒ Renovar el sistema d'especialització MIR, desenvolupant el concepte de troncalitat previst per la LOPS, el qual permetrà millorar la formació bàsica i genèrica necessària per al maneig dels processos més comuns i prevalents, i augmentar la flexibilitat i la mobilitat entre especialitats.
- ⇒

3.9- Odontòlegs

El nom de la professió d'Odontologia prové del terme grec "odonto", que significa dent; però cal remarcar que el seu camp d'actuació –malgrat es dirigeix a les dents essencialment, i d'aquí el nom d'odontòleg o el nom popular de dentista– s'estén a la boca i, fins i tot a les seves zones veïnes. En canvi, el significat etimològic d'estomatologia prové de "estoma" que significa boca. Atès que la boca es troba entre el coll, l'esplanocrani i el crani, l'odontòleg –i el metge estomatòleg– ha de posseir els coneixements més imprescindibles d'anatomia, histologia, fisiologia i patologia d'aquestes àrees.

La instauració del títol d'odontòleg es remunta a l'any 1901, i d'aleshores ençà la professió ha evolucionat de manera notòria, tal com ho ha fet la medicina en general. Cal no oblidar els forts vincles existents entre les dues activitats. De fet, l'any 1948 es van suspendre temporalment els estudis d'Odontologia, com a llicenciatura independent; i per obtenir la nova titulació que els substituïa (Estomatologia) calia fer els estudis de Medicina i, posteriorment, uns cursos d'especialització.

No va ser fins al 1986²⁸⁷, amb l'entrada a la Unió Europea, quan es van reprendre els estudis d'Odontologia com a llicenciatura independent. En l'actualitat, desenvolupen la mateixa activitat professional estomatòlegs (metges especialistes en estomatologia) i odontòlegs (licenciats en Odontologia). Cal destacar que la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, (article 6.2, apartat c) estableix com única professió, la de dentista, la qual correspon als licenciats en odontologia i als metges especialistes en estomatologia.

3.9.a- Situació actual

Segons les dades del cens col·legial i de l'estudi demogràfic²⁸⁸ elaborat en el marc del desenvolupament operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, el nombre de dentistes col·legiats no jubilats, a 31 de desembre de 2005, era de 3.364 a Catalunya. Les mateixes fonts indiquen que podria haver un marge d'error en aquesta xifra, ja que hi havia 575 estomatòlegs censats als col·legis de metges, dels quals no es podia saber amb certesa quin percentatge mantenien una doble cobertura o només estaven al col·legi de metges. Així doncs, el nombre real podria arribar fins els 3.939 dentistes.

Els darrers 25 anys s'ha observat un ràpid creixement del nombre d'odontòlegs, produït per la incorporació de les promocions posteriors a la creació del títol específic d'odontologia, i també per l'entrada de professionals estrangers, que representaven el 34,5% del col·legiats al 2004²⁸⁹.

El perfil demogràfic presenta un col·lectiu més jove que el mèdic –amb una edat mitjana de 41,8 anys, i la meitat del col·lectiu amb menys de 43 anys–; amb una tendència a la

²⁸⁷ Llei 10/1986, de 17 de març de 1986

²⁸⁸ Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona, febrer 2006

²⁸⁹ Casals E, Cuenca E. Trends in dental manpower and utilization of dental services in Catalonia (1991-2003). Dins: International Symposium on Past and Future Trends of Health Workforce, 21-23 Abril. Barcelona, 2005

feminització –el 2005, prop de la meitat eren dones–, que ja s’havia detectat el 2001 (36%)²⁹⁰, però que ara es veu accentuada (44%).

La piràmide d’edats també presenta “l’efecte numerus clausus” observat a la piràmide dels metges. Hi ha una clara reducció d’efectius en els grups d’edat entre 35 i 45 anys, que corresponen a les generacions nascudes entre 1961-65 i 1966-70, les quals es van incorporar a les facultats a principis dels 80 i finals dels 70.

Pel que fa a la distribució territorial, hi ha una clara concentració a la regió metropolitana, amb un 78% del total dels professionals de Catalunya.

L’oferta actual de serveis odontològics –considerant els de cobertura pública i els de naturalesa privada– es considera correcta i suficient, i el contingent de professionals es percep equilibrat. Cal comentar que, en el cas que hi hagi un increment en la formació i incorporació de professionals, podria produir-se una saturació de titulats, amb el consegüent deteriorament de la satisfacció professional, que podria redundar en una davallada de la qualitat assistencial.

Quant a l’oferta pública de serveis i, per tant, les dotacions d’odontòlegs en el sistema públic; en les últimes dècades s’han augmentat els recursos humans i materials de manera considerable, però encara són insuficients per donar cobertura a la demanda existent. Els que treballen en la xarxa pública representen solament el 10% dels dentistes de l’Estat espanyol. En canvi, hi ha països com Finlàndia, Suècia, Dinamarca i Irlanda, on la situació és força diferent, ja que tenen un criteri més ampli de cobertura.

3.9.b- Anàlisi de tendències

En aquest apartat exposem de manera resumida els trets més rellevants de les tendències observades. La informació per elaborar aquest resum, i per extreure les propostes d’acció que recomanem en l’apartat següent, prové bàsicament de l’aportació del membre del GEOPS que ha representat la Comissió de salut bucodental del Consell Català d’Especialitats en Ciències de la Salut –Carles Subirà i Pifarré–, i de la informació extreta de documents del Col·legi Oficial d’Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya^{291 292}.

- ⇒ Els països europeus on s’està produint un creixement en el nombre de dentistes més gran que en el de la població són Portugal i Espanya.
- ⇒ Es constata i es preveu una tendència a la baixa de l’exercici privat de la professió –abans clarament predominant–, en front d’un increment dels professionals que treballen en grans centres sanitaris o grans consultoris, i per a entitats asseguradores. La difusió en massa de noves clíniques dentals (franquícies, policlíniques i clíniques especialitzades en algun tipus de tractament) té un fort impacte en el perfil professional.

²⁹⁰ Cuenca E, Gómez A, Casals E, Subirà C. L’Odontologia a Catalunya 2002. Barcelona: Col·legi Oficial d’Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, 2002 Disponible a: www.coec.net

²⁹¹ Pérez-Porro A (Coord.) Llibre blanc sobre el futur de la professió odontològica a Catalunya: escenaris d’evolució. Col·legi Oficial d’Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, 2006. Disponible a: www.coec.net

²⁹² Presente y futuro socioeconómico del sector dental en Cataluña (años 1996-2005). Barcelona: Col·legi Oficial d’Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, 1997.

- ⇒ Les malalties bucodentals comporten un problema de salut pública important, a causa de la coincidència de la seva alta prevalença i de l'associació amb patologies com la malaltia coronària, ictus, mal control de diabetis, i prematuritat, entre d'altres²⁹³.
- ⇒ Sempre hi ha hagut una tendència cap a una atenció més intervencionista i tecnificada de l'odontologia, en comptes de posar més atenció en la prevenció. Ara a Catalunya, i a l'Estat espanyol, s'estan incorporant iniciatives en aquest sentit –principalment als CAP i amb dones embarassades–, però són actuacions bastant aïllades, que depenen en gran mesura de l'interès i del voluntarisme del metge o del superior corresponent.
- ⇒ Pel que fa a les tendències de salut de la població, cal considerar que:
 - * Catalunya gaudeix de bons índexs de salut bucodental, els quals han millorat en les últimes dècades, gràcies al treball dels professionals i els esforços de l'Administració. La disminució en la prevalença i severitat de càries dels més joves, n'és un exemple.
 - * Els hàbits d'higiene bucodental a Catalunya han millorat en les últimes dècades, però continuen presentant deficiències elevades, en comparació a altres països europeus.
 - * Els dos punts anteriors fan preveure una davallada en el tractament odontològic més freqüent –la restauració– i un augment de les activitats de prevenció, control, i promoció de la salut bucodental.
 - * L'alimentació desequilibrada –rica en sucres–, i altres hàbits no saludables –com un consum excessiu d'alcohol i de tabac–, poden desencadenar probabilitats més altes de problemes bucodentals, pèrdues dentàries i, fins i tot, càncer oral.
 - * L'envelliment de la població, i l'increment de comorbiditat i de malalties multiorgàniques i multifuncionals, també fan posar l'accent en les activitats preventives i de promoció de la salut, per la seva efectivitat en aquestes situacions.
 - * També cal considerar que l'entrada d'immigrants podria alterar el patró esmentat de tendència a la millora de la salut bucodental.
- ⇒ Quant a les demandes actives per part del ciutadà, s'observen les tendències següents:
 - * A Catalunya, el motiu més freqüent de visita és la revisió, a diferència del que és el motiu majoritari a la resta de l'Estat espanyol, l'extracció dentària.
 - * El 24% de la població catalana visita regularment els serveis de salut oral (als EUA representen el 45% i als països escandinaus el 70%)
 - * El 87,19% de la població catalana visita el dentista mitjançant la consulta privada
 - * Els procediments estètics prenen cada vegada més rellevància
- ⇒ Les necessitats de salut bucodental de la població no sempre es reflecteixen en les demandes actives del ciutadà, per la qual cosa caldria considerar:
 - * El catàleg de prestacions actual es basa essencialment en el diagnòstic i en l'alleujament del dolor per extracció dentària. Per als nens i adolescents s'amplia amb programes preventius i algunes prestacions d'odontologia restauradora.
 - * El sector de la població que actualment rep més tractament dental és el que menys ho necessita. Hi ha estudis que mostren que qui utilitza més serveis odontològics

²⁹³ Pinilla J. La economía de los servicios de atención bucodental en España. Cuadernos económicos de ICE. 2004; 67:135-160.

correspon a un perfil relativament jove, amb poder adquisitiu, un cert grau d'estudis, i la percepció de que qualsevol petit problema l'han d'anar a solucionar d'immediat.

* En canvi, els que estan més necessitats de tractament, els que tenen més patologia i els que tenen més risc de problemes secundaris, són els que estan més desatesos. Els principals factors que motiven la poca atenció bucodental, són els següents, i en aquest ordre:

1. La manca d'informació. La causa principal de no anar al dentista és no tenir percepció del problema. Hi ha gent, per exemple, que creu que el que li passa a les genives és normal i, per tant, no es preocupen de fer la consulta adequada.
2. La por al dolor. En el fons, també és un problema de desinformació, ja que hi ha altres intervencions més doloroses que no tenen aquest estigma.
3. Els motius econòmics. Els diners poden arribar a ser una causa important, però no la principal. Els estudis mostren els altres dos molt més rellevants.

⇒ La cobertura pública dels serveis odontològics en un cent per cent, tindria uns costos molt elevats i podria posar en perill la sostenibilitat del sistema. Per tant, no es considera factible que la sanitat pública pugui assumir tota l'atenció odontològica, almenys amb els patrons epidemiològics actuals de salut bucodental. De fet, els països que ho han intentat, han tingut dificultats importants que s'han reflectit d'una manera o d'una altra en el sistema. Els estudis citats proporcionen informació més detallada, però esmentarem alguns exemples.

* El sistema sanitari francès als anys 70 tenia una cobertura bucodental total (ortodòncia, obturacions, ponts, etc.). Un terç del pressupost sanitari anava a parar a la cobertura bucodental. Al dentista se li pagava per acte mèdic i, com marquen les tendències, es donava més importància a la intervenció que a la prevenció. Això va representar el perill d'enfonsar el sistema sanitari i, finalment, es va retirar aquesta cobertura.

* Al Regne Unit, la cobertura era gairebé total. Per poder mantenir-la, sense posar en perill la sostenibilitat del sistema, no solament han congelat els sous dels dentistes, sinó que els han anat rebaixant. Aquesta mesura ha provocat que molts professionals marxin del National Health Service cap al sector privat, sobre tot a la part Sud, on hi ha nivells de renda més elevats.

⇒ El sistema públic el que sí que podria i hauria de potenciar més és la prevenció i la promoció de la salut. En els darrers anys s'han fet esforços importants per part de l'administració i dels professionals en aquest sentit, però encara hi ha aspectes susceptibles de millora.

* Al sistema públic, l'única obligació del dentista és la de fer extraccions i tractament preventiu (consell sanitari) i detecció de risc en nens. La política preventiva està molt dirigida a la infantesa, que és un sector important a considerar per les repercussions que té al llarg de la vida, però hi ha altres col·lectius –com la gent gran– amb moltes necessitats d'atenció preventiva i de promoció de la salut.

* En general –tret d'iniciatives particulars i aïllades– es fa prevenció, però amb poca intensitat i a anys llum del que s'hauria de fer. S'ha de reconèixer, en canvi, el mèrit del que es fa amb els recursos disponibles; l'esforç que representa és admirable.

* A banda de la insuficient prevenció i promoció per part dels dentistes, el problema radica en que falta molta educació sanitària bucodental, sobretot en la resta de professionals de la salut. Està molt per sota de la que es dona per altres aspectes com la hipertensió arterial, per exemple.

- * Una millora de la formació en salut bucodental de la resta de professionals de la salut podria incidir molt significativament en la davallada del nombre de negligències mèdiques. Normalment, els problemes odontològics no comporten riscos vitals, però poden provocar problemes crònics. Una actuació a temps els pot prevenir moltes vegades, i també pot evitar problemes posteriors.
- * També cal una vinculació més gran amb la resta de professionals de l'atenció primària. Els metges i les infermeres veuen sovint el dentista com un professional que veu problemes allà on no n'hi han, amb l'afany d'intervenir. Quan senten parlar al dentista de prevenció, de metanàlisis, etc., es sorprenen i, en general, s'interessen. A vegades, és l'odontòleg mateix el que no interactua amb el metge. Hi ha un component de por, de percepció de no estar a l'alçada.
- * La gent gran és un col·lectiu a incidir. Per exemple, una pròtesi inadaptada en un moment d'incorporació a una residència pot provocar que deixi de menjar i no facilita altres aspectes importants de la seva nova vida. Un altre exemple, el deteriorament de la boca dels pacients oncològics no s'hauria de considerar normal.
- * En general, el poc temps de dedicació al pacient, i la inducció per part de la indústria a fer tractaments i a intervenir, comporta una hipermedicalització evitable dels pacients.
- * S'hauria d'aprofitar més la bona capacitat i competència dels higienistes dentals. La gran majoria estan treballant a consultes privades com a auxiliars. Es podria ampliar i potenciar el seu paper d'educadors sanitaris a escoles, geriàtrics i centres sociosanitaris. Fins i tot, podrien col·laborar en els centres d'atenció primària, amb el dentista i la resta de l'equip, en els aspectes relatius a l'educació i la promoció de la salut bucodental.

⇒ La formació de l'odontòleg ha millorat molt des de que l'odontologia es va instaurar com a llicenciatura independent, en poder fer més èmfasi en aspectes específics i necessaris. Però s'ha d'insistir en la importància de la perspectiva mèdica de l'odontologia, i cal vigilar i prendre les mesures necessàries perquè la formació odontològica no es desvinculi de la formació mèdica. Fins i tot, hi ha experts que consideren que s'hi hauria d'incidir encara més.

- * La formació odontològica d'aquí és molt bona i està reconeguda internacionalment. Però es podria dir que als odontòlegs els falta molta formació mèdica, i als metges molta formació de salut bucodental.
- * Això és una realitat i una preocupació d'àmbit mundial. De fet, al nostre país encara no és preocupant, ja que una gran part dels professors de les facultats d'odontologia provenen de l'estomatologia com a especialitat mèdica i, per tant, els seus coneixements permeten un enfocament més mèdic i global. Fa pocs anys, precisament, va venir un degà d'una facultat americana, per veure la influència d'aquest fet –que molts professors siguin estomatòlegs– en la formació dels odontòlegs. Als EUA estaven preocupats perquè els odontòlegs estan perdent la capacitat d'atendre una part important de la població, per manca de formació mèdica.
- * La nostra Universitat està fent avenços importants per unificar coneixements bucodentals i mèdics a metges i dentistes, però hi ha obstacles que els dificulten i, a la pràctica, s'actua de manera bastant independent.
- * Hi ha experiències interessants en aquest sentit. Per exemple, a Israel el primer curs és comú per als estudiants de medicina i d'odontologia. Aquí, el temari en realitat és el mateix (bioestadística, anatomia, fisiologia, bioquímica, biofísica, etc.), però en impartir-lo per separat, el contingut canvia molt. Si es pogués fer de manera

simultània, almenys algunes assignatures, a més d'estalviar recursos, hi hauria una interconnexió molt més estreta.

- * Quant als canvis que representarà la convergència dels plans formatius en l'espai europeu d'educació superior (EEES), hi ha un aspecte encara no resolt; el nivell de màster. La formació actual de la llicenciatura és suficient i adequada per donar cobertura de qualitat al 70% dels problemes odontològics de la població, que són senzills. El 30% restants són greus i complexos i el seu abordatge requereix una formació complementària. Aquesta formació entra en conflicte amb els requeriments dels màsters europeus –consideren 30 persones mínim– perquè són molt pràctics i han de tenir una supervisió i tutoria molt individualitzada.
- * Una de les possibilitats que es barregen és que la carrera actual es faci en dues etapes, i que amb la primera es pugui entrar en el món laboral, amb capacitat suficient per realitzar un nombre limitat d'intervencions, com per exemple les obturacions o empastaments. A Nova Zelanda i a Dinamarca existeix una figura que vindria a equivaldre a aquest primer nivell; és el *denturista*. La seva competència i funcions correspon a una mica més que les de l'higienista nostre. Hi ha experts que consideren que, en realitat, un higienista nostre ben format seria capaç de fer un empastament de qualitat.

3.9.c- Propostes d'acció

- ⇒ Fomentar l'orientació preventiva i de promoció de la salut de l'odontòleg, tant en els plans formatius, com en la pràctica assistencial.
- ⇒ En el sistema públic (no de manera exclusiva, però sí de manera especial), donar més protagonisme a les intervencions promocionals i preventives, atesa la seva potencialitat en la reducció de les necessitats de tractament. Algunes propostes suggerides per les fonts ja esmentades o per J Cortés et al. a l'informe Sespas del 2002²⁹⁴, inclouen:
 - * Ampliar aquests tipus d'intervencions a més col·lectius especialment necessitats, com la gent gran, discapacitats, o amb problemes socials associats.
 - * Aprofitar més la bona preparació i capacitat de l'higienista dental en l'educació sanitària de la població i accedir a col·lectius especialment desatesos (com la gent gran, els discapacitats, etc.) introduint programes de promoció de la salut en residències, geriàtrics, centres sociosanitaris, etc., a més de les escoles o d'altres entorns als quals ja s'hi accedeix.
 - * Introduir la figura del dentista hospitalari (com a consultor o formant part dels equips per a determinats problemes) i de l'higienista als hospitals (actuacions higièniques i pal·liatives específiques que poden facilitar el benestar i evitar problemes secundaris, a més de les intervencions educatives)
- ⇒ Quant a la formació, cal incidir sobretot en:
 - * la importància de la formació mèdica de l'odontòleg, i de la formació en salut bucodental dels metges,
 - * l'orientació formativa en prevenció i promoció,
 - * l'aprenentatge del treball en equip
 - * l'orientació i potenciació de la recerca
- ⇒ Pel que fa a l'autoregulació professional i la garantia de qualitat dels serveis públics i privats, s'hauria d'incidir en alguns aspectes, com ara.
 - * L'avaluació i l'acreditació de la competència professional, abans i al llarg de l'exercici.
 - * L'homologació de la formació i competència adequades dels professionals procedents d'altres països europeus.
 - * L'assessorament i seguiment en la tecnologia i equipament dels serveis odontològics, per a un equilibri entre inversió, qualitat i seguretat.
 - * La negociació amb les entitats d'assegurances i en el si de la professió per a la justa remuneració de l'acte professional
- ⇒ Davant la possibilitat de crear alguna nova facultat d'odontologia, es recomana declinar-ho, en benefici de la continuïtat de la capacitat formativa actual, previsiblement suficient per oferir servei de qualitat i eficient a la futura població.

²⁹⁴ Cortés J, Llodra JC. Salud pública bucodental. Dins: Sespas (editor). Informe Sespas 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública. 2002: 277-299.

3.10- Òptics i optometristes

La Titulació de Diplomatura en Òptica i Optometria, té una trajectòria consolidada com a estudi universitari de primer cicle en l'àmbit de les ciències de la salut. Al mateix temps, i en el moment actual, com en altres estudis del mateix nivell, escau tenir en compte que, amb la progressiva aplicació de l'Espai Europeu d'Educació Superior, les titulacions de diplomatura esdevindran titulació de Grau.

3.10.a- Situació actual

El mateix origen i evolució de la formació i actuació professional en òptica i optometria, ha situat aquests titulats en una posició de competència i exercici professionals en l'atenció als ciutadans, en relació amb les alteracions i correccions de la salut òptica (per diferenciació amb oftalmològica).

L'esmentada competència està ben establerta, d'acord amb el mateix contingut formal dels objectius i programes formatius dels estudis i de la titulació, en termes dels coneixements adequats per a l'avaluació de les capacitats visuals per mitjà de les proves optomètriques adequades, i millora del rendiment visual amb mitjans físics tals com les ajudes òptiques, entrenament visual, reeducació, prevenció i higiene visual.

Un element clau, actualment, en l'anàlisi d'una situació i en la perspectiva de la seva evolució, és el fet que les professions sanitàries, indistintament, no es poden considerar, en general, sense inserir-les en la noció de sistema sanitari global d'un territori i per a una societat, tant en el sector de titularitat i prestació pública com en el de titularitat i prestació privada, ni, més específicament, sense atendre a la seva participació major o menor, directa o indirecta, en els agents, de diferent naturalesa, que presten atenció o servei al ciutadà.

Entre molts altres aspectes que això implica, normatius, organitzatius, econòmics, funcionals, etc, un d'especialment rellevant és el de la multiprofessionalitat i pluridisciplinarietat del fet sanitari i del fet assistencial en si, i, per tant, el de la coordinació entre diversos àmbits i el de la integració en equips professionals.

La situació del col·lectiu professional d'òptics i optometristes és heterogènia, i remet, tant a la seva activitat en el si d'organitzacions proveïdores de serveis assistencials, pròpiament dits, de característiques igualment molt heterogènies (atenció hospitalària, atenció primària, clíniques o gabinets oftalmològics, etc.), com a la seva activitat en un entorn empresarial de serveis, en un sentit ampli comercial (empreses i establiments d'òptica, etc.), en tot cas en exercici de les seves funcions envers la salut visual.

3.10.b- Anàlisi de tendències i propostes

Diferents factors de molt diversa índole, probablement tots o la majoria dels que hom invoca en relació a les transformacions en el camp de la salut i a les tendències en el conjunt de les professions sanitàries, serien aplicables a aquest àmbit professional.

La progressiva longevitat vital més gran i conseqüent proporció de persones d'edat avançada en la població general, l'increment quantitatiu i qualitatiu, per definició positius, de la capacitat del sistema sanitari, amb el desplaçament de patologies agudes cap a la cronicitat i la

dependència (incloent les afectacions i minusvàlues visuals), l'augment, en activitats de tot ordre (des de laborals a de lleure) i en la vida habitual, del risc d'accidentabilitat o dany (traumàtic, químic, electromagnètic, etc.), junt amb una creixent demanda de qualitat de vida i expectativa de manteniment o recuperació de les funcions somàtiques, tot plegat ha de generar una necessitat, en el cas que ens ocupa, de l'activitat professional en òptica i optometria i dels serveis o establiments corresponents.

La perspectiva també inclou, d'acord amb algun dels aspectes esmentats a la situació actual, la necessitat de potenciar la cooperació general i específica d'aquests professionals amb els objectius, els plans, i els dispositius de salut, en el marc de la política sanitària de Catalunya, i la participació de la seva activitat, en els diferents nivells, modalitats o entorns d'exercici, en els programes d'atenció a la salut poblacional, en el seu àmbit professional, amb la definició eventual d'accions, formació i avaluació, i reconeixement corresponent.

Tal com s'esmentava al principi, l'aplicació de l'Espai Europeu d'Educació Superior, ha d'influir en la concepció i desenvolupament d'aquestes o altres tendències en la professió, amb efecte especial en la millora i l'aprofundiment dels continguts i resultats docents, orientats a les necessitats presents i futures en termes de qualitat i eficiència al servei del ciutadà.

3.11- Podòlegs

La titulació de diplomatura en Podologia té una trajectòria consolidada com a estudi universitari de primer cicle en l'àmbit de les ciències de la salut, amb uns antecedents igualment consolidats com a estudis reglats per als titulats en infermeria (es poden remuntar als estudis d'especialització per a aquests titulats fins i tot en etapes anteriors, com els "practicants" i els "ajudants tècnics sanitaris"). Al mateix temps, i en el moment actual, com en altres estudis del mateix nivell, escau tenir en compte que, amb la progressiva aplicació de l'Espai Europeu d'Educació Superior, les titulacions de diplomatura esdevindran titulació de Grau.

3.11.a- Situació actual

D'entrada, escau fer una revisió de la situació quantitativa actual de la professió, per tenir un element de comparació de la demografia professional respecte a les consideracions vers una situació futura. El Col·legi de Podòlegs de Catalunya té, en l'actualitat (3/12/2006), 965 professionals col·legiats. En termes generals, predominen els professionals femenins (59%), el segment d'edat més nombrós és dels professionals joves, menors de 35 anys (50%, i amb una proporció de dones del 73%), i la gran majoria d'ells exerceixen a la demarcació de Barcelona (84%).

D'altra banda, la mitjana del temps d'exercici professional és de 15 anys, amb un interval d'entre 13 i 17 anys, mentre la meitat dels professionals porten menys de 13 anys d'exercici i només una quarta part en porta més de 21. Es tracta, en conjunt, doncs, d'un col·lectiu professional jove, amb un creixement important cap a mitjan dels anys 80, en relació amb la transformació dels estudis d'especialitat d'ATS en Diplomatura de Podologia (solament el 20% dels professionals tenen aquesta com a única titulació); hom fa notar l'evident relació entre professionals amb el títol de diplomad, més joves i majoritàriament femenins, i amb menys anys d'exercici.

El col·lectiu professional considera la podologia una part de l'atenció als centres públics de salut, per a poblacions i patologies adients, com és el cas de la diabetis, els trastorns vasculars, etc. De fet, la participació dels podòlegs a la salut pública ja existeix en alguns hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública i en centres privats.

Així mateix, la institució col·legial ha elaborat un procediment d'homologació per a les clíniques podològiques, amb la finalitat de millorar els estàndards de qualitat assistencial.

3.11.b- Anàlisi de tendències

En termes generals es dediquen de manera exclusiva a la podologia el 61% dels col·legiats en exercici, mentre que compatibilitzen la podologia amb una altra professió el restant 39%; això igualment està vinculat a la via de titulació (si en tenen una altra, per exemple DI, o ATS, o no), i a través seu a les característiques d'edat i sexe esmentades.

Els nous diplomats es dediquen a la podologia exclusivament en el 90% dels casos. En conjunt, els podòlegs dediquen una mitjana de 29 hores setmanals a l'exercici de la professió; els que s'hi dediquen exclusivament tenen una dedicació d'unes 35 hores setmanals (pràcticament la jornada habitual), però els que compatibilitzen la dedicació hi dediquen una mitjana de 21 hores setmanals.

La manera d'exercir la professió és bàsicament privada (el 71% dels casos), mentre que el 29% dels professionals manifesten estar contractats en algun tipus d'institució (entre aquests predominen els professionals femenins). L'àmbit de treball es concentra en consultes pròpies; són molt pocs els podòlegs contractats en l'àmbit hospitalari i en clíniques, generalment de propietat privada però concertades amb la sanitat pública, i tan sols el 44% d'aquests té contractació fixa.

El 24% del total de podòlegs col·legiats en actiu desenvolupa la seva activitat professional en centres multidisciplinaris juntament amb altres professionals de la sanitat. El 17% del total de col·legiats en actiu desenvolupa la seva activitat professional en centres geriàtrics; el 8% ho fa en centres ortopèdics (la meitat són propietaris de l'establiment), tot i que sols el 7% d'aquests confecciona plantilles i normalment ho fa el professional ortopeda. El 46% dels professionals en exercici treballa per a mútues (amb una insatisfacció predominant quant a la retribució); la consulta pròpia i privada és el gran apartat de la modalitat d'exercici, amb el 88% de professionals (amb tendència a minvar, amb el 64% entre els professionals amb menys de tres anys d'exercici)

Quant a la càrrega assistencial, el conjunt de la podologia catalana realitza, aproximadament, uns 3,5 milions de visites anuals (recordem que bàsicament realitzades en l'àmbit de la sanitat privada). Per a aquesta demanda, hi ha el conjunt de professionals que s'ha exposat, amb una distribució territorial irregular, amb unes ràtios d'11 podòlegs per cada 100.000 habitants a Catalunya, i de 12,5 per 100.000 a la demarcació de Barcelona.

Pel que fa a l'evolució del col·lectiu professional en relació amb la comunitat que atén, cal tenir en compte l'augment actual i previsible de la població general del nostre país, amb un augment, també, de l'esperança de vida i, per tant, un augment de l'envelliment en aquesta població; a més, és clar, l'augment a causa del component immigratori, no ja peninsular, ni europeu, sinó d'altres procedències.

L'envelliment de la població és una de les característiques demogràfiques de Catalunya, i un dels elements rellevants a l'hora de fer aquestes consideracions sobre l'evolució de la professió; també ho són les característiques i nivell, alt, de desenvolupament social i econòmic de la societat catalana (més gran en relació amb altres també de l'Estat espanyol). Tenint en compte previsions demogràfiques, en l'horitzó de l'any 2030, del 20% al 25% de població de 65 o més anys d'edat, i la reconeguda necessitat més gran de serveis assistencials en general, però específicament de cures podològiques, en aquestes edats, cal fer veure la necessitat que la sanitat pública prevegi i doni la cobertura adequada a aquests serveis.

3.11.c- Propostes d'acció

El 51% dels podòlegs formats i titulats com a tals, considera que la preparació i la qualitat de la docència rebuda és bona alhora que insuficient, ja que no es disposa del temps necessari per adquirir el nivell de competències del podòleg.

El fet que el 57% dels professionals dedica o ha dedicat, en acabar la formació acadèmica, una mitjana de 16 mesos addicionals a la realització de cursos de postgrau o màsters, o a estades de pràctiques amb altres professionals, ens confirma aquesta afirmació.

El col·lectiu professional, preocupats per aquestes mancances, considera justificada l'ampliació dels estudis de grau en un any, i així poder assolir plenament els objectius de formació.

A part, aquesta insuficiència, en temps i en continguts, de la formació, convindrà adaptar-la als factors i a les transformacions que incideixen en la preparació del professional. Hom opina que

la formació dels professionals, no sols en la perspectiva quantitativa sinó, molt important, qualitativa, ha de tenir en compte els aspectes primordials següents:

- * l'evolució en la composició demogràfica poblacional (envelliment, etc.)
- * els canvis en el concepte de salut (major demandes de qualitat de vida, etc.)
- * l'increment en malalties cròniques, degeneratives, invalidants, etc.
- * l'aparició de noves malalties relacionades amb l'increment de la mobilitat internacional
- * els canvis tecnològics i dels sistemes d'informació i de comunicació

Una altra perspectiva a tenir en compte és la de la incorporació, amb la formació corresponent, del professional podòleg dintre de l'àmbit de concepció i atenció de la medicina preventiva i comunitària, com a part dels serveis de salut pública.

El perfil d'un professional com el podòleg no està complet si no es tenen en compte les característiques de la professió, amb una alta valoració de l'autonomia en el treball propi, amb un alt nivell, igualment, de satisfacció del professional amb la seva professió. Tanmateix, aquesta característica més o menys específica també condiciona aspectes menys positius, com la manca de suport institucional de la podologia, l'aïllament en l'exercici professional, un cert desconeixement entre societat i professió i alguns problemes d'ordenació professional, les especials i diferents condicions d'inversió i gestió entre l'exercici privat i la sanitat pública, etc.

A resultes de tot això, un important component de la situació i sobretot de l'evolució del perfil competencial, en el seu sentit ampli, és que es tendeixi a la integració de l'atenció podològica en l'àmbit de cobertura pública de la salut (els professionals opten per un model mixt públic-privat concertat), tant en els centres d'atenció primària, com en l'entorn assistencial hospitalari, com a la professió especialitzada que és i en les unitats organitzatives adients.

Des de les dades quantitatives exposades al principi, comptant amb la generació de nous professionals titulats en la diplomatura de podologia (en els dos centres que la imparteixen, l'Escola d'Infermeria i de Podologia de la Universitat de Barcelona i l'Escola de Ciències de la Salut de la Fundació Universitària Bages a Manresa, adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona) a raó d'una mitjana d'uns 80 professionals nous per any, i quant a les expectatives de cobrir les necessitats assistencials, tenint en compte l'esmentat anteriorment en relació amb el creixement demogràfic i altres factors, el Col·legi Professional de Podologia creu que les necessitats per a dintre de 5, 10 i 15 anys seran adequadament cobertes, amb tendència a la saturació de professionals, sobretot en els grans centres urbans.

3.12- Psicòlegs i altres professionals de la Salut Mental

La llicenciatura de Psicologia, malgrat que no pertanyi exclusivament a l'àmbit de les ciències de la salut, té una relació directa amb les ciències de la salut. La materialització legislativa es produeix el 1998 amb la creació de la especialitat sanitària de Psicologia Clínica²⁹⁵ Els llicenciats en Psicologia poden desenvolupar la seva activitat en altres àmbits com en el camp del treball i de les organitzacions, de la comunicació, del màrqueting i de la publicitat, dels peritatges judicials i de l'educació.

L'especialitat de Psicologia Clínica, segons el seu programa, és una especialitat bàsica de psicologia que s'ocupa de la conducta humana i dels fenòmens psicològics i relacionals en la vessant salut-malaltia dels éssers humans. El RD 2490/1998 que crea la especialitat, estableix que aquest títol és necessari per treballar en establiments o institucions públiques o privades amb aquesta denominació, la qual cosa, no exclou que hi puguin haver psicòlegs que no disposin de l'especialitat que ocupin llocs de treball en l'àmbit sanitari, sempre que no es denominin psicòlegs clínics.

3.12.a- Situació actual

Es percep una mancança de psicòlegs i d'altres professionals, com ara psiquiatres i infermeres de salut mental (especialistes o capacitades per a aquestes funcions), sobretot a les unitats hospitalàries, on les llargues llistes d'espera no permeten una resposta adequada a la creixent demanda.

Els estils de vida i hàbits no saludables (sedentarisme, estrès, alimentació no saludable, dependències de substàncies, aïllament social, transformació de valors, etc.) estan incrementant de manera preocupant els problemes de salut mental. Si afegim a aquesta realitat el reconeixement de la relació inseparable²⁹⁶ entre salut física i mental (diabetis i depressió, conseqüències de la sida sobre la salut mental, trastorns metabòlics generats per medicaments psiquiàtrics, etc.), les necessitats de recursos en aquest camp semblen òbvies.

