

Màster Oficial en Antropologia i Etnografia. Curs 2010-2011
Departament d'Antropologia Social i Història d'Amèrica i Àfrica
Facultat de Geografia i Història
Universitat de Barcelona

**PARADOXES DE LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL ENTRE
L'HOSPITAL I ELS CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Carolina Lapena Estella

Co-tutors: Dra. Cristina Larrea Killinger i Dr. Ignasi Terradas Saborit

Barcelona, 3 de juny del 2011

PART PRIMERA

PRIMER CAPÍTOL: PRESENTACIÓ

1) Introducció

La salut es reconeix com un dret fonamental dels individus que necessita de la col·laboració i coordinació de distints sectors tècnics i socials. (Martín Zurro, 2003) El sistema de salut té un paper rellevant, però no exclusiu. Avui en dia, tot i que “anar al metge” és l’opció hegemònica dins el ventall que se’ns presenta per abordar els malestars, ja es tindria en compte el paper d’altres agents de salut: consultar altres sanadors, familiars, amics, coneguts, autoatenció/automedicació... que ajuden a explicar què succeeix i com organitzar-se per respondre. Solen combinar-se i no tenen per què ser excloents.

Tot i que s’accepta la diversitat fóra del sistema sanitari, sovint es considera als professionals sanitaris com un grup homogeni. Les diferents titulacions, que atorguen autoritat legal per executar diferents tècniques són l’única diferenciació aparent. Acudir al sistema sanitari públic català, no suposa necessàriament que tan sols ens atengui un únic individu amb un títol oficial de l’Estat o professional de la salut. Cada vegada més, la complexitat científica i tecnològica dels processos i la necessària optimització de la seva eficàcia recomanen la col·laboració de diferents individus, en molts casos d’origen formatiu i perfil professional diferent (Martín Zurro, 2003).

La Continuïtat Assistencial (CA) és el grau de coherència i unió de les experiències en l’atenció que percep el pacient al llarg del temps¹. (Aller, 2010). La CA i de cures suposa la noció de subjecte com una unitat psicofísica, com unificador de les seves múltiples identitats i relacions socials, en cada moment i en la seva articulació temporal. En el pla terapèutic i de les intervencions, succeiria el mateix, qualsevol tractament és tan sols una part d’un complex entramat de relacions i intervencions, pròpies i de la xarxa social, que es relacionen amb fets vitals (González-Álvarez, 2008).

¹ Faria referència al grau de coherència institucional, però també de diagnòstic, tractament,...

Tot i que cada vegada sentim a parlar més de treball en equip², sovint el que trobem és l'agrupació de professionals sanitaris, que es relacionarien entre ells sense que per això necessàriament hagin de col·laborar entre si o tenir objectius terapèutics comuns.

Els motius per els que s'ha realitzat aquesta investigació són diversos. D'una banda el tema sobre el que es basa aquest treball – les relacions entre sanitaris- m'és proper professionalment³, forma part de la meua quotidianitat. D'altra banda, perquè des de l'octubre del 2008 se'm va proposar formar part d'un grup de treball que pretenia afavorir la CA entre l'hospital i els ambulatoris d'una zona de Barcelona. Aquesta comissió estava formada per metges i infermeres, i tant per càrrecs directius com per persones sense cap càrrec, com era el meu cas, persones que tan sols fèiem assistència. He dedicat a aquesta tasca 1 jornada laboral 1 dia per setmana des que va començar⁴.

Els meus caps quan em van proposar formar part del grup, coneixien la meua formació antropològica. Ells la valoraven i esperaven que aquesta pogués suposar una petita aportació a la meua col·laboració, basada majoritàriament en el fet de ser infermera. Inicialment la tasca que se'ns va encomanar als membres del grup consistia en consensuar circuits i buscar propostes de millora. Al començar a parlar amb els agents implicats vaig començar a observar situacions que ja m'eren familiars per la meua pràctica diària que em van dur a replantejar-me què succeïa al meu voltant.

- En primer lloc, que les eines administratives facilitades i els projectes presentats per les gerències sovint no responien a les necessitats dels professionals del seu dia a dia. Em resultava curiós que qui decidia quines mesures implementar per afavorir la CA no eren les persones que feien assistència i atenien als pacients (i per tant, qui, en principi podia saber què seria necessari per fer la seva feina). Les mesures que s'incorporaven no modificaven l'estructura del sistema sanitari (que

² Un equip pot ser definit com aquell grup d'individus que realitzen diferents aportacions tècniques, amb organització i metodologia compartides i dirigides a la consecució d'objectius comuns (Martín Zurro, 2003).

³ Treballo com infermera des de fa 8 anys en un Centre d'Atenció Primària a Barcelona. Atenc a persones adolescents i adultes des d'una consulta d'infermeria, a domicili i fent activitats comunitàries. Fa 15 anys que vaig acabar la Diplomatura i vaig estar els 3 primers anys d'exercici en un hospital terciari cobrint diferents serveis, els 4 següents cobrint vacants en Centres d'Atenció Primària. L'any 2002 vaig aprovar les oposicions i ocupo la meua plaça des l'any 2003.

⁴ Malauradament per l'actual crisi econòmica, des del mes de juny del present any aquest projecte ha estat aturat.

es mostrava ineficaç per aconseguir la millor CA, per això es va crear el grup de treball) i suposaven afegits d'experiències que han aconseguit bon resultat a altres entorns (EUA, Canadà, Regne Unit,..) que tindrien uns sistemes sanitaris i una població amb unes característiques històriques i socio-polítiques ben diferents a les d'Espanya i Catalunya. Això semblava que no acabava de resoldre "el problema" de la CA.

Calia evitar el que Freidson anomenava "Biaix Democràtic"; segons ell deia "la fal·làcia consisteix senzillament a deduir conclusions (aparentment) vàlides, analitzant la realitat social dels països que han estat estudiats massivament per sociòlegs (EUA, Regne Unit, Suècia, França,..). Es cauria així en una mena de *Wishful Thinking* sociològic on la realitat sembla que te que ser únicament la dels països anglosaxons, democràtics o desenvolupats (Freidson, 2005 [1923])". Va ser quan vaig començar a pensar que calia saber què succeïa aquí.

- En segon lloc, que les expectatives del que havia de ser la CA diferien segons l'àmbit o l'entorn professionals dels interlocutors. Semblava el col·lectiu de professionals sanitaris que es presenta com un bloc homogeni, potser no ho era tant...

Poc a poc vaig anar veient com la meva aportació com a infermera decreixia i el meu posicionament com antropòloga anava despertant davant el que trobava. A mesura que el projecte avançava i la comissió aprofundia en aspectes concrets de la relació entre sanitaris, va anar canviant la consideració del meu rol i paper professional dins aquest grup.

La pretensió inicial d'aquesta investigació era centrar-se en el concepte de CA i analitzar els diferents discursos sobre ella. En les successives aproximacions em vaig qüestionar aquesta opció i em vaig plantejar la necessitat d'afegir la concepció sobre el mateix cos de professionals de la salut a Catalunya, per estudiar el conjunt de representacions que estructuraven el discurs sobre ells mateixos. Com a antropòloga pretenia focalitzar la meva atenció en entendre l'assistència com un fet social o personal, sense entrar en la intervenció terapèutica, en si aquesta era eficaç o no. Esperava analitzar què i com posicionava als professionals respecte als altres sanitaris que atendien al mateix pacient,

pel mateix problema de salut, en un moment diferent. Tot això, en un sistema cultural específic: el sistema sanitari públic català.

Així, es va arribar a generar la hipòtesi general del treball, que suggeria que, tot i que els professionals sanitaris valorarien la Continuïtat Assistencial com una tasca important, les pràctiques no materialitzarien aquesta fluïdesa entre professionals. Els sanitaris no tindrien un veritable treball en equip, es donarien límits en l'actuació de cada grup i no s'estaria participant d'objectius ni activitats comuns. Això generaria disfuncionalitats en la continuïtat dels processos de salut amb el perjudici que suposaria finalment pels pacients.

D'aquesta primera hipòtesi se'n derivaria una segona: que el grups dels professionals sanitaris que exerceixen a la sanitat pública catalana, no es percebrien ni entendrien com un únic bloc homogeni.

Es tractaria de conèixer les relacions assistencials sota la dimensió *emic* de la cultura, és a dir, aquella subjectiva presentada tal i com l'expressen els seus actors. Els objectius de la investigació serien analitzar els discurs dels sanadors professionals, entendre la seva lògica organitzativa i conèixer els models explicatius que els permeten interpretar el que succeeix entre ells. Realitzant entrevistes en profunditat a sanitaris, pretenc també perfilar quines representacions i pràctiques informals, més enllà dels mecanismes disposats per la mateixa estructura sanitària, s'articulen al voltant de la CA que s'hauria de facilitar als pacients. Al respondre al *Què* s'entén per CA, cal seguir cercant el *Com* i el *Per què*, amb certa coherència interna.

La pretensió d'aquest estudi és realitzar un anàlisi discursiu, reconeixent la importància d'aquest en la construcció de la realitat i com a part d'ella mateixa. Els discursos no serien sols el que es diu; també estan compostos per representacions i pràctiques socials (Foucault, 1988). Les idees expressades anirien lligades a normes "lògiques".

També Menéndez apuntava que el llenguatge de la medicina és un ric llenguatge cultural, vinculat a una versió de la realitat del sistema de relacions socials altament especialitzada i, al aplicar-se a l'atenció mèdica, conflueix amb profundes preocupacions morals i amb les seves més que òbvies funcions tècniques (Menéndez, 1994). Podria

semblar que per tractar-se d'un entorn "científic", l'àmbit biomèdic seria un escenari on sols es podrien donar intervencions i interaccions fiables, rigoroses i objectivables. No hauria de contenir ni prejudicis, ni supersticions, ni diversitat.

Inicialment les meves propostes "antropològiques" als meus companys del grup i als caps del projecte del grup destinat a afavorir la CA, els van semblar curioses. Per ells, l'Antropologia es tracta de quelcom reconegut i rellevant, treballat per prestigiosos antropòlegs i sociòlegs però, d'altra banda, de vegades malauradament és tinguda en compte a l'entorn sanitari sols a nivell acadèmic i en alguns moments despertava, abans que res, suspicàcies. Potser en part això hauria passat perquè, tal i com el mateix Byron J. Good diu, això de l'Antropologia Mèdica, d'entrada, sembla una espècie d'oxímoron: El terme "mèdic" sol denotar l'àmbit del racional, de les ciències naturals, on la cultura esdevé una intrusa per a la comprensió científica i la terapèutica racional. "Antropologia", d'altra banda, designa fundamentalment una visió historicista, una convicció de que tot coneixement està culturalment ubicat, que és relatiu a l'època històrica i a la seva perspectiva.(Good, 2003).

Localitzar una sèrie d'eixos descriptius en els mecanismes institucionals i clínics implica assumir l'existència d'una sèrie de determinants culturals i socials que fan visibles les diferències, les desigualtats i els processos transaccionals que defineixen el camp de la medicina i la seva acció clínica (Fernández-Rufete, 2000). Qüestionant l'ordre, la infal·libilitat i l'asèpsia de la medicina científica, i l'estructura que la sustenta, la del sistema sanitari, en alguns moments m'he trobat en situacions, diguem-ne incòmodes i on la pertinència del meu perfil antropològic, es qüestionava i resultava inconvenient.

En aquest treball, després de situar-nos en el context i història del sistema sanitari públic català, s'exposarà quin ha estat la metodologia emprada per aconseguir extreure els continguts de les entrevistes. Els resultats mostren quina és la interpretació i lògica d'actuació dels sanitaris a l'hora d'afrontar la CA a la seva pràctica quotidiana, un aspecte que no havia estat abordat fins ara. Com a antropòlegs, la nostra disciplina podria ajudar, i molt, a conèixer millor el nostre sistema sanitari i per intentar millorar-lo.

2)Agraïments

A Cristina Larrea i Ignasi Terradas, per obrir-me la seva porta, perquè he après molt amb ells, per la seva disponibilitat i paciència.

Als informants, als que no puc anomenar, coses de la confidencialitat. Per la seva disponibilitat, amabilitat i generositat.

Als meus companys de classe, entre tots hem intercanviat idees i ànims en moments difícils. A l'Alberto, que m'ha ajudat molt a ordenar i a seguir.

Al Josep, per descobrir-me el món de la Continuïtat Assistencial, perquè aquest treball és una conseqüència de la tasca que va començar, per entusiasmar-se amb la idea.

Als meus pares, que sempre m'han ensenyat què important és el treball i l'esforç, per tot.

Al meu company, l'Albert, pel seu suport, amor i paciència quan tot plegat semblava innecessari i absurd, per animar-se a seguir i a continuar gaudint amb el que feia.

A tots els que he anomenat i a altres que també haurien d'haver-ho estat, gràcies.

PART SEGONA

SEGON CAPÍTOL: MARC TEÒRIC

Des del s.XVIII-XIX, a Occident, els serveis sanitaris han contribuït a la millora de l'estat de salut junt amb altres factors decisius com el medi ambient o els estils de vida (Zurro, 2003; Perdiguero, 2000; De Miguel, 1990). Aquests darrers canvis socials i culturals esdevindrien fonamentals per entendre el que la demografia i l'epidemiologia constaten:

1. La millora de l'esperança de vida: pels canvis produïts en l'estructura per edat i causa de mort. La reducció de la mortalitat infantil i juvenil per les millores en el control i eradicació de les malalties infeccioses, una millor higiene pública,... haurien estat primordials. Aquests canvis en mortalitat i morbiditat són coneguts com a "Transició Epidemiològica". "La Transició Demogràfica" faria referència aquests canvis als que apuntàvem relacionats amb la mortalitat, junt amb la disminució de la fecunditat.
2. la inclusió dels canvis en els patrons de morbiditat: les malalties infeccioses han estat desplaçades per les patologies cròniques i degeneratives (més endavant s'aprofundirà en aquest concepte). (Frenk, 1991. a Perdiguero, 2000).

Aquesta consideració d'elements socials i culturals per entendre canvis en morbiditat i de l'estat de salut es coneix com a Transició Sanitària (Perdiguero, 2000). Aquesta explicaria amb una visió plural, els canvis en l'estat de salut que es van donar que van fer disminuir la mortalitat durant el s.XIX i s.XX i van acompanyar la transició demogràfica (Robles, 1996). Els components de la Transició Sanitària, són:

- La Transició Epidemiològica, a la que ja hem apuntat, i fa referència al patró epidemiològic que ha influït en el descens de la mortalitat.
- la Transició de Riscos: que faria referència al canvi en el patró de riscos. De factors infecciosos a factors contaminants, accidents de trànsit i laborals, i l'aparició de nous estils de vida.
- La Transició de l'Atenció Sanitària: que ha estat difícil de valorar per la dificultat de sèries històriques que facilitin indicadors útils. Els que han estat usats sovint

són: nombre de professionals sanitaris col·legiats i nombre de llits hospitalaris.
(Robles, 1996)

Com vèiem, les malalties no sols depenen de factors socio-culturals, sinó també l'organització sanitària d'una regió. Quant més desenvolupat és un país, més important és aquesta relació. Quan les malalties infeccioses es redueixen per sota d'una determinada taxa, llavors el petit progrés en reducció de mortalitat no depèn del desenvolupament global, sinó d'una millor distribució, i per tant d'una millor organització sanitària.
(Kenny, 1980)

Seria interessant pensar l'impacte d'aquests canvis socials, culturals i del comportament, que explicarien la Transició Sanitària, en el sistema sanitari, i analitzar com s'ha adaptat. Caldria veure com ha influït en les dinàmiques internes de les institucions sanitàries a l'hora de prestar assistència a la població. Un hospital o un ambulatori serien estructures socials complexes. En aquestes, diferents rols i estatus estarien interactuant entre ells, amb l'Estat i amb la comunitat a la que presta serveis. Per aquesta raó, els hospitals i els CAP no poden funcionar al marge del passa fora dels seus murs.

a) El sistema sanitari espanyol i català

El "Sistema Sanitari"⁵ és el conjunt d'estructures organitzatives, centres i serveis mitjançant els quals s'ofereixen mitjans i programes de la política sanitària preestablerta pel model sanitari. (Pérez, 2003). Qualsevol sistema sanitari tindria 5 grans objectius: equitat, eficiència macroeconòmica, eficiència microeconòmica, satisfacció dels usuaris i resultats sobre l'estat de salut. (Martín Zurro, 2003)

La responsabilitat última de la regulació i funcionament del sistema sanitari és del govern. En la majoria de països occidentals, el govern tindria un paper redistributiu i corrector del mercat sanitari, que corregiria o redistribuiria segons els casos. Totes aquestes accions conformen la política sanitària, que definiria: la visió del futur, especificaria prioritats,

⁵ Diferiria del que Kleinman anomenava "Sistema d'Atenció en Salut", que faria referència a la diversitat de sistemes mèdics existents que poden cohabitar en un marc social determinat i estableixen entre ells relacions d'influència mútua a partir de la praxis clínica. Inclouria tant als professionals de la biomedicina com d'altres: metges tradicionals xinesos, curanderos,... Kleinman, 1980 a Martínez, 2008

definiria els rols i què s'espera de cadascun dels actors, disposaria els estris pel funcionament públic i privat i guiaria la prioritització de la despesa sanitària. (Martín Zurro, 2003)

Les peculiaritats dels serveis, els valors predominants i l'evolució històrica defineixen les característiques del sistema sanitari d'un país. (Martín Zurro, 2003; Perez, 2003)

a.1- El seu marc de creació

A l'Estat espanyol, la creació del sistema sanitari actual s'emmarca en un procés de transició política i de construcció d'un nou estat democràtic. Fins la creació de la Ley General de Sanidad (LGS), l'any 1986, el sistema sanitari espanyol es caracteritzava per la seva fragmentació, herència d'un model iniciat per l'Instituto Nacional de Previsión (INP) creat l'any 1908 per Antonio Maura, que va generar dins el seu sistema de protecció social el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) l'any 1942.

El 1978 el INP es va desdoblar en entitats gestores, i li va correspondre al Instituto Nacional de la Salud (Insalud) la gestió de l'assistència sanitària de la Seguretat Social. L'Insalud comptava amb una important xarxa assistencial organitzada en 3 àmbits assistencials o nivells professionals:

- l'Atenció Primària (AP): nivell primari. On treballen els “professionals primaristes”; majoritàriament Metges especialistes en Medicina Familiar i Comunitària, Infermeres, treballadors socials, administratius, auxiliars... També hi hauria equips de suport especialitzat: farmacèutics, odontologia, salut mental, atenció a la salut sexual i reproductiva, salut pública, laboratori farmàcia, radiologia, veterinària. Els sanitaris primaristes en general, els Metges de Família i els pediatres de primària en concret, es conceben com a *Gate-Keeper* o porta d'entrada al Sistema Sanitari (Martín Zurro, 2003), ja que és on idealment⁶ es

⁶ Diem “idealment” donat que l'esperable és que el metge de família fes sempre de porta d'entrada del sistema sanitari. Malgrat això, pot passar que en el sistema sanitari públic un individu opti per acudir a urgències a un servei hospitalari i no arribi a accedir per derivació o indicació d'un primarista.

donaria el primer contacte dels usuaris o pacients amb el Sistema Sanitari i a partir d'aquí seria orientat.

- l'Atenció Especialitzada ambulatoria: nivell secundari. Exerceixen metges especialistes hospitalaris a nivell extra-hospitalari, llevadores i altres sanitaris generalistes (infermeres, administratius, tècnics,...).
- l'Atenció Hospitalària: nivell terciari. Exerceixen els professionals hospitalaris. Majoritàriament Metges de les diverses especialitats mèdico-quirúrgiques, i Infermeres, treballadors socials, administratius, tècnics... Aquest nivell ha estat el més estudiat (Aguinaga, 1986) i hauria estat el beneficiari des dels anys 60 d'importants inversions en material i personal ⁷ (Zurro, 2003; Bravo, 1979).

A Catalunya la regionalització sanitària data de temps de la Mancomunitat, l'any 1917. Una vegada restaurada la Generalitat, el Conseller de Sanitat del primer Govern provisional, Ramon Espasa, va rebre l'encàrrec d'elaborar el Mapa Sanitari de Catalunya (precedent immediat de l'actual organització territorial de la sanitat catalana), publicat el 1980 i que desplegaria el primer Conseller de Sanitat, Josep Laporte.

En 1981 Catalunya va assumir les competències de l'Insalud al seu territori⁸. A partir de 1984, amb l'aprovació pel Congrés dels Diputats de la Ley de la Reforma de la Atención Primaria, es produeix la reforma de la estructura d'assistència sanitària heretada de l'INP, que pretenia la modernització del primer nivell assistencial i la millora del sistema sanitari una vegada es consolidés la transició democràtica. Els tres punts bàsics de la Reforma, tal i com exposaria Gervás, serien,

- El pas a temps complet del metge general (a més, en molts casos, amb dedicació exclusiva). Més endavant reprendrem aquesta qüestió.
- La generalització de la "història clínica" i altres sistemes de registre.

⁷ També posteriorment, fins l'any 2002 (coincidint amb el desplegament de la Reforma de l'Atenció Primària es constataria un hospitalcentrisme pressupostari a la sanitat pública.(Simó, 2007)

⁸ aquesta descentralització a l'Estat de competències relatives a salut es va finalitzar l'any 2002

- La capacitat de formar Metges residents de Medicina Familiar i Comunitària i impartir atenció continuada als Equips d'AP. (Gervás, 2009)

La coincidència de la transició democràtica amb la Reforma de l'Atenció Primària, li conferia una "filosofia", com anomena Zurro, que es contraposava a la tecnològització i hermetisme hospitalaris i proposava assumir el dret a la salut en el marc dels drets fonamentals de les persones, el defensés i respongués en tot moment a criteris de justícia i igualtat en l'accés i gaudi (Zurro, 2003). Aquests elements que Zurro qualificava de filosòfics, potser podrien ser entesos com a ideològics. Les repercussions de la Reforma de l'Atenció Primària van impactar en tot el model sanitari al millorar la capacitat resolutiva del primer nivell, potenciar la prevenció i afavorir el debat de política sanitària que va desencadenar la LGS en 1986.

El 1990 es promulga la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) i es crea el Servei Català de la Salut (SCS) ordenat per àrees de gestió, que actualment ha passat a dir-se Catsby, i segueix sent l'asseguradora pública de Catalunya.

a.2- L'Estructura Sanitària

L'estructura sanitària és la forma, organització o distribució de la xarxa assistencial. La divisió territorial sanitària centra la seva actuació en la unitat mínima territorial d'atenció, l'Àrea Bàsica de Salut (ABS), que a partir de la reforma estableix que compregui entre 5000 i 25000 habitants. El Centre d'Atenció Primària (CAP) és l'estructura física i funcional que permet desenvolupar l'Atenció Primària de Salut. A cada regió hi hauria atenció especialitzada als hospitals (d'aguts, psiquiàtrics i sociosanitaris) i de suport als equips d'Atenció Primària (especialistes, centres de salut mental, ajut als afectats per drogoaddiccions,...). Actualment a Catalunya, encara està desplegant-se la Reforma de l'Atenció Especialitzada (RAE), que consisteix en suprimir els especialistes de segon nivell assistencial, i fer que aquesta tasca la realitzin especialistes de hospital de referència que es desplaçarien als CAPs.

El sistema públic de salut català disposa d'una xarxa de serveis sanitaris d'utilització pública integrada per "proveïdors" d'atenció sanitària (o empreses que dispensen els serveis de salut) de titularitat pública i privada. Ja Weber exposava que en l'administració

burocràtica aquells que exerceixen al sistema sanitari no serien els seu propietaris, rebrien els diners i estarien subjectes a rendició de comptes (tindrien deures objectius al seu càrrec), tindrien una jerarquia administrativa rigorosa amb competències fixades, en un contracte. (Weber, 1944). En tots els casos les inversions provenen del Departament de Salut i el Catsalut. Entre els diferents “proveïdors”, destacarem L’Institut Català de la Salut (ICS), creat el 1983. És el major proveïdor públic de serveis sanitaris de Catalunya. Amb una plantilla de més de 41.000 professionals, l’ICS presta atenció sanitària a gairebé sis milions d’usuaris, xifra que suposa el 76,5% del total d’assegurats a Catalunya. Gestiona 8 hospitals i 286 CAPs entre d’altres serveis. És una empresa pública⁹ des del 2007 adscrita al Departament de Salut. (Generalitat de Catalunya, 2011)

L’ICS està organitzat territorialment en 9 gerències: Lleida, Camp de Tarragona, Barcelona, Girona, Metropolitana Sud, Metropolitana Nord, Catalunya Central, Alt Pirineu i Aran i Terres de l’Ebre.

a.3- Personal sanitari: els professionals oficials de la Salut

Els professionals sanitaris serien aquells que oferirien una atenció a la salut i que disposarien d’una titulació oficial que legitima i legalitza el seu exercici dins el sistema biomèdic. Principalment es tractaria, com a nucli bàsic: metges, infermeres i treballadors socials, tot i que també podrien ser inclosos: odontòlegs, psicòlegs, podòlegs, llevadores, tècnics de laboratori o Rx, farmacèutics, veterinaris,... (Martín Zurro, 2003)

Com Weber explicava l’administració burocràtica per aconseguir racionalitat, exigeix una “formació professional” validada pel propi Estat. Sols accediria al quadre administratiu el qualificat amb èxit a través d’unes proves, i llavors passaria a ser nomenat “funcionari”¹⁰ (Weber, 1944). La finalitat del sistema de provisió és garantir la igualtat efectiva de tots els aspirants i l’el·lecció es realitza seguint la rigorosa qualificació final dels aspirants. El procés de selecció eliminaria als no-aptos i ordenaria als qui opten segons els resultats d’un examen, els mèrits acreditats (Màsters, Post-Graus, Cursos, Docència, Pòsters,

⁹ ser “empresa pública” suposaria, en principi, més descentralització organitzativa i per tant, autonomia per als serveis i centres.