Segons estimacions de diversos estudis epidemiològics, al voltant del 15% de la població espanyola podria patir algun tipus de trastorn mental al llarg de la vida, malgrat que la majoria siguin lleus i transitoris. Si ens referim només al grup de malalties greus i cròniques, l'estimació dels afectats és de l'1% de la població (430.000 persones). La meitat d'aquestes pateix un trastorn greu associat a un grau de minusvalidesa tal que comporta una dependència permanent per al malalt.

L'Observatori de Salut Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) va presentar l'octubre del 2005 un estudi comparatiu dels serveis de salut mental²⁹⁷ amb dades, de desembre de 2003, de planificació, gestió, dispositius d'atenció a la xarxa sanitària i sociosanitària de salut mental a tot l'Estat espanyol. L'anàlisi comparatiu entre les diferents comunitats autònomes presenta una dispersió molt demostrativa de les situacions diverses.

²⁹⁵ RD 2490/1998, de 20 de novembre

²⁹⁶ La Federació Mundial de la Salut Mental va triar el lema següent per celebrar el dia mundial de la salut mental del 2005: "Salut física i mental al llarg de la vida" www.wfmh.org

²⁹⁷ El Observatorio de Salud Mental. Análisis de los Recursos de Salud Mental en España (datos actualizados Diciembre 2003) Disponible a: <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN93.pdf>

El desenvolupament de la reforma psiquiàtrica (avalada per la Llei general de sanitat de 1986, art. 20) ha estat desigual, tant a les diferents comunitats autònomes (CA) com dins de cada una d'elles. Encara que la Llei general de sanitat indicava que la hospitalització de casos aguts s'ha de fer en hospitals generals, continua havent-hi unitats d'aguts a hospitals psiquiàtrics. S'han tancat els hospitals psiquiàtrics en unes comunitats (a Andalusia no en queda cap) però continuen sent un recurs principal en d'altres (Catalunya, País Basc i Madrid).

Hi ha col·lectius especialment desatesos. En els programes assistencials per a nens i ancians la manca de recursos és notable. Malgrat que per llei els nens i adolescents que necessitin ingrés psiquiàtric hagin de fer-ho en unitats específiques, en diverses CA continuen fent-ho en unitats d'adults. Els pacients més greus (esquizofrènia, trastorn bipolar, etc.) afligits de malalties tendents a la cronicitat, corren el risc de ser transferits del sistema sanitari al social, la qual cosa implica una especificitat i especialització menor quant a l'assistència que els cal.

El model d'atenció preconitzat per totes les CA (psiquiatria comunitària) s'ha de desenvolupar íntegrament. Molt poques disposen de programes de seguiment en la comunitat, visites domiciliàries, etc. Malgrat els avenços innegables produïts durant els últims 20 anys, tant en la dotació de recursos com en la implantació de programes específics per al tractament dels trastorns mentals, la situació, tant a l'àmbit estatal com l'autonòmic, dista de ser el que correspondria per nivell socioeconòmic

3.12.b- Anàlisi de tendències

Malgrat l'important càrrega social, mèdica i econòmica de la malaltia mental, i l'existència de tractaments efectius per a molts trastorns mentals —incloent medicaments, psicoteràpia, serveis psicosocials i rehabilitació—; encara hi ha moltes persones que no reben l'atenció que necessiten. L'estigma associat a la malaltia mental encara persisteix i contribueix a la manca de prevenció i d'identificació precoç.

Nombrosos estudis associen l'envelliment de la població a un increment dels trastorns depressius i es preveu que la depressió, que actualment ocupa el quart lloc quant a causes de morbiditat, passarà a ser la segona causa al 2020²⁹⁸.

El 90% del milió de persones que se suïciden cada any al món, tenen malalties mentals no diagnosticades. El Dia Mundial de la Salut Mental d'aquest any s'ha centrat en el suïcidi, com a causa destacada de moltes morts prematures i prevenibles, atès que, molt sovint, el suïcidi és el resultat de no haver diagnosticat i tractat una malaltia mental greu.

A més, l'estil de vida i la transformació de valors estan conduint a la no-acceptació de les frustracions, a la necessitat de viure d'esquenes a la mort i al dolor col·lectiu, i a un alt grau de medicalització de pacients que no ho necessiten, però que no volen passar pels processos de dol, cada cop més incompatibles amb els ritmes de vida i valors actuals²⁹⁹.

La gestió global d'aquestes malalties i processos s'haurà d'abordar des d'equips cada cop més interdisciplinaris. De fet, segons les dades de l'estudi de l'AEN, s'observa una tendència a la incorporació progressiva de noves professions a tots els dispositius d'atenció a la salut mental. Sobretot, s'han anat incorporant terapeutes ocupacionals en les unitats d'hospitalització breu, arribant a una mitjana a l'Estat espanyol de 0,78 per cada 100.000 habitants. També han anat augmentant significativament el nombre de treballadors socials i monitors (de rehabilitació psicosocial) amb una mitjana d'1,88 treballadors socials.

²⁹⁸ OMS: The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope.

²⁹⁹ Tizón JL. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. Jano 2006;0(1618)

Alguns països europeus, com el Regne Unit estan apostant de manera decidida per la creació de serveis de psicologia. El Mental Health Policy Group té com a objectiu orientar sobre el que es pot fer amb el que consideren el problema social més gran del Regne Unit, la salut mental. El passat mes de juny han publicat el seu primer informe important³⁰⁰ i proposen la creació d'un servei de teràpia psicològica per a l'ansietat i la depressió, que estigui disponible a tot el país abans de 2013. La proposta implica contractar uns 10.000 nous terapeutes, 5.000 dels quals serien psicòlegs clínics, per crear 250 equips de teràpia psicològica amb una mitjana de 40 terapeutes, que atendrien una població aproximada de 200.000 habitants cada un. El cost d'aquest nou servei de psicologia, més lligat a l'atenció primària i diferenciat dels serveis de salut mental, seria de només 0,6 bilions de lliures davant dels 12 bilions que costen actualment al tresor públic l'ansietat i la depressió. La disponibilitat dels psicòlegs clínics en el temps previst s'aconseguiria incrementant el nombre de psicòlegs que formen anualment (amb un sistema similar al PIR) dels 550 actuals a 800.

A Catalunya, les iniciatives d'integració de la salut mental i l'atenció primària són molt positives tant des del punt de vista del malalt (més integrat a la comunitat) com del professional (més coneixement de la malaltia mental i una visió més global per part d'altres professionals). En aquest sentit, cal destacar l'experiència d'un programa pilot d'integració a la Unitat Assistencial SAP de l'Hospitalet amb resultats molt favorables.

3.12.c- Propostes d'acció

- ⇒ Per garantir que les necessitats de salut mental i les preocupacions que les acompanyen rebin el nivell de prioritat necessari, i reduir així la càrrega de malaltia associada amb els trastorns mentals greus, serà necessari molt més esforç per canviar les polítiques, les pràctiques i els sistemes de prestació de serveis.
- ⇒ Els reptes que representen els trastorns de salut mental de la població requereixen un abordatge interdisciplinari amb una incorporació progressiva de professionals com psicòlegs, treballadors socials i terapeutes ocupacionals.
- ⇒ Si bé pot ser tema de debat el paper que haurà de tenir cada un d'aquests professionals, el que sí sembla obtenir consens és l'increment de tasques més relacionades amb la psicologia. El Llibre Blanc de les Professions Sanitàries ja exposava la necessitat d'ajustar el nombre d'aquests professionals a les necessitats creixents en l'atenció a la salut mental del sistema sanitari.
- ⇒ Caldrà impulsar la integració de salut mental i atenció primària i potenciar el paper del psicòleg consultor amb els metges de família i infermeres d'atenció primària i també el seu assessorament i la participació més directe en els plans de salut pública.
- ⇒ S'hauran d'adequar les plantilles, tant en nombre com en qualificació, a l'augment de la demanda produïda en els últims anys. No s'han establert percentatges ideals, però es considera especialment insuficient el nombre de psicòlegs clínics que treballen en el sistema públic de salut. El nombre de professionals per 100.000 habitants a l'Estat espanyol és bastant inferior a la mitjana que presenten els països de la UE:

	UE	Espanya
psiquiatres	10	<6
psicòlegs	19.6	4.3

³⁰⁰ London School of Economics. The depression report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group June 2006

- ⇒ Cal redactar i desenvolupar Plans de Salut Mental, acompanyats de cronograma i finançament, si no es vol que quedin en meres declaracions d'intencions, i establir una cartera de serveis que permeti conèixer, tant als usuaris com als professionals, les prestacions disponibles.
- ⇒ La fragmentació de recursos, la pertinença d'aquests a diferents institucions, i fins i tot la dependència de diferents administracions, parcel·la l'atenció i dificulta, quan no impedeix, la possibilitat de coordinació. Cal integrar en una xarxa única la totalitat dels recursos assistencials.
- ⇒ Cal molt més treball preventiu des de l'atenció primària, des de salut pública i també des d'altres sectors com l'educació. Molt sovint, les intervencions que podrien ser útils arriben massa tard. Molts estudis indiquen la importància de la intervenció precoç i de la necessitat de comptar amb estratègies plurifacètiques en programes de prevenció^{301 302 303}.
- ⇒ La prevenció ha d'incloure una transmissió de coneixement, sobretot a pares, cuidadors i joves i adolescents, que faciliti canvis de cultura i d'actituds. Els programes basats en la escola, sobre estils de vida, poden donar als adolescents les eines necessàries per protegir-se contra influències negatives. Els pares han d'adquirir coneixements sobre els temes de salut mental per poder parlar i comunicar-se amb més facilitat amb els seus fills.
- ⇒ És imprescindible potenciar els processos de participació ciutadana (usuaris, familiars, associacions, etc.) en consells de salut, planificació, etc. Donar als joves una veu en la elaboració de programes i serveis de salut pot ajudar a garantir que aquests serveis satisfacin les necessitats d'aquell grup de la població.

³⁰¹ Center for Rural Health Research and Education's Weekly Mental Health Bulletin: Maternal Depression. Disponible: [www.health.uwyo.edu/MH_Bulletins/\(39\)_maternaldepression.htm](http://www.health.uwyo.edu/MH_Bulletins/(39)_maternaldepression.htm)

³⁰² Improving Perinatal Mental Health. Dins: Nursing Standard, 19(3) 29 Sept. 2004, pg. 40-43

³⁰³ Maternal and Child Health Priorities. Association and Child Health Programs. www.amchp.org

3.13- Tècnics de formació professional

A través de les sessions de treball del grup GEOPS, amb les enquestes i les entrevistes amb entitats i experts, hem detectat una preocupació especial per la manca de revisió i actualització dels cicles formatius (conduents a l'obtenció dels títols de tècnics de formació professional), alguns dels quals han quedat obsolets i d'altres no es coneix la seva existència. Hem de dir també que s'observa un nivell d'adequació molt heterogeni entre ells.

En general, hem detectat un cert grau de desconeixement d'aquests cicles per part de molts professionals de la salut, tret dels que hi tenen un contacte més directe amb alguns d'aquests professionals. És per això, que ens ha semblat oportú reproduir a continuació una síntesi de la informació existent —recollida dels organismes competents³⁰⁴—, sobre aspectes generals dels cicles formatius, i sobre aspectes específics de cada un dels cicles relacionats amb la salut.

Com ja hem argumentat en altres capítols, aquest treball no pot pretendre ni pretén arribar als últims detalls de totes les professions i ocupacions. L'insuficient coneixement de la realitat, juntament amb la manca del temps i dels recursos necessaris, no ens permeten una revisió exhaustiva i profunda, la qual considerem necessària i urgent.

Amb aquest capítol, a part d'introduir uns elements merament informatius sobre els cicles existents relacionats amb la salut, i les competències atribuïdes a aquests professionals; aportem també els elements d'anàlisi i reflexió per part de professionals diversos, tant del grup geops, com d'altres consultats. Aquesta informació és molt desigual, atès que hem detectat col·lectius amb més preocupació que d'altres per l'obsolescència d'alguns dels aspectes destacats.

Considerem que aquest conjunt de professions mereix un estudi més profund de les diferents situacions professionals i també de les corresponents adequacions als canvis socials, professionals i tecnològics, i del propi sistema de salut. Així doncs, l'objectiu dels comentaris i propostes aquí exposats és proporcionar unes bases per a un estudi posterior amb més perspectiva i abast.

3.13.a- Situació actual

La formació professional comprèn un conjunt d'ensenyaments que capaciten per a l'exercici qualificat de diverses professions i proporcionen a l'alumne/a la formació necessària per adquirir la competència professional característica de cada títol, a més de comprendre l'organització i les característiques del sector corresponent.

La formació professional específica s'ordena en cicles formatius que donen la qualificació necessària per executar les tasques pròpies de la professió. La durada dels cicles formatius —sumant les hores lectives i la formació pràctica— oscil·la entre 1.300 i 2.000 hores, la qual cosa representa un o dos cursos acadèmics.

Els cicles formatius poden ser de grau mitjà o de grau superior. Els cicles formatius de grau mitjà (CFGM) condueixen a la titulació de *Tècnic de Formació Professional*, i corresponen al nivell 2 europeu³⁰⁵. És el primer nivell de qualificació professional conduent a títol obtingut en finalitzar l'educació obligatòria. Concerneix principalment a un treball d'execució.

³⁰⁴ Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació, Formació Professional
<http://www.gencat.net/educacio/estudis/frame5.htm>

³⁰⁵ Vegeu el quadre comparatiu dels títols de formació professional a Europa, disponible a.
http://eurotuteur.ac-strasbourg.fr/cuadro_comparativo_de_titulos.htm

Els cicles formatius de grau superior (CFGS) condueixen a la titulació de *Tècnic Superior de Formació Professional*, i corresponen al nivell 3 europeu. A aquest nivell hi ha dos tipus de títols a Europa; aquells que donen accés a l'educació superior i els que permeten l'exercici professional en un nivell de supervisió i coordinació.

Per accedir als CFGS es requereix el batxillerat (LOGSE) o una titulació equivalent (COU, etc). Els graduats en Educació Secundària (o equivalent) poden accedir als CFGM. L'obtenció de les corresponents titulacions permet avançar a altres nivells de formació.

Els cicles formatius existents estan agrupats per famílies. La família de *sanitat*, inclou 13 titulacions diferents, dos d'elles corresponen a grau mitjà i la resta a grau superior. També hem considerat dos dels que es troben a la família *serveis socioculturals i a la comunitat*, els quals estan molt relacionats amb l'àmbit de la salut, concretament amb l'atenció sociosanitària.

Família Sanitat

Cicle formatiu	Grau ¹	Titulació ²	Perfil professional
Cures auxiliars d'infermeria	GM	T. en cures auxiliars d'infermeria	<p>S'encarrega —com a membre de l'equip d'infermeria o d'un equip de salut—, de l'aplicació de cures auxiliars d'infermeria, i de tenir cura de les condicions sanitàries de l'entorn del pacient i del material sanitari emprat en les diferents consultes/unitats/serveis; entre d'altres.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a auxiliar d'infermeria. Tècnic/a auxiliar d'atenció primària. Tècnic/a d'atenció domiciliària. Tècnic/a auxiliar d'unitats especials i salut mental.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Hospitals. Consultes mèdiques. Clíniques dentals. Centres geriàtrics. Centres de salut mental. Centres de balneoteràpia. Centres o hospitals de dia. Unitats d'atenció sociosanitària d'entitats públiques o privades.</p>
Farmàcia	GM	T. en farmàcia	<p>Estarà capacitat, entre d'altres, per a la dispensació, venda i distribució de productes de farmàcia i parafarmàcia, incloent-hi la informació als clients sobre la seva utilització, el cobrament, el control de caixa i la tramitació administrativa de liquidacions diferides; i també per elaborar preparats medicamentosos, dietètics i cosmètics —efectuant operacions fisicoquímiques elementals—, sota la supervisió corresponent.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a d'oficina de farmàcia. Tècnic/a de magatzem de distribució de medicaments. Tècnic/a en farmàcia hospitalària. Tècnic/a en establiments de parafarmàcia.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Hospitals. Farmàcies. Establiments de parafarmàcia.</p>
Anatomia patològica i citologia	GS	T.S. en anatomia patològica i citologia	<p>Estarà capacitat, entre d'altres, per a la realització de necròpsies clíniques o medicolegals, la realització de la selecció i l'aproximació diagnòstica de citologies sota la supervisió del facultatiu, i la realització del registre fotogràfic de peces i preparacions a nivell macroscòpic, microscòpic i ultramicroscòpic.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a especialista en anatomia patològica. Citotècnic/a. Ajudant/a de forense.</p>

Família Sanitat

Cicle formatiu	Grau ¹	Titulació ²	Perfil professional
			<p>Àmbits professionals de treball: Laboratoris d'anatomia patològica i de citologia. Laboratoris de centres de planificació familiar. Sales de necròpsies d'hospitals o instituts anatomicoforenses. Laboratoris de centres d'investigació.</p>
Audiopròtesis	GS	T.S. en audiopròtesis	<p>Estarà capacitat, entre d'altres, per seleccionar, construir, reparar i adaptar pròtesis per a la correcció de deficiències auditives, assegurar el compliment de les especificacions establertes per la normativa i la prescripció corresponent.</p> <p>Llocs de treball: Audioprotètic/a. Assistent/a tècnica de pròtesis auditives. Tècnic/a comercial en sistemes d'avaluació audiològica i protecció auditiva. Audiometrista. Tècnic/a en elaboració i reparació de materials audioprotètics. Tècnic/a en exploració de l'audició en equips assistencials.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Establiments destinats a l'adaptació i venda de pròtesis auditives. Sector industrial, en l'àrea de reparació i elaboració de productes audioprotètics.</p>
Dietètica	GS	T.S. en dietètica	<p>Estarà capacitat, entre d'altres, per elaborar i supervisar dietes adaptades a persones i col·lectius, controlar la composició qualitativa dels aliments per tal de determinar la seva qualitat higienicodietètica, analitzar els comportaments alimentaris i les necessitats funcionals, i programar i aplicar activitats educatives que millorin els hàbits alimentaris de la població</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a en dietètica i nutrició. Responsable d'alimentació en empreses de servei d'àpats. Tècnic/a en higiene dels aliments. Consultor/a en alimentació. Educador/a sanitari/ària.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Hospitals. Menjadors de residències generals i geriàtriques. Menjadors escolars o d'empreses. Serveis de restauració. Atenció primària i comunitària. Indústria alimentària.</p>
Documentació sanitària	GS	T.S. en documentació sanitària	<p>Podrà fer, entre d'altres, les tasques d'organització i gestió dels arxius de documentació i històries clíniques, i avaluació del procés de tractament de la informació i la documentació clínica, garantint el compliment de les normes de l'Administració sanitària i dels sistemes de classificació i codificació internacionals.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a en documentació sanitària. Tècnic/a en codificació. Cap d'arxius en centres sanitaris.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Atenció primària i comunitària. Serveis d'administracions de centres hospitalaris. Arxiu i unitats de salut pública. Unitats d'avaluació i control de qualitat de la prestació sanitària.</p>
Higiene bucodental	GS	T.S. en higiene bucodental	<p>Estarà capacitat, entre d'altres, per promoure la salut de les persones, programar i desenvolupar activitats preventives i assistencials, com a membre d'un equip de</p>

Família Sanitat

Cicle formatiu	Grau ¹	Titulació ²	Perfil professional
			<p>salut bucodental, i per executar aquestes activitats mitjançant l'exploració, la detecció i el registre de l'estat de salut bucodental.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a especialista en higiene bucodental. Higienista dental. Educador/a sanitari/ària.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Serveis hospitalaris d'estomatologia i cirurgia maxil·lofacial, atenció primària i comunitària. Clíniques dentals.</p>
Imatge per al diagnòstic	GS	T.S. en imatge per al diagnòstic	<p>Estarà capacitada, entre d'altres, per obtenir registres gràfics del cos humà, de tipus morfològic i funcional amb finalitats diagnòstiques, mitjançant la preparació, utilització i control dels equips —radiogràfics, de processament d'imatges de ressonància magnètica i tomografia computada—, tècniques radioisotòpiques i l'ús de medicina nuclear. També poden interpretar i validar els resultats, sota la supervisió corresponent.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a en imatge per al diagnòstic. Tècnic/a en protecció radiològica. Tècnic/a en radiologia d'investigació i experimentació. Delegat/ada comercial de productes i equipament sanitari.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Hospitals. Gabinetes de radiologia de centres de salut. Gabinetes radiològics extrahospitalaris.</p>
Laboratori de diagnòstic clínic	GS	T.S. en laboratori de diagnòstic clínic	<p>Estarà capacitada, entre d'altres, per realitzar estudis analítics —microbiològics, hematològics i genètics— de mostres biològiques humanes, interpretar i valorar els resultats tècnics perquè serveixin de suport al diagnòstic clínic, i poder actuar sota normes de qualitat, de seguretat i mediambientals.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a en laboratori de diagnòstic clínic. Tècnic/a en laboratori d'investigació i experimentació. Tècnic/a en laboratori de toxicologia. Delegat/ada comercial de material i productes de laboratori</p> <p>Àmbits professionals de treball: Centres hospitalaris. Laboratoris de diagnòstic. Laboratoris d'investigació</p>
Ortesis i Pròtesis	GS	T.S. en ortesis i pròtesis	<p>Estarà capacitada, entre d'altres, per definir ortesis, pròtesis, ortopròtesis i ajudes tècniques, organitzar, programar i supervisar la fabricació i l'adaptació al client, i assegurar el compliment de les especificacions establertes per la normativa i la prescripció corresponent.</p> <p>Llocs de treball: Tècnic/a ortoprotètic/a. Tècnic/a ortopèdic/a. Delegat/ada comercial d'empreses d'ortesis i pròtesis.</p> <p>Àmbits professionals de treball: Sector sanitari. Sector industrial. Establiments de venda de productes ortopèdics</p>
Pròtesis dentals	GS	T.S. en pròtesis dentals	<p>Estarà capacitada per dissenyar, fabricar i reparar pròtesis i ortesis dentofacials adaptades al pacient, a partir de les prescripcions del facultatiu (odontòlegs, estomatòlegs i cirurgians maxil·lofacials), i complir les normes de qualitat,</p>

Família Sanitat

Cicle formatiu	Grau ¹	Titulació ²	Perfil professional
			seguretat i higiene en el temps establert. Llocs de treball: Tècnic/a protètic/a dental. Tècnic/a en pròtesis fixes i extraïbles. Tècnic/a en ortodòncia. Delegat/ada comercial. Àmbits professionals de treball: Laboratoris. Dipòsits dentals
Radioteràpia	GS	T.S. en radioteràpia	Estarà capacitat per aplicar tractaments de radioteràpia, segons prescripció mèdica, disposar els pacients per a la prova, complir les normes de dosimetria i radioprotecció, i per aplicar també el reglament de la instal·lació radioactiva específica de la seva unitat Llocs de treball: Tècnic/a en radioteràpia. Tècnic/a en protecció radiològica. Delegat/ada comercial de productes i equipament sanitari. Àmbits professionals de treball: Centres hospitalaris.
Salut ambiental	GS	T.S. en salut ambiental	Estarà capacitat per dur a terme les operacions d'inspecció per identificar, controlar, vigilar, avaluar i, si escau, corregir els factors de risc ambiental per a la salut —associats a l'ús de l'aigua, l'aire i les diferents fonts d'energia, productes químics i vectors d'interès en salut pública, la gestió de residus sòlids i de medi construït, i la contaminació dels aliments—, i desenvolupar programes d'educació i promoció de la salut de les persones en la seva interacció amb el medi ambient. Llocs de treball: Tècnic/a en salut ambiental. Tècnic/a en control d'aigües de consum. Tècnic/a en contaminació atmosfèrica. Tècnic/a en gestió de residus. Àmbits professionals de treball: Plantes envasadores d'aigua embotellada. Piscines. Laboratoris de control d'aigües i aliments. Administracions d'àmbit estatal, regional i local. Empreses privades de tractament de l'aigua i contaminació atmosfèrica.

¹ GM= Grau mitjà, GS= Grau superior

² T. = Tècnic/a... T. S. = Tècnic/a superior...

Família Serveis socioculturals i a la comunitat

Cicle formatiu	Grau ¹	Titulació ²	Perfil professional
Atenció sociosanitària	GM	T. en atenció sociosanitària	Estarà capacitat, entre d'altres, per atendre en la vida diària, persones i col·lectius amb necessitats especials de salut física, psíquica i social i tenir-ne cura, aplicant les estratègies i els procediments més adequats per mantenir i millorar l'autonomia personal i les relacions amb l'entorn. Podrà organitzar, preparar i controlar aquestes intervencions. Llocs de treball: Responsable de planta en les institucions residencials. Cuidador/a de persones grans, persones amb discapacitat física, psíquica o sensorial en les

Família Serveis socioculturals i a la comunitat

Cicle formatiu	Grau ¹	Titulació ²	Perfil professional
			diferents institucions. Tècnic/a d'atenció domiciliària. Àmbits professionals de treball: Centres residencials de persones grans o amb discapacitats físiques, psíquiques o sensorials. Pisos tutelats, centres de dia, centres de rehabilitació, centres d'oci i temps de lleure, centres d'inserció ocupacional de persones amb discapacitat, serveis d'atenció a domicili, domicilis particulars.
Integració social	GS	T. S. en integració social	Estarà capacitat per programar, organitzar, desenvolupar i avaluar les activitats d'integració social, valorar la informació obtinguda en cada cas i determinar i aplicar les estratègies i les tècniques més adequades per desenvolupar la seva autonomia personal i inserció ocupacional. Llocs de treball: Educador/a de discapacitats (físics, psíquics i sensorials). Tècnic/a en programes d'ajut a domicili. Tècnic/a en programes de prevenció i inserció de persones en situació de risc de marginació social. Tècnic/a en inserció ocupacional. Àmbits professionals de treball: Administracions. Centres de serveis socials. Centres d'acolliment. Centres d'inserció ocupacional i professional. Programes de prevenció o inserció social.

¹ GM= Grau mitjà, GS= Grau superior

² T. = Tècnic/a... T. S. = Tècnic/a superior...

3.13.b- Anàlisi de tendències i propostes d'acció

Sense entrar massa en detalls, sembla que, amb algunes excepcions, els perfils amb una vessant més tècnica i menys assistencial són els que més s'han adaptat a les noves necessitats de la societat i del sistema. Tal seria el cas dels **tècnics superiors d'imatge per al diagnòstic, els de radioteràpia, els d'anatomia patològica i citologia, i els de laboratori de diagnòstic clínic.**

Sembla que es tracta de quatre professions que han assolit molt bons nivells de competències, i aporten un suport especialment qualificat en els seus àmbits. Hi ha metges radiòlegs que reconeixen en els tècnics relacionats amb la radiologia, un alt grau de preparació i capacitació i opinen que podrien assumir més tasques i responsabilitats. Ho plantegem com a tema objecte de debat i estudi, tenint en compte totes les mesures de precaució —entre elles, arribar a consens entre les diferents parts implicades i considerar els recursos necessaris— esmentades al capítol de competències.

Dels cicles formatius orientats al laboratori, els dos de grau superior (el d'anatomia patològica i citologia, i el de laboratori de diagnòstic clínic) també responen i s'adeqüen a les expectatives previstes. De fet, s'estan adaptant fins i tot a altres àmbits —no considerats als seus currículums— i omplen, així, alguns buits competencials existents. Tal seria el cas de la farmàcia hospitalària.

El tècnic actual de farmàcia correspon a un cicle formatiu de grau mitjà, i la seva preparació no es considera suficient per afrontar les necessitats reals de la farmàcia hospitalària en aspectes tècnics complexos, els quals cada cop són més habituals.

A molts hospitals catalans estan preferint contractar tècnics d'altres àmbits –però de grau superior–, i formar-los en els coneixements i les habilitats específiques del camp de la farmàcia, que agafar tècnics de farmàcia –que són de grau mitjà–, amb una preparació inadequada i una base insuficient per poder-los adequar. A més, també hi ha la opinió, no del tot consensuada, que a les oficines de farmàcia caldria un nivell superior per a una atenció farmacèutica cada cop més complexa i rellevant.

Atesa la preocupació general per la situació actual d'aquest cicle, i la seva rellevància, més endavant dediquem un apartat amb més detalls sobre les propostes de modificació del cicle formatiu de farmàcia.

Els tres cicles formatius relacionats amb diferents tipus de pròtesi (**audiopròtesis, ortesis i pròtesis, i pròtesis dentals**) també semblen, en principi, adequats i correctes. Un altre cicle molt ben adequat a les necessitats és el **tècnic superior en higiene bucodental**. Està molt ben valorat pels dentistes i també pels usuaris. La percepció d'alguns odontòlegs, i també de metges de família, és que estan especialment capacitats per fer una tasca educativa i preventiva poc desenvolupada i molt necessària per a la promoció de la salut bucodental i també –a causa de l'estreta interrelació entre ambdues– de la salut en general. En concret, el treball comunitari –que es fa bàsicament a escoles– s'hauria d'estendre també a geriàtrics i centres sociosanitaris, on hi ha una població amb molta necessitat d'aquests serveis.

Quant als **tècnics en cures auxiliars d'infermeria**, sembla que la formació està ben adequada als objectius i competències plantejats oficialment. No obstant això, hi ha aspectes també a plantejar i a aprofundir, com per exemple, la seva categorització dins de l'escalafó funcional (sovint està per sota d'altres ocupacions que no requereixen cap nivell d'estudis), el sentit de pertinença als equips d'infermeria, i la confusa definició competencial en alguns àmbits, especialment en el sector privat.

A més, hi ha certes tasques que –estant incloses dins de les seves competències i preparació– no estan prou desenvolupades i que, precisament, estan esdevenint d'especial rellevància qualitativa i quantitativa, a causa de canvis socials, sobretot sociodemogràfics. El suport en l'atenció domiciliària i en algunes tècniques, com l'electrocardiograma, les glicèmies capil·lars o la presa de pressió arterial, en són alguns dels exemples dels quals s'hauria de parlar.

Hi ha quatre cicles formatius (dos de la família de sanitat i dos de la família de serveis socioculturals i a la comunitat) dels quals no en podem dir gaire, a causa de l'alt desconeixement per part dels professionals que han participat en l'estudi i d'altres fonts que hem pogut consultar. La nostra percepció és que es tracta de cicles poc aprofitats en el sistema i que, precisament, seria bo replantejar-los, adequar-los a les necessitats actuals, i integrar-los.

Els dos de la família de sanitat són **el CFGS en documentació sanitària i el CFGS en salut ambiental**. Tant un àmbit com l'altre ens semblen prou rellevants com per plantejar aquests cicles que hi puguin donar més suport i més actualitzat. Els dos de la família de serveis socioculturals i a la comunitat són **el CFGM en atenció sociosanitària i el CFGS en integració social**. Tots dos, malgrat tenen una vessant clarament social, estan molt directament relacionats amb la salut de les persones i, de fet, tenen competències i matèries purament de la salut. Per això, i també per tot el que implicarà la Llei de dependència, ens sembla que hi hauríem de comptar també amb aquests cicles quan parlem dels cicles de la salut.

I finalment, però no menys important, parlar dels **cicles formatius en dietètica**, els quals són de grau superior, però —al contrari del que passa amb els de farmàcia— el col·lectiu de dietistes i nutricionistes considera que s'haurien de reconvertir a grau mitjà o potser fer-ne dos. També els hem considerat mereixedors d'apartat propi.

Cicle formatiu en Dietètica

El cicle formatiu relacionat amb aquests estudis és actualment de grau superior (GS) i el col·lectiu de dietistes-nutricionistes consideren que o bé hauria de ser de grau mitjà (GM) o, en cas de continuar essent superior, caldria revisar els continguts del programa formatiu per assolir els objectius adients. Les raons són diverses:

- * El programa oficial és teòricament molt similar al de la diplomatura³⁰⁶. Això crea duplicitat i confusió.
- * La formació que es dona als instituts d'ensenyament secundari és molt heterogènia i els requeriments per a les places de professorat (llicenciatures i diplomatures de ciències o ciències de la salut en general) no estan relacionats amb l'especialitat. En aquest context no es considera el Diplomant en Nutrició Humana i Dietètica, perquè la directiva de Formació Professional és de 1995 i, per tant, anterior a la sortida de les primeres promocions de diplomats (directiva de 1998).
- * L'obtenció del títol no els capacita per poder assumir la responsabilitat que s'espera d'ells. De fet, moltes vegades acudeixen al CESNID a demanar ajut quan han de preparar un programa, etc.
- * El 30% de les places per accedir als estudis de diplomatura que adjudiquen als que tenen el CFGS de Dietètica, obtenen els mateixos resultats acadèmics que els que vénen via PAAU i, per tant, sense cap formació específica prèvia.

Proposen plantejar de nou i per complet aquest CFGS, i fer que la formació i capacitació es correspongui amb les expectatives i que no se superposi amb la diplomatura existent (futur Grau, d'acord amb les actuals propostes del Ministeri). Veuen més un perfil per portar el control de la higiene, control de qualitat, etc. S'ofereixen a seure i parlar amb els organismes competents per tal de redefinir aquesta figura i la consegüent formació. Ara és el moment, amb la integració a l'EEES.

Amb la preparació que tenen, el nombre disponible de tècnics superiors de dietètica (els CFGS) és considerat excedent i que s'haurien de retirar algunes de les seves funcions i atribucions que se'ls atorga. No estan capacitats per fer dietoteràpia ni nutrició clínica, per exemple.

Caldria fer una reflexió global del paper que hauria de tenir aquesta figura, definir el seu perfil i la formació necessària. I s'haurien de tenir en compte diferents realitats, com l'existència de la formació universitària, la formació que poden rebre i interioritzar, la capacitació que poden adquirir i les responsabilitats que poden assumir.

³⁰⁶ En realitat és el programa proposat per ells quan sol·licitaven una diplomatura, com la que ja existia a altres països. Com el títol universitari no el van obtenir fins el 1998, el 1982 aprox. es van crear els primers estudis de FP. Uns anys més tard, amb la LOGSE, havien de reconsiderar aquests estudis de FP i convertir-los en un CFGM o en un CFGS. Com encara no havien aconseguit la diplomatura, van acceptar l'alternativa que més s'acostava: el CFGS. I es va utilitzar el programa que tenien preparat per a la diplomatura.

Cicle formatiu en Farmàcia

El cicle formatiu relacionat amb aquests estudis és actualment de grau mitjà (GM), i el col·lectiu de farmacèutics –sobretot en l'àmbit hospitalari– consideren que el grau de complexitat i rellevància de les activitats que els tècnics de farmàcia han de dur a terme, requereix una preparació i una competència de grau superior (GS).

Els darrers anys, l'activitat dels serveis de farmàcia dels hospitals ha experimentat transformacions substancials. Han aparegut medicaments nous molt més efectius, però el marge eficàcia/seguretat és més estret, la complexitat és superior i el cost més elevat. L'evolució de camps determinats de la medicina –com l'oncologia, l'hematologia, les malalties infeccioses o el tractament del pacient crític, entre d'altres– han comportat l'augment considerable de les preparacions estèrils i d'altres preparats galènics. A més, el sistema de dosis unitàries, plenament consolidat, ha demostrat la seva eficàcia, no solament com a mer sistema de distribució de medicaments, sinó també com a mitjà per millorar l'ús dels medicaments a través del monitoratge de la prescripció i de la intervenció farmacèutica.

El nou context exigeix una implicació més gran dels serveis de farmàcia –com estructura de suport de l'activitat clínica dels hospitals, i en benefici de l'ús racional dels medicaments i de la millora de la qualitat assistencial–, i una adequació de la formació i especialització dels seus professionals a les noves exigències en matèria de coneixements, habilitats i responsabilitats. La preparació, perfil professional i àmbit de competències dels tècnics de farmàcia de grau mitjà actuals no es corresponen amb les necessitats reals de la farmàcia hospitalària actual, pel que fa a aspectes tècnics complexos.

En l'actualitat, l'absència d'un tècnic superior de farmàcia –que en altres serveis com radiologia, anatomia patològica, o laboratoris, sí que existeix– dificulta el funcionament d'aquests serveis. A més, la responsabilitat legal dels actes relacionats amb l'elaboració o reenvasat de medicaments per part de personal auxiliar recau per complet en el farmacèutic, a diferència del que passa amb altres serveis assistencials, on les responsabilitats són compartides.

La manca de professionals adients en els serveis de farmàcia genera la coexistència de diversos tipus de professionals auxiliars tècnics –auxiliars de clínica, diplomats d'infermeria, tècnics superiors de farmàcia del mòdul experimental, tècnics de farmàcia de grau mitjà, tècnics superiors d'anatomia patològica i citologia, i tècnics superiors de laboratori de diagnòstic clínic–, els quals entren sovint en conflicte d'interessos i de competències, en no estar definit clarament un model específic. Aquesta situació conflictiva és molt més acusada en els hospitals públics, a causa de la rigidesa i manca d'adequació del marc estatutari laboral.

El que hem descrit justifica per si mateix la proposta de **creació de la figura del tècnic superior en farmàcia** (MP3) com professional de suport tècnic del farmacèutic d'hospital. Però hem d'afegir l'aval que representen els excel·lents resultats del mòdul experimental de tècnics superiors de farmàcia, que es va desenvolupar fa uns anys; ja que els responsables de farmàcia han constatat –de manera gairebé unànime– que la incorporació d'aquests professionals a l'àmbit laboral de la farmàcia hospitalària ha representat un salt qualitatiu important com suport de l'activitat tècnica dels farmacèutics i ha mostrat un grau de formació i de motivació elevats d'aquells.

El nou tècnic superior en farmàcia ha de reunir els coneixements i habilitats que li permetin col·laborar amb el farmacèutic en la elaboració de fórmules magistrals i estandarditzades i en la dispensació de fàrmacs.

El seu àmbit d'actuació principal seran els serveis de farmàcia d'hospitals públics o privats; però també podrà treballar a oficines de farmàcia, centres de distribució farmacèutica i a laboratoris de la indústria farmacèutica, la indústria cosmètica i indústries de química fina.

S'ha presentat una proposta al Ministeri, que detalla el perfil professional, les capacitats requerides i les tasques més significatives que hauria de realitzar. Entre d'altres, caldrà un nivell analític que permeti detectar anomalies en el procés d'elaboració de fórmules magistrals, valorant la influència d'aquestes en l'obtenció del producte i prenent les mesures necessàries per establir la correcció; ser capaç de planificar la seva feina i valorar les prioritats; ser capaç de desenvolupar tasques en què periòdicament s'introdueixen innovacions, en general poc complexes, però amb certa repercussió en la qualificació requerida, tant en els equips i instrumental com en els sistemes de distribució i control de la medicació.

Aquesta opció no invalida l'existència dels tècnics de farmàcia actuals (que són de grau mitjà), els quals podrien dur a terme tasques auxiliars en l'àmbit de la farmàcia hospitalària. Podria ser convenient estudiar el canvi de la denominació actual per la d'auxiliars de farmàcia.

3.14- Treballadors socials

El treball social neix a finals del segle XIX a Europa i als EUA per donar resposta als greus problemes que el procés d'industrialització va provocar. Des d'un principi, els futurs treballadors socials es van caracteritzar per donar un ajut directe i unes prestacions, basats en el contacte personal, en l'empatia, en la comprensió i en el suport emocional de les persones ateses. Aquesta pràctica social estava presidida per criteris de valor, orientats per l'ideal d'aconseguir una societat més justa, més democràtica i més solidària.

El naixement de la professió a Espanya va trigar més. Generalment, les accions destinades a atendre situacions de necessitat i desemparament es desenvolupaven des de dos tipus de tendències: les d'inspiració religiosa (motivades per fer el bé per l'amor a Déu) i les d'inspiració filantròpica (inspirades pel principi de fer el bé per amor a l'home). Totes dues eren més vocacionals que professionals.

El Treball Social com a professió té els seus orígens al Sistema Sanitari a Catalunya, i queda integrat als hospitals. La primera escola amb connotacions laiques a l'Estat espanyol es crea a Barcelona l'any 1932, amb el nom d'Escola d'Assistència Social per a la Dona, dins del marc de les innovacions pedagògiques i formatives de la República. Però no és fins als anys 60 quan s'arriben a crear 42 escoles, a tot l'Estat espanyol, que ofereixen professionals que troben ocupació als hospitals, empreses, serveis de psiquiatria o d'infància³⁰⁷.

Tanmateix, cal fer esment de la creació, l'any 1953, de l'Escola de Visitadores Socials Psiquiàtriques que depenia de la càtedra de psiquiatria de l'Hospital Clínic i de la Secció Femenina de Barcelona que actualment pertany a la Generalitat de Catalunya. Aquesta escola va néixer per formar principalment els assistents socials en el camp sanitari i va ser impulsada pel Dr. Sarró que coneixent el *Social Worker* dels Estats Units va voler incorporar aquesta formació als assistents socials que treballaven en el camp de la salut mental³⁰⁸.

Amb la recuperació democràtica, a partir de l'any 1978, es produeix un desplegament de serveis i recursos socials que fins aleshores no havien existit, amb un concepte modern basat en el dret de tot ciutadà d'ésser atès pels serveis públics que es van creant. Es desenvolupa una xarxa de serveis socials amb entitat pròpia i un sistema que regula les prestacions del benestar que conclou amb una Conselleria del Benestar específica. A la vegada, comencen a créixer les unitats de treball social dins del sistema de salut.

La Llei d'Accreditacions de Centres Assistencials de 1982 disposa que els hospitals han de comptar amb una Unitat d'Assistència Social, i la Reforma d'Atenció Primària de 1984 incorpora professionals de treball social a la xarxa de les noves Àrees Bàsiques de Salut.

El treball social i la seva professionalització tenen unes arrels i uns trets comuns que els caracteritzen a nivell internacional, però la seva evolució està molt lligada al context i al moment social i cultural propis de cada país. El reconeixement oficial dels estudis, i la seva integració al món universitari, han anat en paral·lel al reconeixement de la professió.

A l'Estat espanyol, es reconeixen els estudis oficials l'any 1964. La incorporació a la universitat dins del marc de les Escoles Universitàries de Treball Social queda regulada pel Reial decret 1850/1981, de 20 d'agost. En l'actualitat s'imparteixen els estudis a les universitats públiques i privades i es considera el treballador social un professional clau dels serveis de benestar

³⁰⁷ Equip Prograss, Els Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, Situació, perfil i expectatives Ed. Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya Edit Hacer Barcelona 1997. pg 112

³⁰⁸ Rubí Martínez C. Introducción al Trabajo Social Barcelona 1989 pg 58

social, tot i la importància inqüestionable del treball interdisciplinari en cada un dels àmbits d'actuació.

3.14.a- Situació actual

Segons el codi deontològic de la professió, *“els treballadors socials s'ocupen de planificar, projectar, calcular, aplicar, avaluar i modificar els serveis i polítiques socials per als grups i les comunitats. Actuen en molts sectors funcionals utilitzant diversos enfocaments metodològics, treballant en un ampli marc d'àmbits organitzatius i proporcionen recursos i prestacions a diversos sectors de la població als àmbits microsocia, social i macrosocia”*.

El treballador social (TS) pot actuar en sectors molt diversos, però el desenvolupament de les seves funcions en determinats sectors requereixen uns coneixements molt específics del sector. Això passa sobretot en l'àmbit jurídic, el d'educació i el de salut.

El treballador social, en el camp de la salut, és el professional idoni per saber quins elements cal abordar, atendre i posar en marxa, i també els mecanismes de resolució dels aspectes socials que incideixen en el marc de salut personal i/o comunitària.

El Treball Social en Salut ha estat definit com una activitat professional de tipus clínic que implica, d'un costat, el diagnòstic social de la persona afectada, com l'aportació al diagnòstic global i al pla general de tractament; i per altre, al tractament (individual, familiar o grupal) de la problemàtica social que incideix o està relacionada amb el procés de salut-malaltia, sempre dintre d'un context general del tractament i en l'ordre dels objectius de salut a aconseguir.

Per tant, el treballador/a social de salut és el professional que fa possible l'enllaç de les necessitats socials originades pels pacients i els seus familiars davant d'un problema de salut amb els possibles recursos i prestacions que des de l'estat del benestar els puguin ser atribuïbles. Ajuda les famílies a ser coneixedores de les seves potencialitats i els seus propis recursos i també a la capacitat de poder autogestionar-los.

Això comporta la tasca d'orientar, quan el problema ho necessiti, la resta de l'equip sanitari, així com el malalt i el seu entorn, sobre els recursos sanitaris i socials que puguin ser adequats per als objectius de salut.

En el treball social en salut cal destacar:

1. La importància que els factors socials tenen tant en la salut com en la malaltia i la possibilitat de perdre o recuperar la salut.
2. La necessitat de tractar els problemes socials que apareixen en situacions de malaltia.
3. La funció que el treballador social té en el sistema de salut, i de cara als professionals, per ajudar a prendre consciència que l'atenció dels factors socials i el seu tractament és una exigència bàsica de l'atenció integral de salut.
4. Les formes d'intervenció del Treball Social en el camp sanitari poden ser indirectes o directes i totes dues signifiquen l'aplicació pràctica de la teoria, els coneixements i habilitats pròpies del treball social per aconseguir els objectius de salut.

El TS de salut desenvolupa les seves funcions professionals immers en equips multiprofessionals, compartint espai físic, temps i objectius. El TS és el professional que ha de saber els elements que cal posar en joc per retornar l'individu o la comunitat a situacions habituals. Acadèmicament, està preparat per abordar, atendre i posar en marxa els mecanismes de resolució dels aspectes socials que incideixen en el marc de la salut personal i comunitària. El TS de salut incideix en tres vessants: l'assistencial, de promoció i de prevenció.

La Comissió de Salut del Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya ha elaborat un document (*Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari*)³⁰⁹ que descriu les funcions i competències des de les tres vessants i el treball en xarxa.

El TS de salut, en estar immers en equips i problemàtiques de salut, requerirà uns coneixements específics i complementaris, que acostuma a adquirir a través de formació continuada i amb la pràctica diària. En aquest sentit, el Col·legi va realitzar un estudi l'any 1995 a través d'enquestes als professionals del Treball Social dels diferents àmbits. Les dades obtingudes van mostrar una mancança de formació específica en alguns àmbits (jurídic, educació i salut) durant els estudis de pregrau. Aquesta mancança la suplien amb molta formació continuada.

Arran d'aquesta constatació van introduir un mòdul de salut a la diplomatura, però per al treballador social que s'acaba de formar i aterra a un hospital no és suficient. Malgrat treballen amb molts recursos externs, l'absència de jerarquia de treball social en els àmbits de salut, fa que el treballador social que es troba per primer cop a una entitat de salut (hospitals, primària de salut etc.), tingui moltes dificultats per ubicar-se, desenvolupar el seu rol i desplegar les seves potencialitats; a causa de la no-existència de directrius socials integrades al Sistema de Salut i definides perquè els professionals del treball social sanitari desenvolupin el seu desplegament .

Tant als hospitals com a l'atenció primària, la presència del treballador social és molt baixa, quan no és nul·la, per a les competències que podrien desenvolupar. A més, els manquen recursos tant organitzatius (més representació a l'Administració i als comitès de direcció perquè arribin les propostes) com de tecnologies d'informació i comunicació. En aquest sentit, no tenen moltes vegades ni un mòbil ni accés a ordinadors ni correu. Tenint en compte que el seu tipus de treball requereix molt contacte amb l'exterior i mobilitat per buscar recursos i que les ràtios de treballadors socials són tan baixes, el resultat és que les gestions porten molt més temps i que no poden fer tot el que caldria, treballant molt d'*apagafocs*.

3.14.b- Anàlisi de tendències i propostes d'acció

- ⇒ Si es vol caminar realment cap a un abordatge integral de la salut, s'hauran de considerar també els seus components psicològics i socials des d'equips multidisciplinaris. El treballador social és el professional clau per determinar els elements que cal per abordar, atendre i posar en marxa, els mecanismes de resolució dels aspectes socials que incideixen en el marc de salut personal i/o comunitària.
- ⇒ El procés de cronificació de les malalties és un dels motius que demanen un canvi d'estratègia, centrant-la no solament en l'atenció mèdica, sinó també en l'atenció social.
- ⇒ L'envelliment de la població i l'increment de la dependència també requereixen i requeriran un abordatge social. El paper del TS és clau per donar suport i per orientar les famílies (cuidadors i pacients) i ajudar a trobar solucions a les seves necessitats.
- ⇒ Les necessitats de dependència per realitzar les activitats de la vida diària no són exclusives de gent gran. Nens amb trastorns greus de desenvolupament, joves i adults amb seqüeles greus posttraumàtiques, persones amb deficiències intel·lectuals i/o lesions neurològiques, malalts mentals i persones amb malalties cròniques degeneratives també esdevenen dependents per raons lligades a la pèrdua de capacitat física, psíquica o intel·lectual.

³⁰⁹ Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, Comissió de Salut (nov. 2004 / feb. 2005). *Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari*

- ⇒ També intervenen amb problemes d'abús i de dependències de substàncies, orientant a grups; i en l'acompanyament de dol, en treball interdisciplinari (psicòlegs, infermeres, psiquiatres...).
- ⇒ La violència en qualsevol de les seves facetes (de gènere, maltractament infantil, d'ancians etc.) està reconeguda per l'OMS, des de 1996, com un problema de salut pública susceptible d'estudi i intervenció³¹⁰. A Espanya encara s'associa més a criminalitat i a certs col·lectius marginals, sense implicar encara el sector i professionals de la salut³¹¹. Les estadístiques mostren una tendència creixent³¹² de violència, representant nous reptes que s'hauran d'abordar des d'una perspectiva social-sanitària i amb la intervenció clau del TS.
- ⇒ La tendència actual –i previsiblement futura– a escurçar les estades hospitalàries, genera un increment de situacions personals i familiars conflictives. Aquest fet també fa cada cop més necessària la tasca del treballador social.
- ⇒ El paper del treballador social de salut com a enllaç social-sanitari³¹³ és fonamental en una societat basada en els canvis. Ells són els que detecten noves necessitats i proposen i gestionen solucions. Per exemple, a un CAP amb un percentatge molt alt d'immigració, van trobar les maneres de poder formar mediadors i després contractar els seus serveis. Aquesta iniciativa s'ha dut a terme posteriorment a d'altres centres i hospitals. Altres vegades plategen formació a residents per un abordatge multicultural.
- ⇒ També interactuen amb els comitès d'ètica assistencial, plantejant problemes que han pogut detectar.
- ⇒ El seu paper en el camp de la Salut Pública (a nivell de Departament) no està previst i tindrien molt a dir, atès que són els primers que detecten molts problemes. Podrien gestionar programes, fer intervencions gestores, proposar plans d'acció (ex. neteges de xoc, etc.).

³¹⁰ Resolution Violence and Health. WHA 49.25. World Health Organization, 1996 Disponible a: www.who.int

³¹¹ Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. Gac. Sanit. 2006;20 (Supl 1):63-70

³¹² Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales nº 10. Disponible a: www.estudioslacaixa.es

³¹³ amb el terme “social-sanitari” ens referim als aspectes tant “estricteament” socials com de salut, a diferència del terme “socio-sanitari” que es refereix a la part social més directament implicada amb la salut.

3.15- Veterinaris

3.15.a- Situació actual

Com a comentari general hom ha d'esmentar que les àrees clàssiques de la formació i de l'exercici de la professió, com són: Medicina veterinària, Producció animal, Sanitat animal i Higiene, i Seguretat i tecnologia alimentària, inclouen la immensa majoria dels professionals col·legiats, bé sigui com a primera o bé sigui com a segona activitat.

Alguns elements a tenir en compte en aquesta situació actual i general poden ser:

- * en primer lloc, s'observa un augment de la pluriocupació en el col·lectiu professional, el qual pot interpretar-se com un signe d'una situació de creixent precarietat en l'exercici.
- * en segon lloc, quant a la demografia professional, si hom té en compte la taxa de recanvi per mortalitat i la relativa joventut de la població veterinària, això suggeriria que el nombre de llocs de treball disponibles, de la categoria corresponent als estudis, no és de preveure que creixi de forma molt important respecte a l'actual.
- * en tercer lloc, resulta que més de la meitat de la població de professionals veterinaris (col·legiats) treballa, o per a l'Administració pública (28%), o en una clínica de petits animals (26%), i no sembla que aquests puguin ser, en el futur, àmbits amb un gran creixement, ja que la tendència de la situació és, molt probablement, vers la saturació de l'oferta en ambdós casos.

Algunes dades informatives (quantitatives o semiquantitatives) sobre la situació professional són:

- * la taxa d'atur el 2001 era del 6%, i no sembla haver variat de llavors ençà, encara que les ocupacions són cada vegada més precàries.
- * el nombre d'estudiants per cada 100 professionals en actiu era de 66, l'any 1998.
- * l'oferta global per a la formació en Veterinària de les universitats públiques, a l'Estat espanyol, és de 1.100 places per al primer any; la nota mitjana d'accés no ha baixat de 6,6 des de 1995.
- * els professionals titulats anualment a les Facultats de Veterinària, a l'Estat espanyol, són 1.100, per a un contingent total d'estudiants de 10.000, i sobre un nombre de professionals en actiu de 20.000 a l'Estat (de 120.000 a la UE-15).
- * el nou espai europeu d'educació superior continua considerant estudis de grau de veterinària amb una durada de 5 anys.
- * pel que fa a la feminització, dos de cada tres ingressats a les facultats són persones del sexe femení.
- * tot veterinari coneix algun col·lega jove que ha anat a treballar al Regne Unit, principalment en tasques d'inspecció de carns.

Tenint en compte que la majoria de professionals treballa, o per a l'Administració pública (28%), o en activitat clínica animal (26%), i que ambdós àmbits no semblen tenir una gran perspectiva de creixement futur (limitació pública o saturació comercial), la situació, tant pel que fa a la formació com a la col·locació, seria d'un relatiu equilibri flexible. Tanmateix, pot haver àmbits de dedicació en expansió, com l'empresarial (dels sectors relacionats), la seguretat alimentària i el medi ambient (amb demanda social creixent).

3.15.b- Anàlisi de tendències

Quant a una previsió de necessitats de professionals, hom podria prendre com a argument que, tenint en compte les àrees o àmbits d'activitat que no tenen perspectiva de creixement, escauria disminuir la seva presència o proporció en el currículum, o pla d'estudis, formatiu de la professió.

En canvi, tenint en compte que l'atur en la professió està quasi a nivells d'atur tècnic, és a dir, no hi ha professionals desocupats, hom podria utilitzar les mateixes dades com a argument contrari, per potenciar la formació en unes àrees o àmbits d'activitat en què, malgrat tot, s'està generant la més gran, en termes relatius, ocupació a curt termini.

Les dues opcions serien reduccionistes, i escau ser molt prudent a l'hora de prendre una posició que afecti, d'aquella manera i en un sentit o un altre, la formació dels professionals titulats, ja que pot tenir conseqüències, directes o indirectes, immediates o diferides, greus pel que fa als professionals i als serveis professionals.

A més, emergeixen possibilitats d'expansió en camps com el de la gestió empresarial (en el sector o sectors corresponents), o en l'augment de la recerca en veterinària bàsica o aplicada, que també haurien d'estar adequadament presents en els estudis, i que poden oferir noves oportunitats d'ocupació.

La informació disponible actualment s'orienta al fet que, previsiblement i en el futur proper, els principals perfils competencials i d'activitat de la professió veterinària continuaran sent els principals i tradicionals: "medicina veterinària", "producció i sanitat animal" i "bromatologia".

Les àrees en què es preveu suposa una projecció més gran són: la seguretat alimentària, el benestar i la protecció animal, la medicina preventiva i epidemiologia, i l'exercici clínic d'espècies no convencionals ("exòtiques"), àmbits tots ells, tanmateix, enquadrats dins dels perfils clàssics. També hom observa que un nombre, encara petit però creixent, dels graduats, s'ocupa en àrees menys tradicionals, com poden ser els temes ambientals (espais naturals), la R+D+I, entre altres.

Tenint en compte tot plegat, en termes generals, el perfil professional del veterinari hauria d'incloure els aspectes següents:

* **Medicina veterinària**

Diagnòstic, pronòstic, tractament i prevenció de les malalties que afecten els animals domèstics, d'experimentació, exòtics, silvestres i salvatges, així com la seva salut, cria i benestar; s'inclouen igualment tots aquells elements "mèdics" que se centren en la salut, tals com la identificació, etologia, control sanitari i prevenció de zoonosis.

* **Producció i sanitat animal**

Cria i salut dels animals de producció, en relació amb control, maneig, gestió i assessorament ramader i d'empreses de producció d'aliments, i a l'explotació de recursos naturals d'origen animal; aquest perfil inclou també el diagnòstic, tractament i prevenció de les malalties dels animals de producció, l'epidemiologia de les malalties animals i zoonosi, així com el disseny de polítiques sanitàries, anàlisi de risc i identificació del bestiar. També comprèn la tipificació i comercialització de productes d'origen animal, el control dels impactes ambientals, i tots els aspectes relacionats amb els productes destinats al consum humà i dels aliments destinats al consum animal, així com les implicacions econòmiques de tots els processos esmentats.

* **Higiene, seguretat i tecnologia alimentària**

Control de la cadena de producció dels aliments (humans i animals), com a procés continu des de la producció primària fins al subministrament al consumidor, assegurant la

traçabilitat; també inclou l'assessorament a empreses o establiments alimentaris, la implantació de bones pràctiques d'elaboració i manipulació d'aliments (programes d'autocontrol, formació del personal manipulador). Aquest perfil, comprèn, a més, el control de productes animals, hortofrutícoles o elaborats procedents de tercers països, prevenint toxi-infeccions i zoonosis, així com les activitats professionals que garanteixen la qualitat i salubritat dels aliments.

* **Altres**

L'activitat del veterinarí es desenvolupa també en altres àmbits professionals tals com el maneig i la gestió de nuclis zoològics o d'animalaris, de fauna silvestre i cinegètica, d'espais i espècies naturals o protegits, etc. També pot fer tasques en R+D+I en el sector públic, en la indústria quimicofarmacèutica o agroalimentària, en el desenvolupament de projectes de cooperació internacional, en laboratoris d'anàlisis, en docència i educació sanitària, i en altres àmbits per als quals està qualificat.

3.15.c- Propostes d'acció

La professió de veterinarí, d'acord amb els seus coneixements i activitat propis i reconeguts, i en la seva implicació directa o indirecta amb la salut humana, ha de tenir, en qualsevol cas, una important participació en la prevenció de les malalties i, en conjunt, en la millora de la salut de les persones i la salubritat comunitària.

Tant pel que fa a les necessitats com als perfils professionals, i en la línia de l'anterior i adaptant-se a les transformacions apuntades o previsibles, escau introduir la noció de troncalitat dintre de la professió, i de competència compartida en relació amb altres professionals sanitaris (biotecnologia, tecnologia alimentària, etc.).

Una qüestió a tenir en compte, principalment en algunes àrees d'exercici, és el fet de tenir, per a determinats àmbits d'activitat específica, competències compartides amb altres professions titulades. Aquestes són: Biologia, Biotecnologia, Ciències ambientals, Enginyeries agrícoles, Farmàcia, Tecnologia dels aliments.

També cal tenir en compte, principalment també en algunes àrees d'exercici, l'existència teoricopràctica de competències especialitzades, com a subàmbits d'expertesa d'activitat; en l'entorn europeu s'han establert, no normativament, algunes d'aquestes (exemple, neurologia, reproducció, odontologia).

Igualment, en una perspectiva evolutiva d'ordenació del sistema sanitari en general, com de les professions sanitàries, cadascuna amb la seva especificitat, és indispensable considerar, també en l'àmbit de la veterinarí, el tema de la competència professional, la responsabilitat i eventual delegació de l'actuació, el treball en equip pluridisciplinari i multiprofessional, incloent tots els nivells formatius i de titulació, per exemple, la participació tècnicament qualificada dels titulats en cicles formatius de formació professional, de grau mitjà o superior.

La previsió de si unes o altres àrees tendiran a incrementar-se o a disminuir, en relació amb les altres, és molt difícil d'establir. Hom creu, doncs, que el més adequat és una posició d'equilibri flexible, quant al nombre de professionals i a la seva formació. A més, un pla d'estudis més o menys equilibrat en una part de troncalitat, i que faciliti aprofundiments en cadascun dels perfils en la part no-troncal, permetria a cada facultat adaptar-se al seu entorn social de forma més adequada.

ALTRES PROFESSIONS I OCUPACIONS. NOVES PERSPECTIVES.

Som conscients –i així ho hem manifestat repetidament al llarg d'aquest estudi– que les pressions històriques, socioculturals i econòmiques són diferents a cada país, com també ho són els sistemes de salut, els perfils professionals implicats –la seva preparació, les seves motivacions, les seves recompenses, el seu estatus i les seves expectatives– i les necessitats dels sistemes, les dels professionals, i també les del ciutadà. En conseqüència, el que pot ser molt vàlid en un país determinat, pot ser un fracàs en un altre; i, per tant, hem de ser molt cauts a l'hora d'entrar en comparacions.

No obstant això, estem segurs que –sempre que es tinguin presents aquestes precaucions– es pot aprendre molt d'experiències alienes. I és amb aquesta finalitat, que ens hem permès cercar professions i ocupacions de la salut d'altres països, les quals no tenen una equivalència al nostre entorn. El nombre és molt gran, i el nostre espai i temps limitats; de manera que hem fet una petita selecció, per aportar idees complementàries a l'hora de replantejar molts dels aspectes –plasmats al llarg d'aquest estudi– que han anat sorgint a través dels debats del GEOPS i dels qüestionaris del CCECS. Hem triat les professions i ocupacions següents:

Nom original (anglès)*

- ⇒ *Physician assistant*
- ⇒ *Psychiatric technicians*
- ⇒ *Surgical technologists*
- ⇒ *Medical records*
- ⇒ *Medical assistants*
- ⇒ *Physical therapists assistants and aides*
- ⇒ *Respiratory therapists*
- ⇒ *Cardiovascular technologists and technicians*

* provinents de països anglosaxons

Traducció pròpia (català)**

- Ajudant mèdic
- Tècnics psiquiàtrics
- Tècnics quirúrgics
- Transcriptors de dades mèdiques
- Assistents mèdics
- Ajudants i auxiliars de fisioteràpia
- Terapeutes respiratoris
- Tècnics i tecnòlegs cardiovasculars

** traducció feta pels autors d'aquest estudi

Considerem interessant –i ho recomanem encaridament– que hi hagi un treball posterior que revisi amb més abast les possibles professions i ocupacions d'altres països i que analitzi en profunditat les seves competències, la seva preparació i acreditació, les tasques que realitzen, on les realitzen i amb quins altres professionals. També s'haurà d'estudiar qui fa aquí les seves tasques, la necessitat i possibilitat de canvis en la distribució d'aquestes tasques, els avantatges o inconvenients d'altres maneres de procedir i de la disponibilitat d'altres professions, el grau d'adequació al nostre entorn, les barreres existents i els canvis necessaris per tal d'introduir innovacions en aquest sentit.

Òbviament, si el fruit d'aquest estudi fa decidir un replantejament de les professions i ocupacions, s'haurà de fer un treball profund d'exploració i consens per part de les professions actuals, les quals podran quedar afectades, tant en aspectes positius com en d'altres negatius. S'hauran d'analitzar entre tots aquests efectes, i cercar les precaucions i les mesures necessàries a prendre per aconseguir que els canvis siguin en benefici de tots.

Per què hem triat aquestes i no d'altres? Com dèiem, cal un treball més profund i, sense aquest, no podem ni recomanar ni deixar de recomanar certs canvis ni la introducció de determinades ocupacions. El que sí que podem concloure és que hi ha altres maneres d'organitzar els equips, de distribuir certes tasques, d'obtenir suport de personal preparat, etc. I acostar-nos a algunes d'aquestes vies –malgrat no s'hagi seguit una metodologia sistemàtica en la seva selecció–, pot ser un bon punt de partida.

Alguna informació –potser una gran part– pot causar una reacció impactant, com per exemple quan llegim que el “*physician assistant*” pot fer i fa “de metge” en funcions impensables dins del nostre context, encara que actuï sota supervisió mèdica. Si bé un perfil amb aquestes característiques no encaixa gaire al nostre sistema actual, sempre pot fer reflexionar. D'altres perfils no xoquen tant amb la nostra realitat, però les seves funcions són desenvolupades aquí per altres professions, sobretot per les majoritàries, la professió mèdica i la infermera.

Aquests professionals –metges i infermeres– estan portant el pes del sistema de salut, i sovint recau sobre ells una sobrecàrrega assistencial, que en bona part es podria evitar o alleugerir, introduint algunes mesures i innovacions al sistema (vegeu els capítols dedicats a l'atenció primària, a l'atenció hospitalària, a la salut pública, a les competències exclusives i compartides, als metges, a les infermeres i a d'altres professions).

La preocupació pels professionals de la salut és un tema d'actualitat, no només aquí sinó a l'àmbit mundial. Al nostre entorn, sembla que el nombre de metges disponibles en total no és tan escàs com pot aparentar i que el problema està en certes especialitats i àrees. Però el cert és que la professió mèdica és un recurs limitat i que la inversió econòmica –tant per part del professional mateix, com per part de la societat– i el temps necessaris per “produir” un metge competent no s'adiuen amb moltes de les tasques que “li toca” fer, les quals no requereixen una preparació tan costosa.

Les infermeres actuals també adquireixen una sòlida formació i preparació que les capacita per a moltes competències que sovint no poden desplegar, per manca de temps, per manca de plantilles i per manca de suport humà i organitzatiu. I, precisament, al llarg d'aquest estudi –i d'altres d'àmbit internacional– s'ha vist i s'ha insistit que s'ha de potenciar i enfortir el paper de la infermera a tots els àmbits –no solament a l'atenció primària–; i que un canvi profund del sistema, en aquest sentit, pot requerir una inversió –ampliar les plantilles d'infermeria, plantejar plans de formació per adequar certs canvis–, però els seus beneficis podran justificar qualsevol esforç. Quan parlem de beneficis, no ens referim solament als guanys econòmics –que també–, sinó també als guanys en qualitat assistencial.

A més, potser ens hauríem de plantejar les competències i la preparació consegüent del personal de suport, ja que es percep que, en alguns àmbits, canvis petits en l'orientació d'alguns perfils, o la introducció de nous, podrien alleugerir molt la càrrega d'altres professionals, sense anar en detriment de la qualitat assistencial, sinó al contrari. És veritat que l'avenç del coneixement i el desenvolupament tecnològic poden comportar un increment de la complexitat en molts camps de la salut, però no hem d'oblidar que sovint aporten noves eines que poden facilitar molts processos. I ens trobem, de vegades, que alguns procediments no han estat adaptats a les possibilitats actuals de la tecnologia mèdica, de les TIC i de la preparació dels professionals.

Són aquestes, les reflexions que ens han portat a fer la tria, i hem pensat, per exemple, en el metge d'atenció primària que abans tenia un suport per part de la infermera que ha perdut i

que, a vegades, necessita. Part d'aquest suport pot estar substituït per les possibilitats informàtiques d'avui dia, però hi ha una altra part d'aquesta feina que l'estan suplint ells mateixos; i això no és cost-efectiu i genera malestar i insatisfacció professional.

Òbviament, el canvi professional de la infermera –la formació, el rol competencial– l'aparta cada vegada més d'aquest paper d'"assistent" del metge, i el contrari no tindria cap sentit. D'altra banda, els auxiliars administratius tenen pocs coneixements de terminologia mèdica, per exemple, i els auxiliars d'infermeria estan més orientats a les cures auxiliars d'infermeria i no a tasques administratives.

Hem trobat interessant la figura del *medical assistant*, perquè es tracta d'un perfil mixt (tasques administratives i clíniques bàsiques) amb uns requeriments formatius senzills, però molt pràctics i que, ben adaptats a les nostres necessitats, podrien donar molt joc.

També hem pensat en alguns camps determinats de la medicina –com la cirurgia, les malalties respiratòries, les cardiovasculars i la fisioteràpia–, amb un increment important de la demanda assistencial i amb poc –o cap– suport específic.

Altres aspectes diferents a destacar són les possibilitats reals de promoció, les quals poden ser importants per incrementar la motivació de qualsevol professional.

I finalment, cal destacar també el paper d'institucions relacionades amb la salut en l'acreditació dels programes formatius del que aquí serien els cicles formatius i també en la certificació i recertificació dels titulats.

Els programes d'ajudant mèdic –o *physician assistant (PA)*– normalment són de 2 anys a temps complet, i s'imparteixen majoritàriament a *schools of allied health, academic health centers, medical schools, o 4-year colleges*. Els programes impartits a *community colleges, the military, o hospitals*, són els menys. Els requeriments d'admissió varien segons el programa, però molts requereixen almenys dos anys d'universitat (*colleges*) i demostrar experiència en el camp de la salut. Molts PA tenen experiència prèvia d'infermeres (*registered nurses*), i altres provenen de camps diversos, com per exemple, els terapeutes respiratoris, tècnics mèdics d'emergències, o "parametges". Els *physician assistants* no s'han de confondre amb els *medical assistants*, els quals realitzen rutines clíniques bàsiques i tasques administratives.