¹⁰ tot i que Weber els anomena “funcionaris” i actualment també s’usa”, els sanitaris que accedeixen a una plaça a la funció pública són nomenats “estatutaris”

Articles, comunicacions,...), demostrar coneixement de la Llengua Catalana, i de vegades segons la convocatòria, una entrevista personal. Per optar a una plaça a l'ICS cal acreditar una formació mínima oficial que diferiria segons el grup professional. En el cas dels metges, les convocatòries de les places ja són per especialitats concretes. En canvi, per les infermeres, les convocatòries serien de caràcter general, i l'especialitat seria un mèrit més a comptabilitzar i no caldria acreditar cap especialitat per optar a les places ofertades, excepte en el cas de les llevadores, infermeres del treball i en algunes CCAA, les infermeres de Salut Mental¹¹.

El personal del sistema sanitari públic, en virtut a la seva qualificació professional rebrien un sou fix, estarien sotmesos a disciplina i vigilància administrativa i exerceixen com a única professió (Weber, 1944). En aquest sentit, immediatament després a la Reforma de l'Atenció Primària, va sorgir la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, que obligava a ocupar un únic lloc de treball a càrrec de l'Estat¹². Aquesta llei sí permetria l'exercici en l'àmbit privat¹³. L'objectiu d'aquesta llei, entre d'altres, era evitar que els metges anessin a exercir, a més de a la seva plaça hospitalària, a assumir un "cupo"¹⁴ de pacients a un ambulatori de 2 hores. Amb la Ley de Incompatibilidades, es pretenia en part, millorar la implicació de qui ocupés la una plaça. En resum, amb la Reforma de l'AP es van incloure canvis organitzatius que suposaven que metges i infermeres exercissin amb dedicació completa 40 hores setmanals (8 hores diàries, 7 hores actualment), fent activitats de prevenció i curació, atenent zones de salut que comprendrien entre 5000-25000 habitants, amb una ordenació del treball i horari que facilités la interrelació dels professionals, amb un sou fix amb diferents complements (que difereixen significativament entre Comunitats Autònomes). (Martín Zurro, 2003)

¹¹ És a dir, en els cas de les oposicions dels metges, sols qui acreditin l'especialitat poden optar, com succeeix també amb les llevadores, infermeres del treball i en algunes CCAA, les infermeres de salut mental. En el cas de la resta d'infermeres, generalistes, qualsevol infermera pot optar a un concurs oposició d'infermeria, sense acreditar cap especialització i exerceixi on exerceixi. Si tingués alguna especialitat, aquesta seria valorada com un mèrit

¹² a excepció dels professionals que a més desenvolupaven activitats en l'esfera docent universitària. Aquests sí tindrien permès l'exercici en un segon lloc de treball, sempre i quan fos amb un temps de dedicació no superior a la del temps parcial i amb una durada determinada.

¹³ actualment però, si s'exerceix fent assistència, recerca o docència en qualsevol altre àmbit a més de l'ocupat a l'empresa pública, es deixa de rebre el "complement per exclusivitat" a la nòmina

¹⁴ s'anomenava i encara anomena "cupo" al grup de pacients assignats.

En l'ICS les normes d'aplicació, tant en la selecció com en la provisió de places vacants del personal estatutari, són la Llei 55/2003, de 16 de desembre, del personal estatutario dels serveis de salut i el Decret Llei 1/1999, de 8 de gener, actualment vigent fins que la Comunitat Autònoma desenvolupi normativa pròpia al respecte. Els diferents professionals¹⁵ que accedeixen a la selecció de personal fix ho fan a través del sistema de concurs oposició. Mentre una plaça no és ocupada pel seu titular, l'ocupa personal interí o eventual. Les tasques que desenvoluparien una i altres serien les mateixes. Tenir la "plaça en propietat" suposa beneficis com l'estabilitat laboral i l'accés a retribucions i complements específics (com el complement per "carrera professional" i triennis).

Aquests professionals podrien ocupar distints càrrecs amb rols diferenciats segons els diversos estrats d'autoritat administrativa dins la institució que treballen. A grans trets trobaríem:

- Càrrec gerencial: ostenta la major autoritat. No atén a pacients.
- Càrrec directiu: càrrec intermig. Poden atendre pacients però tenen bona part de la jornada laboral dedicada a gestió.
- Càrrec tècnic: càrrec de suport. Poden atendre a pacients o no, desenvolupen tasques organitzatives de recerca o projectes docents o assistencials entre diferents serveis.
- Càrrec assistencial o clínic: és el càrrec amb menor autoritat. La seva jornada laboral complerta o bona part d'ella és dedicada a atendre pacients. Són la cara visible pels usuaris del sistema sanitari.

Els anys '90 de Miguel explicava que dues dècades enrere "els experts vaticinaven la desaparició de les professions (no sols les sanitàries), argumentant que en un estat modern els antics gremis medievals no tenien raó de ser" (de Miguel, 1990). Sense desaparèixer, les professions sanitàries s'han replegat. (de Miguel, 1990). Aquests canvis dins la professió junt amb els canvis estructurals, obligarien als professionals a tenir que readaptar-se a la nova arena que és el sistema sanitari d'Espanya i Catalunya.

Els conceptes moderns d'organització del treball (per la complexitat tecnològica i científica així com per l'optimització d'eficàcia) estan basats en el treball de l'equip, fent

¹⁵ Weber definia professional com l'especificació, especialització i coordinació que mostren els serveis prestats per una persona

que hagin de col·laborar individus amb un origen formatiu i perfil professional diversos. La tendència dels professionals de la salut a tenir que col·laborar en grup és cada vegada major. (Zurro, 2003; Rodríguez, 1987). L'activitat professional és una activitat complexa fruit també de la complexitat de la estructura sanitària espanyola (Rodríguez, 1987). Tenir que interactuar entre professionals sanitaris que, a més, estan encara adaptant-se a canvis estructurals pot suposar quelcom més que la mera transacció d'informació.

b)Una aproximació a l'estudi del sistema biomèdic des de l'Antropologia

Aquesta disciplina ha seguit un desenvolupament en l'abordatge de la malaltia i els sistemes mèdics que ha fet que hagi variat des dels seus inicis. En un principi, es va centrar en sistemes mèdics no occidentals. Estudiant les diverses dolences i les diferents ideologies dels distints guaridors, analitzava els processos de validació social i les institucions sanitàries exòtiques. Els antropòlegs feien tot això, analitzant les "altres" pràctiques mèdiques, partint de que el seu model biomèdic era un model de referència inqüestionable. Actualment ja es parteix de que la ciència i la medicina occidentals són un constructe humà i, per tant són una representació més de la realitat, una part de la realitat viscuda. Finalment, la distinció tradicional en Antropologia entre ciència i creença, s'acabaria permeabilitzant i l'Antropologia Mèdica podria entendre's com un producte intel·lectual d'aquesta dialèctica entre allò racional i creencial (Martínez, 2008).

Com descriu Martínez, es podria entendre que s'han donat 3 etapes en el tractament antropològic de temes com la malaltia i els sistemes mèdics, que tot i dibuixar una successió temporal, poden coexistir actualment (Martínez, 2008),

- La primera etapa: que anomena "Model Clàssic". Les bases d'aquest model serien la marginalitat de la malaltia en els informes etnogràfics i el situar aquestes realitats vinculades a la màgia, bruixeria o religió (Assenyalant la demarcació entre ciència i creença).

- La segona etapa: que anomena "Model Pragmàtic". De Miguel destacaria la influència de 5 línies intel·lectuals en l'aparició de l'Antropologia Mèdica: 1. La orientació de la història de la medicina de la dècada dels '50 cap a bases tòriques i metodològiques més properes a les Ciències Socials. 2. Investigacions sobre problemes psiquiàtrics i

urbanització alentades per l'Escola de Chicago. 3. Expansió dels estudis sobre cultura i personalitat. 4. Cristal·lització de les investigacions etnomèdiques. 5. Potenciació a partir dels anys '40 de programes de Salut Pública en els països no industrialitzats amb l'ajut de fundacions i organitzacions internacionals com l'OMS. (De Miguel, 1980). Aquestes aportacions, tot i que decisives, no suposen un debat sobre la natural cultural o social de la malaltia o l'estatut dels sistemes terapèutics nadius front a la medicina occidental o biomedicina. Els anys '70 es comença a gestar una temptativa de construcció teòrica i conceptual tant de la malaltia com dels sistemes biomèdics. (Martínez, 2008).

- La tercera etapa: que anomena "Model Crític". Trencar el límit entre creença i ciència, entre cultura i biomedicina i s'establiria un criteri de simetria entre medicines (Martínez, 2008). Les institucions sanitàries serien clau per entendre problemes com el poder i la dominació social. En aquesta etapa, autors com Menéndez, Kleinman, o Good, explicitarien que la biomedicina no pot ser una referència teòrica i conceptual per l'antropologia mèdica, sinó, en tot cas, un dels seus objectes d'investigació (Martínez, 2008).

Davant la desmitificació del coneixement biomèdic, ella mateixa es presenta com un enorme camp etnogràfic. Kleinman contemplava la biomedicina com un sistema cultural, que permetria tant dotar de significat la malaltia com donar-li forma mitjançant mètode terapèutic-instrumentals. (Kleinman, 1980 a Martínez, 2008). També Bourdieu ja s'havia referit a una "estructura estructurant" al entendre la ciència com cultura. (Bourdieu, 2001)

Més enllà d'estudis comparatius entre diferents modes d'entendre la salut o estudis centrats en la formulació del "paper del pacient", original de Parsons, o també altres estudis sobre les malalties com a forma d'aberració social, Greenwood proposava anàlisis en profunditat dels propis sistemes mèdics, fugint de l'homogeneïtzació (que per exemple feia Foucault de la història de la medicina, presentant-la com un tot homogeni) i mostrant la diversitat que es donaria, ja no sols entre sistemes mèdics diferents, sinó dins d'un mateix sistema sanitari i a incorporar-hi pel seu anàlisi perspectives històriques i sociològiques. (Greenwood, 1984). Tal i com Kleinman deia, la malaltia és una construcció social de la realitat de la que l'etnògraf seria un espectador de luxe (Kleinman, 1995), i

aquest espectador no hauria d'oblidar les mateixes dinàmiques socials dins el grup que forma el sistema sanitari.

Bourdieu també va introduir la idea de que calia començar a pensar en “camps” per trencar amb la idea de que la “comunitat científica” forma un grup unificat, pràcticament homogeni. També començava a trencar amb la concepció de que el món científic era “un món d'intercanvis generosos en el qual tots col·laboren en un mateix objectiu. Això suposava un idea de submissió voluntària que xocava de ple amb els fets: hi hauria lluites entre estructures de dominació” (Bourdieu, 2001)

El sistema sanitari és llavors una màquina classificadora dels pacients i també ho seria dels individus qui exerceixen en ell, donant un “conglomerat de signes distintius destinats a ser valorats i apreciats així com signes d'autoritat destinats a ser creguts i obeïts”. (Fernández-Rufete, 2000). Hi hauria diferenciació en el cos humà que es tracta. I també el cos de sanitaris es fracciona, distingeix i ordena.

El fraccionament i la especialització són pròpies del món de la salut. El cos, tal i com diu Good, “es revela com un àmbit amb compartiments naturals” (Good, 2003). Seguint la seva estructura per sistemes, òrgans,... s'ordena el seu coneixement per aportar una adequada mirada mèdica. Les diferents especialitats mèdiques tenen molts anys d'antiguitat, i es van crear per atendre i resoldre aquelles dolences seguint criteris d'ordenament “natural”.

El sistema biomèdic és un gran sistema classificador: de signes, de símptomes, de malalties i de professionals que en ell exerceixen. Al ser classificat l'individu quedaria consagrat als límits de la institució. La classificació notifica a l'individu què és i el que ha de ser de llavors a endavant. Al classificar s'atorguen significats socials i, per tant, morals, a signes i/o símptomes, definint què és normal i què no ho és, controlant i regulant allò anormal o desviat. Foucault i Menéndez també coincidirien en apuntar que la malaltia, és i ha estat una àrea de control social i ideològic. Llavors el sistema sanitari seria un element, una institució de control social. Tal i com Rodríguez explicava, hi hauria 2 mecanismes a través dels que el sistema sanitari reproduiria els valors dominants a la societat de la mateixa manera que la religió o el dret, tot l'aparença altruista dels seus serveis:

- la medicalització: tant de la desviació com de la societat. Medicalitzant¹⁶, la professió mèdica consolida el seu paper de definidor d'allò normal i de l'anormal, i al atorgar-li responsabilitat de multitud d'aspectes vitals a la Medicina, s'augmenta la dependència cap a ella. Medicalitzant certs aspectes vitals, el patiment (amb sensacions tan quotidianes com la tristor, per exemple) quedaria deslegitimitzat per la biomedicina, que passaria a entendre'l directament com una malaltia. (Kleinman, 1995). Aquesta medicalització també modificaria la vivència i interpretació d'allò que es sent i viu. La malaltia no seria quelcom ni tan biològic ni "natural" com semblaria quan reproduceix els valors dominants que ens diuen què ha de ser normalitzat o "curat" i evitat.
- L'assistència sanitària: quan a través d'ella es reproduïen tant les desigualtats socioeconòmiques com els valors ideològics dominants.

La nostra societat tindria lleis en la representació de l'ordre social, i la ciència tindria un paper actiu en la reproducció d'aquest ordre. Els sanitaris impartirien ordre quan ajuden a classificar i ordenar allò normal i el que no ho és. Els metges quan amb la seva suposada objectivitat impartirien ordre social reproduint els valors dominants a la societat. (Rodríguez, 1985). Aquesta autoritat tindria un caràcter simbòlic, que implica la col·laboració dels mateix pacient. Un exemple d'aquesta situació seria "l'eficàcia simbòlica" atorgada al nostre sistema mèdic (en el sentit que Lévi-Strauss donaria al concepte) (Levi-Strauss, 1968), basada en la presència, la paraula o la bata blanca del metge, en els tractaments o en "l'efecte placebo".

Aquestes lluites de poder i força de les que participen els professionals de la salut no són externes a ells o alienes a la institució on treballen. Freidson ja ens va fer veure que, en general, els treballadors no són simplement éssers passius del poder, de la riquesa i de la tecnologia organitzats: "fins i tot sota les circumstàncies més restringides i sense el benefici de l'organització i el privilegi professional, ells construeixen, a partir del medi ambient laboral i dels seus recursos disponibles, l'oportunitat per treballar en la manera que ells mateixos consideren adequada" (Freidson, 2005). Aquests esforços realitzats pels mateixos professionals en interacció amb parts tan rellevants com els

¹⁶ la medicalització seria un procés que faria que qualsevol problema, no necessàriament sanitari, sigui considerat un problema de salut.

consumidors/pacients i els membres d'altres ocupacions (ja sigui en la seva institució o una altra) i dins de les coaccions limitants de la macroestructura, haurien de ser, d'aquesta manera, una part essencial de l'anàlisi. Mantinent un nivell d'abstracció que garanteixi que no es confon el particular amb en general, aquest enfocament estaria destinat a dotar de sentit als processos que es donen". (Freidson, 2005)

A l'hora d'endinsar-se dins el coneixement del mateix sistema sanitari, podem tenir en compte el que Pouillon anomenava "triangle terapèutic" format per terapeutes, malalts i societat (Pouillon, 1970 a Granero, 1982), estretament relacionats i que variarien segons els contextos, les malalties o els tractaments, tot i que aquest trinomi es mantindria com una conceptualització generalitzable. Martín-Zurro al abordar els usos del sistema sanitari, també parlaria del trinomi format per l'usuari, professional i organització. (Zurro, 2003,85)

Quant a les limitacions de la disciplina antropològica al abordar l'estudi dels sistemes sanitaris, Greenwood també explicava que un defecte que trobava als treballs fets fins a meitats dels anys 80 era que concentraven la seva atenció sobre un grup en particular: o els metges o els pacients o les institucions, però no la seva combinació. (Greenwood, 1984).

Menéndez també apuntava que les darreres dècades, la producció antropològica no inclou o secundaritzava els factors de tipus polític i/o de tipus econòmic, quan es descriuen o interpreten processos o factors culturals referits al procés salut/malaltia atenció (Menéndez, 2000).

En aquest sentit, valdria la pena seguir amb el camí encetat els darrers 20-30 anys que ha volgut superar aquella mirada sobre altres cultures i hauria volgut endinsar-se també dins el propi sistema biomèdic occidental per aprofundir en el seu coneixement i aportar un anàlisi que permeti millorar-lo, així com també hauria incorporat dins el ventall de pràctiques occidentals aquells aspectes de medicina popular i no científic-occidental, ja siguin primitius o moderns (el que es coneix com Etnomedicina).

Davant la proposta d'incorporar els factors culturals a la biomedicina sembla que sols s'haguessin de tenir en compte els condicionants culturals relacionats amb l'entorn i els

de les persones ateses o pacients. Tal i com Menéndez explicava, entenem que els factors culturals són presents a les representacions i pràctiques respecte al procés salut/malaltia/atenció, i també s'hauria d'assumir que aquests factors són presents en les formes de diagnòstic i tractament, de tots els agents de salut, també els biomèdics (Menéndez, 2000). Aquí l'Antropologia tindria un paper rellevant al contribuir a descodificar-los, tant per entendre la relació sanitari-pacient, com la relació sanitari-organització, com les mateixes relacions entre sanitaris.

Com afirma Martínez, “una de les múltiples paradoxes del nostre temps és que, quant majors són els avanços mèdics i més destacat és el desenvolupament biotecnològic, més necessitem teories socials que ens convidin a repensar la salut i la malaltia en un món divers”. (Martínez, 2008).

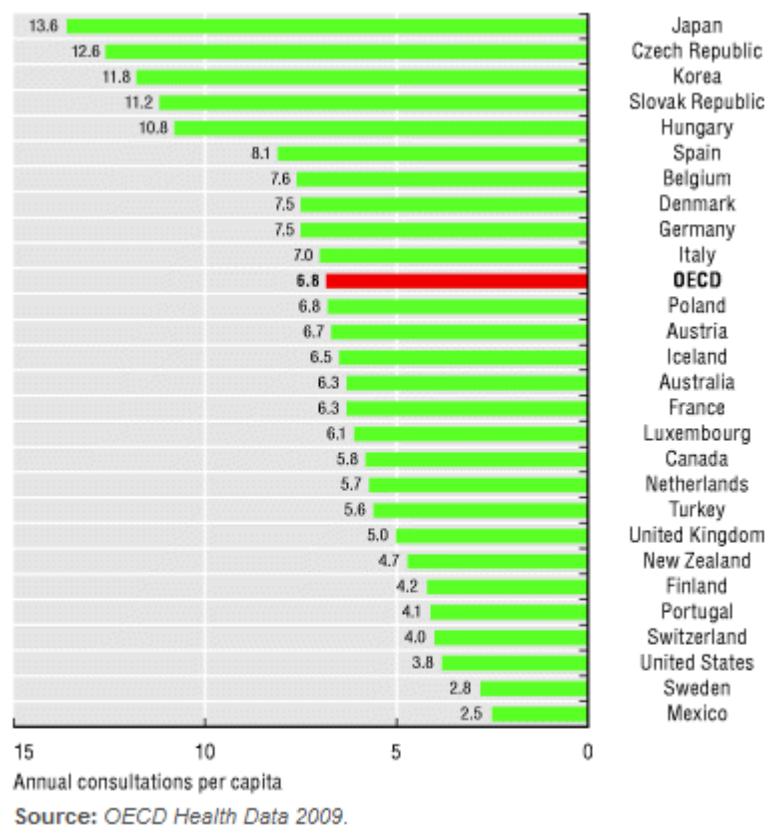
A l'hora de cercar significats i interpretar, l'Antropologia podria tenir molt a dir quan volem saber què succeeix dins estructures complexes i enormes com el sistema sanitari d'un país. No es tractaria d'una aportació que es llegeixi com un atac a la medicina occidental (que ha tingut una efectivitat demostrada), sinó que senyalaria que l'hegemonia i arrogància amb que es presenta, ha de ser situada dins els justos límits. (Prat, 1980).

c)La Continuïtat Assistencial

c.1- La Continuïtat Assistencial des de la Biomedicina

Ja hem vist que actualment, el descens de les malalties infeccioses, l'augment de la esperança de vida i la millor qualitat de vida, ens han dut a la cronicitat d'alguns dels processos salut/malaltia. Malaltia crònica segons l'O.M.S és “aquella de llarga durada i progressió lenta: com la malaltia cardíaca, embòlies, càncer, malalties pulmonars cròniques i diabetis. Són de llarg, la primera causa de mortalitat al món, i representa al voltant del 60% de les morts” (OMS, 2011). Aquesta continuïtat en el temps d'un mateix episodi, fa que no sols sigui abordada, tractada ni tinguda en compte per un únic agent de salut.

Actualment, Espanya és un dels països amb més freqüentació sanitària d'Europa:



Taula 1: Doctors consultations per capita, 2007. OECD Health Data 2009.

Existeixen tres factors que influïren que aquesta elevada freqüentació sanitària: a) la cronicitat, a la que fem referència, b) la medicalització, entesa com l'expectativa de que un agent de salut pot resoldre malestans i problemes no necessàriament sanitaris i c) un elevada accessibilitat¹⁷ dels serveis de salut públics (de vegades qüestionada), el que ens duu a la necessitat d'augmentar la comunicació entre nivells assistencials. També la Continuitat Assistencial es percep com una necessitat pels pacients, les seves famílies i els sanitaris (Gómez, 2006).

La fragmentació i la continuïtat de l'atenció serien termes oposats. La Coordinació Assistencial és la capacitat dels serveis sanitaris per oferir sincronitzadament un objectiu

¹⁷ que a més va en augment: de 6,2 contactes per individu a l'any en 1998 a 9 contactes per individu a l'any en 2010. (OCDE, 2010)

assistencial comú sense que es donin descontres que perjudiquin al pacient (Starfield, 2002; Bodenheimer, 2008). La Continuïtat Assistencial (CA), segons la definició clàssica, “és la percepció que té l’usuari sobre la coherència sobre aquesta assistència coordinada que rep al llarg del temps”.(Aller, 2010) i estaria relacionada amb una millor qualitat assistencial i estalvi econòmic. (Foy, 2010).

La col·laboració entre professionals sanitaris és un tema recurrent al parlar d’efectivitat dels models sanitaris (Gaboury, 2009, Baxter, 2008. Aller, 2010), però la literatura revela que els estudis realitzats des de l’entorn biomèdic són escassos, i focalitzen sovint tan sols un aspecte de relació: el que mostra el punt de vista del pacient (Aller, 2010). A més, es sol treballar en una única institució (Caplan, 2008; Baxter, 2008) i no contempen la relació entre nivells professionals. Altres limitacions serien que fan referència a qüestions relacionades amb despesa sanitària, que es realitzen a altres països occidentals (Canadà, Regne Unit, EEUU, Holanda i Nova Zelanda) que tenen contextos i realitats històriques particulars i molt diferents a la situació d’Espanya i Catalunya, pel que els resultats serien poc extrapolables. Fins i tot el meta-anàlisi que realitzaren Foy et al·l conclouien que es donava una gran heterogeneïtat segons els països d’on provenien els treballs: EEUU, Holanda i Canadà (Foy, 2010). Finalment, que solen fer referència a una única patologia, pel que són massa específics (Aller, 2010).

Al realitzar la revisió de bibliografia biomèdica que ha abordat la relació entre professionals assistencials bona part coincidien a destacar la importància de l’estructura del sistema sanitari com a element clau per facilitar o limitar la relació interprofessional i coincidien en assenyalar la necessitat de potenciar organitzativament la continuïtat assistencial. (Xyrichis,2008; Baxter, 2008; Gaboury, 2009). Sobre a contemplar la relació professional més enllà de la pròpia institució sols va ser trobat un treball que analitzava la relació de professionals biomèdics amb professionals de medicina complementària i alternativa (Gaboury, 2009).