Els requeriments per aconseguir la llicència, arreu dels Estats Units, inclouen completar un programa de formació acreditat i superar un examen nacional per obtenir un certificat. La American Academy of Physician Assistant és la institució encarregada d'acreditar els programes, i la National Commission of Certification of Physician Assistants (NCCPA) gestiona les llicències dels estudiants. Per mantenir la certificació, és necessari completar 100 hores de formació mèdica continuada cada 2 anys i tornar a superar un examen –o completar programes alternatius– cada 6 anys.

Les oportunitats de treball es troben, principalment, en clíniques de zones rurals i dels barris pobres dels centres de les ciutats, i en determinats serveis com la salut mental o urgències. Treballen sota la supervisió de metges i cirurgians, però sovint, no és necessari que la supervisió sigui directa o presencial, i es realitza de manera remota.

Els "ajudants mèdics" o *physician assistants* poden ser, fins i tot, els principals proveïdors de l'assistència a clíniques rurals o de barris pobres urbans, on compten amb la presència d'un metge solament un o dos cops a la setmana. En aquests casos, els *physician assistants* consulten als metges supervisors i altres professionals mèdics, quan ho necessiten i en aquelles situacions en què la llei ho requereix.

El nombre d'aquests professionals estan augmentant molt ràpidament a les institucions americanes, perquè és una forma de contenir la despesa sanitària i perquè són membres "cost-efectius" i "productius" de l'equip, alleugerint les tasques rutinàries dels metges. Es preveu que la telemedicina –fent ús de la tecnologia per facilitar consultes interactives entre metges i "ajudants mèdics"– expandirà l'ús d'aquests professionals.

La formació dels assistents mèdics els capacita per realitzar diagnòstics i tractaments, i per dispensar serveis preventius de salut, delegats pel metge. Treballen com a membres del sistema sanitari, realitzen històries mèdiques, examinen el tractament dels pacients, demanen i interpreten els tests de laboratori, raigs X i altres proves diagnòstiques. A més, tracten ferides menors mitjançant sutures, alineaments, embenats i guixos. En 49 dels 50 estats, també poden prescriure.

³¹⁴ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, Physician Assistants, [Document en línia] BLS [consultat: 20 d'agost de 2006] <http://www.bls.gov/oco/ocos081.htm>

Assisteixen en les cures i el tractament de pacients amb malalties mentals i discapacitats per problemes de desenvolupament. Els avenços en psiquiatria fan augmentar, en part, el nombre de diagnòstics i les possibilitats de tractament. A més, la salut mental és sovint causa de discapacitat. El treball d'equip és molt important per afrontar l'augment de càrrega assistencial i per abordar els casos des d'una perspectiva multidisciplinària i amb el suport adequat.

Els tècnics psiquiàtrics treballen en equips de salut mental amb metges, psicòlegs, infermeres, treballadors socials, terapeutes ocupacionals etc. També es poden anomenar *mental health technicians* (tècnics de salut mental).

Proporcionen algunes cures d'infermeria, de psiquiatria i de cura personal als pacients. A més emplen els formularis d'admissions dels pacients quan arriben als centres psiquiàtrics. També entrevisten els pacients nous i les seves famílies. Programen les visites de pacients i reunions amb les famílies. Poden ajudar a desenvolupar plans terapèutics i a conduir sessions grupals.

Observen pacients i escriuen informes sobre els seus comportaments i conductes. Ensenyen als pacients habilitats de la vida diària i de treball. Els encoratgen a desenvolupar habilitats socials i a participar en activitats de lleure. També fan visites domiciliàries després de l'alta hospitalària per coordinar els serveis que la comunitat té per a aquesta persona.

També proporcionen cures bàsiques d'infermeria i de cura personal. Mesuren la temperatura, la respiració i el pols. A més, donen medicació prescrita. Mantenen els registres diaris de l'estat físic dels pacients. Assisteixen als pacients en la seva higiene personal i fins i tot a mantenir netes les seves habitacions, banys i vestits.

El requisit mínim és el diploma de *General Education Development (GED)* –equivalent al nostre ensenyament secundari–, però a vegades es demana el *high school* –el batxillerat nostre–, i la majoria de vegades seleccionen candidats amb un o dos anys de formació posterior al batxillerat.

La formació específica oficial es du a terme a escoles tècniques i a *colleges*, i els programes solen tenir una durada de dos anys, després dels quals es pot obtenir un certificat o un *associate degree*.

Mitjançant el programa de formació s'adquireixen coneixements sobre la natura de la salut mental, el desenvolupament humà, i l'estructura de la personalitat. També s'estudia anatomia, psicologia, i cures bàsiques d'infermeria.

Els cursos de preferència a la *high school*, per poder entrar a un *college*, i incorporar-se a aquests programes, són els relacionats amb la salut, com ara *Family and consumer sciences education, Health and safety education, Healthcare sciences, Life and physical sciences, Mathematics, o Physical education*.

Altres ocupacions relacionades en aquest camp, són els *psychiatric assistants*, els *mental health technicians*, i els *rehabilitation technicians*.

³¹⁵ <http://www.iseek.org/sv/13000.jsp?id=100168>

³¹⁶ <http://www.bls.gov/oco/oco20052.htm>

També s'anomenen en anglès *scrubs* i *surgical (o operating) room technicians*. Assisteixen en les operacions quirúrgiques sota la supervisió dels cirurgians, les infermeres, o altre personal quirúrgic. Són membres d'un equip multidisciplinari. Abans d'una intervenció, els tècnics quirúrgics ajuden a preparar la sala d'operacions, els instruments quirúrgics, el material estèril, etc. A més, preparen els pacients mitjançant el bany previ, el rasurat i la desinfecció de les zones d'incisió. Transporten els pacients fins a la sala quirúrgica i ajuden a col·locar el pacient a la taula d'operacions. També observen els signes vitals dels pacients, valoren les gràfiques i històries i assisteixen l'equip a col·locar el material estèril (guants i bates).

Durant l'operació, passen l'instrumental i d'altres materials estèrils als cirurgians i als ajudants dels cirurgians. També poden subjectar retractors, fer sutures, comptar esponges, agulles i d'altres materials. Ajuden a preparar, conservar i disposar les mostres del laboratori d'anàlisis. Alguns també manegen esterilitzadors, llums o màquines de succió i ajuden amb l'equip de diagnòstic. Després d'una operació, poden ajudar a traslladar el pacient a la sala de recuperació, netejar la sala d'operacions i restablir l'estoc de material.

Formació, altres qualificacions, i promoció

Els programes de formació (impartits per *community colleges*, *junior colleges*, *vocational schools*, *universities*, hospitals) varien entre 9 i 24 mesos i condueixen a un certificat, diploma o "grau d'associat" (*associate degree*). Normalment, es requereix el batxillerat per a l'admissió i, preferentment, amb assignatures de salut, biologia, química i matemàtiques.

Els programes han d'estar acreditats per la *Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs (CAAHEP)* i inclouen cursos d'anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, ètica professional i terminologia mèdica. També aprenen sobre la cura i la seguretat dels pacients durant la cirurgia, sobre tècniques estèrils, i procediments quirúrgics; a més d'aprendre a esterilitzar instrumental, prevenir i controlar infeccions, i manejar medicaments, solucions i equips especials. Els programes consisteixen en una part teòrica i una altra part d'experiència clínica supervisada.

La majoria d'empreses prefereixen contractar tècnics amb un certificat oficial. La certificació s'aconsegueix pel Liaison Council on Certification for the Surgical Technologist, o pel National Center for Competency Testing. Per estar qualificat cal superar un examen i els candidats poden seguir 3 camins diferents:

- Completar un programa acreditatiu de formació pràctica
- Realitzar dos anys de treball en un centre hospitalari
- O adquirir set anys de experiència en el mateix camp.

Els certificats són vàlids per a quatre o cinc anys, segons la via de certificació, i cal reexaminar-se passat aquest temps, o demostrar uns requisits alternatius, de formació continuada, per exemple.

Segons el Bureau of labor statistics, la perspectiva d'aquesta ocupació, en el període que va cap al 2014, és un creixement molt més ràpid que la mitjana de totes les ocupacions; a causa del volum de cirurgia creixent.

³¹⁷ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, *Surgical Technologists*, [document en línia] BLS [consultat 20 d'agost de 2007] <http://www.bls.gov/oco/ocos106.htm#nature>

Els *medical records* –també anomenats *health information technicians*– reuneixen les dades de salut dels pacients, s'asseguren que les històries clíniques dels pacients estiguin completes, que comptin amb tots els formularis, que tots els documents estiguin suficientment identificats i signats, i que la història, si escau, estigui informatitzada. Consulten els metges o els altres professionals de salut per clarificar els diagnòstics i obtenir informació addicional.

Alguns són especialistes en codificació sobre la informació mèdica per a propòsits de cobrament de les assegurances mèdiques. Els tècnics que s'especialitzen en codificació s'anomenen codificadors d'informació de salut (*health information coders*), codificadors d'històries clíniques (*medical record coders*), codificadors/"extractadors" o "resumidors" (*coders/abstractors*) o especialistes de codificació (*coding specialists*).

Alguns també utilitzen programes informàtics per tabular i analitzar dades, per tal de millorar l'atenció al pacient, controlar les despeses, proporcionar documentació per utilitzar en accions legals, respondre a enquestes, o utilitzar en estudis de recerca.

Les funcions, tasques i responsabilitats d'aquests professionals pot variar, en funció de la magnitud del centre on treballen. En els més grans o mitjans, els *health information technicians* poden especialitzar-se en un aspecte de la informació de la salut, o poden supervisar la feina d'informació de la salut dels oficinistes i dels transcriptors, i els *medical records* poden dirigir el departament.

Segons el Manual de perspectives ocupacionals (*Occupational Outlook Handbook*), que elabora el *Bureau of Labor Statistics del U.S. Department of Labor*, s'espera un ràpid creixement del nivell d'ocupació d'aquest perfil. Les prospeccions de treball són molt bones, sobretot per als tècnics amb una bona base en codificació mèdica, la demanda dels quals serà particularment alta.

La formació (*associate degree*, que equival aproximadament als dos primers anys universitaris nostres) s'imparteix en els *community colleges* o *junior colleges*. Inclou cursos d'anatomia, fisiologia, terminologia mèdica, estadística, informàtica, aspectes legals de la informació de salut, codificació i extracció de dades, gestió de bases de dades i mètodes de millora de la qualitat. Els candidats a un lloc de treball poden millorar les seves oportunitats d'admissió si han fet cursos de biologia, química, salut i informàtica a la *high school*.

En alguns hospitals, promocionen alguns oficinistes, que desenvolupen tasques d'informació de la salut –i als quals han identificat prometedors–, a aquests llocs de treball. En aquests casos, la promoció requereix entre dos i quatre anys d'experiència i un programa de formació en un hospital. Aquesta pràctica de promoció es preveu comú en un futur.

³¹⁸ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, Medical Records and Health Information Technicians. [Document en línia] BLS [consultat el 20 d'agost de 2006] <http://www.bls.gov/oco/ocos103.htm>

Els assistents mèdics es poden equiparar, en alguns aspectes, als auxiliars; però la preparació, la capacitació i les funcions corresponen a un perfil mixt. Realitzen tant tasques administratives com rutines clíniques bàsiques; donant suport a metges, pediatres, quiropràctics i altres professionals, per facilitar la seva feina a les consultes.

Les tasques administratives inclouen la recepció telefònica, atendre els pacients quan arriben, emplenar i actualitzar les fitxes dels pacients o els formularis de les assegurances, portar l'agenda de visites, gestionar les admissions hospitalàries o els serveis dels laboratoris.

Les tasques clíniques varien segons l'estat i inclouen el manteniment d'històries clíniques i el registre de signes vitals. També expliquen als pacients els procediments dels tractaments, els preparen per a la visita i assisteixen el metge durant el reconeixement. Recullen o preparen mostres per al laboratori o realitzen tests bàsics i senzills de laboratori. Expliquen dietes i medicació sota la supervisió i direcció del metge i també poden fer extraccions de sang.

La formació oficial no és obligatòria, però la majoria de centres la demanen. Alguns assistents mèdics es formen a la feina –cada vegada menys–, però la resta segueixen programes d'un o dos anys de formació en *vocational-technical high schools*, *postsecondary vocational schools* i *community* o *junior colleges*. Els programes de formació, la seva durada i la titulació a la qual condueixen, és diferent a cada un d'aquests tipus de centres.

Els programes dels *vocational-technical high schools* i dels *postsecondary vocational schools* són d'un any i, un cop superats, es pot obtenir un "certificat o diploma". Els estudiants dels *community* o *junior colleges* han de seguir un programa de dos anys i, si el superen, obtenen un "associate degree".

Els requeriments d'admissió varien molt, però per entrar a molts programes és necessari el diploma de la *high school* –o equivalent–, tenint preferència els estudiants que han cursat assignatures com matemàtiques, salut, biologia, mecanografia, arxiu, informàtica, i tasques administratives. També tenen en compte l'experiència de voluntariat en el camp de la salut.

La formació dels assistent mèdics inclou anatomia, fisiologia, terminologia mèdica, mecanografia, tècniques de gravació i transcripció, comptabilitat i procediments de les assegurances mèdiques. També aprenen tècniques de laboratori, procediments clínics i diagnòstics, principis farmacèutics i primers auxilis. Els programes són acreditats per la *Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs* (CAAHEP) i també per l'*Accrediting Bureau of Health Education Schools* (ABHES)

Es poden obtenir diferents tipus de credencials certificades, i per a cada tipus hi ha organismes implicats diferents. Les associacions que atorguen els diferents certificats, són les següents:

- * American Association of Medical Assistants
- * American Medical Technologists
- * American Society of Podiatric medical Assistants
- * Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology

³¹⁹ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, *Medical Assistants*. [Document en línia] BLS [consultat el 20 d'agost de 2006] <http://www.bls.gov/oco/ocos164.htm>

*Physical therapist assistants and aides*³²⁰ (ajudants i auxiliars de fisioteràpia)

Tant els *physical therapist assistants* com els *physical therapist aides* donen suport al fisioterapeuta, i exerceixen sota la seva supervisió. Realitzen part de les tasques del fisioterapeuta, i d'altres relacionades, seleccionades per un fisioterapeuta supervisor.

Ajuden els fisioterapeutes a millorar la mobilitat dels pacients, alleugerir-los el dolor, i a prevenir o limitar les discapacitats físiques permanents de persones que han patit accidents o malalties. Els pacients poden ser víctimes d'accidents o individus amb diferents tipus de discapacitats, com ara lumbàlgies, artritis, malalties cardiovasculars, fractures, traumatismes cranials i paràlisis cerebrals.

Les tasques que realitzen els *assistants* –o “ajudants”–, sota la supervisió i direcció dels fisioterapeutes, inclouen exercicis, massatges, estimulació elèctrica, banys de parafina, compreses fredes o calentes, tracció i ultrasons. També registren les respostes del pacient al tractament, i informen el fisioterapeuta dels resultats de cada tractament.

Els “*aides*” –que traduïm per “auxiliars”– ajuden a fer productives les sessions de teràpia, sota la supervisió directa del fisioterapeuta o de l'ajudant (*assistant*) del fisioterapeuta. Mantenen la sala neta i organitzada per a cada sessió i, quan el pacient ho necessita, l'ajuden a moure's o a portar la cadira de rodes. No els està permès realitzar les tasques clíniques que fan els ajudants de fisioteràpia. També duen a terme algunes tasques administratives, com demanar els subministraments exhaurits, atendre trucades telefòniques i omplir formularis d'assegurances.

Els auxiliars (*aides*) normalment es formen a la feina. Els demanen habitualment un diploma de *high school*, bones habilitats interpersonals i motivació per ajudar persones necessitades.

Els ajudants (*assistants*) s'han de formar amb plans de formació acreditats, que duren dos anys i condueixen a l'obtenció d'un *associate degree*. Els plans de formació es divideixen en una part acadèmica i una part pràctica, i inclouen àlgebra, anatomia i fisiologia, biologia, química i psicologia. No tots els estats exigeixen la llicència per exercir; els que ho fan, estipulen criteris específics d'examen i de formació. Alguns estats afegeixen requisits addicionals per exercir, com la certificació en reanimació cardiopulmonar (CRP) i altres certificats de primers auxilis, i un mínim d'hores d'experiència clínica.

El Bureau of labor statistics del Ministeri de Treball dels Estats Units, preveu un ràpid creixement del volum d'ocupació d'aquests ajudants i auxiliars, al llarg del període que va fins el 2014. La demanda creixerà, d'acord amb l'augment d'individus amb discapacitats o amb funcions limitades. Els col·lectius de gent gran cada cop són més nombrosos, i representen una part de la població especialment vulnerable a situacions debilitants i cròniques que exigeixen serveis fisioterapèutics.

³²⁰ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, *Physical Therapist Assistants and Aides*. [Document en línia] BLS [consultat el 3 de novembre de 2006] <http://www.bls.gov/oco/ocos167.htm>

*Respiratory therapists*³²¹ (terapeutes respiratoris)

Els terapeutes respiratoris (*respiratory therapists*) i els tècnics de teràpia respiratòria (*respiratory therapy technicians o respiratory care practitioners*) avaluen, tracten i tenen cura de pacients amb problemes respiratoris o cardiopulmonars.

Els terapeutes respiratoris assumeixen –sota la direcció d'un metge– la responsabilitat primària de tots els procediments diagnòstics i terapèutics, incloent la supervisió dels tècnics de teràpia respiratòria. Els tècnics de teràpia respiratòria segueixen procediments específics i ben definits, sota la direcció dels terapeutes respiratoris i dels metges.

En la pràctica clínica, moltes de les tasques d'ambdós professionals se superposen, i, a més, els requeriments formatius i d'entrenament són els mateixos. No obstant això, els terapeutes assumeixen més responsabilitat que els tècnics. Per exemple, els terapeutes respiratoris consulten amb els metges i amb altres professionals de la salut, per ajudar a desenvolupar i modificar els plans individuals dels pacients. També és més probable que proporcionin teràpies complexes, les quals requereixen una capacitat considerable de judici crític, com per exemple tenir cura de pacients en unitats de cures intensives o amb suport vital.

Malgrat aquestes diferències, l'*Occupational Outlook Handbook* –del qual hem extret aquesta informació– es refereix tant als tècnics com als terapeutes, quan parla dels terapeutes respiratoris. Nosaltres també ens referirem en aquest apartat als dos tipus de professionals.

Avaluen i tracten tot tipus de pacients; des d'infants prematurs, els pulmons dels quals no s'han desenvolupat completament, fins gent gran amb malalties pulmonars. Proporcionen alleujament temporal a pacients amb asma o emfisema, i cures d'emergència als pacients que han sofert un accés cardíac, un accident vascular cerebral o un xoc. Amb la fisioteràpia toràcica, ajuden a eliminar el moc dels pulmons i, per tant, a respirar millor. Aquesta teràpia és molt útil per recuperar la respiració que ha estat dificultada per efectes de l'anestèsia i prevenir la congestió. També realitzen avaluacions regulars dels pacients i dels equips en els centres i hospitals, i també en els domicilis.

Per tal d'avaluar els pacients, els entrevisten, realitzen exàmens físics limitats, i condueixen tests diagnòstics. Informen dels resultats als metges, i aquests prenen les decisions sobre el tractament a seguir.

Per tractar els pacients, utilitzen oxigen o combinacions d'oxigen, fisioteràpia toràcica, i medicaments en aerosol. Quan un pacient té dificultats per obtenir la concentració correcta d'oxigen en sang, li col·loquen una mascareta o una cànula nasal i ajusten el flux d'oxigen, seguint les indicacions del metge. També connecten els pacients, que no poden respirar per ells mateixos, a ventiladors que proporcionen oxigen pressuritzat als pulmons.

Per exercir en aquest camp, es requereix una titulació d'*associate degree*, com a mínim. La formació és impartida per *colleges* i universitats, *medical schools*, *vocational-technical institutes*, i les Forces Armades. La majoria de programes atorguen titulacions d'*associate degree* o de *bachelor degree* i preparen els graduats per exercir com a terapeutes avançats.

La certificació i registre dels graduats va a càrrec de la National Board for Respiratory Care (NBRC), i els programes estan acreditats per la Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs (CAAHEP).

³²¹ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, *Respiratory Therapists*. [Document en línia] BLS [consultat el 4 de novembre de 2006] <http://www.bls.gov/oco/ocos084.htm>

*Cardiovascular technologists and technicians*³²² (Tècnics i tecnòlegs cardiovasculars)

Els tècnics i els tecnòlegs cardiovasculars assisteixen els metges en el diagnòstic i tractament de problemes cardíacs i vasculars perifèrics. Els tecnòlegs cardiovasculars es poden especialitzar en cardiologia invasiva –llavors s’anomenen “tecnòlegs cardílegs”–, ecocardiografia –“sonografistes cardíacs”, o “ecocardiografistes”–, i tecnologia vascular –“tecnòlegs vasculars” o “sonografistes vasculars”–. Els tècnics cardiovasculars que s’especialitzen en electrocardiogrames, s’anomenen “tècnics electrocardiogràfics” o “tècnics EKG”³²³.

- * Els **tecnòlegs cardílegs** assisteixen el metge en els cateterismes i angioplàsties, per determinar la presència de bloquejos i altres problemes, i solucionar-los. Preparen el pacient, el posicionen, el rasuren i netegen, i li administren anestèsia. Durant el procediment, monitoren la pressió arterial i la freqüència cardíaca i avisen el metge quan apareix algun problema. També preparen i monitoren els pacients en la cirurgia a cor obert i durant la inserció de marcapassos o *stents*.
- * Tant els **ecocardiografistes** com els **tecnòlegs vasculars**, utilitzen tècniques no invasives, amb instruments d’ultrasò. Les ones de so d’alta freqüència, que es transmeten a zones del cos del pacient, reflecteixen ecos i formen una imatge. El tecnòleg mira la imatge, mitjançant una pantalla i la pot enregistrar com fotografia o vídeo, perquè el metge la pugui interpretar i realitzar un diagnòstic. Mentre l’aparell està escanejant la imatge, el tecnòleg la revisa i decideix quines imatges incloure en l’informe per al metge i jutja si les imatges són satisfactòries per a propòsits diagnòstics. També expliquen els procediments als pacients, i anoten en la història clínica les possibles modificacions que els pacients els comenten.

Els ecocardiografistes (o sonografistes cardíacs) utilitzen els aparells d’ultrasò per crear les imatges anomenades ecocardiogrames. També administren medicació als pacients per avaluar la funció cardíaca, i assisteixen el metge en ecocardiografies transesofàgiques.

Els tecnòlegs vasculars (o sonografistes vasculars) assisteixen el metge en el diagnòstic dels desordres que afecten la circulació. Realitzen la història mèdica, i avaluen el pols i valoren el flux arterial i venós, escoltant el so del flux vascular. Utilitzen aparells d’ultrasò per enregistrar informació vascular, moltes vegades durant una intervenció quirúrgica o immediatament després.

- * Els **tècnics electrocardiogràfics** (o tècnics EKG) col·loquen els elèctrodes, al pit, braços i cames del pacient, i manipulen commutadors diversos de l’aparell, per tal d’obtenir la lectura. Els tècnics amb una experiència sòlida poden monitorar un Holter i realitzar proves d’esforç.

A més de les tasques clíniques descrites, alguns tecnòlegs i tècnics cardiovasculars gestionen l’agenda del metge, mecanografien les interpretacions del metge, mantenen els arxius dels pacients i tenen cura dels aparells.

³²² Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition, *Cardiovascular Technologists and Technicians*. [Document en línia] BLS [consultat el 4 de novembre de 2006] <http://www.bls.gov/oco/ocos100.htm>

³²³ EKG: electrocardiogram

Formació

Alguns **tecnòlegs i tècnics cardiovasculars** es formen a la feina, però la majoria es preparen amb programes de dos o de quatre anys. Actualment, el més habitual és completar un programa de dos anys en un *community college* o en un *junior college*; però cada vegada hi ha més programes de quatre anys.

El primer any es dedica a les matèries nuclears, i durant el segon curs s'especialitzen en tecnologia cardiovascular invasiva o no invasiva, o en tecnologia vascular no invasiva. Les persones que disposen d'alguna titulació en el camp de la salut, poden fer directament el curs d'especialització.

El Joint Review Committee on Education in Cardiovascular Technology acredita els programes de formació, i els graduats obtenen la certificació professional de dos organismes diferents, segons l'especialitat:

- * Cardiovascular Credentialing International
- * American Registry of Diagnostic Medical Sonographers

La majoria de **tècnics electrocardiogràfics** es formen a la feina amb un supervisor d'electrocardiografia o un cardiòleg, durant un període d'entre 8 i 16 setmanes. A la majoria de centres prefereixen formar professionals que ja estiguin experimentats en el camp de la salut, com per exemple infermeres.

Perspectives

El *Bureau of labor statistics*, preveu per a l'horitzó temporal 2014, un creixement d'aquestes professions, a causa de l'envelliment de la població; ja que la gent gran té més probabilitats de patir malalties cardiovasculars i d'utilitzar els serveis de diagnòstic per imatge.

Les expectatives dels ecocardiografistes i dels tecnòlegs vasculars augmenten, a mesura que els avenços en sonografia i en tecnologia vascular redueixen la necessitat de procediments més invasius i costosos.

En canvi, es necessitaran pocs tècnics d'electrocardiografia, ja que els hospitals formen auxiliars d'infermeria i d'altres per realitzar electrocardiogrames bàsics. Aquells que també estan preparats en monitoratge del Holter i en proves d'esforç, tenen més bones perspectives laborals que els que només poden realitzar un electrocardiograma bàsic.

CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

En general, és més difícil arribar a les conclusions que es desprenen d'un estudi –i elaborar una proposta de recomanacions mínimes– que el desenvolupament del mateix. Però el tema que ens ocupa comporta dificultats especials, a causa de la multitud i la diversitat de variables implicades –algunes de difícil control– i a la forta interrelació entre elles.

Concloure implica seleccionar, i seleccionar implica prescindir, i això no és fàcil. Sobretot, quan la rellevància de tots els factors és notable i quan al llarg de l'estudi ja hem hagut de destriar molts aspectes a tractar i també moltes perspectives des de les quals es poden visualitzar els canvis de l'entorn que més afecten les demandes de salut, la manera d'abordar-les i els professionals que hauran de satisfer-les. A més, les inevitables limitacions de temps han impossibilitat alguns contactes previstos i han condicionat el desenvolupament d'alguns capítols de professions.

De fet, la majoria de capítols ja contenen conclusions i propostes d'acció, les quals hem intentat resumir i generalitzar en aquest capítol final. Per tal de no estendre'ns més del necessari, hem optat per enumerar els aspectes més destacats de l'estudi en una agrupació esquemàtica de conclusions que pretén reflectir els punts més significatius de l'actualitat i que més influeixen –de manera més o menys directa– sobre la necessitat de professionals. A cada un d'aquests set blocs de conclusions li segueix un requadre amb les recomanacions corresponents, també seleccionades i resumides.

Com al llarg de l'estudi s'expliquen i argumenten amb més detall tant les conclusions com les recomanacions aquí exposades –i també d'altres que aquí no repetim–, és aconsellable revisar-lo, sobretot els apartats de *propostes d'acció* que la majoria de capítols inclouen. En aquests apartats es presenten justificacions més argumentades i propostes més concretes i ampliades.

1 Tendències que més impacten el sistema de salut i els professionals.

• En les últimes dècades, les societats dels països desenvolupats en general, i la nostra en particular, han experimentat una profunda transformació, que ha impactat molt directament els sistemes de salut i tot allò que afecta els seus professionals. Els canvis del nostre entorn que més influeixen sobre les demandes de salut i la manera d'abordar-les són:

- * l'avenç en el coneixement biomèdic i el desenvolupament tecnològic, que aporten noves oportunitats preventives, diagnòstiques i terapèutiques, i que sovint complexifiquen i encareixen el sistema, malgrat algunes poden simplificar processos;
- * la disparitat entre la velocitat dels canvis (amb un ritme creixent), i el temps necessari per capacitar professionals competents (en especial, els metges especialistes)
- * els canvis demogràfics (l'augment de l'esperança de vida, l'envelliment i l'increment de la població i la multiculturalitat emergent);
- * el progrés cultural, econòmic i social, que té implicacions molt directes en la transformació del concepte de salut, en els vincles familiars tradicionals, en l'establiment i manteniment de xarxes socials o, fins i tot, en el concepte de professionalitat;
- * els nous patrons epidemiològics, derivats dels canvis demogràfics i dels nous esquemes de valors de les societats desenvolupades (alta prevalença de malalties cròniques com diabetis, cardiopaties o malaltia pulmonar obstructiva crònica; nombre creixent de situacions de comorbiditat, de polimediació o hipermediació i de dependència; processos associats a l'edat, com el deteriorament cognitiu, visual i auditiu; i malalties i trastorns associats al sedentarisme i a l'estrès, com obesitat, hipercolesterolèmia, trastorns alimentaris, depressió i suïcidis);
- * el nou ciutadà (més informat i col·laborador, però també més exigent, amb expectatives sovint sobredimensionades, i amb menys capacitat per afrontar frustracions i adversitats, i per manejar situacions vitals quotidianes) i la transformació de la seva relació –tradicionalment passiva– amb el professional de la salut (canviant el paternalisme per una relació més igualitària i democràtica, no sempre ben resolta);

Recomanacions

- ⇒ **Afrontar els reptes que emergeixen amb solucions innovadores** que permetin abordar la complexitat dels nous escenaris amb l'aportació i col·laboració sinèrgica d'àrees de coneixement i capacitat diversades. S'haurà de trobar l'equilibri entre la regulació i la flexibilitat necessàries, de manera que es trenquin les barreres que obstaculitzen l'adaptació dinàmica als canvis.
- ⇒ **Incidir en la promoció de la salut i en la prevenció** –primària, secundària, terciària i quaternària– dels problemes de salut més prevalents –molt susceptibles de prevenir–, amb **actuacions de salut pública i intersectorials**, i amb **intervencions d'atenció primària orientades a la comunitat**.
- ⇒ A l'hora de preveure necessitats i planificar els recursos humans de la salut, mereixen **força consideració les tendències de tipus qualitatiu** de les professions i ocupacions, els factors que les condicionen i, sobretot, tenir molt en compte possibles reorientacions de tasques, de funcions i d'enfocaments. **Les projeccions demogràfiques de professionals són un punt de partida imprescindible, però no suficient**, ja que no preveuen totes les variables necessàries (avenços en el coneixement biomèdic, canvis tecnològics, canvis en les demandes de salut o l'evolució de les professions i dels professionals mateixos).

2. Abordatge integral de la salut. Els nous escenaris comporten un increment de les demandes i sobrecarreguen el sistema i els professionals, els quals han de satisfer necessitats difícils d'abordar amb els models tradicionals i, menys encara, amb l'atomització dels problemes de salut que s'està produint com a conseqüència de la superespecialització i l'hegemonia de la tecnologia en determinats entorns. D'una banda, la complexitat generada per l'envelliment, la cronicitat i les patologies múltiples, i l'orientació prioritària a la promoció de la salut i a la prevenció dels problemes de salut més prevalents, requereixen una concepció integral de la salut. Però d'altra banda, la insuficient coordinació entre nivells assistencials –i a vegades també entre les diferents professions– dificulta aquest abordatge integral tan necessari.

- * La creixent preocupació per afrontar els reptes que representen l'envelliment, les malalties cròniques, i els problemes i la complexitat derivats de la multimorbiditat i de la polimediació, està portant a emfasitzar la importància de l'abordatge integral de la salut. Molts estudis d'àmbit internacional coincideixen a apuntar que la manca de resposta a les necessitats de la població està originada, principalment, per una insuficient coherència i coordinació en la provisió de serveis de salut, malgrat els grans avenços de les últimes dècades; i conclouen que és urgent millorar la coordinació entre nivells assistencials i entre professionals i incorporar accions coordinades de promoció i prevenció, de la mateixa manera que les assistencials, les curatives, les rehabilitadores, i les cures pal·liatives.
- * És necessària una actuació coordinada entre els diferents agents que intervenen en la salut (el ciutadà, els professionals diversos que atenen la seva salut, la comunitat, altres sectors no sanitaris implicats i l'Administració) per poder oferir seguretat (problemes relacionats amb intervencions o amb l'ús dels medicaments, interaccions, incompatibilitats...), per facilitar la qualitat assistencial i per conciliar els interessos del professional amb els del pacient i els de l'entorn.
- * No s'aprofita prou la sinergia potencial que hi ha entre els nivells assistencials, entre les múltiples i diverses professions i entre tots els agents implicats en la prevenció i atenció de la malaltia i en el foment i creació de salut. A vegades, la manca de comunicació i de complicitat entre estructures generen recel i desconfiança, com és el cas d'algunes situacions en què els esforços de l'atenció primària no s'adiuen amb l'escàs *feedback* per part de la salut pública o de l'atenció hospitalària.
- * Els hospitals catalans han assolit un alt grau d'excel·lència i de reconeixement, tant pel que fa als equipaments com pel professionalisme i especialització dels professionals. A més, el model de proximitat sobre el qual es basa la xarxa catalana d'hospitals està molt ben valorat pel ciutadà. Però la càrrega assistencial no permet optimitzar la pràctica mèdica i sovint genera insatisfaccions del professional i del ciutadà.
- * Molta sobrecàrrega detectada als hospitals (urgències que no són urgents, complicacions evitables de malalts crònics, atenció hospitalària d'alguns problemes que no ho requereixen, etc.) la podria evitar una atenció primària més forta i més resolutiva. El ciutadà vol una immediatesa que l'atenció primària no li pot proporcionar; i l'hospital li soluciona de manera ràpida i amb menys desplaçaments els seus problemes, encara que no requereixin hospitalització.

Recomanacions

- ⇒ **Cal una atenció més integral de la salut i millorar la coherència global de l'atenció sanitària** (atenció primària i salut comunitària, atenció hospitalària, salut mental i sociosanitària), per tal d'assegurar la continuïtat assistencial, millorar l'ús eficient dels recursos del sistema i minimitzar els efectes adversos de les intervencions sanitàries.
- ⇒ **Reforçar i potenciar l'atenció primària**, proporcionant-li la suficient capacitat resolutiva per satisfer les necessitats actuals i previsibles, i per poder portar el timó de la continuïtat assistencial. Són cabdals la formació en problemes emergents, el suport i la coordinació amb l'àmbit hospitalari, l'accessibilitat a les proves diagnòstiques i al seguiment hospitalari i la disponibilitat del temps, dels recursos i dels espais necessaris.
- ⇒ **Proporcionar tots els recursos possibles per millorar la coordinació entre nivells assistencials**. Les tecnologies de la informació i la comunicació estan poc aprofitades en el seu potencial per apropar els diferents nivells assistencials (accés a proves diagnòstiques i altres informacions compartides, comunicació entre professionals, suport i formació entre diferents professionals de nivells assistencials diversos, etc.). Cal també afavorir la comunicació (espais i fòrums de reflexió i debat, protocols d'actuació conjunts, sessions clíniques i projectes compartits, etc.) i fomentar la creació de complicitats i d'aliances entre els diferents àmbits assistencials i entre els professionals.
- ⇒ **Incidir també en la coordinació i comunicació en altres entorns**, (entre la salut pública i l'atenció primària, entre el ciutadà i el sistema de salut, entre la salut pública i els mitjans de comunicació o entre la salut pública i altres sectors no sanitaris, etc.)
- ⇒ **Transmetre de manera efectiva i convincent al ciutadà el benefici (propi i comunitari) d'un bon ús del sistema** i dels circuits adequats. Entre d'altres estratègies (com prestigiar l'atenció primària), s'haurien de plantejar (des de Salut Pública i també amb la complicitat dels mitjans de comunicació) campanyes en aquest sentit, que siguin atractives, convincents i persuasives. També és important transmetre que la medicina no és il·limitada, que comporta riscos i incerteses, i que les intervencions diagnòstiques i terapèutiques no sempre afavoreixen la salut i rarament són innòcues.

3. El nou concepte de salut pública i la seva rellevància. La nova salut pública és un concepte científic i pràctic que posa l'èmfasi –al contrari del que indica l'antiga salut pública– en la multidisciplinarietat, la multiprofessionalitat i l'orientació cap a la salut positiva. En comptes d'estar centrada en la malaltia i en la medicina curativa, es posa l'accent en la prevenció, la promoció i la creació de salut.

- * La nova salut pública esdevé crucial per afrontar els reptes que representen els nous escenaris, ja que els problemes de salut majoritaris són susceptibles de prevenció, tractament i rehabilitació, amb una atenció especial en la promoció de la salut.
- * La conquesta de la malaltia no infecciosa serà la segona revolució epidemiològica^{324, 325}. Moltes de les malalties més prevalents (i causants principals de mortalitat als països industrialitzats, amb importància creixent als països en desenvolupament) i que, per tant, comporten més despeses a la societat (no només al sistema sanitari) són molt susceptibles de ser previngudes –de manera primària, secundària, terciària i quaternària– amb actuacions de salut pública i intersectorials, i amb intervencions d'atenció primària orientades a la comunitat.
- * La tendència consumista general de la població s'estén al camp de la salut, i els patrons de valors que imperen a la nostra societat propicien un consum inadequat de serveis sanitaris, amb excés de medicalització i d'intervencions inadequades. El sobretractament és un problema en augment i mereix més atenció de la que se li està donant. Aconseguir la seva disminució (*prevenció quaternària*) hauria d'estar entre els objectius prioritaris de la salut pública.
- * La participació ciutadana, la comunicació i la intersectorialitat són alguns dels aspectes clau per a l'abordatge eficaç de la salut pública. Un ciutadà que pot participar dels processos que afecten la seva salut, es motiva i s'implica, i aquesta implicació contribueix a la millora de la salut. El paper clau de la comunicació és obvi en un món on la influència creixent dels mitjans de comunicació de masses, en la cultura i en les conductes relacionades amb la salut física i mental, és determinant. I sense una dimensió intersectorial, les polítiques de salut pública no tindrien massa sentit.
- * Els recursos no seran mai suficients per satisfer tots els desigs i necessitats. Per tant, tots els sistemes de salut imposen uns tipus o altres de racionament (monetaris o llistes d'espera i traves burocràtiques) que, si estan ben dissenyats, no han de limitar l'accés a l'atenció sanitària realment necessària. Prioritzar no és fàcil i menys quan el ritme de l'avenç tecnològic dificulta la disponibilitat de proves científiques o la seva difusió. Però l'efectivitat i l'eficàcia del sistema depenen en gran mesura de l'avaluació de les tecnologies i dels tractaments i de la seva utilització en les preses de decisions. A més, la salut pública ha de planificar, prioritzar i organitzar la provisió de serveis diagnòstics, terapèutics i de promoció de la salut.

³²⁴ Els avanços més rellevants de la salut pública al llarg de la història van donar peu a la **primera revolució epidemiològica**: la **conquesta de la malaltia infecciosa**: La impotència de la humanitat davant les infeccions romangué fins a final del segle XIX, en què Louis Pasteur i Robert Koch concloïen la teoria del germen, i donaven pas a una millora substancial de la salut pública, gràcies al descobriment de vacunes efectives –i a la consegüent eradicació o notable descens de moltes malalties greus–, al control sanitari dels aliments i altres pràctiques higièniques –aigua potable, sabó, desinfecció, clavegueram, etc.– juntament amb l'educació sanitària en aquest sentit.

³²⁵ Quan parlem de conquerir *la malaltia infecciosa* o *la no infecciosa*, ens referim a grups de malalties en un sentit ampli i genèric, ja que, ni estan ni estaran mai controlades totes les malalties infeccioses, ni es podran controlar tampoc totes les no infeccioses.

- * Malgrat l'evidència científica de que, a llarg termini, la despesa en prevenció és més eficient que els costos (mèdics, farmacèutics i socials) de les intervencions curatives; l'Estat espanyol dedica pocs recursos relatius a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, en comparació amb la mitjana dels països de l'OCDE (només per sobre de dos països, de 22). En canvi, pel que fa a la despesa farmacèutica, se situava en sisena posició.

Recomanacions

- ⇒ **Crear una estructura sòlida de serveis de Salut Pública**, basada sobre la expertesa tècnica i deslliurada al màxim de pressions polítiques. Proveir-la dels recursos humans i materials necessaris. Evitar la duplicitat i l'absència de funcions. Possibilitar una reorientació innovadora de les professions i ocupacions en Salut Pública.
- ⇒ **Donar protagonisme a les activitats preventives i de promoció de la salut**. Incidir des de totes les vessants –formatives dels professionals i dels ciutadans, assistencials, i d'altres–, i en tots els àmbits –diferents nivells assistencials, estructures de salut pública, i sectors externs al sistema de salut–, en la orientació preventiva, promocional i comunitària.
- ⇒ **Incorporar intervencions de promoció de la salut conjuntes entre Salut Pública i Atenció Primària**, que minimitzin la medicalització a la qual tendeix la societat; que contribueixin a capacitar el ciutadà per afrontar i autogestionar les diferents etapes de la vida, com les frustracions, la malaltia i la mort; que promoguin entre la població una lectura crítica dels mitjans de comunicació; i que transmetin la conveniència de l'ús adequat dels recursos sanitaris.
- ⇒ **Facilitar i potenciar la participació ciutadana**, en els processos de les polítiques de salut, tant les orientades a l'individu com a la comunitat i la població. Dotar les estructures de Salut Pública de recursos específics i crear grups de treball per ampliar els coneixements sobre participació i proposar intervencions.
- ⇒ **Incidir en aspectes afavoridors de la participació ciutadana i del control de la seva salut**, com l'*alfabetització en salut* (promovent, entre d'altres, una lectura crítica dels mitjans), l'aprenentatge en salut i l'empoderament del ciutadà i de la comunitat.
- ⇒ **Tenir més en compte la iatrogènia dels processos** i avaluar en quina mesura s'utilitzen tractaments ineficaços, així com l'ús ineficient de tractaments eficaços.
- ⇒ **Establir aliances amb els mitjans de comunicació i els seus professionals**, per afavorir la cooperació. Fomentar el coneixement mutu dels professionals de la salut i els de la comunicació, i de les necessitats respectives; establir compromisos formals de col·laboració, trobades regulars, etc.
- ⇒ **Incorporar una dimensió intersectorial a les polítiques de salut pública**, de manera que els diferents sectors implicats en la salut –directament o indirectament– puguin treballar junts i identifiquin els beneficis del treball cooperatiu. Crear estructures estables que permetin gestionar i garantir la intersectorialitat.

4. **Rellevància i dificultats en la coordinació i en la comunicació.** Es detecten problemes importants de coordinació i de comunicació a tots els àmbits. En canvi, està emergint alhora la seva rellevància en els nous models que han d'afrontar les necessitats plantejades, des de múltiples vessants, a diferents àmbits i abordant aspectes diversos.

- * **Entre col·legues.** Es percep un cert aïllament professional, malgrat l'evidència creixent de la importància del treball en equip i les facilitats aportades per les TIC. A vegades, la reserva i la competitivitat semblen produir més avantatges que la col·laboració i el traspàs de coneixements i vivències.
- * **Entre diferents especialitats i també entre diferents professions,** per crear les sinèrgies necessàries per afrontar els nous reptes de salut emergents. La por a pèrdues d'estatus o de poder i el desconeixement o no-reconeixement de certes competències professionals, dificulten la interdisciplinarietat del treball i el seu benefici.
- * **Entre nivells assistencials,** els quals actuen de manera massa aïllada en un moment en què esdevé cabdal la cooperació i la coordinació per augmentar l'eficàcia i la coherència del sistema. Però l'elevada tecnificació i la superespecialització d'alguns entorns estan marcant unes tendències (sentiment d'hegemonia per part dels nivells terciaris, insuficient reconeixement de la tasca d'atenció primària, etc.) que no afavoreixen la relació i, a més, impedeixen valorar el seu benefici (evitaria una bona part de la càrrega hospitalària i contribuiria a la continuïtat assistencial i a l'atenció integral del pacient).
- * **Entre salut pública i atenció primària.** La pròpia definició de l'atenció primària de salut (que inclou l'enfocament comunitari i intersectorial, i l'educació per a la salut dels individus i de la comunitat) i la seva situació privilegiada (pel contacte diari entre el personal d'atenció primària i els individus de la seva comunitat) li proporcionen un ampli ventall d'actuació amb intervencions de prevenció i de promoció de la salut. Però manca sovint la suficient comunicació amb salut pública.
- * **Entre professional de la salut i pacient.** La bona comunicació i enteniment entre ells ha de restablir la confiança mútua sobre la qual es basa la seva relació i contribuir, per tant, a la consecució d'una vida saludable. La insuficient comunicació és un dels factors que poden influir en l'increment d'agressions als professionals sanitaris.
- * **Entre l'Administració i els professionals, i entre gestors i professionals de la salut.** La millora d'aquestes relacions millora l'efectivitat del sistema i afavoreix la satisfacció i la motivació professionals.
- * **Entre els serveis de salut pública i la comunitat** (en conjunt o amb els diversos grups i col·lectius que la componen), en diferents entorns (a les mateixes dependències del sistema sociosanitari i a d'altres com escoles, empreses o associacions de malalts).
- * **Entre la salut pública com a tal (i els centres assistencials i els professionals de la salut mateixos) i els mitjans de comunicació,** com a agents intermediadors de la comunicació amb la comunitat i per la necessitat de crear sinèrgies que afavoreixin la informació objectiva i de qualitat.
- * **Entre pacients i entre ciutadans.** Fomentar aquestes relacions afavoreix la participació ciutadana en els aspectes que afecten la seva salut, de manera individual i col·lectiva, i la seva implicació. A més, les condicions compartides dels pacients i ciutadans afavoreixen la transmissió de certs missatges i faciliten la bona entesa i la seva interiorització.

Recomanacions

- ⇒ **Enfortir la coordinació, la cooperació i la comunicació** a tots als àmbits i a tots els entorns.
- ⇒ **Avaluar, valorar i incentivar el treball en equip i l'actitud comunicativa i col·laboradora**, tant en la etapa formativa com en la pràctica professional, i també en els diferents processos selectius.
- ⇒ **Introduir fórmules d'educació interprofessional des de pregrau**, i fomentar el coneixement i el reconeixement interprofessional, promovent la valoració adequada de les diferents contribucions i de la seva complementarietat.
- ⇒ **Facilitar i impulsar l'apropament i col·laboració entre professions** (afavorir el coneixement i reconeixement de les diferents professions, promoure espais de trobada i projectes comuns, etc.)
- ⇒ **Fomentar l'apropament entre els nivells assistencials i entre aquests i la salut pública**, tendint ponts (TIC, gestió per processos, xarxes, projectes comuns, debats, etc.) i trencant les barreres que l'obstaculitzin.
- ⇒ **Afavorir i incentivar la comunicació amb el pacient i amb el ciutadà** i la transmissió, entre d'altres, de que no tot és curable, que fer més proves diagnòstiques no és sempre sinònim de curar abans o millor, que moltes intervencions diagnòstiques i terapèutiques comporten riscos i que els medicaments no són innocus.
- ⇒ **Establir aliances amb els mitjans de comunicació i els seus professionals**, tant des d'estructures de salut pública com des de estructures assistencials o a partir dels mateixos professionals. Impulsar l'apropament d'ambdós col·lectius, afavorint el coneixement mutu de les necessitats específiques. Fomentar la formació en salut dels professionals de la comunicació i capacitar els professionals de la salut en tècniques i habilitats comunicatives.
- ⇒ **Impulsar la comunicació entre pacients i entre ciutadans** (pacient expert, universitat de pacients, etc.)

5. El nou rol del ciutadà requereix noves relacions amb els professionals de la salut, amb el sistema de salut, i també amb els òrgans de decisió política. La participació ciutadana i comunitària és un dels principis en els quals es basa l'Atenció Primària de Salut definida a Alma Ata (1978), i ha estat considerada per la Declaració de Jakarta (1997) un element essencial per tal de sostenir els esforços i augmentar l'eficàcia en el lideratge de la promoció de la salut. Cal un esforç decidit i continuat per assegurar la implicació significativa de la comunitat en planejar, implantar i mantenir els serveis de salut

- * La participació té la potencialitat de millorar la salut de les persones i de les poblacions, perquè suposa una implicació més gran. Seria, doncs, una característica desitjable des d'un punt de vista utilitari. A més, és un element necessari per assolir l'autonomia i per exercir la solidaritat, dues de les característiques que la definició de salut del X Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana atribueix a la salut. Autonomia per viure de la manera menys dependent possible, i solidaritat amb la resta dels components de la comunitat.
- * La millora de la salut no s'aconsegueix solament amb intervencions sanitàries, i aquestes no sempre la milloren i rarament són innòcues. La tendència consumista general de la població –que també s'estén al camp de la salut– i els patrons de valors que imperen a la nostra societat propicien un consum inadequat de serveis sanitaris, amb excés de medicalització i d'intervencions inadequades.

El sobretractament és un problema creixent i mereix més atenció efectiva de la que se li està donant. Aconseguir la seva disminució –*prevenció quaternària*– hauria d'estar entre els objectius prioritaris de la salut pública, acompanyat d'esforços importants. Si bé hi ha altres factors causants d'aquest fenomen –alguns generats des del propi sistema–; la implicació del ciutadà, a través de la seva participació en l'àmbit de la salut i en aquells àmbits extrasanitaris que determinen la salut, esdevé crucial.

Recomanacions

- ⇒ **Donar més protagonisme al ciutadà en la presa de decisions en tot allò que afecta la salut.** Cal millorar la posició del pacient en el sistema, afavorir una relació col·laborativa entre ell i el professional de la salut, basada sobre la confiança mútua, i proporcionar-li més capacitat d'elecció de serveis. Afavorir la comunicació i crear complicitats entre ells, i entre la salut pública i el ciutadà, perquè prengui un paper més actiu i, per tant, més eficient en el control de la seva salut.
- ⇒ **Atorgar un pes més important a la participació ciutadana** en els processos de les polítiques de salut, tant les orientades a l'individu com a la comunitat i la població. L'esforç d'institucionalitzar la participació ciutadana ha d'incloure els serveis públics i els òrgans de decisió política, i es recomana crear estructures que permetin la participació ciutadana de manera regular (no puntual) a tots els nivells (macro, meso i micro).
- ⇒ **Resoldre l'asimetria d'informació entre experts i no experts** (científics, empreses de tecnologia, polítics, gestors de recursos i professionals de la salut *versus* el pacient i el ciutadà sense formació mèdica o la informació necessària per prendre les decisions)
- ⇒ **Redefinir el pacient com a expert** en la seva malaltia i en els efectes dels tractaments no només a l'estat físic, sinó també a la seva vida personal, familiar i professional, aprofitant la seva perspectiva i experiència. Fer-los participants de la capacitació del metge per comunicar amb els pacients o de la capacitació d'altres pacients per aprendre a autogestionar la seva malaltia, o en l'elaboració de guies de pràctica clínica, etc.
- ⇒ **Produir i facilitar “ajudes” externes (*decision aides*)** per a la presa de decisions, tant per a metges com per als pacients
- ⇒ **Contribuir al desenvolupament operatiu del dret a la participació ciutadana**, reconegut a la normativa legal (Llei general de sanitat, Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i Llei de creació de l'Agència de Protecció de la Salut), a l'actual Agència de Salut Pública de Barcelona i a la futura Agència de Salut Pública de Catalunya, mitjançant iniciatives concretes.

6. Els professionals, peça clau dels sistemes de salut. Els sistemes de salut fan un ús intensiu dels recursos humans. En canvi, la majoria de reformes –d'aquí i d'altres països– no els ha tingut prou en compte fins ara. Sovint, es milloren estructures, organitzacions i processos, però es deixen de banda les necessitats dels professionals, la seva opinió, la seva implicació i la seva motivació. I les reformes que no compten amb ells estan condemnades al fracàs.

- * L'autoestima i la motivació (a més de la tranquil·litat, la serenitat i la satisfacció de fer les coses ben fetes; l'expertesa mantinguda amb una formació continuada de qualitat, i les facilitats per dur a terme dignament la seva tasca) són elements molt importants a l'hora d'afavorir la bona praxi i el rendiment dels professionals. Però són aspectes que es perceben a la baixa.
- * L'entorn social i tecnològic cada dia exigeixen més als sistemes i als professionals, els quals han de ser més competents, més eficaços i han d'estar més preparats. Això obliga a dedicar més temps i contribueix a la generació d'estrès.
- * El metge, la infermera i altres professionals de la salut tenen una doble dependència: cap al contractador i cap al pacient. Això interfereix en la relació amb el pacient, a l'hora de combinar els interessos de l'organització amb els principis professionals.
- * Hi ha un gran nombre de professionals insatsfets, han perdut la motivació i se senten tractats *com uns assalariats i funcionaris mal pagats*. Probablement es fa difícil canalitzar les seves necessitats, i ells perceben que *ningú atén les seves necessitats ni els seus estímuls i ningú els consulta les seves condicions de treball*. En canvi, es pretén que mantinguin les actituds pròpies del seu origen liberal (vocació, disponibilitat, manteniment de la competència, empatia, innovació, creativitat, màxima responsabilitat en les decisions, etc.)
- * A més dels incentius econòmics i contractuals, cal incidir en la carrera professional (CP) –també anomenada sistema d'incentivació i promoció professional (SIPP)–, la qual està estretament relacionada amb el desenvolupament professional continu (DPC) individual, que s'inicia al pregrau i se situa al llarg de tot el *continuum* formatiu. El DPC considera la formació continuada (FC) i altres components com l'activitat assistencial, la recerca, la docència, altres activitats de perfeccionament i l'ètica i el professionalisme. Per aplicar els sistemes SIPP a un individu, les organitzacions utilitzaran tant el DPC individual, com els objectius institucionals i d'altres elements que es considerin apropiats.
- * La FC hauria de tenir un paper rellevant –no exclusiu– en l'avaluació i valoració dels professionals. Però s'haurà d'evitar la simple acumulació de crèdits formatius, ja que la mera participació en activitats formatives no implica sempre una adquisició o millora de competències. Per assolir els objectius, la FC ha de ser lliure, no coercitiva, de qualitat degudament acreditada, participativa activament per part dels alumnes (també en el seu contingut), múltiple, de fàcil accés i amb un finançament compartit. La FC s'hauria d'adequar més a les necessitats reals, que són diverses i canviabes; i considerar tant les necessitats generals del sistema i de l'entorn –comunicació, bioètica, medicina transcultural, etc.–, com les necessitats particulars de cada professional.
- * També és important tenir en compte que una bona elecció de la professió influeix sobre l'actitud i, per tant, sobre la competència professional. S'haurien d'introduir elements afavoridors de l'adequació dels perfils dels futurs professionals de la salut.

Recomanacions

- ⇒ **Cuidar i motivar els professionals** i incloure incentius econòmics i professionals, participació en la gestió, millora de les condicions laborals, reconeixement professional i social, desenvolupament professional continuat i carrera professional.
- ⇒ **L'adquisició, avaluació i valoració de competències** ha de partir d'una definició acurada del perfil necessari i ha de tenir en compte tots els components (coneixements, habilitats i actituds) en tots els processos. Cal renovar els sistemes selectius (tant en les etapes formatives com en l'exercici professional), i millorar l'avaluació i la consideració d'habilitats i d'actituds.
- ⇒ **Deslliurar els professionals de la salut de les càrregues burocràtiques i administratives** evitables i facilitar (aprofitament de les TIC, canvis de procediments) les imprescindibles. Proporcionar més personal de suport a metges i infermeres, en els casos necessaris.
- ⇒ **Millorar les estructures organitzatives i proporcionar el suport necessari** per evitar que els professionals (en especial metges i infermeres) hagin de realitzar tasques que no corresponen al seu perfil formatiu i competencial.
- ⇒ **Aprofitar més les potencialitats de les TIC** (per alleugerir les càrregues administratives, per facilitar la comunicació entre professionals i la formació, per apropar els nivells assistencials, etc. i també per facilitar el monitoratge dels malalts crònics i disminuir la sobrefreqüentació)
- ⇒ **Potenciar el treball en equip, la protocolització consensuada d'activitats i funcions de cada integrant i els comitès d'ètica assistencial**
- ⇒ **Influir en els estudiants i en el sistema perquè seleccionin les professions adequades al seu perfil.**

7. Transformació i innovació en les professions i ocupacions. La complexitat que aporten el ritme d'avenç en el coneixement biomèdic i les transformacions radicals de molts aspectes de la nostra societat que afecten molt directament la salut, marquen canvis profunds en les professions, i en les seves necessitats. Alguns canvis passen desapercebuts, però d'altres generen conflictes d'interessos, pors de possibles pèrdues o dificultats a l'hora de crear les sinèrgies necessàries. Els recels i el sentit gremial imperen sovint sobre el treball en equip. En canvi, la complexitat creixent dels problemes de salut (tractaments de llarga durada, pluripatologies, polimediació, dependències, etc.) requereix un abordatge cada cop més multidisciplinari i una reorientació de les professions.

- * Els nous coneixements i les noves possibilitats tecnològiques, diagnòstiques i terapèutiques comporten la necessitat d'especialitzacions cada vegada més compartimentades i l'aportació d'altres professionals al sistema. Però el temps necessari per a la formació d'alguns (sobretot els metges especialistes) no s'adequa a la velocitat dels canvis i dificulta –o sovint impossibilita– la planificació.
- * Alhora, hi ha camps en què es fa cada cop menys nítida la línia divisòria entre unes especialitzacions (fins i tot entre algunes professions) i d'altres. El camp de coneixement evoluciona amb tanta rapidesa i complexitat que es pot accedir a certes franges ocupacionals des de diferents professions o especialitats.
- * Sembla assenyat, doncs, introduir més dosis de flexibilitat i menys d'encotillament. La introducció de la troncalitat en la formació especialitzada o el reconeixement de les àrees de capacitació específica van per aquest camí. També és necessari revisar tot el que pugui millorar l'aprofitament d'uns recursos humans que costen tantes inversions de temps i de diners a ells mateixos i a la societat.
- * Els avenços que permeten el tractament de més problemes de salut, l'èmfasi creixent de l'atenció preventiva i de la promoció de la salut (no solament a l'atenció primària sinó també a l'àmbit hospitalari), i les expectatives de creixement de la població d'edat més gran –la qual requereix moltes més cures infermeres que altres grups– generen una **necessitat emergent de l'actuació infermera**.
- * Cal **més infermeres, però cal també desplegar el seu potencial**. S'han produït grans avenços en el desplegament de les competències infermeres, però encara no estan prou desenvolupades. Als hospitals, de manera especial, es detecten moltes dificultats (poca evolució en el treball d'equip, estructures massa rígides, pressió assistencial excessiva, poc suport estructural, material i humà) per poder exercir el rol autònom i contribuir de manera eficaç al treball d'equip.
- * **Les infermeres podrien liderar més la gestió de processos crònics, promocionar la salut i l'autogestió de la malaltia, fomentar abordatges grupals, i contribuir a la millora de la continuïtat assistencial**.
- * Una **bona part de la càrrega laboral de metges i infermeres és evitable**. Moltes de les tasques que realitza un metge al nostre país, a d'altres països –propers culturalment i econòmicament– les duen a terme altres professionals, tot i que en alguns casos el seu nivell de formació pot estar per sota del dels metges i infermeres formats al nostre país.
- * Amb les infermeres passa el mateix, però amb dues dificultats afegides: la ràtio infermeres/habitants al nostre país és especialment baixa i, a més, a d'altres països hi ha moltes professions que no tenen aquí un equivalent i la majoria de les tasques que fan aquells als seus països, aquí les fan les infermeres.

- * També hem de considerar que –per tal de millorar l'eficiència del sistema– una bona part organitzativa, estructural, legislativa i burocràtica mereixen una reorientació profunda; i que aquesta podria conduir a una reducció considerable del temps dels metges i infermeres dedicat a moltes tasques i, fins i tot, a eliminar-les.
- * Pel que fa a les dotacions de metges, les xifres no semblen mostrar problemes de quantitat, almenys de quantitat global. En canvi, el nostre sistema de salut –com molts altres– viu moments crítics amb relació als recursos humans. Les greus dificultats per cobrir determinats llocs de treball estan condicionant una contractació creixent de professionals formats a altres països i unes condicions de treball sovint insatisfactòries.
- * El Ministeri de Sanitat i Consum (MSC) ha presentat un mapa de necessitats de metges especialistes a l'Estat espanyol, dins l'horitzó temporal 2006-2030. Les autores de l'estudi remarquen una sèrie de dificultats –manca de dades fiables i dinàmiques, mobilitat creixent internacional dels professionals, riscos associats a les comparacions internacionals, i un grau elevat d'incertesa dels canvis tecnològics, de fronteres entre especialitats o de competències professionals–, i conclouen també que no hi ha dèficit global, sinó desequilibris difícils de superar amb la rigidesa actual del sistema.
- * Quant a les especialitats mèdiques més conflictives –no hi ha estudis sistemàtics al respecte–, els experts consultats, el grup GEOPS i l'informe del Consell de la Professió Mèdica (2007) coincideixen a percebre una manca actual d'anestesisistes, pediatres, psiquiatres, radiòlegs, ginecòlegs i, en algunes zones o condicions determinades, els metges de família. L'estudi presentat pel MSC coincideix la majoria d'aquestes especialitats (afegeix cirurgia general i no selecciona els psiquiatres). La Federació de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME) afegeix d'altres: medicina interna, cardiologia, traumatologia, ginecologia, medicina del treball, angiologia i cirurgia vascular, neurocirurgia, oftalmologia, otorinolaringologia i urologia.
- * També es detecta una manca de desplegament d'especialitats relacionades amb diverses disciplines que han experimentat una transformació especial, com poden ser la farmàcia i la biologia. La inexistència de places i la indefinició de competències afecta diverses especialitzacions, els professionals corresponents, i la seva participació en determinats àmbits del sistema de salut.

Recomanacions

- ⇒ **Recuperar el professionalisme del metge**, la seva valoració i el seu reconeixement. Represtigiar, sense menyspreu de les altres, les especialitats mèdiques més generalistes, com la medicina de família i comunitària, la medicina interna, la pediatria general o la salut pública.
- ⇒ **Potenciar el paper de la infermera**, prestigiant la professió, afavorint el desplegament de les seves competències i del seu rol autònom, aprofitant més les seves potencialitats, i adequant les dotacions d'infermeres a les necessitats reals.
- ⇒ **Augmentar la presència, o introduir-los progressivament, en el sistema** d'algunes professions com infermeres, treballadors socials, psicòlegs, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, dietistes-nutricionistes, alguns tècnics de formació professional, podòlegs, i d'altres (traductors i mediadors culturals, etc.).
- ⇒ **Considerar la redistribució de certes tasques i funcions** en aquells processos que es prevegi adient i en què es disposi de la màxima evidència possible. Redefinir els rols i reordenar les tasques, per tal d'adaptar competències i funcions als canvis de futur i perquè el sistema de salut sigui sostenible.
- ⇒ **Revisar i actualitzar els cicles formatius de formació professional**, conduents a les titulacions de tècnics i tècnics superiors, plantejar la reforma o retirada d'aquells que hagin quedat obsolets i introduir els nous perfils que els entorns actuals requereixen.
- ⇒ **Actualitzar el catàleg d'especialitats oficials** i reconèixer formalment i oficialment àrees de capacitació específica que existeixen de facto sense reconeixement.
- ⇒ **Trobar l'equilibri adequat entre regulació i flexibilitat**, que permeti l'ordenació necessària de les professions i l'adequació a un entorn canviant. La renovació del sistema d'especialització, desenvolupant el concepte de troncalitat previst per la LOPS, permetrà millorar la formació bàsica i genèrica necessària per al maneig dels processos més comuns i prevalents, i augmentar la flexibilitat i la mobilitat entre especialitats.
- ⇒ **Impulsar mesures que promoguin l'elecció de les professions amb més dèficits** (infermeres, llevadores, pediatres, metges de família, etc.) i que fomentin la seva permanència en el sistema.
- ⇒ **Promoure la comunicació i la col·laboració interprofessional**, necessàries per dur a terme un autèntic treball en equip, i poder afrontar amb la màxima eficiència els reptes de salut emergents. Introduir fórmules d'educació interprofessional (al pregrau i al postgrau) i afavorir actituds menys corporativistes. Fomentar la interprofessionalitat des de les societats científiques (reforçar les de caràcter transversal i potenciar la creació de grups multidisciplinaris per elaborar guies i protocols o dur a terme projectes comuns)
- ⇒ **Transmetre els beneficis de l'educació i la pràctica interprofessionals**, tant per al pacient com per al professional, i fomentar els canvis que li donin suport.
- ⇒ **Introduir reformes en el model sanitari**, que afavoreixin i garanteixin una bona interrelació i connexió entre els diferents espais professionals.
- ⇒ **Promoure seminaris, congressos i debats interprofessionals**, per tal d'impulsar la comunicació i la col·laboració entre les diferents professions i especialitats.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-93.
- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*, 1994; 32(8):771-87.
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales nº 10. Disponible a: www.estudioslacaixa.es
- Alter DA et al. Geography and service supply do not explain socioeconomic gradients in angiography use after acute myocardial infarction. *CMAJ* 2003 Feb 4;168(3):261-4.
- Amaya C i García MA. Demografía Médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CISM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos), 2005.
- Antó JM et al. La reforma de salud pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salud pública a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública; 2005 Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>
- Areskog N-H. Multiprofessional education at the undergraduate level – the Linköping model. *Journal of Interprofessional Care* 1994; 8:279-282.
- Arimany J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanidades médicas*; 2007 (12):1-16.
- Artells JJ, Castellón E, Sevilla F, Cervera S, García A Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado Fundación Salud, Innovación y Sociedad; Fundación Fernando Abril Martorell. Madrid, Nov 2005
- Asociación Española de Genética Humana. Situación de la Genética Clínica en España. AEGH, 2002. Disponible a www.aegh.org
- Atkin C i Wallack L (Eds). *Mass communication and Public Health: Complexities and conflicts*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.
- Azprensa.com. *Uno de cada tres enfermeros ha sufrido agresiones en el último año. La sobrecarga asistencial y unos pacientes más exigentes están detrás del incremento de la violencia contra estos profesionales, según una experta*. [noticia en línea] Pamplona, 19 de maig de 2007. Disponible a: http://www.azprensa.com/noticias_ext.php?idreg=29783
- Baicker K, Chandra CH. *Defensive Medicine and Disappearing Doctors?* CH, Health & Medicine, Regulation. Tardor 2005.
- Baladía E, Basulto J. Grupo de Revisión y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP/AED-N). El dietista-nutricionista en Atención Primaria de Salud. Archivo AED-N/Documentos de Posicionamiento de la AED-N. 2005.
- Bar H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: argument, assumption & evidence*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.
- Bentzen N, editor. *WONCA dictionary of general/family practice*. Copenhagen: Maanedskift; 2003.
- Bernal E et al. por el grupo VPM-IRYSS. Necesidad u oferta. ¿Qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica? *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005;1:5-10.

- Blasco Santamaría RM (Coord.). Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al espacio europeo de educación superior. Consejo General de Enfermería. 2004.
- Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288:1909–14.
- Boerma WGW i Dubois CA. Mapping primary care across Europe. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006;2:22-49.
- Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. Dins: Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006;1:3-21.
- Bondermarker PM, Conradi MH, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz JC. Core characteristics of the competent general practice trainer, a Delphi study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2003; 8(2):111-6.
- Borrell Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria (SEMFYC). Barcelona, 2003.
- Bosch JM. Les actituds. *Pediatría Catalana, Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria.* Gener-Febrer 2006; 66(1):32-33.
- Bourgueil Y, Dúrr U, Pouvourville G et al. La régulation des professions de santé -études monographiques . Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Uni. Rapport final, Série Etudes, n° 22 mars. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), 2002.
- Brown S.A. i Grimes D.E. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing Research*, 1995 44: 332–9.
- Buchan J i Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of World Health Organization*, 2002; 80:575-80.
- Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurse in Advanced Roles. OECD Health Working Papers. París, 2004.
- Budetti PP. Tort Reform and the Patient Safety Movement: Seeking Common Ground. *JAMA* 2005; 293: 2660-2662.
- Buerhaus P. Nursing, competition and quality. *Nursing economics*, 1992; 10(1):21-29.
- Bui Dang Ha Doan. Els recursos humans del sistema sanitari: Situació i evolució als països industrials. Generalitat de Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona, febrer 2002.
- Bui Dang Ha Doan i Lévy D. Oversupply, shortage and the demographic forecast of health workforce. International Symposium on Past and Future Trends of Health Workforce. Barcelona, 21-23 abril 2005.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*, Medical Records and Health Information Technicians.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*, Medical Assistants.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*, Physical Therapist Assistants and Aides, on the Internet at <http://www.bls.gov/oco/ocos167.htm> (visited November 03, 2006).
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*, Respiratory Therapists, on the Internet at <http://www.bls.gov/oco/ocos084.htm> (visited November 04, 2006).
- Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition*, Cardiovascular Technologists and Technicians, on the Internet at <http://www.bls.gov/oco/ocos100.htm> (visited November 04, 2006).

Calnan M, Cant S, Williams S, Killoran A. Involvement of the primary health care team in coronary heart disease prevention. *British Journal of General Practice*, 1994; 44(382): 224–228.

Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart* 2004; 90(4):29-32.