Dins el context sanitari públic nacional un treball abordava la percepció de la relació entre àmbits assistencials al seu treball per metges directius, tant hospitalaris com primaristes a la Comunitat Valenciana. L’estudi pretenia comparar la valoració de la relació entre nivells professionals en 2 moments diferents després de la Reforma Sanitària: en 1992, al seu inici, i en 2001, en consolidació. Concloïa que la interrelació entre els àmbits

hospitalari i primari no és bona, que els problemes i les solucions serien les mateixes que en 1992, i que en els professionals primaristes s'observaria un major desencís. (Gómez, 2006).

Dins el context dels sistema sanitari públic de Catalunya tan sols un text va ser relacionat amb els temes tractats: abordava exclusivament la percepció del pacient a l'hora de valorar la continuïtat assistencial entre un centre hospitalari i el seu CAP. Com a resultats rellevants mostrava que els usuaris opinaven majoritàriament que hi havia una bona continuïtat assistencial i que una quarta part dels enquestats trobaven que un element de discontinuïtat era una inadequada transferència d'informació clínica. (Aller, 2010)

Es donaria la paradoxa de que, tot i admetre en revisar la bibliografia que el col·lectiu de sanitaris biomèdics seria un grup variat i heterogeni (i al descriure'l es realitzen distincions per sistema sanitari, país, especialitat, formació, institució, nivell tecnològics...), des de la biomedicina mateix se'l segueix tractant com un bloc homogeni i les distincions que es fan s'explicarien per l'abordatge terapèutic de la patologia que atendrien protocolitzadament: Salut Mental, Accidents Vasculars Cerebrals, Càncer i Diabetis que servirien per analitzar tan sols el seu impacte econòmic directe (en termes de procediments terapèutics o de dies d'ingrés hospitalari).

Altres situacions que es poden donar en tota relació humana, sigui quin sigui el context, com la conflictivitat, no ha estat investigada àmpliament i sol ser silenciada en l'àmbit laboral sanitari, tot i que es reconeix com a inevitable fins a cert punt si es dóna treball conjunt multidisciplinari (Caplan, 2008). També es fa referència a les diferències de poder i d'estatus (Baxter, 2008), que poden ser apuntades com a claus per entendre les pràctiques, però sense entrar-hi més, i no s'analitzaria què suposen quotidianament o què les generaria.

c.2- La Continuïtat Assistencial des de les Ciències Socials

Tal i com Kleinman deia la recerca clínica és més una ciència social que una ciència biològica, ja que aquesta recerca acaba conclouent i emfatitzant la importància de la comunicació en les relacions d'atenció de la salut, els conflictes i negociacions entre els diferents agents de la "realitat clínica". (Kleinman,1977). Probablement quan ell parlava

de la necessitat de “traduir” conceptes referents al tractament o expectatives, ell fes referència a les divergències entre sanador i pacient, però la idea seria aplicable a els diferents agents del sistema biomèdic que també formarien part de la “realitat clínica” de la que parlava. Aquest realitat necessàriament no hauria de ser un procés breu o limitat en espai i temps.

Comelles i Martínez parlaven del procés assistencial com a “Itinerari Terapèutic”, al que també hauria fet referència Mallart. Seria el procés seguit, individualment o col·lectivament, per mantenir o recobrar la salut. (Comelles, 1993). Inclouria les diferents transaccions que es donen per la cura de la salut que anirien des de l'autocura, consultar a profans o acudir als professionals d'un sistema sanitari. Es tracta d'un model descriptiu que altres autors han usat tot i que hi hagin fet referència amb altres apel·latius : *help-seeking process* (Chistman, 1977 a Comelles, 1985), *Carrera Moral*¹⁸ *Sickness Process* (Twaddle, 1980 a Comelles, 1985), procés assistencial (Comelles, 1985). En tots ells l'atenció del “profà” ocupa un lloc capdal així com la assistència de les xarxes socials, que els darrers anys amb els avanços tecnològics per mitjà d'internet s'hauria diversificat.

Si bé, la diversitat és reconeguda en la consecució de l'itinerari terapèutic, la diversitat no es contemplaria al parlar dels diferents agents del sistema sanitari. Se'ls entén sovint com un únic bloc homogeni, donant per fet la continuïtat en les seves intervencions i processos. Com dèiem, els darrers canvis socio-demogràfics han fet augmentar les patologies cròniques, el que implica que probablement hagin d'intervenir en l'itinerari terapèutic d'un individu no un, sinó diferents professionals de la salut. Aquests poden exercir al mateix nivell professional, però també pot succeir que exerceixin al a diferents nivells assistencials (primari i hospitalari).

El sistema sanitari espanyol i la seva reforma va ser motiu d'anàlisi de prestigiosos investigadors socials. Dins d'aquests treballs, es poden recollir pistes sobre com es concep la relació entre nivells assistencials. Seguint a Bravo i col·laboradors, amb la Reforma de la Sanitat s'havia d'aconseguir la coordinació dels serveis hospitalaris i els ambulatoris. El nou personal hauria de tenir incorporada com una qualitat el contemplar el sector sanitari com un sistema únic i integrat, però finalment la falta de connexió entre els

¹⁸ Goffman està interessat per la carrera moral, especialment la dels malalts mentals, com estratègia comprensiva dels seus trajectes vitals , socials i morals. (Goffman, 1988 a Martínez, 2008.)

ambulatoris i hospitals era complerta. (Bravo, 1979). Rodríguez i de Miguel, exposaven que la voluntat ministerial davant la reforma sanitària era “un clar desenvolupament de l’AP (...) els CAPs havien de ser el centre del sector sanitari públic (...) però en canvi a l’articulament de la LGS no apareixen com a bàsics ni centrals. Semblaria que la seva major aportació seria reunir sota el mateix sostre a tots els professionals primaristes de la zona. (...) Sembla que la LGS prova d’integrar l’atenció sanitària, és a dir, coordinar hospitals i ambulatoris, però no dóna cap fórmula per coordinar-se i passa la responsabilitat als nous serveis de salut de les 17 CCAA”. (Rodríguez, 1989).

Rodríguez apuntava que resulta curiós que els principals problemes que la professió mèdica destaca de la organització de la sanitat, siguin part essencial del conjunt de valors i característiques que han definit la professió mèdica (Rodríguez, 1987). Les queixes dels metges¹⁹ eren que el sistema sanitari no satisfaria a la població, burocratitza la pràctica, deshumanitza i inhibeix la iniciativa i afany de superació del metge. (Rodríguez, 1987; Aguinaga, 1986)

Sembla coincident el que mostren alguns estudis sociològics amb el que van concloure els investigadors biomèdics: que el sistema sanitari i els factors estructurals influïrien les conductes que els professionals sanitaris tindrien cap als pacients i entre ells mateixos. De Miguel afirmava que a Espanya hi hauria hagut una reforma que no modificava i adaptava l’estructura, que seguia pràcticament igual que abans que es produís: desorganitzada, fragmentada, tecnificada i que continuaria legitimant els grups de poder (que s’haurien reforçat encara més amb els canvis), reforçant l’hospitalcentrisme. (de Miguel i Guillen, 1990).

Com hem comentat anteriorment, multitud de treballs recullen la relació entre pacient i sanador, ja sigui en el nostre entorn com a altres contextos no occidentals. Malauradament la relació entre professionals sanitaris de diferents nivells assistencials no ha estat motiu de recerca d’investigadors socials.

L’antropòleg, des d’un punt de vista interdisciplinari, es troba en les millors condicions per analitzar allò que desborda al metge (o a altre sanitari) i no percebria per sí mateix ja

¹⁹ objecte de la majoria d’estudis sociològics. Poques vegades s’incideix en altres professionals sanitaris

que estaria immers en els seus propis rituals i sense perspectiva. La col·laboració interdisciplinària i el potencial de l'ajut de disciplines com l'Antropologia es veuria més reconegut quan es veuen treballs encetats recentment com "La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas" dirigit per una autoritat com Vicenç Navarro i on participen en l'equip també experts sanitaris, on també es vol abordar una menor fragmentació de l'assistència i una major Continuitat Assistencial, que no s'hauria aconseguit malgrat la reforma de l'Atenció Primària. (Navarro, 2009)

Les estratègies emprades per analitzar altres fenòmens relatius a la salut, com les interpretacions dels malestars i la relació amb els diferents sanadors des del punt de vista del pacient, ara poden ser emprades per saber com entenen els sanitaris que s'han de relacionar entre ells. Saber dels "Models Explicatius"²⁰ dels sanitaris sobre les transaccions que es produeixen entre ells, aportaria coneixement sobre ells mateixos i el sistema sanitari, ajudaria a plantejar aspectes a millorar i com afrontar-los, el que beneficiaria l'atenció als pacients. L'estudi dels Models Explicatius dels professionals sanitaris explica com ells dotarien de sentit un episodi laboral que requereix de contacte amb un sanitari d'un altre nivell professional, com es valoren i escullen les diferents opcions en les intervencions. L'anàlisi dels Models Explicatius seria un estri clau per entendre les diferents versions de la Continuitat Assistencial.

L'Antropologia no pretendria analitzar els processos assistencials pel seu contingut o eficàcia, sinó pels seus determinants (Comelles, 1985). L'aportació seria útil per un replantejament crític de la seva pròpia pràctica, ajudant a prendre consciència dels límits subtils entre el ritual i la tècnica científica, amb el fi d'articular-los amb honestat. (Prat, 1980).

De Miguel exposava els anys '90, que el poder del sistema sanitari hauria canviat de la professió mèdica establerta als nous gerents del sector (aquesta nova classe sanitària estaria composta per mànagers i economistes) (De Miguel, 1990.) De la mateixa manera que "creences" dels nadius sobre les etiologies de les malalties podien fer fracassar

²⁰ el concepte de Model Explicatiu va ser desenvolupat per Kleinman. Els models explicatius serien nocions que pacients, famílies i sanitaris tenen sobre un episodi concret de malestar. (Kleinman, 1988) Són descripcions informals i aporten una enorme informació vital. Aporten justificacions a les pràctiques. Estan basats en emocions, sentiments que no es poden expressar obertament.

la campanya de vacunació “millor” planificada (Martínez, 2008), no tenir en compte les “creences” dels sanitaris pot fer estèrils plans d’acció per afavorir la relació entre nivells assistencials impulsats per gerents economicistes.

De la mateixa manera que va ser un avanç considerar la malaltia una qüestió no exclusivament biològica, també l’Antropologia podria fer entendre la relació entre els professionals sanitaris de diferents nivells (hospitalària i primària) com una relació no sols tècnica i tecnològica. Dins el mateix sistema sanitari es podrien donar desigualtats (potser no de dret, però sí de fet) i components culturals podrien determinar les interaccions que s’hi donen entre sanitaris. Caldria accedir al sentit que aquesta relació té pels propis interlocutors, coneixent les construccions de significat que es donarien en el context cultural biomèdic.

Estem en un moment on coexisteixen una diversitat evident i una tendència homogeneïtzadora dels mitjans de comunicació i consum. La diversitat comporta lògiques de pertinença, que uneixen i separen. Tindríem pertinences diverses perquè establím vincles variats amb les diferents institucions, grups, persones que ens trobaríem en el nostre desenvolupament.(Comelles, 2008). Seria interessant analitzar aquesta diversitat i representacions en el mateix grup de professionals sanitaris amb un anàlisi interpretatiu de les relacions laborals que es donen entre ells.

TERCER CAPÍTOL: METODOLOGIA

1. Objectiu del treball

En aquest treball es volen assolir els següents objectius:

- Analitzar, comparar el discurs dels professionals sanitaris, metges i infermeres, sobre la continuïtat assistencial. Tant pel que fa referències conceptuals com a les pràctiques organitzades dels sanitaris quan es relacionarien amb l'altre nivell professional..
- Entendre la lògica organitzativa de tots dos nivells professionals.
- Intentar conèixer els models explicatius dels sanitaris, és a dir, com interpreten el que succeeix en les seves relacions institucionals.
- Conèixer quins elements són facilitadors i inhibidors de la relació entre nivells segons els sanitaris.

2. L'àmbit del treball

Des de l'octubre del 2008 he format part d'un grup de treball multidisciplinari que es va crear per intentar millorar la continuïtat assistencial entre un hospital terciari de Barcelona i els CAP de la zona. Aquest grup estava format per metges i infermeres, tant directius com assistencials, procedents d'hospital i de primària. Se'm va proposar formar-hi part per tant perquè sóc antropòloga, com pel meu rol com infermera assistencial. Aquesta tasca em va permetre assistir a trobades, reunions i actes que van ser situacions de les que vaig poder extreure dades rellevants que vaig recopilar mitjançant observació participant. Algunes d'aquestes dades han estat incloses parcialment en aquest treball com a notes de camp. El que va motivar no usar-les de ple va ser que no pretenia realitzar l'etnografia d'una organització en concret, en aquest cas, la del grup creat per afavorir la comunicació entre àmbits assistencials, sinó que pretenia saber què succeeix amb els professionals sanitaris biomèdics, en general, i els del territori de Barcelona Ciutat, en concret, quan s'han de relacionar entre ells. Podria haver-me limitat a entrevistar a les persones d'una

institució (o l'hospital terciari on estava o el CAP on exerceixo com infermera), però em va semblar més adient planificar trobades amb sanitaris de diferents institucions, fos quina fos, però sempre que es tractés de sanitat pública²¹.

Al contactar amb persones que exerceixen en diferents centres, el seu anonimat també quedaria més preservat. No he usat el nom dels llocs d'exercici dels informants, els seus noms han estat eliminats i he limitat aquelles referències que permetrien la seva identificació (curriculars o presència a actes/càrrecs públics).

Vaig decidir seleccionar informants metges i infermers donat que quantitativament formen bona part del total de sanitaris del sistema de salut públic català, tot i que per "professionals sanitaris" entenem que molts altres individus amb altres professions podrien haver estat inclosos al treball, tal i com es va apuntar inicialment al treball (treballadors socials, odontòlegs, ...).

La informació referent al discurs de sanitaris sobre continuïtat assistencials o relació entre nivells professionals, ha estat extreta d'entrevistes en profunditat realitzades a 9 persones.

3. Sobre les entrevistes.

Els objectius d'aquestes entrevistes eren: a) conèixer les premisses que condicionen la dinàmica i exercici professional i com repercuteixen en la seva relació entre els diferents àmbits assistencials i, b) conèixer què suposa per un sanitari tenir que relacionar-se amb l'altre àmbit assistencial. La informació que cercava tenia la voluntat de recollir els següents aspectes: valoració de l'estat actual de la relació entre nivells professionals de dos àmbits sanitaris diferents; elements que mostressin si es donava diferenciació entre àmbits assistencials, dinàmiques assistencials, docents i de recerca que descriuen els informants i la conflictivitat que se'n podia desprendre.

²¹ és a dir, tant fossin sanitaris que exercissin a l'ICS o altres "proveïdors" que ofereixen assistència dins el Sistema Sanitari públic català: consorcis, fundacions, instituts,...

4.Sobre els informants.

Per l'elaboració d'aquesta tesina van ser realitzades 9 entrevistes.

Inicialment es va escollir 8 persones, però es tenia la premissa de que si algun dels seleccionats suggeria que algú més fos inclòs, es faria. Es va triar dues persones dels diferents estrats, de les diferents posicions estructurals on es pot exercir a la sanitat pública catalana. Aquestes persones tenen diferents graus d'autoritat i ocupen diferents posicions respecte el fenomen observat. Dins de cada estrat, es va triar un hospitalari i un altre primarista per garantir la màxima representativitat segons el camp d'exercici professional: gerent (càrrec polític), directiu (càrrec intermedi), tècnic i clínic/assistencial. La 9^a persona inclosa va ser per recomanació d'un dels entrevistats; es tracta d'una infermera d'enllaç, ocuparia càrrec assistencial en un nivell intermedi o liminal entre la primària i l'hospitalària.

Els criteris emprats per la selecció dels entrevistats van ser que els informants fossin persones amb una trajectòria professional de al menys 10 anys d'exercici, amb un grau d'implicació amb les institucions on exerceixen, que, per motivacions i inquietud, tinguin relació i comparteixin projectes assistencials, docents o de recerca amb persones de "l'altre" àmbit assistencial.

Els seleccionats segons tasca i àmbit, van ser:

- Un gerent hospitalari. Codificat com a GH (Gerent Hospitalari).

Llicenciat en medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Gerent d'un hospital terciari a la regió sanitària de Barcelona. La seva gestió ha pretès una major relació entre nivells assistencials.

- Un gerent d'un àmbit d'AP de regió. Codificat com GP (Gerent Primarista).

Llicenciat en Medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Te la màxima autoritat, que li atorga el seu càrrec, dins el grup de primaristes de la regió sanitària de Barcelona Ciutat.

- Un tècnic epidemiòleg hospitalari de la regió. Codificat com TH (Tècnic Hospitalari).

Llicenciat en Medicina. Especialista en Epidemiologia. Professor de la Facultat de Medicina. Col·labora amb projectes assistencials i de recerca conjunts entre hospital i CAPs.

- Una tècnica primarista. Codificat com TP (Tècnic Primarista).

Llicenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. És directora d'un EAP. Col·labora amb projectes assistencials i de recerca amb el seu hospital de referència. També és professora associada de la Facultat de Medicina.

-Un directiu hospitalari que és també el responsable de les relacions institucionals amb l'AP de la seva zona. Codificat com DH (Directiu Hospitalari).

Llicenciat en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Va ser Gerent d'Àmbit d'AP temps enrere. Té un càrrec directiu a l'hospital terciari on treballa i és el responsable de les relacions del seu centre amb l'AP.

-Una directiva primarista. Codificat com DP (Directiva Primarista).

Diplomada en Infermeria. És directora d'un equip d'Atenció Primària (gairebé sempre és una tasca realitzada per metges).

-Un clínic hospitalari. Codificat com CH (Clínic Hospitalari).

Llicenciat en Medicina. Especialista en Cardiologia. Exerceix en un hospital terciari. Fa ocasionalment docència a metges de família. També és professor titular de la Facultat de Medicina. Ha tingut càrrecs de responsabilitat a societats científiques.

-Una clínica primarista. Codificat com CP (Clínica Primarista).

Llicenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Ha col·laborat en projectes per millorar aspectes assistencials (Junttes Clínicas).

- Una infermera d'enllaç. Codificada com IE (Infermera Enllaç).

Diplomada en Infermeria. Va ser suggerida per un entrevistat. És un professional clínic que depèn d'AP però és ubicada físicament a un hospital.

Com es van planificar les entrevistes

Vaig realitzar entrevistes semi-estructurades a 5 homes i 4 dones. Abans es va donar un contacte previ on s'explicava breument el projecte i es demanava la seva col·laboració. Aquest contacte es va donar amb els gerents a través de les seves secretàries per correu electrònic. Amb el clínic primarista i els dos directius: en persona i amb la resta d'informants: a través de correu electrònic. Anteriorment al contacte hi havia un coneixement previ.

El lloc on trobar-se en tots els casos va ser el lloc de treball de l'entrevistat, en el seu despatx. El moment era quan l'entrevistat proposava, la disponibilitat per part meua era total.

Entrevistes en profunditat

Les trobades es van produir del 26 de gener del 2010 fins el 10 de març del 2011.

S'usava una gravadora per enregistrar les converses de les quals es va fer la posterior transcripció, una vegada s'obtenia el consentiment del subjecte entrevistat. Si es feia referència a terceres persones, s'usen noms falsos. Per a les transcripcions esperava al menys que passés una setmana per mirar de prendre distància amb fets i les paraules, de manera que les meves emocions per la trobada influïssin el mínim possible en el redactat.

Sols una persona va demanar que no fos gravada, però sí va accedir a que prengués notes, a fi de recordar millor les dades més rellevants. Per garantir la fidelitat de les notes, una vegada redactada la transcripció, va ser revisada per l'entrevistat que va matisar o completar el que va creure adient. Sols es va realitzar la revisió del transcrit en aquest cas per assegurar que els esborranys i apunts que havia pres fossin suficients per reconstruir elements clau de la conversa.

La durada total de gravacions va ser de gairebé 6 hores. Cap de les entrevistes va durar menys de mitja hora ni més de hora i mitja.

Es tractava d'entrevistes semi-estructurades. Després d'agrair la col·laboració i garantir la confidencialitat, explicitava el meu rol en aquell moment com a antropòloga i no com infermera (que era com la majoria em coneixien), explicava de nou el projecte i engegava la gravadora. La pregunta inicial, oberta per afavorir el diàleg i que l'informant s'expressés amb llibertat, demanava conèixer la percepció de l'entrevistat de la relació entre els àmbits assistencials i com entenia la continuïtat assistencial. Els mateixos informants anaven llavors exposant el seu punt de vista i poques vegades vaig tenir que intervenir per reconduir la conversa o completar aspectes pendents.

5.Sobre la meva posició com entrevistadora-antropòloga-infermera

El propi procés de construcció dels meus sabers sota el prisma hegemònic de la biomedicina, pel fet de ser infermera i d'exercir com a tal, entenc que ha estat ben viu durant l'execució d'aquest treball i imagino que probablement l'hagi condicionat. Tot i que durant l'execució d'aquesta investigació mai he volgut deixar de ser qui sóc, en certs moments costava encaixar en tots dos rols, el d'infermera i el d'antropòloga, per intentar explicar la realitat que m'envoltava, la meua realitat quotidiana, i em feia replantejar-me tot el que veia i havia vist. Potser en part això passaria perquè, tal i com el mateix Byron J. Good diu al seu llibre, això de l'Antropologia Mèdica, d'entrada, sembla una espècie d'oxímoron: El terme "mèdic" sol denotar l'àmbit del racional, de les ciències naturals, on la cultura esdevé una intrusa per a la comprensió científica i la terapèutica racional. "Antropologia", d'altra banda, designa fundamentalment una visió historicista, una convicció de que tot coneixement està culturalment ubicat, que és relatiu a l'època històrica i a la seva perspectiva.(Good, 2003).

Conèixer els entorns o termes tècnics als que feien referència em va facilitar situar-me i interpretar la informació que em donaven, tenia familiaritat amb situacions o termes que s'exposaven. De tota manera, el fet de que em coneguessin com a infermera va suposar en alguns moments una trava al fer referència a qüestions assistencials o d'infermeria ja que llavors em demanaven el parer, la meua experiència o m'incloïen al seu discurs. En aquells moments vaig intentar no intervenir i retornava la paraula a l'entrevistat.

6.Limitacions del treball

Quant a les limitacions d'aquest treball que contribuirien a un nou estudi en el futur, trobaríem principalment,

- Incorporar el punt de vista de altres professions sanitàries menys majoritàries que la de metge o infermera, que de ben segur haguessin aportat el seu valuós punt de vista, amb les dificultats o peculiaritats afegides de pertànyer a un col·lectiu en franca minoria.
- També hagués estat oportú incorporar el punt de vista del pacient, afegint entrevistes en profunditat de usuaris del sistema sanitari català a la regió de Barcelona. Donada que la mateixa definició de Continuitat Assistencial incorpora el seu punt de vista, i tot i que l'objecte d'estudi són les relacions entre professionals, el fi últim és atendre a les persones i de ben segur la seva visió de certes absències o presències hagués estat reveladora. Si no ha estat afegit aquest punt de vista ha estat per limitació de temps.
- La principal font d'informació d'aquest treball han estat les entrevistes en profunditat. Caldria contemplar la limitació de recollir sols les representacions i no contrastar-les amb les pràctiques. Confrontant la informació recopilada amb les pràctiques quotidianes dels clínics, amb l'ajut de l'observació participant, hagués enriquit encara més aquest treball.

La voluntat de l'investigadora seria continuar amb aquesta cerca (potser reconduint-la) i elaborar una tesi doctoral. Ambdós aspectes sens dubte seran inclosos en el plantejament posterior.

QUART CAPÍTOL: RESULTATS

1. Representacions dels professionals sobre el què és la Continuïtat Assistencial.

En les narratives dels professionals es proposen representacions diverses que mostren la divergència que es dona al interpretar què és la Continuïtat Assistencial i com dur-la a la pràctica.

Les narratives dels informants ens permeten afrontar la divergència entre allò que s'expressa i les pràctiques i, amb l'ajut de l'anàlisi de l'antropologia intentar conèixer els Models Explicatius dels professionals.

A grans trets, trobaríem: d'una banda, una concepció més normativa, que reproduïx la definició formal i el discurs institucional. D'altra banda, una concepció més pràctica, centrada amb el comportament, que fa referència al que els entrevistats anomenen “*la realitat o el que es fa a la hora de la veritat*”.

1.a) Continuïtat Assistencial, definició formal i discurs institucional.

El terme “Continuïtat Assistencial” contempla a la seva definició el punt de vista del pacient a l'hora de valorar la coordinació quan circula entre els diferents professionals del sistema sanitari. A més, al entendre la coordinació dels diferents agents de salut, pressuposa una implicació dels professionals que, a més d'aportar les activitats curatives pròpies al procés assistencial, facilitin aquest recorregut.