Canadian Policy Research Networks. Fostering Canadian's role in public policy: A strategy for institutionalizing public involvement in policy. Public Involvement network, March 2006. Disponible a www.rcrpp.org/en/network.cfm?network=3

Carr-Hill R.A. et al. The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care. *Health Economics*, 1995; 4: 57–72.

Casals E, Cuenca E. Trends in dental manpower and utilization of dental services in Catalonia (1991-2003). *Dins: International Symposium on Past and Future Trends of Health Workforce*, 21-23 Abril. Barcelona, 2005

Center for Rural Health Research and Education's Weekly Mental Health Bulletin: Maternal Depression. Disponible: [www.health.uwo.edu/MH_Bulletins/\(39\)_maternaldepression.htm](http://www.health.uwo.edu/MH_Bulletins/(39)_maternaldepression.htm)

Center for Shared Decision Making, Dartmouth-Hitchcock Medical Center www.dhmc.org/webpage.cfm

Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona, Febrer 2006.

Cfr. Patients' Rights and Citizens' Empowerment through Visions to Reality. (Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. Copenhagen, Denmark 22-23 April 1999).

Clarke SP, Aiken LH. More nursing, fewer deaths. *Qual Saf Health Care*. Feb 2006;15(1):2-3
Disponible a: <http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/15/1/2>

Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Needlestick injuries to nurses, in context. *Leonard Davis Institute of Health Economics*. September 2002; 8(1).

Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, Comissió de Salut (nov. 2004 / feb. 2005). Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari.

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. *Quaderns de la Bona Praxi*, Núm. 17, COMB, Setembre 2004.

Comisión Europea. Libro Verde, de 8 de diciembre de 2005, Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. [COM (2005) 637 final – no publicado en el Diario Oficial].

Comissió per al Desenvolupament Operatiu del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries de Catalunya (CDOLBPS). Desenvolupament professional continu individual (DPC individual). Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut, 2005.

Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Española. *Libro Blanco Título de Grado en Medicina*. 2005.

Consejo General de Enfermería de España. Gabinete de Estudios. *Aportación de la enfermería a la sanidad europea. Análisis comparativo en España*. Abril, 2005.

Consell Català d'Especialitats de Ciències de la Salut (CCECS). *Comissió de Pediatria. Formació MIR en Pediatria*. 2006.

Consell d'Europa. Comitè de Ministres. *Resolució ResAP (2003)3 Aprovada pel Comitè de Ministres el 12 de novembre de 2003 durant la reunió número 860 dels representants dels ministres. Sobre Alimentació i Atenció Nutricional en Hospitals*. 2003.

Consell de la Professiò Mèdica. *La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions*. Barcelona, 2007.

- Cortés J, Llodra JC. Salud pública bucodental. Dins: Sespas (editor). Informe Sespas 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública. 2002: 277-299.
- Cortés Rubio JA et al. Clima laboral en atención primaria. ¿Qué hay que mejorar?. Atención Primaria 2003; 32:288-95.
- Cross RM. Exploring attitudes: the case for Q methodology. Health Educ Res. 2005; 20(2):206-13.
- Cuenca E, Gómez A, Casals E, Subirà C. L'Odontologia a Catalunya 2002. Barcelona: Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, 2002 Disponible a: www.coec.net
- Cumming J, et al. Evaluation of the implementation and intermediate outcomes of the primary health care strategy. Victoria: University of Wellington, Health Services Research Centre. 2005.
- Cuxart N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. La propuesta desde Barcelona. Dins: Jornada "La prescripción farmacológica enfermera: análisis de la situación y futuro". Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Donostia, juny 2006. Disponible a: www.coib.org
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Reforma de la responsabilidad médica, Adoptada per l'Assemblea General de la AMM, Santiago 2005.
- Decret 31/2007, de 30 de gener, pel qual es regulen les condicions per a l'exercici de determinades teràpies naturals
- Definición de la Matrona. Adoptada per la Reunió del Consell de la Confederació Internacional de Llevadores, 19 de juliol de 2005, Brisbane, Australia.
- Diario Médico 19 d'abril de 2007. Ante el déficit, buena gestión de los recursos humanos. Disponible a: www.diariomedico.com/balancemadrid/profesion.html
- Dietitians of Canada. The role of the registered dietitian in primary health care. A national perspective. 2001. En línia: http://www.dietitians.ca/news/downloads/role_of_RD_in_PHC.pdf [Consultat 01/01/2007].
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- Directiva 85/432/CEE del Consejo, de 16 de septiembre de 1985, relativa a la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas. Disponible a: <http://eur-lex.europa.eu/>
- Dubois CA et al. Reshaping the regulation of the workforce in European health care systems. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 10:173-192.
- Dubois CA, McKee M, Nolte E. Analysing trends, opportunity and challenges. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 2:15-40.
- Duckett SJ. Interventions to facilitate health workforce restructure. Australia and New Zealand Health Policy 2005, 2:14. Melbourne, Australia. June 2005.
- Duncan K i Maceiras L. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud Pública Educ Salud 2001; 1(1):19-22.
- El Observatorio de Salud Mental. Análisis de los Recursos de Salud Mental en España (datos actualizados Diciembre 2003) Disponible a: <http://www.asoc-aen.es/web/docs/RevAEN93.pdf>
- El Reial decret 433/98, de 15 d'abril, aprova el títol universitari oficial de diplomant en nutrició humana i dietètica.
- Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002; 287: 226-235.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. Soc Sci Med 2005;61:1516-28.
- Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med 2007;356(4):387-96.

Equip Prograss, Els Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, Situació , perfil i expectatives Ed. Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya Edit Hacer Barcelona 1997. pg 112.

Ettelt S et al. Health Care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2006.

Europa press. El 33 por ciento de los enfermeros españoles ha sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses. [notícia en línia] Pamplona, 17 de maig de 2007 Disponible a: <http://www.europapress.es/noticia.aspx?cod=20070517140243&ch=94>

European Federation of the Associations of Dietitians, EFAD. What is a dietitian? Disponible a: http://www.efad.org/what_is_a_dietitian.htm [Consulta 01/10/2006]. 2005.

Faresjo T. Interprofessional education - to break boundaries and build bridges. Rural and Remote Health 6 (online), 2006: 602. Disponible a: <http://www.rrh.org.au>

Ferrús L (Dir.) Recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Barcelona 2007. Disponible en línia a: www.coib.org

Freedman DB. Involvement of patients in Clinical Governance. Clin Chem Lab Med. 2006; 44(6):699-703.

Fye WB. Cardiology's workforce shortage: Implications for patient care and research. Circulation 2004 Feb 24;109(7):813-6.

Gadacz TR. A changing culture in interpersonal communication skills. Am Surg. 2003; 69(6):453-8.

Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació, Formació Professional <http://www.gencat.net/educacio/estudis/frame5.htm>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Comissió per al desenvolupament operatiu del Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. El Registre dels professionals sanitaris de Catalunya [Document de Treball] 2005. Disponible a <http://www.gencat.net/salut/ies>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Comissió per al desenvolupament operatiu del Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Desenvolupament professional continuat (DPC) individual [Document de Treball] 2005. Disponible a <http://www.gencat.net/salut/ies>

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut d'Estudis de la Salut, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la salut. Estat i evolució de la conceptualització i configuració ocupacional del sector de la salut. Barcelona, 2005.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut d'Estudis de la Salut (IES). Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS). Comissió d'Infermeria i especialitats específiques. Competències d'Infermera. Barcelona, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. 2a edició revisada. Barcelona: Departament de Salut, 2005.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, 2003.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut, 2007.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. 2003.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.

Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006;20(supl 1):127-34.

Ginsburg S, Regehr G, Lingard L. Basing the evaluation of professionalism on observable behaviors: a cautionary tale. Acad Med 2004;79:Suppl:S1-S4.

Gonzales S et al. Media Literacy and Public Health. *American Behavioral Scientist*; 48;2:189-201.

González López-Valcárcel B (Dir grupo de investigación en Economía de la Salud) Necesidad y disponibilidad de cardiólogos en España. Situación actual, prospectiva y recomendaciones de políticas de recursos humanos. Informe de investigación para la Sociedad Española de Cardiología. Universidad de Las Palmas de G.C. Marzo 2005.

González López-Valcárcel B i Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Marzo, 2007.

González López-Valcárcel B i Barber Pérez P. Planificación y formación de médicos en España. Una perspectiva europea. Dins: Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona, Masson 2006; (1):1-19.

González López-Valcárcel B. El cambio tecnológico en sanidad. Determinantes, efectos y políticas. En: González López-Valcárcel B, ed. Gestión de innovación y difusión de tecnología en sanidad. Barcelona: Masson, 2005.

González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España, Un análisis de desequilibrios, *Gaceta Sanitaria*, 2000; 14 (3): 237-246.

Grup internacional d'experts, participants en la VI Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut. Carta de Bangkok per a la promoció de la salut en un món globalitzat. Bangkok, Tailàndia, 2005. Disponible a:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYSS) Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005;1:27-46.

Guy-Grand B. Alimentation en milieu hospitalier. Rapport de mission a Monsieur le Ministre Chargé de la Santé. 1997.

Hampl JS, Anderson JV, Mullis R; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: the role of dietetics professionals in health promotion and disease prevention. *J Am Diet Assoc*. Nov;102(11):1680-7. 2002.

Harris R, ed. Concerted action on genetic services in Europe: A comparative study of 31 countries by the concerted action on genetic services in Europe. *Eur J Hum Genet* 1997;5 (suppl 2):1-220.

Harvard School of Public Health and Common Good to Develop New Medical Injury Compensation System. HSPS, Nota de premsa, 10 gener 2005.

Harvard School of Public Health i Fundació Biblioteca Josep Laporte. Confianza en el Sistema Nacional de Salud, 2005/2006. Abril 2006.

Health Care at the crossroads: Strategies for Improving the Medical Liability System and Preventing Patient Injury. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), 2005.

Henderson N.C. et al. The influence of a nurse practitioner on out of hours work intensity for surgical house officers. *Scottish Medical Journal*, 1999; 4: 2-3.

Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona, Masson 2006.

Huguet M, Belenes R. Els hospitals públics catalans: un balanç crític després de vint anys d'autonomia. Dins: Navarro V (coord) *L'Estat del benestar a Catalunya*. Barcelona, Juliol 2003, 179-202

Improving Perinatal Mental Health. Dins: *Nursing Standard*, 19(3) 29 Sept. 2004, pg. 40-43.

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978 Disponible a http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

Investigación priorizada en evaluación de tecnologías sanitarias: Inventario de Laboratorios de Análisis Genético Molecular en España. Subvencionat pel FIS. Disponible a www.aegh.org

Isles CG et al. Risk assessment in primary prevention of coronary heart disease: randomised comparison of three scoring methods. *British Medical Journal*, 2000; 320:690-91.

Journalists accused of wrecking doctors' lives. *BMJ* 2005; 330: 485.

Jovell AJ i Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Fundación Alternativas, Documento de trabajo 98/2006.

Jovell AJ. El Futuro de la Profesión Médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Fundación Salud Innovación y Sociedad. Abril, 2001.

Juvé ME, Huguet M, Carbonell MD, Matut C, Farrero S. Instrument COM-VA. Projecte de definició i avaluació de les competències assistencials de la infermera en l'àmbit hospitalari. Institut Català de la Salut.

Kachur EK i Krajic K. Structures and trends in health profession education in Europe. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, UK 2006; 4:79-96.

Kinnersley P, Andersen E, Parry K et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioners care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *British Medical Journal*, 2000; 320(7241): 1043-1048.

Knedle-Murray ME, Oakley D, Wheeler JRC, Peterson B. Production process substitution in maternity care: issues of cost, quality, and outcomes by nurse-midwives and physician providers. *Medical Care Review* 1993; 50: 81-112

Koska M. Quality—thy name is nursing care, CEOs say. *Hospitals*, 1989; Feb 5;63(3):32.

Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac. Sanit.* 2006;20 (Supl 1):63-70.

Leach DC. Competence is a habit. *JAMA* 2002;287:243-4.

Lee DS et al. Regional outcomes of heart failure in Canada. *Can J Cardiol* 2004 May 1;20(6):599-607.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 del 15 de noviembre del 2002.

Liability premium shock is spreading, an AMNews exclusive survey shows. *AM News Staff*, 31 Enero 2005.

Lindström Karlson A. Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Fundación Salud Innovación y Sociedad. Barcelona 2006.

Llei 10/1986, de 17 de març de 1986

Llei 39/2006, de 14 de desembre de 2006, de promoció de la autonomia personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

Llei General d'educació i finançament de la reforma educativa 14/1970, de 4 d'agost.

London School of Economics. The depression report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group June 2006.

Madera FA et al. Angioplasty by vascular surgeons. *The American Journal of Surgery* 1997 Aug;174(2):152-6.

Mahler H. ¿Por qué el liderazgo en Salud para Todos? A: Conferencia Inaugural del Encuentro Internacional Liderazgo de enfermería en Salud para Todos. Tokio, abril 1986.

Mahler H. Las enfermeras marcan el camino. Ginebra: WHO Features, 1985.

Manzanera R, de la Puente L. La Salut pública a Catalunya: algunes idees per a un futur immediat. Dins: Navarro V (coord) L'Estat del benestar a Catalunya. Barcelona, Juliol 2003, 203-213

Mariner, Wendy K. Standards of care and standard form contracts: distinguishing patient rights and consumer rights in managed care. *J Contemp Law Policy*. 1998; 15:1-55.

Markham B, Birch S. Back to the future: A framework for estimating health-care human resource requirements. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1997;10:7-23.

Marsteller JA i Shortell SM. Equipos de trabajo y eficacia de equipo en la asistencia sanitaria. Dins: Hidalgo A, del Llano J i Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona, Masson 2006; (8):141-161.

Martín Zurro A. Anàlisi de la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya. Dins: Navarro V (coord) L'Estat del benestar a Catalunya. Barcelona, Juliol 2003, 155-178

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona, 2003.

Martín Zurro A. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. *Jano: Medicina y humanidades*. Octubre 2006;1626:66-71.

Martínez Carretero JM. Strategies for managing and planning health workforce. *International Symposium on Past and Future Trends of Health Workforce*. Barcelona, 21-23 abril 2005.

Martín-García M, Ponte-Mittelbrun i Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit*. 2006;20(supl 1):192-202.

Maternal and Child Health Priorities. Association and Child Health Programs. www.amchp.org

McCombs M. Agenda-setting de los medios de comunicación. México: Universidad Iberoamericana / Universidad de Occidente; 2003.

McKee M et al. Changing professional boundaries. Dins: Dubois CA et al. Human resources for health in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press, UK 2006; 4:63-78.

McNair R, Brown R, Stone N, Sims J. Rural interprofessional education: promoting teamwork in primary health care education and practice. *Australian Journal of Rural Health* 2001; 9(supl 1): S19-S26.

McQuade JS. The medical malpractice crisis- reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *J R Soc Med* 1991; 84: 408-11.

Ministry of Health. Evolving models of primary health care nursing practice. Wellington, 2005.

Minué S. La atención primaria de salud española a los 20 años de la reforma. Horizontes para los próximos años, estrategias, riesgos y ventajas de la definitiva descentralización. XVI Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Altea, Alicante; 2004, maig 13 i 14.

Momentum for Special Health Courts is Building. COMMON GOOD, Restoring common sense to America. Disponible a: <http://cgood.org/healthcare.html> act. 2007.

Navarro V, Antó JM, Guix J, de Peray JL, Plasència A, Pané O, Sánchez E, Segura A. Observació de la situació de les professions sanitàries. Necessitats de professionals en Salut Pública. [Informe preliminar per al Consell assessor de l'Hble. Consellera de Salut]. Institut d'Estudis de la Salut, Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Juny 2006.

Needleman J, Buerhaus P et al. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J of Med*, 30 maig 2002; 346(22):1715-22.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S. Nurse staffing levels and patient outcomes in hospital. [Final report for Health Resources and Services Administration] Harvard School of Public Health, editor. Boston, MA. 2001.

NHS Expert patient programme (www.expertpatients.nhs.uk)

NHS Quality Improvement Scotland (2006): SIGN Patient Network (participation in guideline development) Disponible a www.sign.ac.uk/pdf/pnlfebruary2006.pdf

Nutbeam et al., WHO Collaborating Centre for Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, Australia. Health Promotion Glossary WHO, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP); Ginebra, 1998.

Oakeshott P et al. Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? Family Practice 2003; 20(4):469-73.

OMS. 10^a Asamblea Mundial de la Salud 1974; 29^a Asamblea Mundial de la Salud 1976, resolución WHA29.72; 35 Asamblea Mundial de la Salud 1982, resolución WHA35.25. 1982.

OMS. Colaborem por la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. OMS, 2006.

OMS. The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. OMS 2001

Oriol Bosch A, de Oleza R. Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Secretaria General del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 2003 Disponible a: www.fdps.org

Orne R.M. et al. Caught in the cross fire of change: nurses' experience with unlicensed assistive personnel. Applied Nursing Research, 1998, 11: 101-10.

Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO; Ginebra, 1986.

Ottawa Health Research Institute. Patient Decision Aids, «Friendly Coaching for Tough Decisions» <http://decisionaid.ohri.ca/index.html>

Paredes R. Ética y Medicina Defensiva. Seminario El ejercicio actual de la medicina. México: Facultad de Medicina UNAM, 2003.

Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gac. Sanit. 2006;20(1):110-6.

Pera I. El triatge en el servei d'urgència. Infermeria Barcelona, núm 26. gener-març 2001. Disponible a:

<http://www.coib.org/Detail.aspx?tipus=article&idDetail=357&idPagina=40&idMenu=82>

Pérez-Porro A (Coord.) Llibre blanc sobre el futur de la professió odontològica a Catalunya: escenaris d'evolució. Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, 2006. Disponible a: www.coec.net

Pinilla J. La economía de los servicios de atención bucodental en España. Cuadernos económicos de ICE. 2004; 67:135-160

Pla Director Sociosanitari. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2006

Presente y futuro socioeconómico del sector dental en Cataluña (años 1996-2005). Barcelona: Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, 1997.

Pringle M, Irvine S. Practice structures. Dins: Jones R, Britten N, Culpepper L et al. (eds) Oxford Textbook of Primary Medical Care. Volume 1. Oxford: Oxford University Press, 2004.

Puig-Junoy J. La sanitat a Catalunya avui: Entre l'incrementalisme i la prioritització. Dins: Jové JM (ed.) Catalunya, societat massa limitada. Cap. 15. Barcelona 2003.

Pujol R i Oriol A. ¿Especialización o áreas de capacitación? Med Clin (Barc). 2004;123:55-6.

Rafferty AM, Ball J, Aiken LH. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? Quality in Health Care 2001;10(suppl II):ii32-ii37.

Ramos-Arroyo MA, Benitez J I Estivill J. Genetic Services in Spain. Eur J Hum Genet 1997;5 (suppl 2): 163-168.

Reial decret 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials.

Reial decret 2128/77, de 23 de juliol, sobre la integració en la Universitat de les Escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris com Escoles Universitàries d'Infermeria.

Reial decret 2490/1998, de 20 de novembre.

Reial decret 2965/1980, de 12 de desembre, pel qual es regulen els estudis universitaris específics del Diplomant en Fisioteràpia, BOE de 19 de gener de 1981.

Reial decret, de 4 de desembre de 1953 (BOE 29 de desembre).

Resolution Violence and Health. WHA 49.25. World Health Organization, 1996 Disponible a: www.who.int

Revuelta G, Roberts R, De Semir V. Impacto de los medios de comunicación en la percepción pública de la ciencia y la tecnología en España. [Documento de trabajo]. Fundación Española para la Ciencia y la tecnología; 2004.

Revuelta G. Comunicació. Dins: Antó JM et al. La reforma de salut pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública; 2005; 127-41. Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>

Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):203-8.

Riera RM, Martí N, Muñoz MD, Ricomà R La infermera del 2020. Recursos i perfil professional. [Informe per al Consell Assessor de l'Hble. Consellera de Salut]. Barcelona, juliol 2006.

Rodríguez JA, Bosch JL. Infermeres avui. Com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic 2004. Equip d'investigació de Professions i Organitzacions de la Universitat de Barcelona / Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. 2005. Disponible a: www.coib.org

Rozman C. Reflexiones sobre la Medicina Interna. Discurs pronunciat durant l'acte d'investidura de Doctor "Honoris causa" de Ciril Rozman per la Universidad de Salamanca. Novembre 2004. Disponible a www.usal.es/gabinete/protocolo/Ciril_Rozman_ceremonia.htm

Rubí Martínez C. Introducción al Trabajo Social Barcelona 1989; 58

Rueda JR i Briones E. Genetic testing services for hereditary diseases in Spain: Results from a survey. Informe EUR20516EN editat per European Comission's Joint Research Centre (JRC), Institute for prospective technological studies (IPTS), 2002.

Ruiz-Giménez Aguilar JL. Escuelas comunitarias de promoción de la salud. Rev Comunidad. 2004;7:45-56.

Salmond, S.W. Models of care using unlicensed assistive personnel. Part II: Perceived effectiveness. Orthopaedic Nursing, 1995; 14: 47-58.

Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. UK, 2006.

Sampietro-Colom L (Dir.) Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. 2004.

Segura A. Participació ciutadana en l'estratègia de desenvolupament de la salut pública, a Catalunya, 2010. Dins: Antó JM et al. La reforma de salut pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública; 2005; 113-26. Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lilibreprovi.pdf>

Sheldon D i Horowitz DH. Board certification and physician quality. Medical education. 2004; 38:10-1.

Shepperd S. i Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001; 3: CD000356.

Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. British Medical Journal, 2000; 320: 1038-1043.

Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research and Policy 9 (suppl 1): 28-38. Manchester, UK, January 2004.

- Simoens S i Hurst J. The supply of Physician Services in OECD Countries. OECD, 2006.
- Smith WG. The malpractice crisis and the insurance carrier. J Miss State Med Assoc 1975; 16(2): 47-9.
- Sola-Morales O. Preferencias y tecnología: la perspectiva de los profesionales. Economía y Salud. 2005;55:6-7.
- Suárez C. (Coord.) Prevención de la progresión de la enfermedad cardiovascular. Importancia del cumplimiento terapéutico. 2007.
- Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995; 310: 27-29.
- Temmink D, Francke AL, Hutten JB, Van der Zee J, Huijjer Abu-Saad H. Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. Journal of Advanced Nursing, 2000; 31(6): 1449–1458.
- Terés J, Capdevila JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M i Comissió de Medicina i especialitats relacionades del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. Med. Clin (Barc). 2006;127(4):139-44.
- The OECD Health Project. Health Technology and Decision Making OECD Nov 2005 Disponible per a lectura on line: <http://www.oecdbookshop.org>
- The Yakarta Declarations on Leading Health Promotion into the 21st Century. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4; Ginebra 1997.
- Tizón JL. De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. Jano, Humanidades médicas 2006; 0(1618): 58-60.
- Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. Qual. Saf. Health Care, Feb 2006;15:4-8.
- Townsend J, Wolke D, Hayes J, Davé S, Rogers C, Bloomfield L, et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. Health Technology Assessment 2004; 8(14): 1–112.
- Tu K, et al. An overview of the types of physicians treating acute cardiac conditions in Canada. Can J Cardiol 2004 Mar 1;20(3):289-91.
- Universitat dels pacients (www.webpacients.org)
- Vrijhoef HJ et al. Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. Patient Education and Counselling 2000; 41:243-50.
- Vrijhoef HJM. Is It Justifiable to Treat Chronic Patients by Nurse Specialists? Evaluation of Effects on Quality of Care. Maastricht, 2002: Universitaire Pers Maastricht.
- Wagner E.H. et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. Diabetes Care 2001; 24(4): 695–700.
- Wagner E.H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs (Millwood) 2001; 20: 64–78.
- WHO Europe (2005): Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? www.who.dk/Document/E87791.pdf
- WHO. Learning together to work together for better health. Report of a WHO study Group on Multiprofessional Education of Health personnel: the team approach. Technical Report Series no. 769. Geneva: world Health Organisation, 1988.
- WHO. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra, World Health Organization.

Wright FC, Ryan DP, Dodge JE, Last LD, Law CH, Smith AJ. Identifying educationally influential specialists: issues arising from the use of "classical" criteria. *J Contin Educ Health Prof.* 2004; 24:213-26.

- Annex 1. Relació dels membres del Grup d'Estudi per a l'Observació de les Professions Sanitàries (GEOPS)
- Annex 2. Relació dels presidents i secretaris de les comissions del Consell Català d'Especialitats de Ciències de la Salut (CCECS)
- Annex 3. Altres institucions i persones que han participat
- Annex 4. Qüestionari temàtic d'Atenció Primària
- Annex 5. Qüestionari temàtic d'Atenció Hospitalària
- Annex 6. Qüestionari temàtic de Salut Pública

ANNEX 1

Membres del Grup d'Estudi per a l'Observació de les Professions Sanitàries (GEOPS), del Consell Català d'Especialitats de Ciències de la Salut (CCECS)

Membres del GEOPS	Comissió d'especialitats del CCECS
Albiol i Ribas, Jesús M	Cirurgia i especialitats relacionades
Bohigas i Santasusagna, Lluís	Salut Pública i especialitats relacionades
Bosch i Banyeres, Josep M.	Pediatría i especialitats relacionades
Cuxart i Ainaud, Núria	Infermeria i les seves especialitats específiques
Domínguez i García, Àngela	Salut Pública i especialitats relacionades
Gascon Lecha, Pilar	Farmàcia i les seves especialitats
Gavagnach i Bellsolà, Montserrat	Medicina i especialitats relacionades
Gómez Moreno, Carme	Infermeria i les seves especialitats específiques
Mas i Lombarte, Pilar	Farmàcia i les seves especialitats
Mata i Duaso, Josep M.	Iconografia Diagnòstica i Radioteràpia Clínica
Petitbò i Rafart, M. Dolors	Salut Mental i especialitats relacionades
Rams i Pla, Neus	Farmàcia i les seves especialitats
Rivera i Fillat, Francesca	Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics
Subirà i Pifarré, Carles	Salut Bucodental
Terés i Quiles, Josep	Medicina i especialitats relacionades
Tizón Gracia, Jorge L.	Salut Mental i especialitats relacionades

ANNEX 2

Presidents i secretaris de les comissions del CCECS

Comissió d'especialitats del CCECS	Càrrec	Nom
Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics	President	Josep A. Bombí i Latorre
Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics	Secretària	Francesca Rivera Fillat
Cirurgia i especialitats relacionades	President	Manuel Trias i Folch
Cirurgia i especialitats relacionades	Secretari	Jesus M. Albiol i Ribas
Farmàcia i les seves especialitats	President	Josep Botella i Riera
Farmàcia i les seves especialitats	Secretari	Xavier Prat i Borrell
Iconografia Diagnòstica i Radioteràpia Clínica	President	Lluís Donoso Bach
Iconografia Diagnòstica i Radioteràpia Clínica	Secretària	Francesca Pons i Pons
Infermeria i les seves especialitats específiques	Presidenta	Carmen Caja López
Infermeria i les seves especialitats específiques	Secretària	Eulàlia Juvé i Udina
Medicina i especialitats relacionades	President	Miquel Torres i Salinas
Medicina i especialitats relacionades	Secretari	Ferran Nonell i Gregori
Pediatria i especialitats relacionades	President	Carlos Rodrigo i Gonzalo de Liria
Pediatria i especialitats relacionades	Secretari	Santiago Rosales i Vidal-Quadras
Salut Bucodental	President	Josep M. Ustrell i Torrent
Salut Bucodental	Secretari	Xavier Costa i Codina
Salut Mental i especialitats relacionades	President	Josep Ramos i Montes
Salut Mental i especialitats relacionades	Secretària	M. Dolors Petitbò i Rafart
Salut Pública i especialitats relacionades	Presidenta	Susanna Sans i Menéndez
Salut Pública i especialitats relacionades	Secretari	Fernando García i Benavides

ANNEX 3

Altres institucions i persones que han participat

Col·laboracions institucionals

Barcelona Activa S.A. Porta 22, espai de noves ocupacions.

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears (ACMCB)

Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris

Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas

Asociación Española de Técnicos en Radiología A.E.T.R.

Associació de Professionals de Teràpia Ocupacional de Catalunya

Centre de Recerca en Economia i Salut -UPF

Col·legi de Biòlegs de Catalunya

Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Col·legi de Logopedes de Catalunya

Col·legi Nacional d'Òptics-Optometristes a Catalunya

Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

Col·legi Oficial de Podòlegs de Catalunya

Col·legi Oficial de Protètics Dentals de Catalunya

Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Col·legi Oficial de Químics de Catalunya

Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya

Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya

Consell de Col·legis de Farmacèutics

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

Consell de Col·legis Veterinaris de Catalunya

Consorti Hospitalari de Catalunya

Coordinadora d'usuaris de la sanitat

Dept. d'Educació i Universitats, Secretaria d'Educació

Dept. d'Educació i Universitats, Secretaria d'Universitats i Recerca

Dept. de Benestar i Família, Secretaria General

Dept. de Treball i Indústria, Secretaria General

Fòrum català dels pacients

Forum español de pacientes

Institut Català de la Salut

Unió Catalana d'Hospitals

Relació de persones que han intervingut en l'estudi

Albert J. Jovell Fernández, Andreu Segura i Benedicto, Àngel Guerrero i López, Anna Civit i Canals, Anna M. Miró i Sabaté, Anna Morales, Boi Ruiz García, Carles de la Fuente Pardo, Ciriaco Hidalgo Salgado, Cristina Martínez Bueno, Daniel Jiménez i Hernández, Eudald Ballesta Carbonell, Francesc Colomé i Montserrat, Francesc Escarmís i Costa, Francisco Miranda Casanovas, Gema Romero, Jaume Almenara Aloy, Jerónimo Romero-Nieva Lozano, Joan Duran Pou, Joan Farré i Calpe, Joana Gabriele Muñiz, Joaquim Grau Inglada, Joaquim Prats i Cuevas, José Costa López, Josefina Vendrell i Justribó, Josep Antoni Bombí Latorre, Josep Arnau i Figueras, Josep Lluís Navarro i Majó, Josep M. Fonollosa i Pla, Josep Monterde i Junyent, Júlia Esteve i Reig, Lluís Monset i Castells, Lluïsa Balañà i Roldán, Lydia Padró Pitarch, M. Carmen Sabater i Sánchez, M. Dolors Navarro Rubio, M^a Pilar Puig i Giner, Manel Ferran Mercadé, Marc Soler i Fàbregas, Margarida Gual i Perelló, Margarida Salvadó i Costa, Mariona Creus i Virgili, Marta Soto García, Mercè Canet Ponsa, Meritxell Rigola, Miguel Bruguera i Cortada, Mònica Almiñana i Riquè, Pilar Cervera i Ral, Rafael Lletget Aguilar, Raimon Belenes Juárez, Susanna García i Mani, Vicente Masiá Gómez, Vicente Ortún Rubio, Virgínia Novell i Martí, Xavier Clèries i Costa, Xavier Gibert

Suport logístic i administratiu

M. Dolors Martín Jiménez, Sònia Obach i Medrano, Jordi Ros i Puerta, M. José Tomé i Barrera

ANNEX 4

Qüestionari temàtic d'Atenció Primària

I- Nous escenaris, nous reptes per a l'atenció primària

1. Quins dels factors que transformen la societat i els sistemes de salut consideres que més condicionen:
 - 1a. les noves demandes d'atenció primària?
 - 1b. les professions i les ocupacions en l'atenció primària? Ens referim tant a factors que puguin condicionar la dotació necessària com als que condicionin els tipus de perfils necessaris. És a dir, factors que condicionin el "què" s'ha de fer (o s'hauria de fer) i també el "qui" i el "quants" haurien de fer-ho.

A la taula següent proposem una sèrie de factors de transformació a la primera columna. Indica a les dues columnes següents ("1a" i "1b") el teu grau d'acord o desacord amb cada un dels factors que proposem com a condicionants de les noves demandes d'atenció primària (a la columna 1a) i/o com a condicionants de les professions i les ocupacions en l'atenció primària (columna 1b). **Puntua del 0 al 10** el teu grau d'acord a cada casella corresponent (**0= total desacord, 10= total acord**).

Factors de transformació	1a	1b
envelliment de la població		
increment de la població		
globalització		
increment de la mobilitat i del transit		
fluxos migratoris		
avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics		
potencialitat de noves tecnologies científicomèdiques		
potencialitat de les TIC		
societat de la informació		
nous estils de vida com sedentarisme o estrès		
transformació de valors		
impacte econòmic en la sostenibilitat dels sistemes de salut		

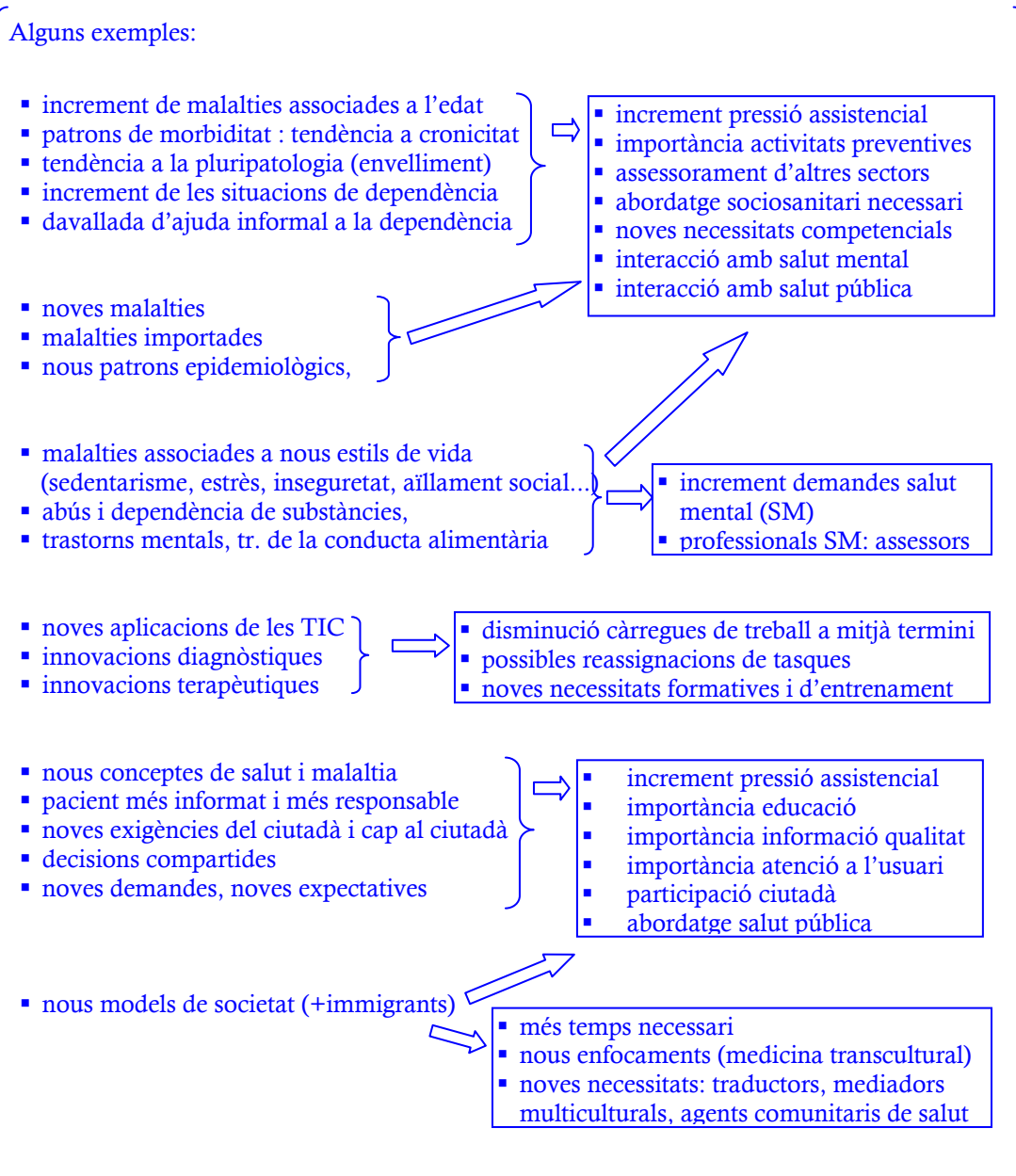
NOTA: Segur que trobes d'altres factors que també condicionen les demandes d'atenció primària o les professions i les ocupacions que han de satisfer-les. Afegeix-los a les fileres buides. També pots afegir fileres.