Institucionalment i gerencialment es reconeix la importància de la col·laboració mútua, però els mateixos càrrecs gerencials veuen varietat en la interpretació, l'objectiu i el desplegament que permeti l'aplicació d'estratègies perquè es produeixi la relació. El Gerent Hospitalari comentava

“Jo penso que ara formalment no hi ha cap problema, que fa un temps, fa uns anys sí que hi era. Ara formalment no hi ha cap. Alguns entenem la comunicació entre nivells, però altres diuen d'acord, ho entenem, és així, alguns tampoc ho veuen igual, però ho veuen com un mitjà per tenir més recursos, (...) I que ho vegin amb un esperit clínic realment transversal, ah... n'hi ha pocs...”

Al parlar de la relació entre nivells professionals, els càrrecs gerencials i directius valoren i incorporen la figura del pacient en el discurs, mentre que en canvi aquells sanitaris que

fan assistència focalitzen el seu discurs en la informació clínica i els mateixos professionals. Al referir-se ocasionalment a les persones ateses es fa adduint a la dificultat que els suposa fer la seva feina amb una informació incompleta dels pacients. Clínic Primarista va dir *“Jo, bàsicament veig que no hi ha relació, no hi ha comunicació, al menys vista des d’aquí. Jo veig que quan els pacients van a l’hospital... els perdo, totalment.”*

1.b) Continuïtat Assistencial a la realitat o el que es fa a l’hora de la veritat.

Les representacions sobre la Continuïtat Assistencial varien en funció de les necessitats professionals, les seves narratives permeten analitzar-ho. Des del discurs dels informants hospitalaris, la Continuïtat faria referència gairebé exclusivament a les derivacions o consultes que reben dels metges de família²². La idoneïtat o no d’aquestes i com han estat redactades (incloent més o menys dades sobre signes i símptomes, proves,... considerats rellevants). La finalitat del contacte dels especialistes amb els primaristes (és a dir, els professionals que exerceixen a l’AP) seria una forma de controlar o limitar els pacients que els arriben²³. En canvi, no es dóna tanta importància a la obtenció de dades recollides a través de l’entrevista (coneguda com “Anamnesi”) relatives amb el coneixement de factors ambientals dels pacients: situació familiar, barreres arquitectòniques, estat del domicili, recursos econòmics,... ni tampoc a d’altres aspectes biomèdics o intervencions d’altres sanitaris, que a criteri dels especialistes no impactin directament en el seu camp. Aquesta situació és fins i tot aprovada per sanitaris primaristes *“Jo entenc que els ginecòlegs no vulguin ni saber ni veure el que jo he fet amb aquesta dona, no els cal”*.

Tot i que disposar d’informació sobre altres intervencions sanitàries es valora i aprecia quan se’n disposa, el no tenir cap dada sobre aquestes, s’accepta; en el cas de que la informació en qüestió no arribi en forma d’informació recollida al informe clínic, poques vegades s’inicien estratègies alternatives per mirar d’aconseguir-la. Els entrevistats que no són clínics reconeixen que hi ha dificultats que impedeixen als clínics operativitzar un flux o intercanvi fàcil. Tècnic Primarista deia *“La impressió és que ara en parlem molt, se’n xerra molt quan es parla de gestió, no sé si és algo polític, però que costa molt*

²² quan un metge de família no es veu capaç d’assumir el diagnòstic o tractament d’un episodi que presenta un pacient, ja sigui perquè no disposa de la tecnologia necessària o perquè el seu coneixement no és prou especialitat, pot derivar-lo al especialista per realitzar una consulta puntual o que el pacient segueixi el procés de diagnòstic o tractament a l’hospital

²³ al reunir-se amb els famílies els hospitalaris explicitarien què no hauria de ser derivat.

avançar, i a qui costa més avançar és als professionals”. Els mateixos entrevistats que fan assistència afirmen que no hi ha relació entre nivells assistencials o si el hi ha és “*un caos*”. En l’estudi realitzat a la Comunitat Valenciana per valorar l’evolució de la relació entre metges de nivells distints, també s’evidenciava que no hi havia comunicació ni diàleg. (Gómez, 2006).

Tots els entrevistats primaristes, i no els hospitalaris, admeten haver intentat contactar amb l’altre nivell assistencial, però no ser una pràctica habitual en el col·lectiu, que sols s’executa davant “*casos*” molt concrets que ho requereixen per la seva complexitat, pel seu interès clínic o per interès personal (el pacient és un familiar): suposa temps, és difícil i pot ser font o precursora de conflictes. Clínic Primarista afirmava “*Clar, quan has rebut diversos mocs, arriba un punt que ja...evites el contacte amb els de l’hospital. (...) És que últimament no em passa perquè ja no m’acosto!*”.

La divergència entre el discurs formal o institucional i el que succeeix el dia a dia és reconeguda per tots els entrevistats, evidencia una limitació del sistema sanitari que no facilitaria que es desenvolupi una tasca que valora com a fonamental en els seus discursos.

Seguint el que Byron J.Good recomanava, en aquest treball el que s’intentarà, més que centrar-nos en les creences i en els comportaments, centrar-nos en els “generadors”, el que ell anomenava *activitats interpretatives*, a través de les que les dimensions fonamentals de la realitat són confrontades, experimentades i elaborades (Good, 2003)

2.La consideració de l’Estructura Sanitària per abordar la Continuïtat Assistencial.

Haviem fet referència a que Menéndez apuntava que les darreres dècades, la producció antropològica no incloïa o donava prou rellevància als factors de tipus polític i/o de tipus econòmic, quan es descrivien o interpretaven processos o factors culturals referits al procés salut/malaltia atenció (Menéndez, 2000). Si clau és tenir en compte aquests factors en relació amb l’atenció als pacients, també déu ser-ho al analitzar les relacions entre els mateixos sanitaris, quan l’estructura que els sustenta té un component polític i econòmic que el condiciona i regula.

L’estructura del sistema sanitari català ve molt condicionat per factors històrics, polítics i econòmics des de la seva creació. Se’ls atorga un pes important com a determinant al

condicionar la relació entre nivells professionals per part de tots els entrevistats, principalment per part dels càrrecs gerencials. La creació i construcció de l'Atenció Primària i Hospitalària han seguit camins paral·lels, però diferenciats des dels seus inicis, no hi havia relació i llavors, tampoc desencontres.

Ara, política i gerencialment, es té la voluntat d'acostar-los i també els primaristes expressen una necessitat de saber què els succeeix als pacients que atenen quan al seu itinerari o procés intervenen altres sanitaris, però les seves estructures segueixen sent les mateixes que quan no es contemplava la necessitat de que els professionals interactuessin *“D'entrada, la gestió sanitària durant molts anys, ha estat en àrees independents: l'hospital era una cosa i la primària era una altra. (...). Llavors no hi havia mala relació, era manca de relació amb l'hospital”* Clínic Hospitalari.

La mateixa creació del sistema sanitari i l'estructura sanitària que el sustenta, ajudaria produir i reproduir una diferenciació entre els àmbits assistencials primarista i hospitalari. Tècnic Hospitalari expressava referint-se a la rigidesa estructural que encorsetava propostes de canvis:

“Hi ha una sèrie de problemes institucionals i corporatius, unes barreres no sé com dir-ho, que “licència fiscal”,(Peu pàgina: ell ho usa fent referència a que es tracta d'empreses diferents) que quan són diferents entre hospital i primària doncs hi ha barreres de comunicació, de definir com es fan les coses, de coordinar-se, com si faltés un cert àrbitre, o gestor o gerent, que digués: això es fa així perquè es mana.(...) Potser hauria d'haver un ens comú de gestió autònoma, conceptualment no sé com dir-ho, que tingui autoritat per decidir i gestionar en cadascuna de les entitats, i fins i tot, jo havia pensat que tingués pressupost econòmic propi. Seria com tenir una estructura nova de gestió de tota aquesta coordinació hospital-primària, diferent a la que tenim ara, la actual és molt limitada. És una successió d'ordres de dalt a baix i això és limitat.”

La mateixa estructura partiria de la fragmentació en unitats i serveis: agut front crònic, ambulatori front hospitalari, primària front especialitzada, sanitari front social. Per a cada grup o sub-grup cal, no sols un programa, sinó una unitat, un servei, una especialitat o subespecialitat, com a mínim un màster i un protocol. (Comelles, 2008) Tot estava estructurat i organitzat en base a les antigues divisions de la disciplina. Tot i la voluntat renovadora, al menys en els discursos, qüestionar o reptar l'ordre establert, genera resistències, tant per part dels treballadors com per part dels dirigents o gerents.

En el moment en que necessitats puntuals d'alguns clínics d'ambdós nivells han requerit contactar amb algú de l'altre àmbit assistencial, el sistema no estava preparat per fer-ho. Iniciatives individuals són les que permetien que es donés el contacte. Tots els entrevistats fan referència a que tot acaba depenent de la voluntat de les persones i això es viu de forma negativa perquè tampoc es reconeix, ni valora, ni demana institucionalment. Això és expressat com quelcom que resta valor al mateix sistema sanitari i marca distància entre assistencials i gerències i s'interpreta com que els caps respectius no s'impliquen en problemes pràctics quotidians. Tal i com afirma un clínic hospitalari

“El problema és que la comunicació fàcil no existeix, el sistema és pervers, i el que fa que no sigui un desastre és la bona voluntat de la gent. Això vol dir que el sistema és dolent. Un sistema bo, el que ha de fer és que inclús gent amb mala voluntat estigui ben encarrilada, el sistema que funciona a base de la bona voluntat és pervers! Perquè no hauria de ser així, ha de ser bo per controlar al que no... Llavors, l'hospital terciari no ho viu això, ho viu formalment com a política sanitària, què diu l'hospital terciari o les gerències d'això?”

També la Tècnica Primarista afirmava en el mateix sentit:

“Les estructures de tots dos costats són molt estàtiques, i si no hi ha la voluntat directiva no hi ha canvis de veritat.(...) Ningú diu: “us heu de moure junts”, si tot indica que ens hem de moure junts, lo petit te sentit, però si no és una mica... frustrant(...)Les coses depenen molt de les persones que hi siguin, depèn de qui hi sigui es fa o no es fa, i això no pot ser. O això es fa planificat, forma part de la planificació o si no, doncs es fan coses que van i vénen. El que haurien d'aconseguir els del Catsalut, és que facis el que facis, el millor sigui el més fàcil de fer, i ara és el més difícil”

El plantejament unànim dels informants és que serien les bones intencions de les persones que hi treballen les que acabarien fent que els resultats en salut obtinguts fossin bons. Però, quan el sistema no propícia les “bones iniciatives”, potser tampoc penalitza les “males iniciatives”. Quan “el millor” pel pacient i el sistema sanitari és el més difícil de fer, potser la mateixa estructura és la que estaria promovent la mala voluntat dels seus treballadors, incentivant que no hagin de fer esforços “extres”, funcionaritzant-los encara més. Les dinàmiques laborals del nord d'Europa (Bèlgica, Holanda, Dinamarca, Alemanya, Suècia) pretendrien confiar en les capacitats dels seus treballadors i “ajudar a l'individu a copsar l'empresa en el seu propi projecte personal, i no a l'inversa”. El dret europeu preveu la cooperació entre empleat i empleador, per afavorir la seva creativitat.

(Cieslar, 2007). En el nostre país, semblaria que impera la regulació i limitació als empleats, inhibint les conductes dissonants que surtin dels canons o protocols pre-fixats, tant les negatives com les positives, sorprenentment. Sense incentivar les capacitats dels empleats, semblaria que la institució sanitària basaria la seva relació amb ells en la desconfiança. L'únic treball realitzat a l'Estat Espanyol que avaluava l'evolució de l'estat de la relació entre metges de diferents nivells evidenciava que la desmotivació des l'any 1992 fins al 2001 hauria augmentat, principalment en l'AP. (Gómez, 2006).

3. La diferenciació/estratificació

Tal i com Dumont deia al seu Homo Hierarchicus “una estructura... es tracta d'un sistema de relacions en definitiva i no d'un sistema d'elements.”(Dumont, 1970) La diferenciació entre nivells s'evidencia i es marca quan menys autoritat es té dins l'estructura sanitària. Els gerents entrevistats verbalitzaven que no trobaven diferències de relació entre uns i altres, primaristes i hospitalaris, en el seu nivell d'exercici. Gestor Primarista afirmava al preguntar-li per si creia que hi havia diferenciació segons l'àmbit on exercien *“No, jo et diria que no. Al menys jo no l'he experimentat... ah...si, quan arribes als clínics, no amb els gestors, quan anava a negociar amb els gerents no hi havia diferència en canvi quan arribes als caps de servei... allà sí que hi ha diferència.”*

A més de la història de creació del sistema sanitari, que separa els camins d'un i altre àmbit, la concepció de les tasques i orientació que desenvolupen un i altre serien també diferenciades. Tal i com Directiu Hospitalari deia *“A Espanya la primària recull més aspectes ideològics de la comunitat, i l'hospital es dedica més a tècniques sofisticades”*. Si cada grup humà respon de manera diferent a la malaltia, i aquesta vindria condicionada per la dimensió ideològica que aporta cada grup, sembla llavors lògic intentar entendre com condicionen les relacions entre els sanitaris aquesta manera d'organitzar-se i de fer. Tot i que, com Parsons deia, un dels elements característics de la professió mèdica és la seva orientació a la comunitat. Però aquesta no és una concepció monolítica i es donarien diferències entre els distints grups de col·lectius que conformen l'univers professional. Els metges primaristes estarien més centrats en la relació metge-pacient, fent una medicina més individualitzada i propera al pacient, mentre que els especialistes hospitalaris tindrien una relació més distant amb el pacient i serien més dependents de la medicina-organitzada (i de la institució) (Rodríguez, 1987).

Entre ambdós àmbits hi hauria una diferència acceptada bilateralment quant a

- 1) Visió del itinerari del pacient: a l'hospital, el tipus d'intervenció s'entén com a fragmentada, resolutiva i aguda, te un inici i un final. En canvi a l'entorn primarista es concep la "longitudinalitat"²⁴ de l'itinerari del pacient, s'incorpora una missió d'acompanyament que és continuada en el temps.
- 2) Factors socials/culturals dels pacients: a l'AP es reconeixen com a elements clau a l'hora de dissenyar les seves estratègies d'actuació, expressen que els són útils i han rebut formació per usar-los. En canvi, no són informació prioritària que es reculli sistemàticament a l'hospital i els professionals que allà exerceixen sovint no han rebut formació sobre com incorporar-los a la pràctica. Aquesta diferenciació entre àmbits quant als factors socials i culturals, ja va ser observada per Aguinaga fa més de 20 anys (Aguinaga, 1986.). Mentre els pacients són hospitalitzats, els factors socials/culturals no són requerits, allà es prioritza resoldre el problema biològic agut d'un individu. En el moment de l'alta aquest tipus de dades tampoc esdevindrien una qüestió de rellevància màxima. Menéndez també coincidia a assenyalar que pel que ell anomenava "Aparell Mèdic Sanitari", "aquest tipus de dades eren, a la pràctica, secundàries i escassament eficaces", tot i que no distingia entre nivells professionals (Menéndez, 2000)
- 3) Tipus d'atenció: aguda, sofisticada tecnològicament i destinada a combatre malalties greus exclusivament a l'hospital i en canvi, a l'atenció primària, seria principalment crònica tot i que també hi hauria una petita part aguda, tot i que amb menys gravetat de les malalties i per tant, menys tecnològica.
- 4) Temps: d'entrada hi ha horaris diferenciats entre els dos àmbits que no permetrien coincidir i relacionar-se fàcilment dins de l'horari laboral. A més, el temps es concep diferent: breu, es pensa a curt terme dins d'hospital, i en canvi, el temps pels primaristes s'entén a llarg terme bona part del temps o no es perdria de vista mai la concepció longitudinal.
- 5) Espai: l'hospital arriba on acaben els seus murs, la separació entre el "dins i fora" és un límit que adquireix la condició de límit simbòlic. La primària te una concepció comunitària des dels seus orígens que fa que es sobrepassi el centre on

²⁴ el concepte de "longitudinalitat" és emprat pels sanitaris i entre els primaristes la continuïtat en el temps de la relació és un element que condiciona les seves actuacions)

hi ha les consultes. El domicili del pacient està integrat com un lloc d'exercici de la seva pràctica. Quan un pacient acudeix al CAP s'entén que aquest "segueix estant al seu medi", en canvi, en el moment que es dona un ingrés, citant a Comelles, el malalt "deixa de ser un subjecte social. No és sols la reificació de la mirada mèdica, una actitud tècnica, sinó que en aquesta arena el pacient es situa en condicions de no-ser al marge de la seva voluntat i capacitat de decisió, impedit d'interacció amb el medi" (Comelles, 2000).

Mary Nash afirma que "...la percepció binària (nosaltres versus ells) de l'alteritat oculta la complexitat de les relacions de poder i el complex entramat de relacions de gènere, raça i classe..." "La imatge de l'altre es consolida a partir d'una representació mental, d'un imaginari col·lectiu, mitjançant imatges, ritus i múltiples dispositius simbòlics de manera que aquests registres culturals no sols enuncien, sinó que a l'hora, reafirmen les diferències" (Nash, 2001). Les diferències entre nivells professionals, el binomi hospital/primària es podria assimilar a altres dicotomies presents a la nostra societat. Un exemple d'ordenació per parells a la nostra societat seria que produeix l'ordenació per gènere, el binomi home/dona (que durien a altres dicotomies simbòliques implícites que denotarien jerarquia. Respectivament: cultura/natura, subjecte/objecte, raó/emoció,...) Al explicitar la diferència la informant Tècnic Primarista també feia referència a aquesta analogia a l'entrevista que apuntaria la jerarquia que es nega a secundar:

"C- Llavors dius que es perceben, us percebeu com dos grups diferenciats?"

TP- Si, sí, en general sí. I si vols deixar clar que no, has de explicitar molt. Alguna vegada en alguna xerrada que m'ha tocat fer, la primera és intentaré no parlar d'hospital i primària, ni metges ni infermeres, ... és que em te avorrida... és com lo dels homes i les dones... jo ja ho he superat això, així que en parlin un altres. Jo crec que per mi no és així, però o superem els discurs aquest o però no se molt be com, perquè la realitat assistencial continua havent aquestes barreres, i no hauria de ser, perquè cadascú te un paper."

Una vegada sabem que es reconeixen diferències i on es focalitzarien, més enllà de l'enumeració o el llistat, cal endinsar-se en els usos davant situacions específiques i concretes que exposen els informants. Amb els usos que relaten els informants podem analitzar l'orientació o explicació de les categories que es donen, podem analitzar l'ús de factors culturals respecte problemes concrets, com la no relació o la mala relació entre

nivells professionals assistencials. Allò cultural ha de ser entès dins el camp específic al qual s'aplica. Citant Menéndez, el subjecte es caracteritza per internalitzar profundament la cultura a la que pertany a través del procés de socialització, i allò cultural formaria part de l'estructura profunda i inconscient de la subjectivitat. Tot i que subjecte/cultura operaria en termes de d'identitat, ell proposa concebre un subjecte que viu el món com una representació canviant, influïda per canvis tecnològics, ideològics, ocupacionals, socials,... (Menéndez, 2000). Tot seguit intentaríem analitzar com els canvis que apareixen a l'escena de la realitat dels sanitaris han d'encaixar amb les concepcions primigènies del sistema sanitari i les professions.

Entendrem que sanitaris d'AP i d'hospital, són, metafòricament, dos grups culturals diferenciats, amb dues cultures sanitàries, el que seria congruent amb la diferenciació de que hem parlat i amb la percepció d'alteritat expressada d'uns respecte els altres. L'alteritat, la referència als "altres" durant les entrevistes, es va donar en 2 sentits: el primer, responent i confirmant una de les hipòtesis inicial d'aquest treball²⁵, quan els sanitaris d'un àmbit es refereixen als de l'altre àmbit (tant primaristes versus hospitalaris com hospitalaris versus primaristes) i el segon, inesperadament, quan tots els sanitaris no gerents parlen dels que no ho són; els gerents no són inclosos al seu propi grup amb el llenguatge i també s'empra "l'ells", denotant alteritat.

4. Cultures sanitàries.

La cultura és allò que atorga sentit i valor a la experiència i també sentit de pertinença a un grup, és a dir, inclusió i d'exclusió o de diferència. Prenent la doble vessant de la cultura, l'excloent i la incloent, la cultura se'ns apareix com un espai simbòlic en constant construcció i moviment, com suggeria Menéndez. En ella es posen en joc els sentits de les diferències, el respecte a la diversitat, les similituds, les desigualtats,... Tot element cultural és el resultat d'una dinàmica social específica i respon a necessitats col·lectives. D'aquestes dinàmiques sorgeixen multitud d'identitats. Identitat es pot definir com una construcció simbòlica (i per tant, relacional, dinàmica i canviant) de identificació/diferenciació que es fa en relació amb un marc de referència determinar:

²⁵ recordem al lector que aquesta era: que el grups dels professionals sanitaris que exerceixen a la sanitat pública catalana, no es percebrien ni entendrien com un únic bloc homogeni.

territori, gènere, edat, classe,... a partir del qual es marquen les fronteres i es distingeixen els Altres.

Cada “cultura” proposa la seva manera d’entendre la salut/malaltia i aporta el necessari per intervenir i afrontar-la. Hi hauria valors relacionats amb l’atenció o les intervencions hospitalàries: fragmentació, limitació en el temps, especialitat, resolubilitat, gravetat. I valors relacionats amb la primària: longitudinalitat, banalitat, continuïtat.

Per acció de la cultura es dóna sentit i significat a discursos i narratives: la diferenciació cultural que produeixen i reproduïxen els actors, pot coincidir amb la jerarquia o no, i reforçar-la o no.

En un altre ordre de la classificació podem parlar de identitat individual, grupal o col·lectiva. La identitat col·lectiva seria aquella compartida, una representació intersubjectiva, compartida per la majoria de membre d’un grup que pot coincidir o no amb els discursos institucionals. Pot ser que la identitat col·lectiva reflecteixi unes diferències i/o desigualtats que no es contemplen formalment, institucionalment. Són creences, actituds i comportaments comunicats a cada membre del grup pel sol fet de pertànyer-hi. És a dir, l’esquema on els individus perceben el món i actuen en ell: produeixen les seves pràctiques dins un ventall ampli d’opcions que es reactiven segons les relacions. En aquest sentit l’hàbitus de Bourdieu ens ajudaria a entendre el per què es donen certes tècniques o pràctiques segons l’àmbit en el que s’exerceix. Ell admetia que la pràctica científica seria el producte d’un hàbitus científic, d’un sentit pràctic (Bourdieu, 2001). Els diferents agents de salut actuarien d’acord amb unes intencions conscients i calculades, d’acord amb mètodes i programes, amb un “sentit pràctic”. Tota tècnica o acció es relaciona amb la identitat en tant en que es refereix als sistemes incorporats, que poden ser entesos com propensions classificatòries i valoratives, socialment adquirides, sobre el que és un mateix i són els altres. Dins la relació de les capacitats que defineixen l’hàbitus, la propietat de produir les pràctiques i classificar-les, diferenciar-les i apreciar-les per que produeixen, constituïria el món social representat. Els hàbitus serien inseparables de les estructures que les produeixen i reproduïxen. Seria el que Bourdieu entenia com “estructura estructurant”, que organitza les pràctiques i la seva percepció. L’hàbitus estructuraria la divisió en classes lògiques que organitzen el món social, i ha estat a la seva vegada produït per la incorporació de les classificacions. L’hàbitus seria el

principi generador de pràctiques diferenciades, objectivament classificable: i al semblar objectivament acordades, serien enteses com a naturals. (Bourdieu, 1979). Tot i que l'habitus es relaciona amb un grup, no és inamovible, és flexible i per tant, modificable, permet adaptacions. Identitat i hàbitus són construïts, relacionals i canviants

Temps i espai i identitat anirien estretament lligats. La identitat no es pot entendre fora del seu context. Avui en dia trobem multitud de processos de territorialització, claus per entendre la diversitat que es dona a la ciutat contemporània com a lloc on conflueixen persones diverses on sols hi ha una convivència aparent. La territorialització també en els sistemes de gestió de la salut pública Catalunya, l'organització territorial sembla ser cada vegada més important, però malauradament sols s'entén com un criteri d'ordenament geogràfic pressupostari i encara no serveix per contextualitzar els processos que s'hi donen. La identitat col·lectiva de primaristes es va construir i reforçar els anys 80-90 coincidint amb la Reforma Sanitaria estatal i amb el sorgiment de l'especialitat de la Medicina Familiar i Comunitària, que la vinculava amb unes idees renovadores i ideologies trencadores i progressistes. Paral·lelament, la identitat hospitalària, en el mateix moment i després d'una història de segles, es veia reforçada per la tecnologia i l'especialització, i es va anar reafirmant. Tots dues es van començar a forjar una al costat de l'altre, però per separat.