2. Els condicionants que has indicat abans estan generant escenaris nous, amb noves demandes d'atenció primària de salut i, probablement, amb noves necessitats dels professionals i ocupacions que les puguin satisfer.

2a. Quins escenaris creus que es poden preveure?

2b. Amb quines implicacions ocupacionals en l'àmbit d'atenció primària?

A continuació suggerim de manera esquemàtica una sèrie d'exemples de respostes. Es tracta només d'idees que aportem per facilitar la reflexió, mai per limitar-la.



3. Quins papers creus que ha d'assumir l'atenció primària?

A les taules següents proposem alguns exemples, però pots afegir d'altres papers que consideris que ha d'assumir l'atenció primària. Indica a les dues columnes de la dreta:

3a. el teu grau d'acord o desacord amb cada un d'ells.

Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)

3b. el grau de rellevància que, en la teva opinió, ha de tenir cada un d'ells.

Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

Paper de l'atenció primària	3a-Grau d'acord	3b-Grau de rellevància
porta d'entrada al sistema sanitari		
atenció i solució d'un alt percentatge dels problemes de salut (podria i/o hauria de derivar menys i descarregar més l'atenció hospitalària?)		
garantia de la continuïtat assistencial		
garantia de la visió holística del pacient (dimensió biopsicosocial)		
prevenció dels problemes de salut		
promoció de la salut (informació, educació...)		
element integrador del sistema (interrelacionant promoció, prevenció, diagnòstic, intervencions, tractament, rehabilitació, reinserció social...)		
element integrat funcionalment amb la resta d'estructures i nivells		

4. Tenint en compte els condicionats que has identificat al principi (factors de transformació, nous escenaris previstos) i també els papers que ha d'assumir l'AP,

4a. Quins serveis i activitats de l'AP s'haurien d'impulsar i/o potenciar?

Puntua del 0 al 10 el grau d'impuls/potenciació que consideris adequat:

(0= no s'ha d'impulsar gens, 10= s'ha d'impulsar i potenciar al màxim)

4b. Quins son els punts forts a cada servei/activitat?

4c. Quins son els punts febles a cada servei/activitat?

4d. Quins s'haurien de modificar? Què modificaries?

Respon cada pregunta per a cada un dels serveis o activitats relacionats a la taula següent i/o per a altres que puguis considerar. Pots afegir tots els que consideris necessaris i pots deixar de respondre els que desconeguis.

Servei o activitat de l'AP	4a impulsar? (0 al 10)	4b punts forts (explica perquè)	4c punts febles (explica perquè)	4d què modificaries? (com i perquè)
atenció mèdica general ³²⁶				
atenció d'infermeria general ³²⁷				
atenció pediàtrica				
atenció ginecobstètrica				
atenció embaràs normal				
atenció bucodental				
atenció a la salut mental				
atenció a la dependència				
atenció socio sanitària				
atenció domiciliària				
atenció continuada i urgent				
rehabilitació				

³²⁶ ens referim a l'atenció diagnòstica i curativa (no preventiva ni de promoció etc) de problemes de salut diferents als especificats en altres fileres (bucodental, pediàtrica...)

³²⁷ ens referim aquí a l'atenció d'infermeria en un àmbit general, no en àmbits especificats en altres fileres (salut mental, llevadores, salut laboral...)

Servei o activitat de l'AP	4a impulsar? (0 al 10)	4b punts forts (explica perquè)	4c punts febles (explica perquè)	4d què modificaries? (com i perquè)
podologia				
activitats de prevenció				
activitats de promoció (educació, informació...) ³²⁸				
promoció salut laboral i prevenció risc laboral				

³²⁸ activitats d'educació i d'informació per incrementar no només el nivell de coneixements del ciutadà, sinó també la capacitat de millorar i controlar la seva salut i d'afrontar les diferents etapes de la vida.

II- Estructures d'organització

1. Creus que les estructures d'atenció primària existents i/o les que s'estan posant en marxa són les adequades per afrontar els reptes actuals de l'atenció primària? Creus que faciliten o dificulten l'organització del treball i la realització de tasques conjuntes? Considera tots els nivells:
 - o la distribució territorial (ABS)
 - o l'estructura organitzativa dels equips (EAP, PADES...)
 - o altres

2. Consideres que es podrien i/o s'haurien de millorar els tipus d'estructures i/o la seva organització? Com? Considera possibilitats com:
 - o canvis en les estructures existents (com la grandària dels equips, les càrregues burocràtiques, la flexibilitat organitzativa dels equips, etc)
 - o noves estructures
 - o noves relacions estructurals (ex: subdivisió de responsabilitats en l'atenció domiciliària entre els equips i els PADES, interconsultes, especialistes d'altres àmbits com a consultors i com a formadors, accés a proves diagnòstiques...)

3. Consideres que s'haurien de mantenir les estructures, però proveint-les amb més recursos? Justifica la resposta, considerant tot tipus de recursos:
 - 3a. recursos humans (especifica si augmentaries el nombre de metges, d'infermeres, de tècnics, d'auxiliars, de personal administratiu....)
 - 3b. recursos TIC de gestió (aplicacions per millorar sistemes de gestió, sistemes administratius, accés a formació, relació interserveis, relació interprofessional, digitalització de la història clínica, accés a informació...)
 - 3c. recursos TIC assistencials: telemedicina (aplicacions de les TIC en la provisió de diferents tipus de serveis com teledermatologia, telerradiografia, teleoftalmologia, seguiment postoperatori de pacients no ingressats mitjançant missatges i imatges enviades per mòbil, teleassistència a pacients crònics i a ancians, monitoratge de pacients amb hospitalització domiciliària, facilitació accés en zones rurals...)
 - 3d. altres recursos tecnològics (equipament tecnicomèdic)
 - 3e. altres millores que poden implicar recursos tecnològics i humans (ex: reassignació de tasques, accessibilitat telefònica per consultes telefòniques, coordinació amb atenció hospitalària...)

4. Penses que s'hauria de potenciar més la interacció entre estructures d'atenció primària i determinades àrees o serveis? Com? Per quins motius? Amb quines?
 - o Salut Mental?
 - o Salut Laboral?
 - o Atenció Hospitalària?
 - o Salut Pública?
 - o Atenció socio sanitària?
 - o Atenció a la dependència?
 - o Altres?

5. Creus que algunes de les activitats o serveis que proveeix l'atenció primària s'haurien d'assumir des d'altres àmbits i/o equips?
6. Creus que algunes activitats o serveis proveïts des d'altres àmbits s'haurien de realitzar o gestionar des de l'atenció primària?

III- Recursos humans. Dotació global i dotació específica

1. Creus que en sobren/falten (ara i/o en un futur) recursos humans per tal de satisfer de manera eficient i eficaç les expectatives d'atenció primària de la salut?
2. Si la resposta anterior és que en falten (o faltaran), especifica i justifica quins tipus de **professions** s'haurien de potenciar més o menys:
 - Llicenciats amb especialitats regulades
 - Llicenciats sense especialitats regulades, amb experiència i/o formació de postgrau específica
 - Llicenciats
 - Diplomats amb especialitats regulades
 - Diplomats sense especialitats regulades, amb experiència i/o formació de postgrau específica
 - Diplomats
 - Tècnics sanitaris de formació professional de grau superior
 - Tècnics sanitaris de formació professional de grau mitjà
 - Administratius
 - Altres

NOTA: Per tal d'evitar possibles diferències interpretatives, els tipus de professions que hem relacionat abans corresponen als diferents tipus de nivells formatius segons la legislació i terminologia encara vigents, però que canviarà de manera substancial amb l'Espai Europeu d'Educació Superior. Tenint en compte la imminència d'aquests canvis i la especial transformació que implicarà en algunes professions (ex infermeres), podeu considerar i especificar diferents perspectives en els casos que considereu oportuns.

3. Quines són les **ocupacions** implicades en l'actual Atenció Primària?
4. De les **ocupacions** que has indicat abans,
 - 4a. Quines són excedentàries, deficitàries o obsoletes? Per què?
 - 4b. Quines s'haurien de potenciar més o menys?
 - 4c. Hi ha ocupacions en l'àmbit d'atenció primària afectades per la feminització del sector?
 - 4d. Són suficientment atractives per cobrir les necessitats hipotètiques?

5. Et sembla adequat l'ús de les **capacitats** dels diferents treballadors de l'àmbit d'atenció primària? Creus que es podria millorar? Com? Perquè?

Exemples: qui hauria de fer el seguiment de l'embaràs sense risc, activitats de promoció de la salut, educació en salut, activitats de prevenció (vacunacions, programes preventius de salut bucodental...), atenció a crònics, atenció domiciliària, atenció a la dependència, treballadors qualificats realitzant tasques o rutines administratives (o d'altre índole) que podrien fer altre tipus de personal amb suficients coneixements i capacitats; personal que només necessitaria una formació puntual per poder portar a terme determinades tasques...

6. Consideres adequada l'actual associació professional-titulació-ocupació? Creus que és massa rígida? Hi ha tasques que les podrien fer altres tipus de professionals amb diferents titulacions?
- 6a. Quines tasques serien susceptibles d'aquests tipus de canvis?
 - 6b. Quines altres professions o titulacions podrien realitzar aquestes tasques?
 - 6c. Aquests canvis, implicarien nous requeriments? (formatius, capacitats, competències)
 - 6d. S'haurien de modificar regulacions i normatives?
 - 6e. Quin creus que seria l'impacte d'aquests canvis sobre els treballadors implicats? (pèrdues, guanys, càrrega de treball, moral, incentius necessaris...)
 - 6f. Quin creus que seria l'impacte econòmic d'aquests canvis? (a curt/mitjà termini)
7. Creus que podrien i/o haurien d'existir **noves ocupacions** en l'atenció primària d'ara o en un futur? Quines?
- 7a. Quines serien les seves funcions? Quines tasques hauria de realitzar?
 - 7b. Amb quins requeriments? (formació, experiència, titulació)
8. Creus que algunes de les ocupacions en l'àmbit d'atenció primària s'estan **transformant** o s'haurien de transformar? Quines? En quins aspectes? (formació, capacitats, habilitats, competències, autonomia, tasques, funcions)

9. Indica a la taula següent la dotació actual d'efectius i la que consideres necessària segons diferents escenaris hipotètics (dotació desitjable amb condicions actuals, o millorant l'ús de les TIC en sistemes de gestió i burocràtics o administratius, o en aplicacions de telemedicina, o canviant rols o competències, o canviant les relacions intersectorials, canviant tot...)

NOTA 1: Considera els diferents tipus d'ocupacions relacionades amb l'atenció primària actual i també les que consideris que haurien d'estar-hi.

NOTA 2: Les ocupacions que relacionem a la taula pretenen facilitar la vostra tasca, però potser ens deixem algunes. Les hauries d'afegir a les fileres buides i afegir fileres en cas necessari.

OCUPACIONS (als EAP, PADES, urgències...) ³²⁹	DOTACIÓ ACTUAL	DOTACIÓ DESITJABLE					OBSERVACIONS (canvis referits, ocupacions, terminis...)
		Sense canvis	Millores TIC administratives	Millores TIC telemedicina	canvis competències	canvis relació AP-AH	
Metge FyC d'EAP							
Odontòleg							
Pediatra							
Infermera EAP							
Auxiliar d'infermeria							
Metge PADES							
Infermera PADES							
Psiquiatra							
Psicòleg							
Infermera salut mental							
Auxiliar geriatría							
Metge rehabilitador							
Fisioterapeuta							
Podòleg							
Tocoginecòleg							
Infermera llevadora							

³²⁹ Considera tots els tipus d'equips i de serveis a l'AP. Treu, afegeix o canvia les ocupacions de la taula que consideris necessàries

IV- Recursos humans. Formació, habilitats i competències

1. Creus que és adequada la formació dels treballadors de l'atenció primària?
 - 1a. Considera tots els tipus de treballadors
 - tècnics,
 - diplomats,
 - llicenciats,
 - experts,
 - especialistes
 - altres
 - 1b. Considera els diferents nivells de formació:
 - Pregrau
 - Postgrau
 - Continuada
2. Quins aspectes proposaries millorar? Especifica en quin nivell (pregrau, postgrau, continuada) i per a quin tipus de treballador (metges, infermeres, tècnics, auxiliars, etc.)
Exemples:
 - o Capacitats per gestionar necessitats emergents (comunicació, ètica, medicina basada en l'evidència, avaluació de tecnologies, conceptes cost-benefici, cost-resultats)
 - o Sistemes per avaluar les competències
 - o Formació continuada (facilitats per als treballadors, qualitat de la formació i de la seva avaluació-acreditació, orientació estratègica a necessitats emergents com noves malalties, nous patrons epidemiològics, noves tècniques diagnòstiques i terapèutiques...)
 - o Altres...
3. Creus que la formació, tal com està concebuda, facilita o impedeix l'adaptació a canvis d'escenari i, per tant, a demandes i necessitats emergents? Si creus que la impedeix, especifica quins aspectes canviaries. Considera tots els nivells de formació i tipus de treballadors, en el marc de l'atenció primària.

(Exemples: per facilitar la mobilitat interespecialitats: troncalitat, desenvolupament d'àrees d'expertesa...)
4. Creus que la introducció de protocols, en determinades situacions, pot facilitar el canvi de rols i d'assignació de tasques? En quins casos creus que els protocols poden capacitar treballadors menys qualificats per realitzar tasques tradicionalment assignades a personal més especialitzat?
5. Creus que s'haurien d'impulsar vincles formatius intersectorials, utilitzant especialistes d'un sector de salut per formar, assessorar i donar suport a treballadors d'altres sectors? En quins casos?

V- Recursos humans. Equilibris

1. La dotació de treballadors en atenció primària, la consideres equilibrada i adequada en quant a la seva **distribució territorial**? (suficients equips? suficients rhh/equip?) Justifica la resposta.

2. En cas d'identificar desequilibris, quins factors condicionants podrien facilitar l'equilibri? Com? A la taula següent proposem alguns exemples, però segur que en trobes més. Afegeix-los a les fileres buides i afegeix fileres en cas necessari. A les dues columnes de la dreta, indica:
 - 2a. el teu grau d'acord amb cada un dels factors proposats.
Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)
 - 2b. el grau de rellevància com a incentius que, en la teva opinió, té cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

Factors condicionants (distribució territorial)	2a-Grau d'acord	2b- Grau de rellevància
Estratègies polítiques del sistema		
Salari i altres incentius econòmics		
Desenvolupament de la carrera professional		
Millora de les càrregues de treball i altres condicions de treball		
Estabilitats de contractes		
Conciliació de la vida laboral i familiar		

3. El fenomen d'**emigració professional**, és important en l'àmbit d'atenció primària? creus que ho serà en un futur? Creus que és una solució per a algunes professions excedentàries? El consideres preocupant?

4. En cas de considerar important i preocupant l'emigració professional, com creus que es podria frenar? Quins creus que són els factors condicionants d'aquesta emigració? A la taula següent proposem alguns exemples, però segur que en trobes més. Afegeix-los a les fileres buides i afegeix fileres en cas necessari. A les dues columnes de la dreta, indica:
- 4a. el teu grau d'acord amb cada un dels factors proposats.
Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)
- 4b. el grau de rellevància com a incentius que, en la teva opinió, té cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

Factors condicionants (emigració professional)	4a-Grau d'acord	4b- Grau de rellevància
Estratègies polítiques del sistema		
Salari i altres incentius econòmics		
Desenvolupament de la carrera professional		
Millora de les càrregues de treball i altres condicions de treball		
Estabilitats de contractes		
Conciliació de la vida laboral i familiar		

5. La tendència general de **feminització** de les professions sanitàries, afecta l'àmbit de l'atenció primària? Tenint en compte les implicacions de dedicació (o d'altres) que pugui comportar aquesta tendència, quines repercussions sobre les necessitats de professionals en atenció primària es poden preveure? Quines mesures proposaries introduir per conciliar vida laboral i familiar?
6. El fenomen d'**immigració professional** és important en atenció primària o creus que ho serà en un futur? Consideres que la immigració pot resultar una amenaça o una solució en determinades situacions? Quins problemes es detecten? Com els solucionaríes?
- Increment de la precarietat de contractes?
 - No equivalència de titulacions, formació, capacitats, tipus d'organitzacions...? En quins casos?
 - Llengua, cultura, valors?
 - Altres problemes?
7. En relació amb les **piràmides d'edat** dels diferents professionals de l'atenció primària,
- Hi ha algun col·lectiu afectat per l'envelliment professional?
 - Consideres adequat el recanvi generacional existent o previsible?
 - Creus que s'haurien d'implantar mesures per fer més atractives aquestes professions/ocupacions?
 - Quines mesures proposaries en aquest sentit?
8. El nou marc de l'**Espai Europeu d'Educació Superior**, com creus que pot afectar les ocupacions de l'atenció primària?

VI- Estructures de suport

1. Creus que les estructures de suport actuals són les adequades? (disponibilitat, aplicació i ús de les TIC i d'altres tecnologies)
 - Disponibilitat informàtica (equips, manteniment, xarxes, Internet, amplitud de banda...)
 - Accés a dades i/o altres tipus d'informació (història clínica digitalitzada, proves diagnòstiques, bases de dades, xarxes, plataformes...)
 - Aplicacions de les TIC en gestió, administració, relació intersectorial i interprofessional, interconsultes, formació, arxius d'imatges...
 - Teleassistència i monitoratge de malalts crònics, ancians i dependents
 - Altres aplicacions en telemedicina, com la telerradiografia, la teledermatologia, la teleoftalmologia, el seguiment postoperatori de pacients no ingressats
 - Gestió de dades i/o d'altres tipus d'informació
 - Disponibilitat, aplicació i ús d'equipament científicotècnic
 - Altres

2. Creus que es pot millorar la dotació, l'aplicació i/o l'ús de les TIC i d'altres tecnologies? Quines millores proposaries?

3. Quins serien els motius principals d'aquests canvis?

Exemples de justificacions a considerar: alleugerar les càrregues burocràtiques, facilitar l'accés del ciutadà i l'equitat, facilitar l'assessorament i les interconsultes, escurçar les distàncies i els temps entre l'atenció primària i l'hospitalària, disminuir les derivacions hospitalàries, capacitar a plantilla menys qualificada per portar a terme determinades tasques, valoracions cost-benefici, tant en termes econòmics, com d'eficiència del sistema o dels treballadors, o de la qualitat dels resultats, etc.

VII- Evidència de l'efectivitat.

1. Consideres correcte el nivell d'avaluació de l'efectivitat de les diferents activitats que es porten a terme en atenció primària?
 - Accions preventives (mesures i instruments de vigilància, diagnòstic precoç, campanyes d'immunització, campanyes informatives...)
 - Accions relatives a la promoció de la salut (informació de qualitat, foment d'hàbits i d'estils de vida saludables...)
 - Ús de tecnologies innovadores i/o tradicionals (de diagnòstic, etc.; i de la informació)
 - altres

2. Creus que les decisions que es prenen a l'atenció primària es basen suficientment en l'evidència científica de resultats? Respon en relació amb la introducció dels diferents programes i accions de prevenció i promoció de la salut, així com en relació amb l'elecció i ús de fàrmacs i de tècniques diagnòstiques i terapèutiques. Reflexiona sobre els diferents factors d'impacte que poden comportar aquestes decisions, com per exemple:
 - Seguretat (nivell de risc de danys, anàlisi risc-benefici)
 - Eficàcia i efectivitat (avaluació d'assoliment de resultats en condicions ideals i habituals o generals de la pràctica mèdica)
 - Utilitat (gra de contribució a una millora de la qualitat de vida)
 - Eficiència o impacte econòmic (estudis de costos i anàlisis cost-resultats, cost-efectivitat, cost-benefici)
 - Impacte organitzatiu (estudi i avaluació dels canvis necessaris en l'estructura, organització i necessitats quantitatives i qualitatives de personal)
 - Impacte ètic (estudi i valoració dels problemes ètics que poden sorgir)
 - Impacte social (estudi dels possibles efectes socials per tal de facilitar les previsions econòmiques i pressupostàries)

3. Creus que es podrien i/o s'haurien d'introduir noves ocupacions relacionades amb l'avaluació i assessorament per a una millor efectivitat en la presa de decisions, en l'ús de les tecnologies i en la gestió de la informació?
 - Quines
 - Funcions i tasques?
 - Requeriments (formació, competències, habilitats...)

[Exemples: experts en noves tecnologies per avaluar, per assessorar, per formar...; experts en bioètica, documentalistes; bioestadistes; bioinformàtics; economistes de la salut...]

ANNEX 5

Qüestionari temàtic d'Atenció Hospitalària

I- Nous escenaris, nous reptes per a l'atenció hospitalària

1. Quins dels factors que transformen la societat i els sistemes de salut consideres que més condicionen:
 - 1a. les noves demandes d'atenció hospitalària?
 - 1b. les professions i les ocupacions en l'atenció hospitalària? Ens referim tant a factors que puguin condicionar la dotació necessària com als que condicionin els tipus de perfils necessaris. És a dir, factors que condicionin el "què" s'ha de fer (o s'hauria de fer) i també el "qui" i el "quants" haurien de fer-ho.

A la taula següent proposem una sèrie de factors de transformació a la primera columna. Indica a les dues columnes següents ("1a" i "1b") el teu grau d'acord o desacord amb cada un dels factors que proposem com a condicionants de les noves demandes d'atenció hospitalària (a la columna 1a) i/o com a condicionants de les professions i les ocupacions en l'atenció hospitalària (columna 1b). A cada casella, **puntua del 0 al 10 el teu grau d'acord (0= total desacord, 10= total acord)** corresponent.

Factors de transformació	1a	1b
increment de la població		
envelliment de la població		
globalització		
increment de la mobilitat i del transit		
fluxos migratoris		
avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics		
potencialitat de noves tecnologies científicomèdiques		
potencialitat de les TIC		
societat de la informació		
nous estils de vida com sedentarisme o estrès		
transformació de valors		
impacte econòmic en la sostenibilitat dels sistemes de salut		

NOTA: Segur que trobes d'altres factors que també condicionen les demandes d'atenció hospitalària o les professions i les ocupacions que han de satisfer-les. Afegeix-los a les fileres buides. També pots afegir fileres.

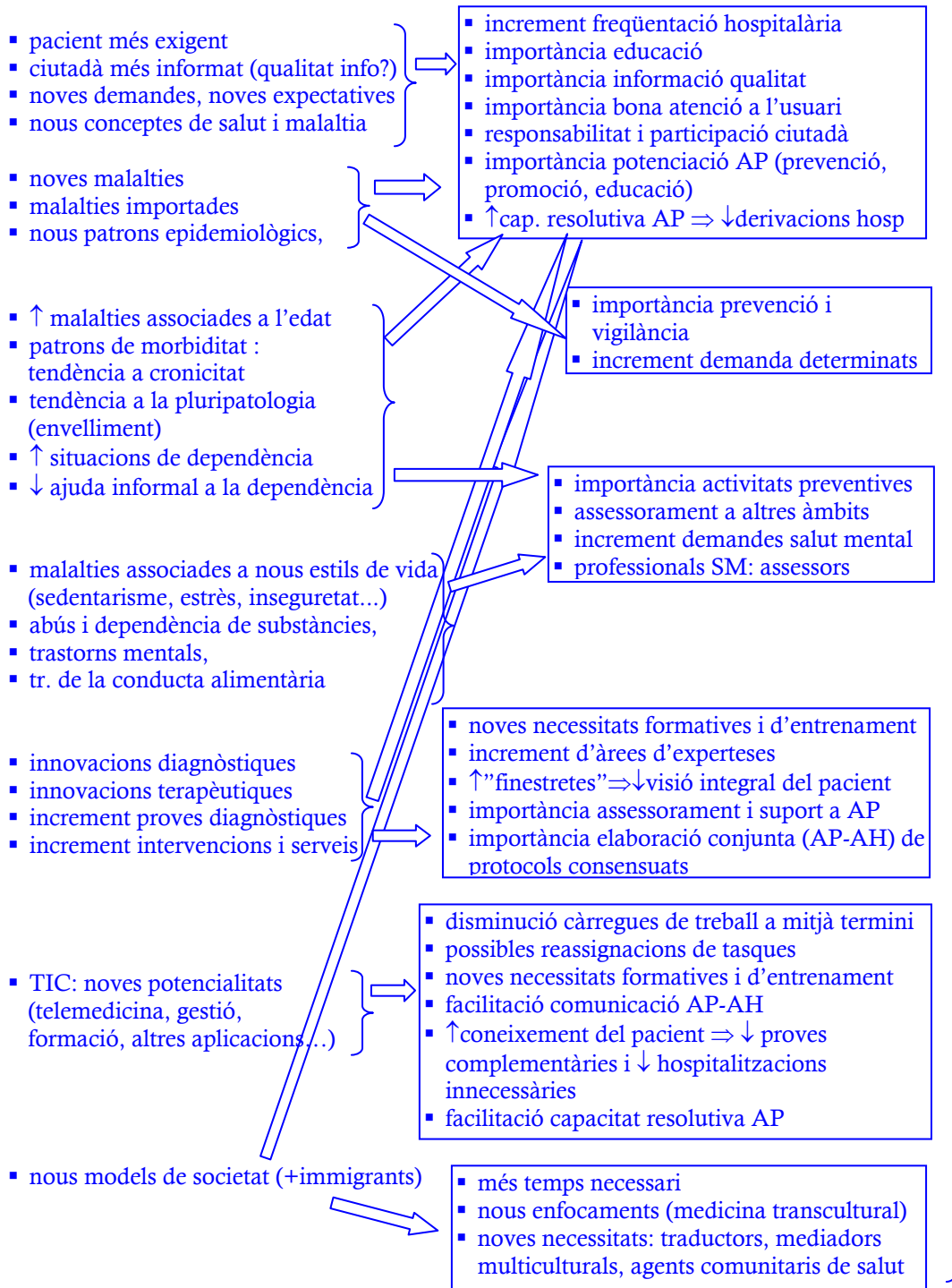
2. Els condicionants que has indicat abans estan generant escenaris nous, amb noves demandes d'atenció hospitalària i, probablement, amb noves necessitats dels professionals i ocupacions que les puguin satisfer.

2a. Quins escenaris creus que es poden preveure?

2b. Amb quines implicacions ocupacionals en l'àmbit hospitalari?

A continuació suggerim de manera esquemàtica una sèrie d'exemples de respostes. Es tracta només d'idees que aportem per facilitar la reflexió, mai per limitar-la.

Alguns exemples:



3. Quins papers creus que ha d'assumir l'atenció hospitalària en els diferents tipus d'hospitals?

A les taules següents proposem alguns exemples, però pot afegir d'altres papers que consideris que ha d'assumir l'atenció hospitalària. Indica a les dues columnes de la dreta:

3a. el teu grau d'acord o desacord amb cada un d'ells.

Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)

3b. el grau de rellevància que, en la teva opinió, ha de tenir cada un d'ells.

Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

NOTA: Si ho consideres oportú, pots concretar de manera més específica alguns dels exemples que proposem als 3 tipus d'hospitals. Per exemple, potser voleu especificar els tipus de proves diagnòstiques, intervencions quirúrgiques o tractaments terapèutics que s'han de realitzar a cada grup d'hospitals.

Paper de l'atenció hospitalària (hospital general bàsic)	3a-Grau d'acord	3b-Grau de rellevància
atenció i solució d'un alt percentatge dels problemes de salut que requereixen hospitalització sense un grau d'especialització important		
realització d'algunes proves diagnòstiques (....)		
realització d'algunes intervencions quirúrgiques (...)		
alguns tractaments terapèutics especials		
assessorament i suport a l'atenció primària		
formació sobre malalties prevalents als professionals de l'AP		
intercanvi d'informació amb la resta d'estructures i nivells		

Paper de l'atenció hospitalària (hospital de referència)	3a-Grau d'acord	3b-Grau de rellevància
atenció i solució dels problemes de salut que requereixen una hospitalització en centres que disposin de recursos tecnològics d'alt nivell o de pràctica altament especialitzada		
realització de proves diagnòstiques especials (....)		
realització d'intervencions quirúrgiques (...)		
alguns tractaments terapèutics especials		
assessorament i suport a l'atenció primària		
formació sobre malalties prevalents als professionals de l'AP		
intercanvi d'informació amb la resta d'estructures i nivells		

Paper de l'atenció hospitalària (hospital d'alta tecnologia)	3a-Grau d'acord	3b-Grau de rellevància
atenció i solució dels problemes de salut que requereixen una hospitalització en centres que disposin de "supraespecialitats" i de noves tecnologies diagnosticoterapèutiques.		
realització de proves diagnòstiques d'alta tecnologia		
realització d'intervencions quirúrgiques (...)		
alguns tractaments especials		
assessorament i suport a l'atenció primària		
formació als professionals de l'AP		
intercanvi d'informació amb la resta d'estructures i nivells		

4. Tenint en compte els condicionats que has identificat al principi (factors de transformació, nous escenaris previstos) i també els papers que ha d'assumir l'AH,
- Quins serveis i activitats de l'AH s'haurien d'impulsar i/o potenciar?
Puntua del 0 al 10 el grau d'impuls/potenciació que consideris adequat:
(0= no s'ha d'impulsar gens, 10= s'ha d'impulsar i potenciar al màxim)
 - Quins són els punts forts a cada servei/activitat?
 - Quins són els punts febles a cada servei/activitat?
 - Quins s'haurien de modificar? Què modificaries?

Respon cada pregunta per a cada un dels serveis o activitats relacionats a la taula següent i/o per a altres que puguis considerar. Pots afegir tots els que consideris necessaris i pots deixar de respondre els que desconeguis.

Servei o activitat de l'AH	4a impulsar? (0 al 10)	4b punts forts (explica perquè)	4c punts febles (explica perquè)	4d què modificaries? (com i perquè)
malalties infeccioses				
cures pal·liatives				
anestèsia quirúrgica i unitat del dolor				

Servei o activitat de l'AH	4a impulsar? (0 al 10)	4b punts forts (explica perquè)	4c punts febles (explica perquè)	4d què modificaries? (com i perquè)
cirurgia				
neurocirurgia				
oftalmologia				
urologia				
microbiologia				
epidemiologia				
pediatria				
nounats				
cirurgia pediàtrica				
medicina interna				
aparell digestiu				
hematologia				
neurologia				

Servei o activitat de l'AH	4a impulsar? (0 al 10)	4b punts forts (explica perquè)	4c punts febles (explica perquè)	4d què modificaries? (com i perquè)
oncologia				
nefrologia				
pneumologia				
reumatologia				
endocrinologia				
medicina intensiva				
semicrítics				
ginecologia				
obstetrícia				

II- Estructures d'organització

1. Creus que les estructures organitzatives d'atenció hospitalària existents són les adequades per afrontar els reptes actuals de l'atenció hospitalària? Creus que faciliten o dificulten l'organització del treball i la realització de tasques conjuntes? Considera tots els nivells:
 - la distribució territorial dels diferents tipus d'hospitals (bàsics, de referència, d'alta tecnologia)
 - l'estructura organitzativa dels equips (...)
 - altres

2. Consideres que es podrien i/o s'haurien de millorar els tipus d'estructures i/o la seva organització? Com? Considera possibilitats com:
 - canvis en les estructures existents (com la grandària dels equips, les càrregues burocràtiques, la flexibilitat organitzativa dels equips, etc.)
 - noves estructures
 - noves relacions estructurals (ex: relació i comunicació amb AP, visió integral del pacient...)

3. Consideres que s'haurien de mantenir les estructures, però proveint-les amb més recursos? Justifica la resposta, considerant tot tipus de recursos:
 - 3a. recursos humans (especifica si augmentaries el nombre de metges, d'infermeres, de tècnics, d'auxiliars, de personal administratiu....)
 - 3b. recursos TIC de gestió (aplicacions per millorar sistemes de gestió, sistemes administratius, accés a formació, relació interserveis, relació interprofessional, comunicació inter-àmbits, digitalització de la història clínica, història clínica única i informatitzada, accés a informació...)
 - 3c. recursos TIC assistencials: telemedicina (aplicacions de les TIC en la provisió de diferents tipus de serveis com teledermatologia, telerradiografia, teleoftalmologia, seguiment postoperatori de pacients no ingressats mitjançant missatges i imatges enviades per mòbil, teleassistència a pacients crònics i a ancians, monitoratge de pacients amb hospitalització domiciliària, facilitació accés en zones rurals...)
 - 3d. altres recursos tecnològics (equipament tecnicomèdic)
 - 3e. altres millores que poden implicar recursos tecnològics i humans (ex: reassignació de tasques, accessibilitat telefònica per consultes telefòniques, coordinació amb atenció hospitalària...)

4. Penses que s'hauria de potenciar més la interacció entre estructures d'atenció hospitalària i determinades àrees o serveis? Com? Per quins motius? Amb quines?
 - Atenció Primària?
 - Salut Mental?
 - Salut Laboral?
 - Salut Pública?
 - Atenció socio sanitària?
 - Atenció a la dependència?
 - Altres?

5. Creus que algunes de les activitats o serveis que proveeix l'atenció hospitalària s'haurien d'assumir des d'altres àmbits i/o equips?
6. Creus que algunes activitats o serveis proveïts des d'altres àmbits s'haurien de realitzar o gestionar des de l'atenció hospitalària?