5. No, no ens coneixem...

Es donaria un desconeixement entre tots dos àmbits professionals. Aquest però, no és simètric, no es donaria de la mateixa manera entre tots dos; s'entén més acusat de l'hospital cap a la primària, tant personal com professionalment, ja que les estructures i dinàmiques no afavoririen el coneixement i la interacció.

Tot i que els sanitaris hospitalaris entrevistats afirmen saber en què consisteix l'Atenció Primària i quines tasques realitzen els sanitaris que hi exerceixen, reconeixen que alguns col·legues terciaristes *“no han trepitjat mai un ambulatori i no tenen ni idea”*, els primaristes creuen que els especialistes i infermeres hospitalàries desconeixen quines feines fan i com. En canvi, els hospitalaris sí creuen que des de la primària es sap què fan i bona part, com. També els metges i infermeres de família creuen saber què es fa als hospitals perquè tots hi han estat alguna vegada treballant-hi.

Directiu Primarista conclouïa,

“No, no ens coneixem. Encara l’hospital(...).... no sap, no sap el que podem fer, no saben el que fem a primària. Jo crec que nosaltres tenim més visió del que fan als hospitals, perquè tothom en algun moment ha passat per l’hospital i ho coneix. Però la gent que ha estat tota la seva vida a l’hospital, ja veu a la primària com una cosa... més... l’evolució que s’ha fet a la primària no s’ha fet a l’hospital”.

Fins i tot Infermera Enllaç, que té un paper liminal (tot i que és una infermera de primària, està ubicada a l’hospital, és i no és de tot arreu i d’enlloc), deia que creia que és el principal problema és que *“no ens coneixem”*. Destaca que l’hospital ho desconeix gairebé tot de l’AP *“començant per la cartera de serveis, no tenen ni idea del que fem”* .

El desconeixement mutu és assenyalat recurrentment com a causa de la no relació entre àmbits assistencials. Igualment, quan es produeix algun contacte entre sanitaris de tots dos nivells professionals s’atribueix a relacions personals prèvies fruits d’encontres informals (com els que es donarien a congressos, reunions, grups de treball) o de processos formatius comuns, com *“ser companys de classe”* a la universitat o rotacions durant la carrera o la residència (en el cas dels metges). Fins i tot Clínic Primarista feia referència que en un congrés, el president del Col·legi de Metges deia

“No se qui em deia, no se on ho vaig sentir... si! El Dr. X, en el Congrés deia “és una llàstima que quan parlu amb algú d’un hospital sigui perquè heu fet la residència en aquell hospital i coneixeu algú, però perquè és amic vostre. Us aprofiteu de la relació personal que teniu per una qüestió professional” i és veritat!, conta més el contacte personal.”

6. El pes de la formació. Aprendre a ser.

6.1. Formació de pre-grau

A la formació universitària de les infermeres hi ha una part important de docència relativa a Atenció Primària (tot i que no igual que la part hospitalària, que encara és major). En canvi en la formació de pre-grau de Medicina el greuge és major i l’assignatura de Medicina Familiar i Comunitària és tan sols una optativa. La institució que forma als professionals sanitaris del futur, ja no fomenta el coneixement d’una part important del sistema sanitari. Els mateixos entrevistats primaristes recorden descobrir l’Atenció

Primària fóra de les Facultats. Tècnic Primarista deia “És que quan estudies medicina, només veus hospital! La gent sap el nom raríssim de malalties i no sap com entrevistar el pacient. És que saben més de neurocirurgia que de primària, [és com increïble, no? Clar, és que tot comença per aquí.”

També el Clínic Primarista recordava,

“(.) Si al menys passessin pel CAP durant la residència! I per la carrera! Crec que ara ja passen durant la carrera pel CAP, però quan jo vaig estudiar no, es podia anar, però no era obligatori perquè jo no hi vaig passar! Però crec que es podia passar... però crec que era voluntari o... no era com l'hospital, era obligatori veure totes les especialitats de l'hospital. Això era una tonteria, perquè es podia no fer. I normalment “de gratis” no es fa res [riu] i no hi anaves.”

El desconeixement de l'Atenció Primària ve ja permès i inculcat des dels inicis de la formació dels facultatius, amb el que la relació entre nivells i la Continuïtat Assistencial ni tan sols es contempla, com relacionar-te amb allò que ni saps que existeix?

Amb la idea implícita de que l'Atenció Primària és quelcom evitable i prescindible a la formació de qualsevol metge, el desconeixement es legitima institucionalment i comença a generar la idea de que es tracta de una part menys rellevant i important de la professió. Fernández-Rufete parlava de una sèrie de “determinants culturals i socials” que accentuen les diferències i defineixen la medicina i la seva acció clínica: eren els conceptes d'estratègia i interès. Sobre el interès, com recollia Wacquant, l'oposat no seria sols el desinterès, sinó la indiferència. Lluny de ser una invariant històrica, es tractava de quelcom arbitrari, que comença a allisonar sobre el que és i no és interessant, què és prescindible i què no.

Durant el procés de formació de qualsevol estudiant de medicina, a més d'adquirir coneixement biomèdics, els mateixos estudiants canvien ells mateixos i la seva manera d'entendre el món que els envolta, es reeduquen. Kleinman exposava que els estudiants al començar la carrera de medicina tenien fantasies sobre els metges que arribarien a ser, i que aquestes durant la formació variarien substancialment (Kleinman, 1988). Good va observar en els estudiants de la Facultat de Medicina de Harvard que aprendre Medicina no consistia simplement, en adquirir nous coneixements, ni sols canviar l'enfocament

sobre algunes tècniques, és un procés que consisteix en arribar a habitar en un altre món. (Good, 139) Ell recollia com els alumnes al sortir d'una classe d'anatomia o immunologia semblava que sortissin d'"aquell" món, no sols perquè aprenien un nou llenguatge, sinó perquè interioritzaven les dimensions d'aquell món d'aquella especialitat on es trobaven immersos. Aprenien un llenguatge, a afrontar i formular la realitat d'un mode específic (Good,2003). La cosmovisió inculcada als estudiants els ajuda a interpretar el que succeeix, dóna sentit i valor al que passa i passarà al seu voltant, tant a nivell conceptual com a nivell operatiu i pràctic, condicionant les dinàmiques. Kleinman explicava que sovint la tecnològització que els és inculcada als estudiants de medicina contribuiria a anul·lar la visió romàntica de l'atenció mèdica i fragmentar-la, el que aniria en detriment de l'atenció holística i dels processos crònics (Kleinman, 1988).

Quan els estudiants a Espanya no arriben a endinsar-se a l'Atenció Primària no es familiaritzen amb la seva manera d'afrontar, percebre i interpretar la seva realitat, amb el que el desconeixement comença a gestar-se. A més, com que sorgeix des de les catedrals del coneixement mèdic, les universitats, això no és viscut com una cosa dolenta o a millorar, de fet, sols els sanitaris primaristes expressen la necessitat de canviar-ho. Els hospitalaris segueixen sense fer-hi referència. Gestor Primarista deia

“Està clar que durant la formació a mi no em van parlar gaire de medicina general i per tant, jo no volia ser metge de primària, ningú vol ser metge general. D'entrada durant la formació, tots volen ser metges d'hospital(...)El metge de família s'ha format a l'hospital però el metge d'hospital no s'ha format mai a la primària i per tant, no tenen ni idea del que és un ambulatori”

Els sanitaris entrevistats que fan docència a les universitats senyalen a importància de que des d'allà ja es comencés a formar als estudiants per afavorir el coneixement del mateix sistema sanitari. Les lluites de poder per mantenir càtedres d'especialitats hospitalàries estan presents.

“Cal que la Atenció Primària entri (a les universitats). A la universitat (en la que ella és docent) mateix, no volen, no volen, i puc intentar entendre arguments, però no ho entenc(...) Jo fa poc anys que estic, però... m'agrada molt les classes, però la lluita per les càtedres...”
Tècnic Primarista.

6.2. L'especialitat

Legalment es reconeix la capacitat d'especialització d'Infermeria mitjançant el Reial Decret 450/2005, de 22 d'abril, sobre especialitats d'Infermeria, però actualment, de les set especialitats establides en aquesta norma, tan sols han estat desenvolupades les especialitats d'Infermeria Obstètrico-Ginecològica (llevadora), Infermeria de salut Mental i Infermeria del treball (Giménez, 2009). La gran majoria d'infermeres del Sistema Nacional de Salut són generalistes; al finalitzar el grau i obtenir el títol, una infermera pot exercir indistintament en qualsevol servei o àmbit assistencial. És a partir de la formació de post-grau i a través de la pràctica clínica quan es va especialitzant. Per les infermeres, a diferència dels metges, tenir una especialitat es comptabilitza com un mèrit més dins el seu currículum, però no és un requisit indispensable per exercir en un determinat àmbit (excepte en el cas de les llevadores, les infermeres del treball, i en algunes CCAA, les infermeres de Salut mental).

En els llicenciats en Medicina, es requereix realitzar un examen MIR amb la seva posterior residència o estada formativa per així obtenir el títol d'especialista i així poder exercir en aquell àmbit concret. Tots els metges que realitzen aquest examen, obtenen una nota, resultat de la prova mateixa i de la qualificació durant el grau. Seguint ordre de classificació final, aquests trien especialitat i destí per especialitzar-se. De la mateixa manera els MIR de Família, segueixen rotant per centres hospitalaris dos anys més, mentre que la resta de MIRs hospitalaris, si es contempla una estada en un CAP, aquesta és minsa²⁶.

Amb la Reforma Sanitària, en plena transició democràtica, el govern socialista del moment va incorporar noves idees sanitàries que s'inspiraven majoritàriament de la Salut Pública. Apareixen conceptes nous fins llavors com APS (Atenció Primària de Salut), promoció de la salut, Educació Sanitària,... i el programa ministerial insistia, per exemple, en que s'ha de tendir a desenvolupar clarament l'APS. Posteriorment, però, no es van proposar canvis estructurals ni pressupostaris efectius (Rodríguez, 1987).

²⁶ Com en el cas dels pediatres, per exemple: des de fa pocs anys roten per AP uns tres mesos durant els 4 anys de la residència per especialitzar-se.

En aquest context i amb el detonant de la Declaració d'Alma Ata sorgeix l'Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, que es va crear mitjançant el Reial Decret 2015 de 1978²⁷. Gestor Hospitalari que és també Metge de Família recordava positivament que en el seu moment, amb la transició i la reforma de l'AP ser metge de família era quelcom trencador i desafiant

“jo vaig començar el MIR al 79, els primers, i quan vam acabar era quan s'estava organitzant la unitat docent de Catalunya i de tota la generació, vaig ser el que em vaig quedar com a tutor... vam ser una generació on excepte alguna excepció [diu nom] la resta ens hem dedicat a la gestió. Era el moment de la transició, en aquell moment s'estava vestint tot el sistema democràtic i feien falta molts quadres a tot arreu...”

També el Directiu Hospitalari feia referència a aquesta ideologia que es desprenia de a mateixa Reforma de l'Atenció primària

“La primària va entrar en un entorn, sota el meu punt de vista, eh? Ideologitzat, perquè és molt en resposta a una super-tecnificació dels hospitals i una visió comunitària i propera, inclús amb certs aires, diguéssim, molt propis de la època. Es contraposa al rol del metge hospitalari, molt més fred i tècnic”

Darrera de la reforma de l'Atenció Primària hi havia el que Zurro va anomenar “filosofia”, que es podria entendre com a ideologia, que motivava un canvi mateix d'atenció sanitària respecte al dominant fins llavors i la màxima expressió de la qual era l'atenció hospitalària: limitada a fins on arribaven les seves parets, tècnica, freda, que posava al usuari en un lloc passiu. El subjecte malalt físicament, també seria disfuncional socialment, quan dins de l'hospital resta aïllat del seu entorn normal i “el que s'espera d'ell” canviaria, llavors es desitjaria que exerceixi el que Parsons anomenava “rol del malalt” (Parsons, 1982). El malalt, més pacient que mai, restaria dependent del que els sanitaris fessin. Amb la reforma de l'AP, el canvi ideològic proposat canvia el mateix rol del pacient: que guanyaria poder davant el metge (que es concebia com a menys paternalista), i que esdevinguí un agent actiu, amb veu i vot. Per aconseguir-ho, els elements que devien caracteritzar l'AP eren que havia de ser integral, integrada, continuada, permanent, activa, accessible, basada en equips interdisciplinars, comunitària i participativa, programada i avaluable, docent i investigadora. (Zurro, 2003). Tant el tipus

²⁷ l'especialitat ja havia estat aprovada com a tal als EUA en 1969.

de sanitat que es pretenia com qui optava a aquests llocs de treballs responien a uns ideals progressistes i renovadors que coincidien amb la transició democràtica.

Aquesta visió trencadora i reformadora que va oferir en el seu moment l'Atenció Primària no es donaria actualment, això hauria canviat . Tots els informants fan referència a que actualment el desprestigi de la Medicina Familiar fa que sigui no sigui l'opció predilecta de la majoria de metges quan fan el MIR. La clínica primarista (CP) va arribar a dir:

CP- La Reforma de la Primària és una enganyifa, jo em sento enredada totalment. Jo vaig agafar Família molt convençuda i creient-m'ho i és mentida, és mentida! Seguim sent els metges de 2 hores però ara en treballem 6, però l'estructura no ha canviat gens.

jo- si poguessis tirar el temps enrere?

CP- No agafaria Família, ho tinc claríssim!

jo- i ara per què agafen Família?

CP- Ara? Actualment? Joestic una mica desconnectada ja, però penso que ara, l'agafen els que no ténen prou nota per agafar res més, be els que no tenen bona nota. De fet, em vaig trobar una otorrina que va fer ORL a Bellvitge i va tornar a fer el MIR i va agafar Família i deia "Claro, como que con Família sólo te tienes que presentar!" ... al MIR? Pues ya està, com que ara sobren places, sols t'has de presentar i el treus. Es veu que l'últim MIR quan ja duien 3000 i pico sols havien agafat 10 places de Família, jo penso que ara la majoria ho agafa perquè no vol estudiar més o no te res més.

jo- potser per això els de l'hospital es senten millors, perquè han tret millor nota?

CP- Home, si, però això no és tant... és un problema de gestors, perquè no han fet res perquè la primària tingui poder. Si haguessin fet que la primària tingués poder, com a l'estranger, tothom voldria fer família! A Anglaterra pots demanar més proves que els especialistes, tu ets la porta d'entrada, tu dius a qui va i què se li farà. Allà els especialistes van a pidolar als metges de família, llavors tens més poder i està molt més valorat. Però si des de dalt no es valora, i tot el que es fa mai va encaminat cap aquí... acaba així.

Diferents informants (Clínic Primarista, Directiu Hospitalari, Directiu Primarista) feien referència a sistemes sanitaris d'altres països, principalment a la realitat de Regne Unit del National Health Service (NHS) on l'AP tindria un major protagonisme i prestigi. Més enllà de les pràctiques locals, la seva mirada estaria també posada en el que succeeix fóra del propi àmbit.

6.3. Formació de post-grau

A la hora de seguir amb la formació continuada, necessària per l'exercici professional dels

sanitaris, s'evidencia en els discursos una altra desigualtat, i és que la formació és unilateral: sempre de l'hospital cap a primària. Els docents són professionals hospitalaris i els alumnes, primaristes, el que reforça el constructe de subordinació i inferioritat, del coneixement en aquest cas. A l'hora de fixar rotacions per fer reciclatges, de la mateixa manera, aquestes es disposen per serveis i plantes hospitalaris perquè puguin acudir els metges i infermeres de primària. Sols les dues infermeres primaristes i el clínic hospitalari reflexionaven al respecte amb una visió disconforme. Deia Clínic Hospitalari-“(…) es diu: *“anem a fer docència als de la primària”, i quin és el problema d'això? D'entrada està assumint quan dius això que els de terciària sabem més que ells. Tu has vist alguna vegada un de primària fent docència aquí dins de l'hospital? No... en canvi sempre hi ha els de l'hospital que van cap allà.*”. Em va sorprendre que els metges de família entenien aquesta situació i l'acceptaven, més endavant reprendré de nou aquesta qüestió.

7. En el cas d'Espanya... aquí hi ha metges de primera i de segona.

Citant Menéndez, “els factors econòmic-polítics són determinants en la construcció de les formes d'estratificació social dominants, però el reconeixement d'això no hauria de conduir a considerar com subordinats ni determinats als processos ideològics i culturals que intervenen en el procés salut/malaltia/atenció (Menéndez, 1994). Un cert grau d'especialització pot ser necessari, però com Dumont deia, “el sistema de castes comprèn una especialització i una interdependència dels grups que ell constitueix. La especialització comporta una separació entre els grups, però orientada a les necessitats dels conjunt. Aquesta referència al conjunt, sobre la que és necessari insistir, aproxima la divisió del treball a la jerarquia... i l'orienta a la forma econòmica moderna, que s'orienta cap al profit individual i abandona al mercat la regulació del conjunt, al menys en principi”. També Bourdieu entenia que les pràctiques ajudaven a reforçar una classificació: el que fan uns i altres permetria distingir-los (amb “signes distintius”) i ordenar-los. (Bourdieu, 2001)

Per acció de la cultura es dóna sentit i significat a discursos: la diferenciació cultural que produeixen i reproduïxen els actors, pot coincidir amb la jerarquia o no, i reforçar-la o no.

Caldria pensar en la diferència com quelcom enriquidor i a tenir en compte organitzativament i no caure en la desigualtat entesa aquesta com una forma de legitimació del grup dominant i, per tant, d'exclusió o dependència dels grups minoritaris o més dèbils.

“Jo crec que hi ha una característica al nostre país, que en aquest cas a la resta d'Espanya la situació seria la mateixa, que és diferencial amb altres entorns en quant a la continuïtat assistencial, i és que aquí, hi ha metges de primera i de segona. (...)Crec que encara estem amb una situació d'impàs, de que ens falta molt d'avançar per aconseguir això, i el primer pas és el tracte d'igual a igual.” Gestor Primarista.

Aquest tracte no igualitari entre els àmbits d'hospital i primària és reconegut per tots els informants. Es manifestaria principalment,

- En els càrrecs “amb poder”. Quan Bourdieu parlava de “l'ordre científic establert” feia referència a que en la lluita que oposaria a dominadors i “pretendents” (com dirien els economistes, els nous vinguts). Aquesta lluita faria que, per interessos dels més poderosos i aprofitant la seva posició en el camp de producció i circulació científica, els dominants adoptessin “estratègies de conservació”, que tendrien a perpetuar l'ordre científic establert, del que són part interessada. (Bourdieu, 2003). Els responsables universitaris, les càtedres, els càrrecs importants als col·legis professionals, els investigadors amb més prestigi, els alts càrrecs polítics, són sanitaris hospitalaris als que han fet referència els informants. El Gestor Hospitalari, que també és metge de família deia “*Com et diré? El que passa és que hi ha una història dels Hospitals, que es una història molt potent: hem sigut l'eix, el motor, ... ho hem sigut tot en sanitat, si hi havia alguna cosa era un Hospital*” El Gestor Primarista en canvi deia

“aquí (a Espanya) el metge de l'hospital és el bo i el metge de família és el dolent, el que sap menys o no sap. Segurament el històric d'això ve del sistema de seguretat social que ens van muntar fa un temps, perquè quan jo era petit el metge de capçalera no tenia cap reconeixement”.

- La docència/formació: Es donaria una altra jerarquitització interna, transversal respecte els nivells professionals. Tal i com Freidson va recollir les categories mèdiques també tendeixen a ser jerarquititzades segons la durada i el temps

d'educació exigint per l'ocupació: “quant més llarga, més formal i més propera a la universitat, més alta serà la seva posició en la divisió del treball. D'això es dedueix que, quan més alta és la posició, major ha de ser la inversió de temps i energia dedicats al aprenentatge, el reclutament serà menys fortuït i, per tant, major el compromís amb l'ocupació” (Freidson, 2005). En la divisió del treball els metges estarien al punt àlgid de l'estratificació, després estarien seguits per les infermeres, odontòlegs, psicòlegs i treballadors socials i finalment trobaríem els tècnics, administratius i zeladors, no universitaris. Els informants també expressaven que els professionals més joves no distingirien ni farien tanta al·lusió com els sanitaris més veterans.

- Orientació hospitalària: Directiu Primarista deia, coincidint amb altres informants primaristes

“És que tot està més organitzat de cara a l'atenció hospitalària que a la primària. Perquè tots els recursos, totes les coses, estan més centrades a l'hospital que a la primària. El que té el poder ara mateix a la sanitat és l'hospital que la primària i això s'hauria de capgirar. Perquè això racionalitzaria més els recursos.”

- El tipus de tasca: recurrentment es reconeix el valor atorgat a les tasques hospitalàries: més tecnològiques, especialitzades i sofisticades.
- La quantitat de tasques: la “pressió assistencial”, la quantitat de visites que es fa a l'Atenció Primària, es viscuda com una desconsideració. Clínic Primarista relacionant-ho amb els 3 darrers punts, deia

“Els fan sessions pels CAPs i tenen superioritat perquè no tenen ni la meitat de càrrega assistencial que tenim nosaltres. Si jo només tingués 2 dies de consulta, en lloc de 4, i tingués 3 dies per passar vista en 1 hora i la resta per fer “caparró” que li diuen ells... [es toca el cap amb un dit] doncs clar, em sentiria una erudita, i llavors veuen alguna derivació mal feta i diuen “mira què ha fet aquesta!”, ells quan deriven han tingut temps de revisar-se el cas, mirar la història clínica, ... i llavors deriven, clar, així també jo derivo de pistón”.

Més endavant incidirem de nou en aquesta idea de la pressió assistencial.

- En els pressupostos desiguals que rebrien entre nivells. A l'hora de parlar del pressupost i la seva relació amb la relació entre àmbits assistencials, el plantejament difereix segons el nivell del que provenen els informants.
 1. Pels hospitalaris, sigui quin sigui el seu rol, entenen la relació amb la primària com una manera d'aconseguir més recursos i més pressupost, per així tenir més personal, projectes de recerca o tecnologia. El mateix Gestor Hospitalari explicava “,... *uns altres ho veuen com un mecanisme per lligar més recursos i base poblacional, I que ho vegin amb un esperit clínic realment transversal, ah... n'hi ha pocs...n'hi ha pocs...* “ Alguns fins i tot ho viurien com una amenaça i DH deia “*la primària ens pot prendre la cartera*”.
 2. Pels primaristes, relacionen el pressupost a més capacitat d'autonomia i així decidir amb qui i com relacionar-se, cosa que ara creuen que no poden fer.

Els primaristes insisteixen en la incongruència del discurs institucional i gerencial que reconeix la importància de l'AP però en canvi diuen no disposaria el necessari per atorgar recursos a l'AP per poder fer allò que s'esperaria per part de discursos polítics i gerencials (és a dir, ser més resolutius i assumir més tasques). Directiu Primarista expressava que caldria “*Ser valents i fer el tomb cap a la primària que diuen*”. Es reitera pels primaristes una queixa per no rebre més diners per fer la feina, així com no poder decidir en què gastar els pressupostos rebuts.

Els recursos de l'Estat i Departament de Salut destinats a l'àmbit hospitalari esdevenen clau per perpetuar l'hospitalcentrisme hegemònic-dominant. El Tècnic Hospitalari, que coordina i ha coordinat molt projectes d'investigació i assistencials entre ambdós nivells, afirmava:

“a nivell econòmic, també és veritat que els metges de l'hospital tenen més recursos: laboratoris, societats internacionals, societats científiques, el Catsalut inverteix molts més diners a l'hospital que a la primària i be, tenim unes certes mancances, el sistema d'aquesta manera és desigual, hi ha unes desigualtats marcades, i per això també la primària està on està i no on hauria de ser”.

El paper redistribuïdor de l'Estat com a garant d'equitat i igualtat (com a redistribuïdor de béns) quedaria llavors qüestionat, ja que si s'adjudica a una institució la majoria de recursos, es ratifica i perpetua aquest model sota una ficció d'igualtat de dret que no ho és de fet. Aquesta divisió entre ambdós àmbits sanitaris podria ajudar a entendre en part les diferències i sobretot, les desigualtats, entre àmbits assistencials. Resulta inevitable evocar el concepte de Bourdieu de Violència Simbòlica que vindria donada pel poc reconeixement institucional d'aquesta situació, però sobretot perquè són conseqüència d'un procés històric continuat de reproducció, on els mateixos "dominats", apliquen a les relacions de dominació categories construïdes des del punt de vista dels dominadors, el que els fa semblar d'aquesta manera com a "naturals" (ja que van acompanyats de conceptes com biològic, objectiu, empíric, racional,...), legítims, inevitables i gens imposats. (Bourdieu, 2000). En aquest sentit, es podria entendre llavors que els metges de família entenguessin que un metge hospitalari no rebés formació de primaristes i sí es donés a la inversa i es normalitzés el menys-teniment cap als primaristes i fins i tot el gestor primarista afirmés: *"jo diria que aquest dibuix, ha estat propi d'Espanya, ha anat configurant això, que hi hagi metges de primera i de segona, però és que a més, la primària, tot i la reforma que va fer que la família fos una especialitat, encara tenen complex d'inferioritat"*. Al complex d'inferioritat també van fer referència Directiu Hospitalari i Tècnic Hospitalari. Clínic Primarista deia que ella no es sentia així, però que alguns companys, potser sí.

8. El prestigi i el reconeixement públic.

Com exposava Bourdieu, els camps científics són l'àmbit de dues formes de poder, que corresponen a dos espècies de capital científic:

-Poder institucional: lligat a l'ocupació de posicions en institucions científiques, departaments,... i poder sobre mitjans de producció i reproducció de la mateixa posició privilegiada, el que asseguraria la posició prominent.

-Poder específic: el "prestigi", més o menys independent de l'anterior segons els camps i institucions i es basa gairebé exclusivament en el reconeixement, poc o mal objectivat i institucionalitzat. (Bourdieu, 2003).

Des de la formació com vèiem s'alliçona sobre el que és ser un bon professional, com reconèixer un professional prestigiós: és ambiciós, publica molt, domina la tecnologia, coneix termes i malalties complexos i especialitzats, fa docència a les universitats, treu un bon número a l'examen MIR i tria una especialitat, quirúrgica a poder ser i ben especialitzada. Serien elements o valors reconeguts com a indicadors d'algú prestigiós, d'un "bon professional". D'entrada els primaristes tindrien un accés limitat tant a la tecnologia, com a les universitats, com a la súper- especialització (precisament allò inherent a la disciplina és la visió global i holística, a més, sembla sorprenent que els Metges de Família, especialistes en Medicina Familiar i Comunitària, ja no siguin ni anomenats especialistes, quan de fet ho són), per tot això el seu potencial de prestigi, ja d'entrada, seria limitat i sempre inferior a un sanitari hospitalari. Probablement el grup dominants (els hospitalaris) imposarien com a valor la seva pròpia producció; els seus principis, les seves pràctiques, mètodes,... La jerarquia dels valors socials estaria relacionada amb les diferents pràctiques científiques, pel que la jerarquia social legitimaria les diferents categories de científics. (Bourdieu, 2001). Això ajudaria a que els primaristes es sentin malvistos i poc reconeguts segons afirmen informants primaristes i hospitalaris també creuen que es senten així. Com afirmava Pérez-Rufete, el interès específic que defineix el camp de la medicina es diferencia segons la posició que s'ocupa dins aquest camp, segons la trajectòria de cadascú dels agents així com del capital que disposin .(Pérez-Rufete, 2000).

Directiu Primarista exposava

"el que li importa a l'hospital és el "cas interessant". I a partir del cas, tenir el prestigi d'haver avançat en el coneixement de la medicina. En canvi, el de primària té molta més línia preventiva, la seva actuació millora tot un conjunt de temes que fan que els malalts estiguin millor, però això es demostra amb cohorts de temps i tampoc l'enfoc de prestigi i de publicacions a la primària és tampoc aquest. Com agafa prestigi un a la primària? Doncs molts agafen prestigi perquè agafen alguna branca que només fan els de l'especialitzada i això els dona prestigi. Aquí hi és la principal disintonia entre hospitals i primària".

I és que el prestigi als primaristes continua dependent dels referents hospitalaris, s'emmiralla en ell, cercant tecnologia, especialització,... El Tècnic Hospitalari afirmava:

"Quan et ve un Dr X, cap de servei X, catedràtic de la universitat X, superespecialista en la cèl·lula de color vermell de nosequantos,

president de la societat internacional de la malaltia nosequè, aquí hi ha una jerarquia professional, una jerarquia de poder, de prestigi. La gràcia de la relació entre els dos nivells és trencar aquesta jerarquia, és evident a nivell tècnic, la primària no te el prestigi que te l'hospitalària però hi està anant, ara hi ha el tema dels doctors a la primària. Jo crec que la primària potser no podrà arribar a aquest nivell de prestigi però la inèrcia de la medicina de família, amb una presència internacional que no la para ningú. Cadascú te el seu paper (...) Algo i no se què d'aquesta cultura de prestigi hospitalari hauria de passar a la primària, algo de prestigi clínic i professional, si no, quin valor tindrà la primària? Que els hospitals perdran recursos humans i seran més petits, segur, si aniran a la primària, això ja no se."

S'explicita per Gestor Primarista i Directiu Primarista també la manca d'ambició de primària, això seria quelcom negatiu que produeix desprestigi i el reproduceix. Alguns autors, també apunten a la necessitat de transformar i potenciar la figura dels sanitaris primaristes, incrementant el seu prestigi científic i professional i millorant la seva imatge social (Martin Zurro, 2003)

També, a més de la poca ambició, hi hauria altres elements de desprestigi, com la queixa. En principi, la queixa legítima d'estar desafavorit pressupostàriament dins el sistema sanitari, hauria desafavorit a l'AP. Tècnic Hospitalari ho explicava dient :

"i també ha influït la queixa perpètua de la primària de maltracta a nivell pressupostari, i el que havia de ser una maniobra reivindicativa, ha acabat sent font de desprestigi i s'ho han menjat amb patates. I clar, no han sabut trobar un nou discurs. Si et passes el dia plorant, al final et cauen les hòsties(...) Llavors has de buscar un discurs que, encara que no sigui ben be veritat, t'ha t'ajudarà recomposar, ha de ser com de màrketing. Prestigi, pressupostos i persones brillants, si no la gent brillant... acaben marxant de la primària, perquè no tenen reconeixement ni dels companys ni altres col·legues".

9. Les tasques del procés assistencial.

A partir de la reforma Sanitària l'assistència hospitalària hauria sofert menys canvis que l'AP. Malgrat això, hauria impactat la tecnologia i s'hauria donat un increment d'utilització dels serveis d'hospitalització (increment de l'11% en les altes per cada 1000 habitants en la darrera dècada fins l'any 2003) i una disminució de les estances (de 13,6 dies a 10,5 dies en 2005) (Martin Zurro, 2003).

Fins els anys 80, als ambulatoris no es estava incorporada l'acció comunitària, ni la prevenció, ni la promoció de la salut, ni l'educació sanitària (Bravo, 1979). Les tasques que s'esperava que assumissin aquest centres eren controlar les baixes/altes laborals, fer les receptes i, finalment, classificar els malalts per remetre'ls als especialistes pertinents. Són tasques burocràtiques. Sovint a la paraula burocràcia té connotacions negatives. És un terme molt usat preferentment quan es fa referència a organitzacions públiques que constitueixen l'Estat, obviant que també operaria en el sector privat. El mateix Weber considerava la burocràcia com un tipus de poder exercit a través de la classe dominant (Weber, 1944). Per ell era l'organització eficient per excel·lència, l'organització cridada a resoldre racional i eficientment els problemes de la societat i, per extensió, de les empreses (de la mateixa empresa sanitària pública i de les altres, al controlar baixes i altes laborals). L'organització burocràtica necessita detallar i precisar com han de fer-se les coses mitjançant unes normes, una formalitat de les relacions, una jerarquia clarament definida, una estandarització de processos,...(Weber, 1944).

Les tasques bàsiques dels serveis d'Atenció Primària a partir de la Reforma, serien:

- Diagnòstic i Tractament de malalties.
- Activitats de prevenció i promoció en les consultes.
- Atenció Continuada.
- Atenció Domiciliària.
- Educació per la salut i accions preventives a la comunitat.
- Vigilància epidemiològica.
- Derivació de pacients a altres nivells assistencials i altres prestacions sanitàries. (Martin Zurro, 2003).

Per realitzar aquestes activitats de manera integrada s'espera que els professionals actuïn coordinadament entre ells, racionalitzin la demanda, programin i protocolitzin actuacions, tinguin una dedicació plena i desburocratitzin les consultes. (Martin-Zurro, 2003). Malgrat això, la Reforma no va modificar determinats aspectes rellevants: com que el metge de família sigui el responsable de les baixes laborals i la prescripció farmacèutica, l'actuació de filtre gairebé total dels primaristes i l'absència d'especialistes de referència definits i fixes per a cada metge de família i pediatre. (Martin Zurro, 2003). Al llarg dels més de 20 anys que fa que dura la Reforma, no s'ha avaluat de forma clara l'AP en termes

de resolubilitat. (Navarro, 2009). Potser amb un millor coneixement de les repercussions de la Reforma de l'AP en el mateix Sistema Sanitari i en la població la qüestió del prestigi podria ser repensada.

9.1. Sobre la diferenciació i construcció d'alteritat.

A la empresa sanitària pública, sobre el paper, queda clar que cadascú ha d'assumir la burocràcia (en el sentit ordinari i popular del terme. Pesada i incòmoda) que es derivi dels seus actes o prescripcions: fer informes, fer les receptes del tractament prescrit, fer justificants.... Des del punt de vista organitzatiu així es reconeix, donada la igualtat de dret i teòrica de tots els facultatius que hi treballen.

Anteriorment, ja havíem fet referència que durant la formació universitària dels sanitaris, es prestigia la curació, l'especialització, la complexitat, la capacitat de publicar articles científics amb l'exposició de cassos "interessants": aquests ho són per la seva extraordinarietat o rellevància al aportar nou coneixement a la disciplina. Les tasques reconegudes com a més prestigioses, rellevants i interessants serien llavors les que es realitzarien als hospitals, que són els que permeten les característiques que es citaven. Les tasques "no interessants" són poc valorades per tots els sanitaris, serien aquelles que designen consultes que no s'haurien d'haver produït, es valoren com motius no "consultables a un sanitari", hospitalari o no, per la seva banalitat (refredats, discussions amb coneguts, processos antics...) i/o irresolubilitat i ocupen temps que es podria destinar a visites sí interessants i generen malestar entre qui tenen que atendre-les. Els informants hi fan referència anomenant-los "*morralla, tonteries, venir per xorrades*". El directiu hospitalari fins i tot entenia que a base d'atendre vistes poc interessants es podia acabar desmotivant-se laboralment

"Entenc que la possibilitat de cremar-se pel dia a dia, és molt més alta a la primària que a l'hospital. Has de tenir un concepte molt messiànic d'anar fent el be i d'anar resistint per anar veient malalts que se't van morint o se't van deteriorant. Val, gràcies a la teva actuació o es deterioren el mínim possible o vas controlant l'entorn perquè ajudi però el teu gran èxit no és curar-lo, que és el que buscaria l'especialista hospitalari".

Tot i que amb la Reforma de l'Atenció primària "l'herència burocràtica" dels ambulatoris havia de deixar pas a una vessant més comunitària, preventivista i resolutiva, aquesta

idea no acaba d'extendre's entre tots els sanitaris i les tasques burocràtiques segueixen lligades als CAPs, segueixen present en l'imaginari col·lectiu. Haro feia referència i també explicava que la figura del metge de família ha estat reduïda en els sistemes convencionals actuals a un paper de buròcrata amb escàs temps i poca incidència a les causes estructurals presents a la majoria d'atenció (Haro, 2000). El Gerent Primarista feia referència a que ni tan sols l'administració encara havia trencat amb aquesta idea prèvia a la Reforma i afirmava

“Llavors hi ha el tòpic inicial de que l'administració fa el mateix: l'administració te al metge de família perquè li faci les receptes, del metge especialista, te el metge faci les IT, il·legals per cert, perquè quan un està a l'hospital l'únic que li pot fer la baixa és el metge de l'hospital. Inicialment el metge general era sols un distribuïdor, dins el sistema, i encara es té aquesta visió una miqueta, i diria que per tant, el metge de família, funcionari, que això és també un dels problemes que caracteritza ... això és tipical spanish també.”

Aquesta idea que lligaria la burocràcia a l'Atenció Primària, hauria fins i tot condicionat el desplegament de la informatització d'aquesta, actualment al 100% del territori català²⁸(Magallón, 2009). La informatització hospitalària, en canvi, molt més heterogènia, encara està en els inicis del seu desenvolupament. El directiu hospitalari, responsable del departament de Sistemes d'Informació del seu centre, deia:

“-... Els anys 60 comença la jerarquització amb els càtedres i llavors a la gent el que li arriba és que on el curaran és a l'hospital universitari, que és on hi ha “els bons”. En canvi la primària, tenia la missió de controlar les baixes de la gent i donar les receptes i aquest interès és el que ha dut a la primària espanyola a que sigui una de les més ben informatitzades del món, la resta d'informatització va ser afegir, el que interessava era controlar receptes i baixes”.

Per tot l'anterior, hi hauria tasques atribuïdes als primaristes i d'altres als especialistes hospitalaris. Dins de l'atribució de tasques, els informants primaristes feien referència a la necessitat de relació entre nivells assistencials, les tasques relacionades amb aquest fi es contempen com a pròpies i lamentaven no poder impactar més en les intervencions hospitalàries (ingressos, altes, proves,...). En canvi les tasques de relació amb l'altre àmbit assistencial, des de l'hospital, no es valorarien com a prioritàries, “no és el que s'espera

²⁸ excepte a Aragó i La Rioja, que porten una de les xifres d'informatització més baixes, al voltant del 50-55%, la resta de CCAA ratllen el 90-100% d'informatització de les consultes d'AP (Magallón, 2009)

d'ells”, tal i com va afirmar Tècnic Hospitalari respecte a les causes de la no relació dels especialistes amb els primaristes: *“La primera és la no necessitat d’obrir-se a la comunitat o relacionar-se, no és una cosa pròpia d’un hospital d’excel·lència o de tercer nivell”*. Aquesta no-atribució d’aquesta tasca, no viscuda com a pròpia, ni com a prestigiosa, ni retribuïda (i per tant valorada) afegeix elements de diferenciació entre àmbits. Aquesta diferenciació no es donaria en el treball de Gómez amb metges directius a la Comunitat Valenciana: els professionals estudiats de tots dos nivells valorarien la comunicació entre àmbits, tot i que més en l’AP, i en l’àmbit hospitalari hauria empitjorat la visió integral del pacient. (Gómez, 2006).

Sovint, la interpretació i adjudicació d’unes tasques a uns i altres, però, no és quelcom consensuat i pactat i esdevé precursora de conflictes que més endavant s’abordaran.

9.2. La massificació i “la pressió assistencial”.

La quantitat de feina, l’anomenada “pressió assistencial”, recurrentment és apuntada pels informants com a un element decisor a l’hora de donar diferents respostes davant la relació dels sanitaris dels dos nivells professionals i esdevindria un diferenciador entre ells.

La demanda assistència a les consultes sol respondre a 3 mecanismes generadors: cita prèvia (on la població és qui es programa concertant la visita), cita urgent (es dona quan el pacient acudeix al CAP i demana ser visitat el mateix dia perquè no pot esperar a quan se’l podria citar) i visita programada (cites concertades a petició del propi professional). (Martín Zurro, 2003). La distribució a les agendes d’unes i altres varia entre centres. També es produeixen visites telefòniques i totes les visites solen durar menys de 10 minuts, (a Espanya la mitja es situa entre 6-8 minuts, el que situa a l’AP espanyola en una situació crítica per aconseguir una visita satisfactòria, tant pel pacient com pel professional). (Martín Zurro, 2003). Els infermers solen tenir les seves agendes organitzades amb major nombre de visites programades respecte a la resta, tot i que algunes vegades la diferència entre visites programades i cita prèvia es perd. Augmentar el nombre de minuts per visita suposa escurçar llistes de treball el que augmentaria indefectiblement la llista d’espera i per tant, faria incrementar el nombre de visites urgents ateses cada dia. Els informants metges de família feien referència a que atendre a un

màxim de 25 pacients diaris seria òptim (en lloc dels més de 35 que estarien atenent diàriament actualment) per poder atendre'ls “correctament” segons considerarien. Els informants especialistes hospitalaris considerarien òptim visitar de 7 a 10 pacients per dia.

Tenir que atendre a moltes persones cada jornada laboral és mal viscut unànimement per tots els informants.

“el problema de base, insisteixo, a més de postures concretes, el problema quin és, és que sobren malalts. Hi ha massa malalts pel sistema, i quan sobren, tothom es vol treure l'excedent del que pot assumir. Si jo veiés 7 pacients cada matí, i un de primària en veiés 10, no hi hauria cap problema”.

La pressió diària que generarien tantes visites, faria que la continuïtat assistencial

- a. no fos viscuda com una tasca prioritària o esperada. El clínic hospitalari conclouia que *“davant la dificultat, què fa tothom? Intentes cobrir amb el que s'espera de tu, si estàs de guàrdia i et ve algú gran que s'ofega, el que estàs pensant és com li trauràs l'ofec i te'l trauràs de sobre, perquè n'hi ha més esperant. (...)”*
- b. fos reconeguda sols com una forma de gestionar fluxos de pacients i aconseguir que no arribin al nivell on hom exerceix (el que genera llavors, desconfiança i recels a l'hora de parlar de continuïtat assistencial), la clínica primarista deia :

“I alguns estan sensibilitats, per què?, per exemple a la Dra. Martínez (nefròloga) per què li interessem? Perquè no li derivem! Però be, que fins a cert punt ja és lògic, perquè deu trobar pacients que no han d'anar allà, però no vol que ens coordinem, vol que no li enviem!”

Els darrers anys, la continuïtat assistencial sembla una eina que hagi de regular i ordenar la massificació dels serveis sanitaris, però semblaria que en el sentit invers, no es contemplés la repercussió que aquesta té al afrontar la relacions entre professionals de distints nivells. Aguinaga l'any 1986 ja va concloure que la massificació era un dels motius pels que els sanitaris haurien perdut prestigi, ja que desvirtua el seu rol segons els usuaris al impedir-li realitzar les seves tasques com “s'esperava d'ells” tant per ells mateixos com pels usuaris, que els exculpaven per aquest motiu. (Aguinaga, 1986.). Ja

llavors aquesta autora conclouïa que la massificació tenia: a) unes causes de comportamentals: quan persones no-malaltes, segons usuaris i sanitaris, consultaven el sistema de salut per motius que, d'entrada, no ho justificarien (és el que es coneixeria com a “medicalització” i a la que ja ens havíem referit) b) causes de caire estructural; que derivaven de l'organització i funcionament del propi sistema sanitari. El Clínic Hospitalari explicava

“Si tots els estables en lloc de l'especialista, els porten els primàries... el metge de família no ho podrà assumir... i com està ell? Doncs està rebel, perquè no vol fer això, perquè el saturarem.(...) Ells diuen (els gestors): hem d'eliminar els malalts dels hospitals, vale, ja ho hem fet, ara hi ha llista d'espera als primària. I l'objectiu del 2011 quin serà? Hem de disminuir-la llista d'espera de primària i ens els tornaran a rebotar. Perquè els malalts no desapareixen, i això crea malestar entre tothom”.

Mentre es decideix qui ha de fer què, la feina sembla quelcom que es vol i no es vol, una cosa ambigua *“Quan fas qualsevol cosa sembla que els prenguis... serà per feina! Si hi ha per tots! Però la mal compartim, la dupliquem, i en el fons continuem separats, i tant.”*

Al parlar de malestar també es faria referència al que generaria no poder fer les visites *“com s'esperaria o es voldria”* per la mateixa massificació. El treball de Gómez mostrava que la massificació és un problema percebut des fa anys per l'AP que es manté i empitjora (Gómez, 2006). La Clínica Primarista, explicava: *“estem... una mica millor que els de 2 hores potser, però a destajo. Si tens temps, atens be, no receptes tant, no demanes tantes proves, ...molts pacients sols parlant, ja marxen contents, però si no tens temps... doncs, apa, la recepteta o la radiografia o a l'hospital...”*. Una altra diferència entre àmbits que s'apunta i també generaria malestar seria com es gestiona la massificació: els primaristes desaproven que no hi hagi cap mena de límit i “s'hagi de veure tot” mentre que als hospitals si limitarien tenir accés quan *“allarguen llistes d'espera i ja estaria arreglat. No veuen més (pacients) cada dia”*. El mateix clínic hospitalari contava

“Per què des que els hospitals han assumit les especialitats ambulatòries han augmentat les llistes d'espera? Quan l'hospital ha enviat cardiólegs a l'ambulatori, ha eliminat les Consultes Externes de l'hospital, i els malalts no desapareixen, no? I on vas? (...) Ha passat de hospital terciari a especialitat de CAP i ara al CAP! Llavors què passarà? Que el primària no pot assumir això, no perquè no sàpiga, que llavors ells (els gestors) diuen “ja els ensenyarem” i dius “no, si els

problema no és que no sàpiguen, el problema és que el sistema sigui capaç”. Si tots els estables en lloc de l’especialista, els porten els primàries... el metge de família no ho podrà assumir...(…) De tot el sistema, l’únic que no pot tenir llista d’espera, és el metge de família, el primer, el primer, el de trinxera és el que no pot tenir llista d’espera! Els altres mira... pots tenir molta llista d’espera, però ja l’ha vist un metge! Ja ha passat un filtre! I a primera línia no pot haver llista d’espera, però és el que crearan. Perquè el malalt no desapareix.”

Ja havíem comentat que Catalunya i Espanya tenen uns índex de freqüentació sanitària dels més elevats del món (OCDE, 2010). Probablement multitud de factors serien claus per entendre perquè es dona aquest fenomen. Haro explicava que pràctiques com el consum sanitari, no sols es relacionen amb la dificultat o no d’accés als sanitaris, sinó que “són fomentades per la pròpia indústria sanitària, davant la insuficiència de l’Estat i la professió mèdica per a cobrir l’espectre de necessitats d’una població que ha estat intensament medicalitzada a través dels mitjans de comunicació (Haro, 2000). De les entrevistes s’extrauria que els serveis de primària tindrien una menor dificultat d’accés pels pacients, però seguint les conclusions de Haro, quelcom més a part d’aquesta accessibilitat a la que apuntaven els informants com unicausal justificaria una major massificació dels centres de primer nivell.

Quant a la percepció de que hi ha diferència entre els sanitaris més joves i els més veterans, les persones més joves tindrien més i millor relació amb l’altre nivell respecte a les més velles, segons exposen tots els informants, i ha un canvi de perfil per generacions. Tal i com havíem apuntat anteriorment, els sanitaris no serien un grup monolític i l’edat i els anys d’exercici professional serien variables que esdevenen importants per entendre diferents actituds, valors i opinions (Rodríguez, 1987). Són variables que permetrien l’expressió de diferents interpretacions i concepcions del paper social de la seva professió i marcarien distàncies diverses amb altres col·lectius professionals. Potser el coneixement influiria (les promocions més joves d’estudiants universitaris de la salut, actualment rotarien pels CAPs o haurien rebut alguna formació en AP, mentre que els més veterans no van fer-ho en el seu moment) però també han estat menys exposats a la pressió assistencial que els sanitaris de més edat, pel que la síndrome *burn out*²⁹ podria ser un altre factor a considerar com a un condicionant rellevant a l’hora d’abordar la continuïtat assistencial.

²⁹ *Burnout* o desgast emocional. Es relaciona amb la insatisfacció professional quan es relaciona amb una major pressió assistencial. (Martin Zurro, 2003)

La frustració i malestar són elements als que han apuntat sanitaris dels diferents estrats. Es produiria una resposta negativa a la massificació i al no poder executar les esperades tasques per les que els sanitaris haurien estat formats tants anys i que es representen a imaginari col·lectiu i es mostren cada dia mitjançant sèries de TV, pel·lícules,...(curar, guarir, usar tecnologia miraculosa). El Tècnic Hospitalari analitzava la situació d'alguns serveis hospitalaris i les seves reaccions

“Jo crec que aquesta mala hòstia, aquí no entrem ni en el camp antropològic ni sanitari sinó en el camp més psicològic, no? Crec que això és fruit d'una frustració personal; aquesta persona que parla d'aquesta manera tan despòtica dels de la primària, potser ho està fent potser perquè ell es sent com que tampoc aconsegueix resoldre les seves pròpies del seu servei a l'hospital i per això reacciona d'aquesta manera, es rebota i així es justifica; carregar-se el que te allí de manera impune, quan una certa autocrítica i una certa actitud d'humilitat és molt necessària”.

10.La tecnologia. Reconciliadora o separadora?

L'estructura del sistema sanitari no ha canviat molt en aquests darrers 20 anys tot i l'arribada de la gegantina tecnologia punta. Més be, ja s'ha fet referència a que la tecnologia esdevé perpetuadora i fins i tot, una precursora de desigualtats: s'usa terapèuticament i es vincula sovint als hospitals, i duu associada la idea de prestigi, el gestor primarista afirmava *“La tecnologia enlluerna, és molt més vistós fer un transplantament que posar vacunes, amb la qual cosa, doncs, tot això ajuda”*. Tot i això, la tecnologia seria dipositària de concepcions religioses i màgiques, tal i com deia Comelles, *“en la mesura en la que la secularització de la societat i l'hegemonia del model mèdic han destruït l'eficàcia simbòlica del discurs religiós (...) es reconstrueix articulats amb altres recursos, tant la creença màgica de la tecnologia. Remeten a la confiança cega en les noves tecnologies, com a l'escenari de les promeses a la Mare de Déu o als sants”* (Comelles, 2000)

La tecnologia llavors, tindria una vessant que de vegades sembla paradoxal o contradictòria, és salvadora i és la que condemna. Apareix al abordar, per exemple, el recurrent tema de la Història Clínica, com a eina que permet recopilar informació i, si fos única, compatir-la entre sanitaris de diferents serveis de salut.