III- Recursos humans. Dotació global i dotació específica

1. Creus que sobren/falten (ara i/o en un futur) recursos humans per tal de satisfer de manera eficient i eficaç les expectatives d'atenció hospitalària?
2. Si la resposta anterior és que en falten (o faltaran), especifica i justifica quins tipus de **professions** s'haurien de potenciar més o menys:
 - Llicenciats amb especialitats regulades
 - Llicenciats sense especialitats regulades, amb experiència i/o formació de postgrau específica
 - Llicenciats
 - Diplomats amb especialitats regulades
 - Diplomats sense especialitats regulades, amb experiència i/o formació de postgrau específica
 - Diplomats
 - Tècnics sanitaris de formació professional de grau superior
 - Tècnics sanitaris de formació professional de grau mitjà
 - Administratius
 - Altres

NOTA: Per tal d'evitar possibles diferències interpretatives, els tipus de professions que hem relacionat abans corresponen als diferents tipus de nivells formatius segons la legislació i terminologia encara vigents, però que canviarà de manera substancial amb l'Espai Europeu d'Educació Superior. Tenint en compte la imminència d'aquests canvis i la especial transformació que implicarà en algunes professions (ex infermeres), podeu considerar i especificar diferents perspectives en els casos que considereu oportuns.

3. Quines són les **ocupacions** implicades en l'actual atenció hospitalària?

4. De les **ocupacions** que has indicat abans,
 - 4.a- Quines són excedentàries, deficitàries o obsoletes? Per què?
 - 4.b- Quines s'haurien de potenciar més o menys?
 - 4.c- Hi ha ocupacions de l'àmbit hospitalari afectades per la feminització del sector?
 - 4.d- Són suficientment atractives per cobrir les necessitats hipotètiques?

5. Et sembla adequat l'**ús de les capacitats** dels diferents treballadors de l'atenció hospitalària? Creus que es podria millorar? Com? Perquè?

6. Consideres adequada l'actual associació **professional-titulació-ocupació**? Creus que és massa rígida? Hi ha tasques que les podrien fer altres tipus de professionals amb diferents titulacions?
 - 6.a- Quines tasques serien susceptibles d'aquests tipus de canvis?
 - 6.b- Quines altres professions o titulacions podrien realitzar aquestes tasques?
 - 6.c- Aquests canvis, implicarien requeriments nous? (formatius, capacitats, competències)
 - 6.d- S'haurien de modificar regulacions i normatives?
 - 6.e- Quin creus que seria l'impacte d'aquests canvis sobre els treballadors implicats? (pèrdues, guanys, càrrega de treball, moral, incentius necessaris...)
 - 6.f- Quin creus que seria l'impacte econòmic d'aquests canvis? (a curt/mitjà termini)

7. Creus que podrien i/o haurien d'haver-hi **noves ocupacions** en l'atenció hospitalària d'ara o d'un futur? Quines?
 - 7.a- Quines serien les seves funcions? Quines tasques haurien de realitzar?
 - 7.b- Amb quins requeriments? (formació, experiència, titulació)

8. Creus que algunes de les ocupacions en l'atenció hospitalària s'estan **transformant** o s'haurien de transformar? Quines? En quins aspectes? (**formació, capacitats, habilitats, competències, autonomia, tasques, funcions**)

9. Indica a la taula següent la dotació actual d'efectius i la que consideres necessària segons diferents escenaris hipotètics (dotació desitjable amb condicions actuals, o millorant l'ús de les TIC en sistemes de gestió i burocràtics o administratius, o en aplicacions de telemedicina, o canviant rols o competències, o canviant les relacions intersectorials, canviant-ho tot...)

NOTA 1: Considera els diferents tipus d'ocupacions relacionades amb l'atenció hospitalària actual i també les que consideris que haurien d'estar-hi.

NOTA 2: Les ocupacions que relacionem a la taula pretenen facilitar la vostra tasca, però segur que ens deixem moltes ocupacions que ja hi ha als hospitals. Les hauries d'afegir a les fileres buides i afegir fileres en cas necessari.

NOTA 3: Podeu copiar la taula les vegades necessàries per poder diferenciar les dotacions a cada tipus de servei i/o a cada tipus d'hospital.

OCUPACIONS (als diferents serveis...) ³³⁰	DOTACIÓ ACTUAL	DOTACIÓ DESITJABLE					OBSERVACIONS (canvis referits, ocupacions, terminis...)
		Sense canvis	Millores TIC administratives	Millores TIC telemedicina	Canvis competències	Canvis relació AP-AH	
Medicina interna i especialitats mèdiques							
Cirurgia general i especialitats quirúrgiques							
especialistes en ortopèdia i traumatologia							
especialistes en obstetrícia i ginecologia							
especialistes en pediatria							
especialistes en psiquiatria							
especialistes en medicina intensiva							
especialistes en rehabilitació							
odontòlegs							

³³⁰ Considera els diferents tipus d'hospitals i de serveis hospitalaris i treu, afegeix o canvia les ocupacions de la taula que consideris necessàries

OCUPACIONS (als diferents serveis...) ³³⁰	DOTACIÓ ACTUAL	DOTACIÓ DESITJABLE						OBSERVACIONS (canvis referits, ocupacions, terminis...)
		Sense canvis	Millores TIC administratives	Millores TIC telemedicina	Canvis competències	Canvis relació AP-AH	Amb els 4 tipus de canvis	
urgències i/o guàrdies								
farmacèutics								
biòlegs								
químics								
psicòlegs								
radiofísic								
llevadores								
infermeres								
dietistes								
fisioterapeutes								
tècnics de laboratori								
tècnics de radiologia								
tècnics en anatomia patològica								
Auxiliars d'infermeria								
titulats administratius								
auxiliars administratius								
atenció a l'usuari								
zeladors								
titulat superior amb funció gestora								

OCUPACIONS (als diferents serveis...) ³³⁰	DOTACIÓ ACTUAL	DOTACIÓ DESITJABLE						OBSERVACIONS (canvis referits, ocupacions, terminis...)
		Sense canvis	Millors TIC administratives	Millors TIC telemedicina	Canvis competències	Canvis relació AP-AH	Amb els 4 tipus de canvis	

IV- Recursos humans. Formació, habilitats i competències

1. Creus que és adequada la formació dels treballadors de l'atenció hospitalària?

1.a- Considera tots els tipus de treballadors

- tècnics,
- diplomats,
- llicenciats,
- experts,
- especialistes
- altres

1.b- Considera els diferents nivells de formació:

- Pregrau
- Postgrau
- Continuada

2. Quins aspectes proposaries millorar? Especifica en quin nivell (pregrau, postgrau, continuada) i per a quin tipus de treballador (metges, infermeres, tècnics, auxiliars, etc.)
Exemples:

- Capacitats per gestionar necessitats emergents (comunicació, ètica, medicina basada en l'evidència, avaluació de tecnologies, conceptes cost-benefici, cost-resultats)
- Sistemes per avaluar les competències
- Formació continuada (facilitats per als treballadors, qualitat de la formació i de la seva avaluació-acreditació, orientació estratègica a necessitats emergents com noves malalties, nous patrons epidemiològics, noves tècniques diagnòstiques i terapèutiques...)
- Altres...

3. Creus que la formació, tal i com està concebuda, facilita o impedeix l'adaptació a canvis d'escenari i, per tant, a demandes i necessitats emergents? Si creus que la impedeix, especifica quins aspectes canviaries. Considera tots els nivells de formació i tipus de treballadors, en el marc de l'atenció hospitalària.

Exemples: per facilitar la mobilitat interespecialitats: troncalitat, desenvolupament d'àrees d'expertesa...

4. Creus que la introducció de protocols, en determinades situacions, pot facilitar el canvi de rols i d'assignació de tasques? En quins casos creus que els protocols poden capacitar treballadors menys qualificats per realitzar tasques tradicionalment assignades a personal més especialitzat?
5. Creus que s'haurien d'impulsar vincles formatius intersectorials, utilitzant especialistes d'un sector de salut per formar, assessorar i donar suport a treballadors d'altres sectors? En quins casos?

V- Recursos humans. Equilibris

1. La dotació de treballadors en l'àmbit hospitalari, la consideres equilibrada i adequada quant a la seva **distribució territorial**? (suficients hospitals, suficients rrhh/hospital?) Justifica la resposta.
2. En cas d'identificar desequilibris territorials, quins factors condicionants podrien facilitar l'equilibri? Com? A la taula següent proposem alguns exemples, però segur que en trobes més. Afegeix-los a les fileres buides i afegeix fileres en cas necessari. A les dues columnes de la dreta, indica:
 - 2a. el teu grau d'acord amb cada un dels factors proposats.
Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)
 - 2b. el grau de rellevància com a incentius que, en la teva opinió, té cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

Factors condicionants (distribució territorial)	2a-Grau d'acord	2b- Grau de rellevància
Estratègies polítiques del sistema		
Salari i altres incentius econòmics		
Desenvolupament de la carrera professional		
Millora de les càrregues de treball i altres condicions de treball		
Estabilitat de contractes		
Conciliació de la vida laboral i familiar		

3. El fenomen d'**emigració professional** és important en l'àmbit hospitalari? creus que ho serà en un futur? Creus que és una solució per a algunes professions excedentàries? El consideres preocupant?
4. En cas de considerar important i preocupant l'emigració professional, com creus que es podria frenar? Quins creus que són els factors condicionants d'aquesta emigració? A la taula següent proposem alguns exemples, però segur que en trobes més. Afegeix-los a les fileres buides i afegeix fileres en cas necessari. A les dues columnes de la dreta, indica:
- 4a. el teu grau d'acord amb cada un dels factors proposats.
Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)
- 4b. el grau de rellevància com a incentius que, en la teva opinió, té cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

Factors condicionants (emigració professional)	4a-Grau d'acord	4b- Grau de rellevància
Estratègies polítiques del sistema		
Salari i altres incentius econòmics		
Desenvolupament de la carrera professional		
Millora de les càrregues de treball i altres condicions de treball		
Estabilitat de contractes		
Conciliació de la vida laboral i familiar		

5. La tendència general de **feminització** de les professions sanitàries, afecta a l'àmbit hospitalari? Tenint en compte les implicacions de dedicació (o d'altres) que pugui comportar aquesta tendència, quines repercussions sobre les necessitats de professionals en atenció hospitalària es poden preveure? Quines mesures proposaries introduir per conciliar vida laboral i familiar?
6. El fenomen de la **immigració professional**, és important en atenció hospitalària o creus que ho serà en un futur? Consideres que la immigració pot resultar una amenaça o una solució en determinades situacions? Quins problemes es detecten? Com els solucionaríes?
- Increment de la precarietat de contractes?
 - No equivalència de titulacions, formació, capacitats, tipus d'organitzacions...? En quins casos?
 - Llengua, cultura, valors?
 - Altres problemes?
7. En relació amb les **piràmides d'edat** dels diferents professionals de l'atenció hospitalària,
- Hi ha algun col·lectiu afectat per l'envelliment professional?
 - Consideres adequat el recanvi generacional existent o previsible?
 - Creus que s'haurien d'implantar mesures per fer més atractives aquestes professions/ocupacions?
 - Quines mesures proposaries en aquest sentit?

8. El nou marc de l'**Espai Europeu d'Educació Superior**, com creus que pot afectar a les ocupacions de l'atenció hospitalària?

VI- Estructures de suport

1. Creus que les estructures de suport actuals són les adequades? (disponibilitat, aplicació i ús de les TIC i d'altres tecnologies)
 - Disponibilitat informàtica (equips, manteniment, xarxes, Internet, amplitud de banda...)
 - Accés a dades i/o altres tipus d'informació (història clínica digitalitzada, història única, proves diagnòstiques, bases de dades, xarxes, plataformes...)
 - Aplicacions de les TIC en gestió, administració, relació intersectorial i interprofessional, interconsultes, formació, arxius d'imatges...
 - Teleassistència i monitoratge de malalts crònics, ancians i dependents
 - Altres aplicacions en telemedicina, com la telerradiografia, la teledermatologia, la teleoftalmologia, el seguiment postoperatori de pacients no ingressats
 - Gestió de dades i/o d'altres tipus d'informació
 - Disponibilitat, aplicació i ús d'equipament científicotècnic
 - Altres

2. Creus que es pot millorar la dotació, l'aplicació i/o l'ús de les TIC i d'altres tecnologies? Quines millores proposaries?

3. Quins serien els motius principals d'aquests canvis?

Exemples de justificacions a considerar: alleugerar les càrregues burocràtiques, facilitar l'accés del ciutadà i l'equitat, facilitar l'assessorament i les interconsultes, escurçar les distàncies i els temps entre l'atenció primària i l'hospitalària, disminuir les derivacions hospitalàries, capacitar a plantilla menys qualificada per portar a terme determinades tasques, valoracions cost-benefici, tant en termes econòmics, com d'eficiència del sistema o dels treballadors, o de la qualitat dels resultats, etc.

VII- Evidència de l'efectivitat.

1. Consideres correcte el nivell d'avaluació de l'efectivitat de les diferents activitats que es porten a terme en atenció hospitalària?
 - Accions preventives (mesures i instruments de vigilància, diagnòstic precoç, campanyes d'immunització, campanyes informatives...)
 - Accions relatives a la promoció de la salut (informació de qualitat, foment d'hàbits i d'estils de vida saludables...)
 - Ús de tecnologies innovadores i/o tradicionals (de diagnòstic, etc.; i de la informació)
 - altres

2. Creus que les decisions que es prenen a l'atenció hospitalària es basen suficientment en l'evidència científica de resultats? Respon en relació amb intervencions quirúrgiques, així com en relació amb l'elecció i l'ús de fàrmacs i de tècniques diagnòstiques i terapèutiques. Reflexiona sobre els diferents factors d'impacte que poden comportar aquestes decisions, com per exemple:
 - Seguretat (nivell de risc de danys, anàlisi risc-benefici)
 - Eficàcia i efectivitat (avaluació d'assoliment de resultats en condicions ideals i habituals o generals de la pràctica mèdica)
 - Utilitat (grau de contribució a una millora de la qualitat de vida)
 - Eficiència o impacte econòmic (estudis de costos i anàlisis cost-resultats, cost-efectivitat, cost-benefici)
 - Impacte organitzatiu (estudi i avaluació dels canvis necessaris en l'estructura, organització i necessitats quantitatives i qualitatives de personal)
 - Impacte ètic (estudi i valoració dels problemes ètics que poden sorgir)
 - Impacte social (estudi dels possibles efectes socials per tal de facilitar les previsions econòmiques i pressupostàries)

3. Creus que es podrien i/o s'haurien d'introduir noves ocupacions relacionades amb l'avaluació i assessorament per a una millor efectivitat en la presa de decisions, en l'ús de les tecnologies i en la gestió de la informació?
 - Quines
 - Funcions i tasques?
 - Requeriments (formació, competències, habilitats...)

[Exemples: experts en noves tecnologies per avaluar, per assessorar, per formar...; experts en bioètica, documentalistes; bioestadistes; bioinformàtics; economistes de la salut...]

ANNEX 6

Qüestionari temàtic de Salut Pública

I- Nous escenaris, nous reptes en salut pública

2. Quins dels factors que transformen la societat consideres que més condicionen:
- 2a. les noves demandes de salut pública?
 - 2b. les professions i les ocupacions en salut pública? Ens referim tant a factors que puguin condicionar la dotació necessària com als que condicionin els tipus de perfils necessaris. És a dir, factors que condicionin el “què” s’ha de fer (o s’hauria de fer) i també el “qui” i el “quants” haurien de fer-ho.

A la taula següent proposem una sèrie de factors de transformació a la primera columna. Indica a les dues columnes següents (“1a” i “1b”) el teu grau d’acord o desacord amb cada un dels factors que proposem com a condicionants de les noves demandes de salut pública (a la columna 1a) i/o com a condicionants de les professions i les ocupacions en la salut pública (columna 1b). A cada casella, **puntua del 0 al 10** el teu grau d’acord (**0= total desacord, 10= total acord**) corresponent.

Factors de transformació	1a	1b
increment de la població		
envelliment de la població		
globalització		
increment de la mobilitat i del transit		
fluxos migratoris		
avenços en coneixements biomèdics i biotecnològics		
potencialitat de noves tecnologies científicomèdiques		
aplicacions diagnòstiques i terapèutiques		
potencialitat de les TIC		
societat de la informació		
nous estils de vida com sedentarisme o estrès		
transformació de valors		
impacte econòmic en la sostenibilitat dels sistemes de salut		

NOTA: Segur que trobes d’altres factors que també condicionen la necessitat d’una nova salut pública o les professions i les ocupacions que han de satisfer-les. Afegeix-los a les fileres buides. També pots afegir fileres.

3. Els factors condicionants que has indicat abans estan generant escenaris nous que, probablement, impliquen noves necessitats en les ocupacions de salut pública.

A la taula de més avall proposem alguns exemples. Afegeix tots els escenaris que consideris que es poden preveure. Per a cada un dels escenaris (els que proposem i els que proposes), indica a les dues columnes de la dreta:

- 3a. el teu grau d'acord o desacord amb la possibilitat de cada un dels escenaris.

Puntua del 0 al 10 (0= gens probable, 10= màxima probabilitat)

- 3b. el grau de rellevància de cada un d'ells en la implicació de noves necessitats ocupacionals en salut pública.

Puntua del 0 al 10 (0= gens rellevant, 10= màxima rellevància)

Escenaris nous previsibles	2a-Probabilitat (Grau d'acord)	2b-Implicació (Gr.rellevància)
nous patrons de morbiditat		
noves malalties		
malalties importades		
nous patrons epidemiològics		
increment malalties neurodegeneratives		
increment situacions dependència		
canvis en els rols familiars		
davallada de l'ajuda informal a la dependència		
increment de l'abús i dependència de substàncies		
increment trastorns mentals		
increment trastorns de la conducta alimentària		
malalties associades al sedentarisme		
malalties associades a l'estrès		
nous conceptes de salut i malaltia		
noves expectatives de salut		
noves exigències del ciutadà		
ciutadà amb gran quantitat d'informació sense garantia de la seva qualitat		
sostenibilitat del sistema en perill		
necessitat creixent d'avaluació de les diferents intervencions de salut (diagnòstiques, terapèutiques, quirúrgiques)		
necessitat creixent d'avaluació de les noves tecnologies i del seu ús		

4. Creus que la prevenció, l'educació, el foment d'hàbits saludables i el diagnòstic precoç contribueixen significativament a una millora de la salut i de la qualitat de vida? Com?
5. Tenint en compte els factors anteriors (factors de transformació, nous escenaris previstos), creus que s'haurien de prioritzar i impulsar polítiques proactives en salut? Justifica la resposta
6. Quins papers creus que ha d'assumir la salut pública?
- A la taula següent proposem alguns exemples, però pots afegir d'altres papers que consideris que ha d'assumir la salut pública. Indica a les dues columnes de la dreta:
- 6a. el teu grau d'acord o desacord amb cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)
- 6b. el grau de rellevància que, en la teva opinió, ha de tenir cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= cap rellevància, 10= rellevància màxima)

Paper de la salut pública	5a-Grau d'acord	5b-Grau de rellevància
Prevenició dels problemes de salut		
Promoció de la salut (informació, educació...)		
Protecció de la salut		

7. Cada un dels papers que ha d'assumir la salut pública implica una sèrie d'activitats i serveis. A les taules següents proposem alguns exemples, però pots afegir tots els que consideris necessaris. Per a cada un dels serveis o activitats, indica a les columnes de la dreta:
- 7a. El teu grau d'acord amb cada un d'ells.
Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)
- 7b. El grau d'impuls i/o de potenciació que consideris adequat.
Puntua del 0 al 10 (0= no s'ha d'impulsar gens, 10= s'ha d'impulsar i potenciar al màxim)
- 7c. Quins són els punts forts de cada activitat o servei?
- 7d. Quins són els punts febles de cada activitat o servei?

NOTA: Hem fet tres taules, una per a cada paper de la salut pública que hem proposat abans. Si creus que s'han de considerar altres papers de la salut pública, copia la taula tantes vegades com papers afegits.

Servei o activitat de Prevenió	6a Gr. Acord (0-10)	6b Gr. Impuls (0-10)	6c punts forts (explica per què)	6d punts febles (explica per què)
Vigilància i control epidemiològics				
Monitoratge de la salut				
Campanyes de vacunació				
Identificació de problemes de salut				
Controls regulars en grups de risc				
Diagnòstic precoç				
Planificació familiar				
Estudis epidemiològics				
Recerca en salut pública				
Disseny i creació de sistemes de control				
Establiment de plans i de mesures preventives				

Servei o activitat de Promoció de la salut	6a Gr. Acord (0-10)	6b Gr. Impuls (0-10)	6c punts forts (explica per què)	6d punts febles (explica per què)
Educar, informar i formar al ciutadà en temes de salut				
Informar i formar els responsables de les polítiques de salut				
Impulsar entorns favorables				
Garantir l'accés a una informació de qualitat				
Fomentar patrons saludables d'estils de vida				
Fomentar patrons saludables de treball				
Fomentar patrons saludables de lleure				
Activitats orientades a permetre als ciutadans un increment del control de la seva salut				
Activitats orientades a capacitar els ciutadans per millorar la seva salut				
Activitats orientades a capacitar els ciutadans a preparar-se a si mateixos per afrontar les diferents etapes de la vida				
Impulsar l'empoderament o <i>empowerment</i> de la comunitat en la presa de decisions, en la planificació d'estratègies i en la seva implementació				

Servei o activitat de Promoció de la salut	6a Gr. Acord (0-10)	6b Gr. Impuls (0-10)	6c punts forts (explica per què)	6d punts febles (explica per què)

Servei o activitat de Protecció de la salut	6a Gr. Acord (0-10)	6b Gr. Impuls (0-10)	6c punts forts (explica per què)	6d punts febles (explica per què)
Vigilància i control de productes alimentaris				
Vigilància i control de la manipulació d'aliments				
Vigilància i control d'aigües de consum				
Vigilància i control de l'aire i d'altres elements del medi ambient				
Vigilància i control dels riscos laborals per a la salut				
Establiment de normes i mesures per tal de protegir la salut				

II- Estructures d'organització

1. Creus que les estructures existents i/o les que s'estan posant en marxa són les adequades per afrontar els nous reptes en prevenció, protecció i promoció de la salut?
2. Consideres que es podrien i/o s'haurien de millorar els tipus d'estructures? Com?
3. Consideres que s'haurien de mantenir les estructures, però proveint-les amb més recursos? Justifica la resposta.
4. Penses que s'hauria de potenciar més la interacció entre estructures de salut pública i determinades àrees o serveis? Com? Per quins motius? Amb quines?
 - o Atenció Primària?
 - o Atenció Hospitalària?
 - o Salut Mental?
 - o Salut Laboral?
 - o Altres?
5. Creus que s'hauria de potenciar més la interacció amb altres sectors que també estan relacionats amb la salut pública? En cas afirmatiu, amb quins i com?

A la taula següent proposem alguns sectors, però pots afegir els que consideris necessaris. Indica a les dues columnes de la dreta:

5a. el teu grau d'acord o desacord amb cada un d'ells.

Puntua del 0 al 10 (0= total desacord, 10= total acord)

5b. Fes les observacions que consideris pertinents (quin tipus d'interacció?, per què? Com? problemes? Hi ha en la actualitat algun tipus d'interacció?...)

Sectors amb els que hauria d'interaccionar la salut pública	5a-Grau d'acord	5b-Observacions
Medi ambient		
Agricultura		
Ramaderia i pesca		
Indústria		
Treball		
Educació		
Urbanisme		
Economia		

Sectors amb els que hauria d'interaccionar la salut pública	5a-Grau d'acord	5b-Observacions

6. Creus que algunes activitats o serveis proveïts per la salut pública s'haurien d'assumir des d'altres àmbits/equips?

7. Creus que algunes activitats o serveis proveïts des d'altres àmbits s'haurien de realitzar o gestionar des de salut pública?

III- Recursos humans. Dotació global i dotació específica

1. Creus que sobren/falten (ara i/o en un futur) recursos humans per tal de satisfer de manera eficient i eficaç les expectatives de salut pública?

2. Si la resposta anterior és que en falten (o faltaran), especifica i justifica quins tipus de **professions** s'haurien de potenciar més o menys:
 - Llicenciats amb especialitats regulades
 - Llicenciats sense especialitats regulades, amb experiència i/o formació de postgrau específica
 - Llicenciats
 - Diplomats amb especialitats regulades
 - Diplomats sense especialitats regulades, amb experiència i/o formació de postgrau específica
 - Diplomats
 - Tècnics sanitaris de formació professional de grau superior
 - Tècnics sanitaris de formació professional de grau mitjà
 - Administratius
 - Altres

NOTA: Per tal d'evitar possibles diferències interpretatives, els tipus de professions que hem relacionat abans corresponen als diferents tipus de nivells formatius segons la legislació i terminologia encara vigents, però que canviarà de manera substancial amb l'Espai Europeu d'Educació Superior. Tenint en compte la imminència d'aquests canvis i la especial transformació que implicarà en algunes professions (ex infermeres), podeu considerar i especificar diferents perspectives en els casos que considereu oportuns.

3. Quines són les **ocupacions** implicades en salut pública (promoció i protecció de la salut i prevenció) en l'actualitat? Quines són les funcions i les tasques de cada una?

(Exemples (només són exemples): epidemiòlegs, desenvolupament de plans de promoció de la salut o de prevenció o de control epidemiològic; tècnics d'anàlisi i control d'aigües, d'aire, d'aliments, etc.; bioestadístics; documentalistes; gestors de dades, administratius, informàtics...)

4. De les **ocupacions** que has indicat abans,
 - 4a. Quines són excedentàries, deficitàries o obsoletes? Per què?
 - 4b. Quines s'haurien de potenciar més o menys?
 - 4c. Hi ha ocupacions en salut pública afectades per la feminització del sector?
 - 4d. Són suficientment atractives per cobrir les necessitats hipotètiques?

5. Et sembla adequat l'ús de les capacitats dels diferents treballadors de salut pública? Creus que es podria millorar? Com? Per què?

(Exemples: treballadors qualificats realitzant tasques o rutines administratives (o d'altre índole) que podrien fer altre tipus de personal amb suficients coneixements i capacitats; personal que només necessitaria una formació puntual per poder portar a terme determinades tasques...)

6. Consideres adequada l'actual associació professional-titulació-ocupació? Creus que és massa rígida? Hi ha tasques que les podrien fer altres tipus de professionals amb diferents titulacions?
 - 6a. Quines tasques serien susceptibles d'aquests tipus de canvis?
 - 6b. Quines altres professions o titulacions podrien realitzar aquestes tasques?
 - 6c. Aquests canvis, implicarien nous requeriments? (formatius, capacitats, competències)
 - 6d. S'haurien de modificar regulacions i normatives?
 - 6e. Quin creus que seria l'impacte d'aquests canvis sobre els treballadors implicats? (pèrdues, guanys, càrrega de treball, moral, incentius necessaris...)
 - 6f. Quin creus que seria l'impacte econòmic d'aquests canvis? (a curt/mitjà termini)

7. Creus que, dins dels serveis de salut pública, podrien i/o haurien d'haver-hi **noves ocupacions** ara o en un futur? Quines?
 - 7a. Quines serien les seves funcions? Quines tasques hauria de realitzar?
 - 7b. Amb quins requeriments? (formació, experiència, titulació)

8. Creus que algunes de les ocupacions en salut pública s'estan **transformant** o s'haurien de transformar? Quines? En quins aspectes? (formació, capacitats, habilitats, competències, autonomia, tasques, funcions)

IV- Recursos humans. Formació, habilitats i competències

1. Creus que és adequada la formació dels treballadors de salut pública?
 - 1a. Considera tots els tipus de treballadors
 - tècnics,
 - diplomats,
 - llicenciats,
 - experts,
 - especialistes
 - altres
 - 1b. Considera els diferents nivells de formació:
 - Pregrau
 - Postgrau
 - Continuada

2. Quins aspectes proposaries millorar? Especifica en quin nivell (pregrau, postgrau, continuada) i per a quin tipus de treballador (metges, biòlegs, químics, veterinaris, tècnics, diplomats, etc.) Exemples:
 - o Capacitats per gestionar necessitats emergents (comunicació, ètica, medicina basada en l'evidència, avaluació de tecnologies, conceptes cost-benefici, cost-resultats)
 - o Sistemes per avaluar les competències
 - o Formació continuada (facilitats per als treballadors implicats, qualitat de la formació, d'avaluació-acreditació, orientació a noves necessitats...)
 - o Altres...

3. Creus que la formació, tal i com està concebuda, facilita o impedeix l'adaptació a canvis d'escenari i, per tant, a demandes i necessitats emergents? Si creus que la impedeix, especifica quins aspectes canviaries. Considera tots els nivells de formació i tipus de treballadors, en el marc de salut pública.

Exemples: per facilitar la mobilitat interespecialitats: troncalitat, desenvolupament d'àrees d'expertesa...

4. Creus que la introducció de protocols, en determinades situacions, pot facilitar el canvi de rols i d'assignació de tasques? En quins casos creus que els protocols poden capacitar treballadors menys qualificats per realitzar tasques tradicionalment assignades a personal més especialitzat?

5. Creus que s'haurien d'impulsar vincles formatius intersectorials, utilitzant especialistes d'un sector de salut per formar i donar suport a treballadors d'altres sectors? En quins casos? Considera les dues direccions:
 - 5a. De la salut pública cap a altres (ex. a metges d'AP, infermeres comunitàries...)
 - 5b. D'altres sectors cap a salut pública (ex. metges especialistes, gestors...)

V- Recursos humans. Equilibris

1. La dotació de treballadors en salut pública, la consideres equilibrada i adequada quant a la seva **distribució territorial**? Justifica la resposta. En cas d'identificar desequilibris, quins factors condicionants podrien facilitar l'equilibri? Com?
 - Estratègies polítiques del sistema
 - Salari i altres incentius econòmics
 - Desenvolupament de la carrera professional
 - Càrregues de treball i altres condicions de treball
 - Estabilitats de contractes
 - Conciliació de la vida laboral i familiar
 - Altres tipus d'incentius

2. El fenomen d'**emigració professional**, és important en salut pública o creus que ho serà en un futur? Creus que és una solució per a algunes professions excedentàries? El consideres preocupant? En cas afirmatiu, com es podria frenar?
 - Estratègies polítiques del sistema
 - Salari i altres incentius econòmics
 - Desenvolupament de la carrera professional
 - Càrregues de treball i altres condicions de treball
 - Estabilitats de contractes
 - Conciliació de la vida laboral i familiar
 - Altres tipus d'incentius

3. La tendència general de **feminització** de les professions sanitàries, afecta el sector de salut pública? Tenint en compte les implicacions de dedicació (o d'altres) que pugui comportar aquesta tendència, quines repercussions sobre les necessitats de professionals en salut pública es poden preveure?

4. El fenomen d'**immigració professional**, és important en salut pública o creus que ho serà en un futur? Consideres que la immigració pot resultar una amenaça o una solució en determinades situacions? Quins problemes es detecten? Com els solucionaries?
 - Increment de la precarietat de contractes?
 - No equivalència de titulacions, formació, capacitats, tipus d'organitzacions...? En quins casos?
 - Llengua, cultura, valors?
 - Altres problemes?

5. En relació amb les **piràmides d'edat** dels diferents professionals de la salut pública,
 - Hi ha algun col·lectiu afectat per l'envelliment professional?
 - Consideres adequat el recanvi generacional existent o previsible?
 - Creus que s'haurien d'implantar mesures per fer més atractives aquestes professions/ocupacions?
 - Quines mesures proposaries en aquest sentit?

6. El nou marc de l'**Espai Europeu d'Educació Superior**, com creus que pot afectar a les ocupacions de salut pública?

VI- Estructures de suport

1. Creus que les estructures de suport actuals són les adequades? (aplicació i ús de les TIC i d'altres tecnologies)
 - Disponibilitat informàtica (equips, manteniment, xarxes, Internet, amplitud de banda...)
 - Accés a dades i/o altres tipus d'informació (programes, bases de dades, xarxes, plataformes...)
 - Gestió de dades i/o d'altres tipus d'informació (programes específics, homogeneïtzació de dades...)
 - Aplicatius
 - Altres

2. Creus que es pot millorar la dotació, l'aplicació i/o l'ús de les TIC i d'altres tecnologies? Quines millores proposaries?

3. Quins serien els motius principals d'aquests canvis?

Exemples de justificacions a considerar: capacitat de plantilla menys qualificada per portar a terme determinades tasques, valoracions cost-benefici, tant en termes econòmics, com d'eficiència del sistema o dels treballadors, o de la qualitat dels resultats, etc....

VII- Evidència de l'efectivitat.

1. Consideres correcte el nivell d'avaluació de l'efectivitat de les diferents activitats en salut pública?
 - Accions preventives (mesures i instruments de vigilància, diagnòstic precoç, campanyes d'immunització, campanyes informatives...)
 - Plans i mesures de protecció de la salut (control alimentari, salut ambiental, informatització de processos d'avaluacions i autoritzacions, avaluació del risc, indicadors...)
 - Accions relatives a la promoció de la salut (informació de qualitat, foment d'hàbits saludables...)
 - Ús de tecnologies innovadores i/o tradicionals (de diagnòstic, etc.; i de la informació)

2. Creus que les decisions en salut pública es basen suficientment en l'evidència científica de resultats? Respon en relació amb la introducció dels diferents programes i accions, així com en relació a l'elecció i ús de tecnologies. Reflexiona sobre els diferents factors d'impacte que poden comportar aquestes decisions, com per exemple:
 - Seguretat (nivell de risc de danys, anàlisi risc-benefici)
 - Eficàcia i efectivitat (avaluació d'assoliment de resultats en condicions ideals i habituals o generals de la pràctica mèdica)
 - Utilitat (gra de contribució a una millora de la qualitat de vida)
 - Eficiència o impacte econòmic (estudis de costos i anàlisis cost-resultats, cost-efectivitat, cost-benefici)
 - Impacte organitzatiu (estudi i avaluació dels canvis necessaris en l'estructura, organització i necessitats quantitatives i qualitatives de personal)
 - Impacte ètic (estudi i valoració dels problemes ètics que poden sorgir)
 - Impacte social (estudi dels possibles efectes socials per tal de facilitar les previsions econòmiques i pressupostàries)

3. Creus que es podrien i/o s'haurien d'introduir noves ocupacions relacionades amb l'avaluació i assessorament per a una millor efectivitat en la presa de decisions, en l'ús de les tecnologies i en la gestió de la informació?
 - Quines
 - Funcions i tasques?
 - Requeriments (formació, competències, habilitats...)

Exemples: experts en noves tecnologies per avaluar, per assessorar, per formar...; experts en bioètica, documentalistes; bioestadistes; bioinformàtics; economistes de la salut...