Tots els informants, excepte els gerents de tots 2 àmbits, atorguen importància a disposar d'una única història clínica. Ressalten la seva importància a l'hora de facilitar conèixer l'estat de salut dels pacients, saber què se'ls ha fet en altres centres o visites d'altres sanitaris, evitar duplicar proves i/o visites i facilitar la feina dels professionals al disposar d'aquesta informació clínica afegida (aquest darrer aspecte el valoren principalment els informants que són assistencials). Gómez al seu treball va concloure també que els metges directius que va enquestar entenien que una història clínica única seria una sol·lució a molts problemes quotidians i que, principalment els primaristes haurien augmentat quantitativament la seva demanda per aquests recurs als 9 anys. (Gómez, 2006).

Aquesta missió unificadora que s'atorga institucionalment a la tecnologia esdevé messiànica quan hauria de restaurar les ruptures que es donen en el procés o itinerari assistencial del pacient, que potser anirien més enllà de la mera transferència d'informació: el Clínic Hospitalari deia

“Jo el que veig són 2 aspectes de la relació; una és la relació, la més fàcil de corregir, que és la de la unitat de les històries clíniques, no? La informació d'aquí que ha d'arribar al metge de primària i la informació del metge de primària que hauríem de veure nosaltres, això és el més fàcil, perquè això és simplement un problema informàtic, no necessites ni filosofies ni política sanitària ni res, és un problema estrictament informàtic, en fi, pot ser molt complex informàticament però és informàtic i punt, aquí s'acaba. El problema moltes vegades és que d'alguna manera sembla que això ja resol el problema de comunicació amb la primària i no el resol, el facilita, facilita la tasca de la primària i dels hospitals, però no resol els problemes de comunicació.”.

Al parlar de tecnologia, els informants coincideixen a expressar que s'hi diposita sovint l'expectativa de que solucionarà, màgicament, a més de la visió fraccionada d'alguns sanitaris, les mateixes parts de l'estructura sanitària que són viscudes com a deficiències: el desconeixement de informació clínica, la lentitud, el paper burocràtic dels sanitaris (controlant baixes laborals i farmàcia), la despesa (evitant duplicar visites/proves i despesa farmacèutica), l'ordenació territorial, les desigualtats i la fragmentació.

Quant a la fragmentació, la tecnologia suposadament hauria de salvar

- les compartimentacions de l'espai: tant de les distàncies físiques entre els centres hospitalaris i ambulatoris i la mateixa casa del pacient (la distància espacial entre els sanitaris i els llocs d'exercici). Com de l'espai entre el sanitari i el pacient; el

lloc on es produeix el reconeixement, com explicava Johannisson, és un lloc on es donen moviments ritualitzats, contacte entre dos cossos regulat i reglamentat, on l'examen dels cos de l'altre per part del metge ompliria l'espai de significat (Johannisson, 2006). Amb una mena de desafiament gairebé màgic el metge interpretava signes i símptomes imperceptibles pels demés. La tecnologia podria ajudar a “cosificar” el cos, com havíem comentat abans, i també podria canviar la forma de contacte amb el cos del pacient. El cos cada vegada seria menys “sentit”, literalment: tocat, vist, olorat, escoltat, quan la tecnologia permet entrar-hi sense ni tan sols tocar al pacient: radiografies, Ressonàncies Magnètiques, TACs,... multitud de proves mostren els espais més íntims del cos mai vistos fins llavors. Les noves tècniques de diagnòstic suposarien una redefinició de la identitat del metge. (Johannisson, 2006). En el cas que ens ocupa, al ser un àmbit més tecnològic, l'àmbit hospitalari hauria perdut una part important de contacte físic amb els pacients que atendria. En l'AP, al disposar de menys tecnologia, hauria de seguir emprant mètodes d'exploració que impliquen un major contacte amb el pacient.

- la compartimentació del temps: la tecnologia permetria saber què han fet altres sanitaris en altres moments, salvant la asincronia de diferents actes terapèutics i/o permetent sincronia, permetent saber d'un ingrés o un alta en el moment que es dona, i no quan la família o el mateix pacient acudeix a la consulta per informar-ne temps després.
- la fragmentació del cos del pacient: que estaria desmembrat, ordenat segons els diferents òrgans i sistemes que disposen de proves, personal i tractaments específics, el que trenca la seva unitat psico-física. La tecnologia suposadament permetria unificar-ho tot, retornant la corporalitat al pacient, però l'atenció corporal és més que la suma de tot els seus òrgans i aparells. Aquesta fragmentació del cos tractat, no es viuria de la mateixa en els dos nivells professionals: Els primaristes compten amb un paradigma holístic a l'hora d'entendre el seu rol i les seves accions assistencials, a diferència d'això, els sanitaris hospitalaris disposarien de tècniques puntuals i visions fraccionades i limitades al seu camp especialitat d'actuació. La Tècnica Primarista feia referència a com va decidir fer família al acabar la carrera: ”*Jo quan vaig acabar*

tenia molt clar que m'agradava el que no era l'hospital, allà sols veien un còlon un dia, un cervell un altre". Scheper-Hugues ja va fer referència a la "cosificació" del cos. (Scheper-Hugues, 2005) De nou, amb l'ajut de la tecnologia fragmentar un cos en els seus distints òrgans o teixits ajudaria a despersonalitzar a l'individu, que esdevindria un receptacle de "bens" comercialitzables d'aquells més vulnerables. Així ja no es veuria una persona o a un ser indivisible, sinó un ronyó, per exemple, sobre el que tenir unes actuacions concretes per assolir uns objectius. Salvant les distàncies (ja que ella aborda el drama del tràfic d'òrgans), amb una excessiva fragmentació i divisió del cos també trobem despersonalització de l'individu indivisible que s'atén, també en una posició de desavantatge davant el sanitari, amb la conseqüent repercussió en la relació humana entre sanador-pacient. Així doncs, els primaristes tindrien una percepció de la persona atesa probablement diferent a la dels hospitalaris. La seva pròpia noció o valor del cos, de "Corporalitat" o "embodiment" serien representats de maneres distintes. Els hospitalaris, especialitzats en atendre òrgans i sistemes de forma més puntual i aguda, tindrien una visió més parcialitzada i cosificada dels pacients. Al fer-ho en el seu entorn hospitalari, el que Johannisson anomenava "terreny propi i amb el seu propi decorat", va permetre que el metge desenvolupés una major autoritat. (Johannisson, 2006). Pels primaristes la seva visió holística els ajudaria a comprendre la dimensió integrada dels pacients, que visitaria al seu barri o a la pròpia llar, amb el reforçament del component bio-psico-socials de tota persona. La longitudinalitat afavoriria la visió unificada de la persona, amb els seus diferents papers socials (al acudir la família s'explicitarien diferents rols del pacient atès: treballador, pare, espòs, fill,...)

Aquesta diferència quant a la fragmentació del cos del pacient i l'organització que se'n deriva, tindria relació amb les diferents concepcions d'algunes nocions, com per exemple, *complexitat*. En una reunió interdisciplinària a un hospital terciari, amb especialistes hospitalaris i primaristes, una cardiòloga proposava ampliar la seva "visió" com a cardiólegs i contemplar no sols la patologia cardíaca del pacient, sinó tenir en compte la seva *complexitat*: si tenia diabetis, problemes respiratoris, algun càncer,... al que una primarista va afegir: "*Home, em parles de malalties, de la part biològica, i això no és complexitat, és pluripatologia. Quan a primària parlem de complexitat, a més, tenim en compte si el pacient viu un dol perquè*

s'acaba de quedar vidu, si viu sol, si te fills, si és analfabet,... això és complexitat". (extret de notes de camp, observació participant a reunions). Això també ens faria referència a una nova diferenciació entre ambdós nivells: el diàleg dels primaristes aniria dirigit a la societat, abordant aspectes rellevants i pertinents també per profans, mentre que el diàleg mèdic hospitalari aniria dirigit a altres científics.

- La fragmentació del cos de sanitaris: que es divideix segons centres, institucions, càrrec, formació,... la tecnologia permetria visualitzar totes les intervencions per igual, hagi registrat qui hagi registrat: cap de servei, residents, cardiòlegs, famílies, infermeres,...

Segons els sanitaris assistencials, molts contactes que es donarien entre nivells assistencials el que pretendrien és obtenir una informació clínica que si es disposés d'un registre únic, serien evitables. Coincideixen a dir que les solucions tecnològiques com a facilitadors d'intercanvi d'informació clínica es valoren positivament però no seria la sol·lució definitiva a la situació entre àmbits assistencials. Tal i com Tècnic Primarista diu *"No és lo únic, eh? Però ajuda molt, en no repetir proves, tot això... però no és lo únic, eh? Si no hi ha diàleg clínic..."*

El Clínic Hospitalari entrevistat, a més, mostrava altres recels amb la tecnologia:

"Sabem que les especialitats estan assistencialment acceptablement cobertes, però els gestors veuen que hi ha una manca de relació amb els metges de primària i això comporta duplicitat de visites, ... el que sigui... anem a solucionar-ho; no posem posar més especialistes, perquè no hi ha més diners, ni més infermeria, ni despatxos, ni res! Llavors diuen, anem a usar la comunicació per internet: que ens ho arreglarà tot i ens donarà unitat, el que no havien sigut capaços de fer 3 persones en persona, ara que no es veuen, s'arreglarà, i això no pot ser gaire correcte. (...) I tot això volen estimular-ho,... no ho diuen d'una manera oberta, però és el que volen fer i és perillós... per mail! Això no és medicina, això no és fer medicina, és multimèdia! Pubmed o Google, però llavors ja no els calia tenir-me a mi, no?(...) Diuen "ara, el que farem, és que us podran consultar casos", per mail, faran un electro, escanejar-lo i enviar-lo, tècnicament és fàcil i no te complexitat, però això comporta un problema greu: qualsevol especialitat haurà de donar un consell sense haver vist la cara del malalt, i això és medicament totalment incorrecte"

Més enllà dels problemes legals que genera la confidencialitat de les dades clíniques, s'ha fet referència als problemes legals que podrien derivar de consultes “virtuals” (a través de telèfon, webcam o mail) amb converses que no quedarien en lloc registrades, i podrien esdevenir un “problema” si es donés alguna complicació o algun pacient interposés una demanda “*a qui cridaria el jutge?*” es demanava el clínic hospitalari.

En el pitjor dels casos la tecnologia podria ser la precursora de conflictes legals, per la confidencialitat de les dades o per dubtes sobre la responsabilitat de decisions clíniques. Però en el millor dels casos, la tecnologia tindria una missió contradictòria en si mateixa: d'una banda, esdevé generadora de diferenciació quan els professionals requereixen especialització per poder usar-la terapèuticament amb els pacients, i a l'hora, tindria una intenció unificadora, quan hauria de corregir les distàncies que separen els diferents sanitaris i que ella mateixa ha ajudat a crear. De Miguel ja exposava fa 20 anys que “les successives reformes del sistema sanitari han pretès impulsar una xarxa d'assistència sanitària, però l'impacte de la tecnologia i l'institucionalització és tan gran que el resultat ha estat el reforçament del sector hospitalari” (De Miguel, 1990).

Tot i que la relació entre àmbits professionals es minimitza o nega, quan es reconeix, alguns informants la defineixen com a *un caos* o *un lio* i d'altres directament l'assenyalen com a font de conflictes. Per aquest motiu també, els intents de contacte entre els primaristes i hospitalaris es veurien dificultats o avortats quan voldrien obtenir informació o fer alguna consulta extraordinària, més enllà dels fluxos ordinaris de pacients. Sols es mobilitzarien per aconseguir informació “extra” davant casos que qualificarien de “especials”.

Altres vegades la relació entre nivells assistencials no es produeix fruit de contactes voluntaris, sinó que el contacte es donaria al derivar o enviar un pacient d'un lloc a l'altre. Quan això succeeix es fa esperant una sèrie d'intervencions que podrien haver estat induïdes o no pel sanitari que derivava al pacient. Per desconeixement o congruència amb les idees identitàries generades o d'hàbitus adquirits, es duen a terme accions que generen conflictes entre sanitaris; exemples d'això, serien el traspàs de tasques dels uns als altres (les més banals i burocràtiques) o que, al requerir la intervenció de l'altre nivell assistencial, la expectativa inicial i concreta que es tenia i va motivar la consulta, no es

veïés assolida. Serien fets percebuts com un menysteniment o un greuge. El malestar que es generaria pot expressar-se obertament, però altres vegades s'usarien metàfores.

11.Sobre situacions tenses i conflictives i la utilització de metàfores.

Seguint a Susan Sontag, que treballà l'analogia de certes malalties amb metàfores, qualsevol situació de causa obscura, i per a la qual no es disposa de sol·lució eficaç, tendeix a ser inundada de significat. (Sontag 1997). Bourdieu, també explicava que en la “comunitat científica” al parlar de “camps” es polvoritzava tota inhibició de oposició als “comuns” (que al diferenciar per camps deixaven de ser-ho), i parlava de la vida científica com a “guerra”, a la que evocaven els mateixos científics (Bourdieu, 2001). Els informants també usaven algunes metàfores al tractar la relació entre nivells professionals. Les metàfores destil·larien prejudicis i poden tenir càrrega moral. Amb elles ens podríem permetre intentar explicar què signifiquen certs tràmits, contactes personals o tècniques que els sanitaris han de fer al relacionar-se amb professionals de la salut d'altres àmbits o nivells. Pretendríem saber què suposen.

Recurrentment es fa referència a les narratives dels informants, a la disposició piramidal de les institucions sanitàries, evocant pressions i tensions com a forces, comparant-se amb un exèrcit i fent metàfores bèl·liques. A mi mateixa, en el moment d'anar a fer les entrevistes, alguns informants que sabien que era infermera em preguntaven “*si era de base o tenia algun càrrec*”. Al preguntar a la Infermera d'Enllaç i demanar-li que em contès com creia que certs fets influïssin a la relació entre sanitaris dels dos àmbits, va dir que creia que aquestes situacions generaven “*guerres, i són guerres que es donen entre la gent de base*”. S'ha parlat de que “*un àmbit veuria l'altre com una amenaça, clínica i de lluita pels recursos*”. Es faria referència a assolir fites respecte a l'altre nivell professional amb “*conquestes*”. Quan apareixien situacions conflictives, les al·lusions bèl·liques eren unànimes als discursos de tots els informants: es parlava d'especialistes d'hospital que “*són desterrats a galeres*” quan van als CAPs o un clínic hospitalari contava “*De tot el sistema, l'únic que no pot tenir llista d'espera, és el metge de família, el primer, el primer, el de trinxera és el que no pot tenir llista d'espera!*”

Les controlades metàfores de la relació entre nivells professionals provenen del llenguatge militar. Cada sanitari s'ha de familiaritzar també amb aquesta terminologia, que fins ara no els era desconeguda dins el món biomèdic. La metàfora militar, tal i com exposava

Sontag, es va començar a usar primer amb la identificació dels bacteris com agent etiològic de patologies i posteriorment amb l'abordatge del càncer. Resulta sorprenent que la relació entre àmbits assistencials s'equipari en aquest sentit, en l'ús de metàfores bèl·liques, a lluites d'infeccions i combats contra neoplàsies, quan l'agent maligne a la nostra proposta és el mateix professional sanitari.

A més de les metàfores bèl·liques, han aparegut analogies durant les entrevistes que reforçarien la visió jeràrquica entre l'hospital i l'AP. Com exemples, valguin la que va sorgir en la conversa amb el Gerent Hospitalari, al preguntar-li si el ser metge de família era un aspecte curricular valorat pels seus companys hospitalaris, va dir: Gestor Hospitalari,

“és que jo crec que la majoria no ho saben [riem tots dos]. No, jo no m'amago, però ja porto tants anys en això que jo crec que és com...ells ho veuen com un error del passat!. Com un va ser arrestat per drogues, o així. [riu]. ... Que a la joventut fes coses així... bogeries de joventut! [riures]”

També com exemple, valgui l'analogia que usava el Directiu Hospitalari al parlar sobre el prestigi, exposava: ” *Si, si, però abans d'això, per què passa això? Perquè la primària no dona imatge de prestigi i sols t'ho compren els que no tenen més remei. És com els que no els arriba per comprar-se peix fresc i es compren peix congelat”*.

Davant una relació poc cordial (tant que ja s'entendria usant metàfores bèl·liques) seria evident que s'hi donaria una conflictivitat latent. L'ideal seria prevenir els desencontres. Però quan això no es produeix, no hi ha sanció (burocràcia punitiva) per l'infractor i el perjudicat. Seguint amb els casos que anteriorment havíem citat, podrien recaure sobre alguns professionals unes tasques no esperades que, perquè són poc valorades o perquè són uns tràmits que hauria d'haver fet un altre sanitari, pot fer-los sentir rebaixats a fer la feina no prestigiosa i menystinguda per un altre. Els sanitaris es poden sentir molestos, agreujats o ... ofesos.

11.1. La vindicació de les ofenses entre sanitaris.

Ofensa, seguint a Terradas, seria aquell perjudici infligit a la conducció de la reciprocitat i la capacitat per exercir-la. Tot perjudici realitzat en contra del camí que un ordre social marca a cada persona. Cobraria sentit amb les persones com a membres d'una col·lectivitat que defineix la juridicitat de les seves expectatives i conductes, i no davant un codi general que afronta a l'individu amb tota la societat, així es diferencien dues experiències diferents, la d'ofendre a algú i la de transgredir una llei. (Terradas,2008).

En el context que ens ocupa, el institucional de la sanitat pública catalana, hi ha tot un seguit de normes i lleis que regulen comportaments i apliquen sancions a qui les infringeix. Hi ha però, fets o situacions que poden generar perjudicis o ofenses i que no estarien tipificats a cap codi, amb el que la possibilitat de compondre-los, lluny d'esvair-se, es dissoldria en pràctiques quotidianes reconegudes pel grup al que es pertany. En contextos on es donava una justícia vindicatòria quan es produïa una ofensa calia esmenar-la, compondre-la. En aquest cas que ens ocupa, seguint l'analogia emprada, tot i les diferències, ja que la integritat física dels afectats no es veu compromesa, quan es produeix un fet que s'interpreta com un greuge, la composició sovint esdevé difícil: la restitució és complicada o impossible i la composició sovint es confon amb discursos victimitzadors que penalitzen doblement: augmentant les diferències i el malestar, distanciant encara més. Potser el més interessant seria no treballar per aquest darrer fi, sinó desenvolupant els mecanismes que evitin ferir les susceptibilitats de l'altre amb tot el que genera.

Quan un sanitari es sent menystingut per l'altre nivell assistencial, més enllà del malestar que genera, pot passar que aquell que es sent dolgut executi la seva particular *vendetta* sobre un altre membre d'aquell grup de l'ofensor (i no necessàriament sobre el mateix individu infractor, duent a terme dinàmiques típiques d'hostilitat burocràtica) i així es va minant la relació entre els dos àmbits. Són situacions compartides pel grup i solen estar presents en la memòria condicionant les conductes posteriors. Sovint la resposta davant el fet que fereix té en compte les experiències anteriors pròpies i "dels teus", com un

casuisme informal³⁰ que es descriu de manera oral entre els membres del col·lectiu i dóna pistes a com respondre. Es tracta de fets individuals i grupals; quan algú del grup pateix un fet que el contraria, aquesta mobilitza a la resta de la comunitat del perjudicat, que mostra el suport i el desaprovament, cohesionant encara més el grup i accentuant l'alteritat, la diferenciació, el desconeixement i la no integració assistencial.

En una cultura vindicatòria la injustícia no és la desviació de la norma, és sobretot la incapacitat per defensar-se i això vol dir bàsicament comptar amb un suport social. (Terradas, 2008). Tot i que la nostra societat no és vindicatòria sinó de Dret i parlem d'un context laboral sanitari, no es tracta d'un món de guerrers ni pastors, també l'aprovació del grup esdevé clau i el suport del grup es presenta com l'única acció possible en resposta a l'ofensa rebuda, ja que al no tractar-se de cap delictes, no hi hauria respostes institucionals formals. Tots els entrevistats contenen que la institució facilitaria eines per resoldre situacions com la que ens referíem: s'han apuntat programes com el PREALT³¹, figures com les Infermeres d'Enllaç³², la Gestió de Casos³³ i l'experiència dels protocols, que tots valoren amb recel i dubtes de la seva practicitat. La principal crítica feta pels informants és que no haurien resolt el problema de mala o nul·la comunicació i suposarien un interlocutor més a un complex procés o itinerari. A més, ningú coneix si han estat avaluats. L'elaboració de protocols ha estat l'aspecte en el que més han incidit tots els informants.

11.2. Els protocols per restituir l'ordre.

Per mirar d'ordenar els fluxos de pacients entre àmbits, oferir un tracte equitatiu als usuaris i evitar grans variabilitats a la pràctica, existeixen eines assistencials com els protocols que definirien quines tasques ha de fer cada sanitari i quan el pacient hauria de ser traspassat a un altre nivell o professional. La protocolització encaixaria de ple en un

³⁰ Per casuisme s'entén “la tècnica legislativa consistent en la descripció de la conducta típica per mitjà de l'enumeració dels casos particulars en que el delictes es comet”. (Diccionari Espasa, 1991)

³¹ Aquest programa consisteix en notificar una alta d'un pacient al seu equip de referència del CAP. Un protocol establiria el compromís de contactar amb el pacient o la seva família en 24-48 hores després de l'alta hospitalària.

³² Es tracta d'una infermera primarista, ubicada físicament a l'hospital. La seva tasca principal seria planificar altes de pacients complexes conjuntament amb els sanitaris hospitalaris i els dels CAP.

³³ Es tracta d'infermeres designades per gestionar aquells casos que per la seva complexitat clínica i/o social requereixen de consultes amb múltiples “proveïdors”.

sistema sanitari que tendeix a hiperespecialitzar-se i que usa cada vegada més recursos tecnològics, el que duria tal i com apuntava Seppilli, “a una forta objectivació, una atenció centrada en el procés patològic més que en el pacient i en la seva subjectivitat, una despersonalització i empobriment de la relació metge-pacient” (Seppilli, 2000).

Als encontres amb els entrevistats, se'n fa referència i es parla dels protocols com quelcom que hauria d'ajudar però a l'hora sembla unànime la visió negativa d'aquest tipus de documents, com a mínim semblaria desprendre's del relat de l'experiència viscuda pels informants,

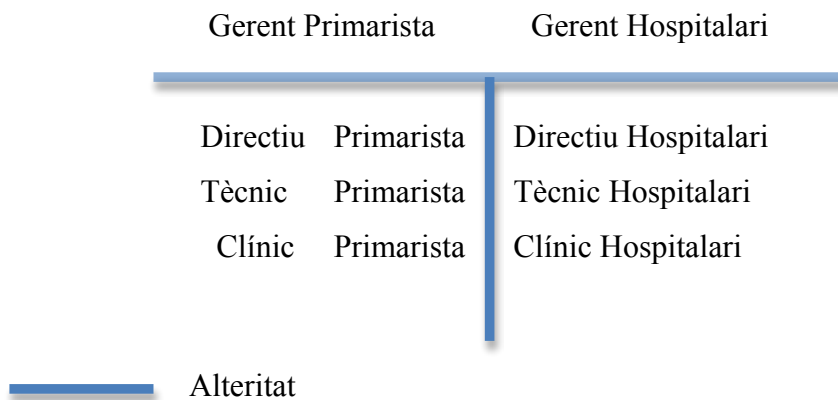
- En primer lloc, perquè tot i que es podria entendre com una norma a acatar, la lectura que se'n faria seria similar a una recomanació. Ambdós tècnics, el clínic hospitalari i la IE exposaven que s'havien elaborat protocols, i després d'invertir temps i esforç en la seva elaboració no s'avaluaria l'impacte, ni sancionaria quan no s'apliqués. En aquest sentit un altre element diferenciador entre àmbits seria que en el primaristes no acatar els protocols o les guies, com els farmacològics, per exemple, sí els penalitza, econòmicament, mentre que els especialistes no es veuen premiats ni castigats quan incompleixen les guies o protocols. Davant la infracció d'un hospitalari, els primaristes rebrien una doble ofensa: la del incompliment i la de la “delegació” d'una tasca carregosa que els pertoca “als altres” i el impacte a les retribucions dels famílies. El control institucional, amb l'ajut de la tecnologia (estri clau per monitoritzar i controlar la despesa farmacèutica) es focalitza en els primaristes. El Directiu Hospitalari deia *“Per això la prescripció es segueix controlant a la primària, i això és motiu de conflictes (...) Part del conflicte entre l'hospital i la primària és la voluntat de l'estat de controlar la despesa sanitària basat en de primària, per les receptes i les baixes, i es deixa als hospitals que vagin fent les seves cosetes”*.
- En segon lloc, perquè no es tracta d'un fruit del consens i el pacte, sinó que sovint vénen imposats. El mateix clínic hospitalari deia *“Tu si vols fer un grup que estigui més o menys unit laboralment, (...) doncs que el protocol assistencial estigui decidit per les dues bandes, no? I això és més complicat”*. Els protocols ordenarien el flux de pacients però no facilitarien la relació entre professionals en si mateixos, ben al contrari generarien recels i desconfiança. En canvi els sanitaris

sí valorarien el treball conjunt per elaborar-los com a facilitador del coneixement entre nivells.

11.3. Responsabilitat.

Quan les pràctiques responen a les necessitats de planificació del sistema sanitari i no a les necessitats dels pacients o dels professionals, es planteja el dubte d'on ha recaure la responsabilitat del procés o les part d'aquest.

Sheehan al seu treball amb professionals sanitaris, va analitzar com l'ús del llenguatge al referir-se a membres del propi equip o grup (inclusiu, fent referència a “nosaltres”) difereix al usar-se per fer referència als components de grups aliens (exclusiu, fent llavors ús de “els altres o ells”) (Sheenan, 2007). Els informants al parlar dels “altres” feien referència als professionals sanitaris que exercien al nivell professional que no era el seu, però també es referien als “altres” al parlar de les gerències i aquells que executen càrrecs polítics, a més, els apuntaven com a responsables últims que es donés la situació actual entre nivells assistencials, junt amb els factors històrics del sistema sanitari i els desconeixement afavorit per el currículum formatiu dels sanitaris.



La Clínica Primarista deia

“Jo crec que el secret de tot ve de dalt, dalt, dels gerents i els polítics; si es potenciés com ha d’anar..., però com sols es potencia l’hospital i els diners van a l’hospital, doncs aquí quedem, com quedem. I es va fer la Reforma amb molt bona intenció i no s’ha potenciat, vés a saber per

què, deu haver interessos i deu ser difícil d'entendre però així estem... el problema es molt de dalt.”

La directiva primarista apuntava que la responsabilitat última era dels alts càrrecs institucionals, i que per retornar la responsabilitat als sanitaris assistencials

“Ara es pensa des de dalt, i el que es pensa des de dalt sobre el paper és molt bonic, però llavors hauria de baixar i que els d'abaix matxaquessin el que s'ha fet... i això ja és un ideal total! (...)és que un director... no és res! Un director no és res! I pot estar, perquè algú ha de portar les coses burocràtiques i demès, però el que hauria de funcionar realment és ... la gent. Ens haurien de donar autonomia de gestió i a veure què fem. I llavors la gent hauria d'actuar amb responsabilitat. Clar, jo el que també penso a vegades és que, tal i com van les coses, i no és cap crítica per la gent, eh? Però és que no s'ho senten seu... Si la gent, si tinguessin capacitat els gestors de dir, que la gent es sentís fer el petit lloc on treballa,... seria molt diferent. El que passa és que ens ho fan fer, us ho fem fer a vegades de cada manera que dius... faig el que em toca i adéu”.

Els informants gerents coincideixen a assenyalar com a responsables de la situació actual els factors històrics i el desconeixement, en canvi, quant al tercer factor, difereixen amb la resta dels informants quan ells situen als professionals assistencials com una dificultat. El Gestor Primarista, afirmava

“Si diem que hi ha 2 problemes de base: un és el complex d'inferioritat i l'altre és la medicació, el primer és tractar el metge de primària com si fos d'hospital i el d'hospital com si fos de primària; o sigui, demanar a especialistes que assumeixin les seves tasques burocràtiques i als primaristes que assumeixin més responsabilitat”.

Davant qualsevol conflicte relatiu a la relació entre àmbits assistencials el procediment habitual seria resoldre'l individualment. La responsabilitat d'aquests fets mai ha estat atribuïda a gerents o institucions segons els informants. Amb l'elaboració de protocols, la responsabilitat de nou es repartiria entre els clínics. Tècnic Hospitalari contava “*quan 2 nivells professionals es relacionen, ha d'haver-hi una certa aliança de responsabilitat mútua, què assumeixes tu i què assumeixo jo, ha de quedar molt clar, i aquí venen tota la part de protocols, guies, circuits,... per marcar les normes del joc i més que el joc, de la responsabilitat”.*

11.3.1. Responsabilitat evitada del sistema sanitari.

El sistema sanitari hauria d'exigir als seus empleats determinades pràctiques o tècniques relacionades amb la CA de la mateixa manera que els requereix resultats en termes d'asèpsia o eficiència. També hauria de facilitar els mitjans per a la consecució d'aquests objectius. No fer-ho suposa una evitació de les seves responsabilitats cap als mateixos treballadors i la societat. Amb aquesta evitació, el sistema sanitari adopta una posició negligent vers els seus clients: no exigint elements de CA augmentaria el risc de duplicitat, comunicació,... Una institució sanitària pot ser iatrogènica (Sontag, 1997) i al saber-ho i permetre-ho, aquesta situació tindria connotacions ètiques cap a la institució.

Per començar, la responsabilitat de decidir si es dóna CA entre sanitaris de distints nivells professionals i si és adient, per consens en la seva definició³⁴, recau sobre els pacients, i és evitada pel sistema sanitari. Seria el punt de vista dels usuaris el que decidiria si es produeix una continuïtat coherent. Sembla curiós, quan d'entrada els pacients no tindrien per què tenir coneixements tècnics sobre determinats processos d'atenció, amb el que les seves expectatives estarien limitades. (peu pàgina: Una enquesta de satisfacció hospitalària d'usuaris en la comunitat andalusa, mostrava que més de la meitat dels enquestats desconeixien els seus drets i deures quant als serveis sanitaris públics. Comelles, 2008). El sistema sanitari tindria una responsabilitat amb els pacients que no compliria quan a) "delega" en ells la conformitat amb la CA rebuda, b) no exigeix ni disposa els mitjans perquè la CA sigui una realitat quotidiana, quan suposa avantatges tant pel pacient, com pel mateix sistema sanitari i, c) no incorpora el punt de vista dels professionals sanitaris que sí tindrien els coneixements tècnics per valorar la CA i són qui de primera mà tindrien la possibilitat de fer-la efectiva.

11.3.2 Responsabilitat evitada de l'Atenció Primària

Una queixa recurrent dels hospitalaris seria que els arriben moltes persones consultant als serveis de Consultes Externes i Urgències (serveis fronterers per excel·lència) que no haurien d'haver anat allà, que haurien d'haver anat al CAP i allà els haurien d'haver resolt el seu problema. El Tècnic Hospitalari contava

³⁴ Recordem al lector que la Continuïtat Assistencial (CA) és el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep el pacient al llarg del temps. (Aller, 2010)

”I aquí constantment, constantment, rebem per exemple, derivacions a la consulta externa de l’hospital, de problemes de cap transcendència o processos molt banals, i això es viu molt malament. O a UCIES les visites no justificades, o inadequades, és un problema que ha marcat molt la relació amb la primària, i diuen “la primària no ho fan be, no en saben i es passen tota la morralla”, perquè la visió que es te des de l’hospital és que la capacitat de responsabilitat que te la primària és mínima.(...) Això és una altre fet, un altre valor que es respira aquí, molt fort, que condiciona tot.”.

Fins i tot el Gestor Primarista feia referència a que algunes vegades a la primària no han sabut respondre i afegia: *“Assumim de vegades poca responsabilitat, és molt més fàcil entrar a la pel·lícula de la queixa, si els culpables són externs jo no tinc cap feina, i això no és així. Jo com veus sóc molt anti-victimista dels metges de família i ho tinc molt assumit des fa anys, no ara que sóc gerent sinó d’abans fa anys”.* Aquests fets quotidians reforçarien l’idea de que els metges primaristes són mals clínics, no volen assumir responsabilitats i condicionarien la relació amb l’AP. Quan un primarista deriva a un pacient a l’hospital per un motiu, d’entrada, banal o no justificat, no està cometent cap il·legalitat, però els sanitaris hospitalaris viuen aquest fet com a una ofensa. Es desmereixeria la seva capacitat resolutiva, curativa i tècnica amb processos que no requeririen ni mereixerien tanta atenció, la seva.

11.3.3 Responsabilitat evitada de l’Hospital

De la mateixa manera que els hospitalaris valoren com una ofensa rebre *“tanta morralla”* o consultes banals provinents de la primària, els metges de família valoren com una ofensa rebre l’encàrrec de fer les receptes dels metges especialistes, i els acusen de no voler assumir la responsabilitat i burocràcia que es desprèn de les seves prescripcions. Tècnic Primarista afirmava *“que un especialista es pugui permetre el luxe, en el tema de medicaments, de dir-li a un metge que ha de fer-li segons què perquè ell ho pensa i al revés no passa. Nosaltres sempre traquem, els de la primària, d’això em queixo, perquè no hi ha dret a això, no hi ha dret”.*

Ja hem comentat fins ara que els discursos sobre avanços en aspectes de salut es relacionen amb el terciarisme i que aquest, junt amb d’altres factors, beneficien als

hospitals amb més dotacions pressupostàries i que bàsicament el que s'espera dels metges hospitalaris, és tècnica.

Tot acte mèdic obliga a que el facultatiu que prescriu un tractament assumeixi la totalitat d'actes que se'n deriven: la responsabilitat sobre les conseqüències del tractament seria un exemple evident però l'acte burocràtic de fer la recepta d'aquell fàrmac indicat (perquè així el pacient pugui anar a la farmàcia a recollir la droga en qüestió) semblaria, segons expliquen els clínics primaristes, no ser tan evident pels especialistes hospitalaris. En una reunió a un hospital on acudien metges de família, aquests comentaven informalment al descans, parlant dels conflictes per receptes *“és que ells (els hospitalaris) entenen que la seva missió és “sols” aplicar el seu criteri, diuen: “fer la recepta és un acte banal que ens treu temps de fer coses realment importants” així que destil·la que el temps dels Metges de Família és tan poc valuós que sí poden sacrificar-lo per fer la part de la feina dels metges hospitalaris que aquests no volen assumir”*. Aquest fet produiria malestar entre els primaristes ja que els genera visites que serien evitables: els pacients visitats a l'hospital acudeixen llavors al CAP a demanar les receptes quan d'haver-les rebut en el mateix moment de prescripció, aquesta cita no es requeriria. A més, és llavors quan creixen les hostilitats ja que els Metges de Família expressen sentir-se menystinguts, aquells metges de la reunió deien *“no som les seves secretàries”*.

Tot i que les diferents organitzacions que aprovisionen serveis de salut tenen regulades les tasques burocràtiques, detallant i precisant com han de fer-se, alguns dels facultatius hospitalaris decidirien no acollir-se. Sembla ser que perquè el seu rol, tal i com l'entenen, contemplaria altres tasques, altres hàbitus o potser com a revenja per altres greuges patits pels primaristes.

11.4. Revenges i càstigs entre sanitaris.

Entre nivells professionals, es donen ofenses no tipificades ni regulades per cap codi, i per tant, no es poden aplicar sancions formals. Davant això, sorgeixen una sèries d'estratègies reparadores que haurien d'esmenar o compondre el mal rebut. La relació professional entre nivells, a més de generar conflictes, pot ser usada per compensar altres ofenses “internes”.

Quant a les revenges o càstigs, el Clínic Hospitalari contava:

“A part de que, com en molts hospitals terciaris la decisió de qui va a l’ambulatori... no ha estat ni democràtica ni transparent, si no que els amiguetes del cap de servei no hi van... i els que són oposició, doncs hi van... per això s’ha viscut com un càstig. Si que és veritat que algun especialista terciari es sent denigrat perquè com és tan xulo-piscines que diu”home, si vaig a l’ambulatori m’estan rebaixant la meua qualitat” però no es viu així la major part de les vegades. Jo per exemple, estic dins el bàndol de l’oposició aquí i em diuen “no, no te lo tomes como un castigo” i jo encara no havia dit res, m’ho deia ell i jo deia “l’únic que t’ho prens com un càstig ets tú que m’ho estàs dient, jo no estic castigat per anar a fer de cardiòleg en un altre edifici, em pot agradar més o menys tenir-me que desplaçar i, evidentment, si he d’anar i he de venir, estava millor al pis de dalt, però per comoditat”.

Les al·lusions a que anar a fer visites a la primària, a anar a fer de consultor als CAPs, és viscut com un càstig infligit pels caps de servei cap a persones més joves o de menys rang, obligades a acceptar-ho, i aquelles “rebels” o disconformes, és quelcom recurrent entre tots els sanitaris.

Altres modes de revenja que s’exposaven eren els informes de resposta a les consultes despectius. Directiu Primarista feia referència a que part de la seva feina era gestionar cartes o informes despectius o desconsiderats de feina redactats per especialistes cap a els primaristes (ella afegia que mai havia tingut que respondre perquè algú del seu equip fes quelcom similar en sentit contrari). Aquest darrer acte implicava a més la col·laboració, del mateix pacient, que inconscientment era usat a modus de missatger o de càstig mateix (suposa una visita més en unes saturades agendes).

12. Mites, creences i prejudicis també entre els sanitaris.

Les narratives usades per referir-se a les relacions institucionals mostren els estereotips que es donen. Els informants no es refereixen sols a l’altre àmbit, sinó que també s’incorporen idees que suposadament tindrien els sanitaris de l’altre àmbit cap a ells o el seu nivell professional. Aquestes idees, prejudicis o estereotips ajuden a interpretar dinàmiques que es donarien. Són expressions que denoten processos interpretatius complexos i més quan a més, segons han exposat bona part dels informants, s’usen col·lectivament en trobades informals i en reunions formals. Quan es s’organitzaven reunions per tractar aspectes que implicaven la col·laboració entre serveis per millorar la

CA, les distintes aportacions durant la reunió eren interessants i reveladores, però sovint no es centraven sols en protocols o interessos econòmics (motius pel que es convocaven). Quan les trobades es relaxaven o finalitzaven, era quan els comentaris informals enriquien la informació sobre com s'entenien "els altres", la relació amb aquests "altres" i com s'entenien els processos del suposada col·laboració.

Tècnic Primarista contava

"A mi el que sempre m'ha xocat molt d'aquest tema, és que a vegades en reunions amb gent de l'hospital, sobretot gent gran, eh? Històrica, la gent més nova i més jove jo crec que no, però... Déu n'hi do, eh? Però dius, com pot ser que aquesta persona, que està treballant, que coneix metges de capçalera, que participa en projectes de guies i protocolització de circuits...com pot ser que digui això... és a dir, és una creença que tenim tan incrustada a les nostres neurones, que dius... no pot ser. Aquest menyspreu que es te pel metge de família, de la primària [bufa] a mi m'ha arribar a al·lucinar... com es pot despreciar tant la feina de la primària, sense cap respecte ni cap consideració, carregant contra tot el que sigui atenció primària... que penses, però què us heu pensat que sou vosaltres? És, és... al·lucinant, de veritat. Amb una mala llet que dius.. no pot ser...algú que te un perfil sanitari tingui aquesta manera de pensar i de malpensar de la gent amb qui treballes".

Entre els sanitaris hospitalaris és recurrent fer referència a que els primaristes "no estan motivats, no volen fer res i són poc resolutius", "són dolents" (qualitat mèdica), "es queixen, es queixen i no fan res". Sobre a com creuen que els perceben diuen: "ens miren amb desconfiança" "diuen: ara aquests es pensen més que tu, ara ens venen aquí a dir el que hem de fer i no han trepitjat mai un ambulatori "no, no,no, a veure a què vénen ara aquests de l'hospital".

Entre els sanitaris primaristes es creu que els especialistes "són un xulos", "es creuen superiors" "es creuen erudits" "viuen molt be" "estan en un pedestal" "s'han mirat molt el melic". Sobre a com creuen que els perceben, diuen: "no tenen ni idea del que fem" "no reconeixen gens la nostra feina" "relacionar-se amb nosaltres o venir al CAP? o és perquè els obliguen o els castiguen" "jo crec que ells es pensen "que no hay vida inteligente fuera del hospital", i que ho creuen totalment,estic segura totalment. Això no està superat...".

Les narratives reforçarien la noció de jerarquia entre hospital i primària, i comparteixen la concepció de la desconfiança mútua. La desconfiança faria referència a les capacitats professionals dels altres sanitaris implicats en el procés del pacient així com al seu interès genuí pel pacient i el que li succeeix.

13. Les propostes dels informants.

Tots els informants, espontàniament exposaven propostes o idees per millorar la relació entre nivells, abordant els que creien que eren les causes. Coincidien a explicar que les mesures tenien la voluntat de reparar desigualtats i permetre un diàleg igualitari entre sanitaris, que actualment no es donaria.

Tots els entrevistats es lamentaven de que el pacient fos l'oblidat en les polítiques sanitàries i les pràctiques quotidianes. De la mateixa manera, comentaven que tothom en parla i vol fer-ho be, però *a l'hora de la veritat*, es pensaria en fer el que "s'espera" en aquell moment per part de la institució, i això no inclou relacionar-se amb l'altre nivell professional (encara que ho digui).

Les propostes apuntaven diferents camins que es podrien resumir en 3 aspectes

- Fomentar la comunicació i el coneixement entre nivells des de les universitats i amb la formació especialitzada i de post-grau. Fomentar els contactes informals. Incentivar el contacte entre àmbits. La clínica primarista, a més, afegia sobre el foment/incentiu

“perquè millori? Incentius. Funcionem així, l'ésser humà funciona per interessos, i el dia que els incentius potenciïn això, es farà. Quan han vingut els especialistes a fer sessions? Quan els ha entrat per objectius, i obligats. I s'els entren molt com la Dra Oliva, venia com una desesperada per fer les 10 sessions per molt que nosaltres li dèiem “no, no que no en volem més”.. per desgràcia funcionem així. Si a ells els potenciessin per objectius això, vindrien i així ens coneixeríem i podria haver relació i no hi hauria aquesta superioritat”.

El incentiu econòmic també va ser proposat per Directiu Hospitalari. El metanàlisi de Foy et al també proposava a les seves conclusions que el que la continuïtat fos

una tasca retribuïda, per dotar-la de valor i reconèixer el rol de qui la fa.(Foy,2010)

- Donar veu als sanitaris assistencials: per vèncer les dificultats quotidianes cal conèixer-les i qui millor podria saber quines deficiències cal resoldre serien qui les afronta dia a dia. Això optimitzaria intervencions i implicaria als professionals, frustrats i saturats. També incorporar els punts de vista dels clínics a les decisions, Infermera Enllaç es pregunta *“per què no seuen junts, als d’hospitals i als de primària i vegin què no els va be i diguin com ho volen”*. Clínic Hospitalari i Directiu Primarista van arribar a la mateixa conclusió. Directiu Primarista exposava *“algú hauria d’agafar als de la base de la primària i l’hospital i preguntar! Si preguntessin, a veure com va la relació! És que són els de la base! (...) i agafar a la gent amb empena i deixar-los fer.”* Clínic Primarista també expressa necessitat de tracte personal per afavorir coneixement mutu i inhibir conflictivitat.
- La redistribució de recursos i promoure l’AP, de fet. La responsabilitat institucional hauria de dur a promoure allò que proposa en els discursos. Promovent una major confiança en els seus empleats, els sanitaris augmentarien la seva responsabilitat individual i implicació. Aquesta visió és compartida per tots els informants excepte els gerents d’ambdós àmbits. Augmentant l’impacte de l’AP als hospitals, TP deia *“hauríem de poder dirigir accions que es donen dins l’hospital, hauríem de poder arribar a un ingrés, a un hospital de dia, a una exploració complementària, no en pla conquesta de poder, si no perquè hem establert un diàleg que ho permet”*. Caldria organitzar els recursos en funció de les necessitats dels pacients i professionals i no sols per planificar i economitza en funció de quotes de poder de determinats serveis. Caldria prestigiar l’AP i que esdevingui més ambiciosa.

PART TERCERA

CINQUÈ CAPÍTOL: CONCLUSIONS

Tot i l'hegemonia del model biomèdic als països occidentals, sembla que aquest encara ha de seguir transformant-se en mig del mateix qüestionament dels professionals que hi treballen, avanços tecnològics, reformes dels serveis sanitaris, canvis epidemiològics, demogràfics i de comportament de la societat i l'actual crisi econòmica.

Per tot plegat, les persones que requereixen atenció sanitària sovint són ateses per diferents “proveïdors” de salut. Els canvis de nivell assistencials, és a dir, que un pacient passi de ser atès de l'Atenció Primària a l'especialitzada o a l'inversa, suposen una amenaça per la Continuitat Assistencial (CA). Aquesta s'associa a una major satisfacció dels “usuaris”, augmenta la qualitat percebuda i disminueix els costos del procés assistencial. Per aquests motius és molt valorada políticament i gerencialment.

La definició clàssica de la CA (Aller, 2010) té en compte el punt de vista dels pacients, però no la dels professionals. Això sembla paradoxal quan són precisament els sanitaris qui l'operativitzen, qui han d'executar-la per atendre a les persones i ajudar-les a preservar el seu major grau de benestar. Amb aquest treball s'ha volgut valorar l'altra dimensió *emic* de la continuïtat des del punt de vista dels professionals sanitaris.

S'han analitzat les narratives sobre la CA dels professionals sanitaris que hi treballen, tant a primària com a hospitalària. Amb aquest treball s'han analitzat els arguments dels professionals de la salut. S'han volgut conèixer els models explicatius dels sanitaris, és a dir, com interpreten el que succeeix quan han de relacionar-se amb “l'altre” nivell professional, tant per aspectes assistencials, com de recerca i formatives.

L'estudi que ens ocupa, es va iniciar amb la voluntat de corroborar la hipòtesi plantejada inicialment. Els resultats validen la hipòtesi que proposàvem: tot i que inicialment els sanitaris que exerceixen a la sanitat pública catalana valoren la Continuitat Assistencial, les pràctiques quotidianes no materialitzarien la fluïdesa aparent entre nivells professionals.

Els sanitaris públics no tindrien un veritable treball en equip, es donarien límits en l'actuació de cada grup i no s'estaria participant d'objectius ni activitats comuns. Quan un especialista hospitalari s'ha de desplaçar a un CAP a visitar sovint és viscut com un càstig o menysteniment infligit pels superiors. Això generaria disfuncionalitats en la continuïtat dels processos de salut amb el perjudici que suposaria finalment pels pacients.

Podem concloure que la comunicació entre nivells assistencials, es dóna amb desconfiança, és escassa i difícil, com a mínim sota el punt de vista dels professionals que atenen a els pacients.

D'altra banda, una segona hipòtesi derivava de la primera. Suposava que es donava diferenciació dins el col·lectiu de professionals sanitaris, sovint tractat com un bloc homogeni en l'entorn social i biomèdic fins l'actualitat. Els resultats semblarien evidenciar que els dos nivells professionals sobre els que s'organitza l'assistència sanitària biomèdica a Catalunya (i per extensió, a Espanya), l'Atenció Primària i l'Atenció Especialitzada, es reconeixen com a dos grups amb dues cultures sanitàries diferenciades en lloc de tractar-se com un únic grup.

Les diferències entre tots dos grups es trobarien a a) la visió del procés o itinerari del pacient: a l'hospital la intervenció seria centrada dins els seus murs, fragmentada, tecnològica, resolutiva, no sol incorporar condicionants socials i és aguda, en canvi a primària: la intervenció és tant al CAP, com fóra d'ell (a domicili o a la comunitat), continuada en el temps, crònica, incorpora elements socials dels pacients, té una part d'acompanyament i és menys tecnològica. b) el prestigi: els sanitaris hospitalaris gaudeixen d'un prestigi major associat a millors puntuacions en l'examen MIR (en el cas dels metges), solen ser els docents, accedeixen als càrrecs de poder institucionals i se'ls valora ser especialitzats. Els sanitaris primaristes tenen menys prestigi, els metges solen tenir pitjors puntuacions a l'examen MIR, solen ser els discents, no accedeixen a càrrecs de poder institucional i no se'ls considera especialitzats (ni se'ls anomena especialistes, quan de fet ho són). c) Pressupostos: que beneficien històricament als centres hospitalaris, perpetuant l'hospitalcentrisme dominant.

Els sanitaris es senten pressionats per tenir que atendre moltes persones cada jornada (ambdós àmbits, en general, tot i que, en particular, aquesta massificació seria més

important quantitativament a l'AP, segons els informants). La massificació és un factor valorat unànimement per tots els sanitaris com a negatiu. A més condicionaria la Continuitat Assistencial. Visitar el major nombre de persones possibles, és la tasca prioritària que els demanaria el sistema de salut als clínics, segons expliquen: incidint en la quantitat i no la qualitat, i deixant poc marge a la innovació o creativitat individual. Cada vegada les actuacions estarien més constretes per protocols.

Hi ha tot una sèrie d'activitats, puntuals i poc freqüents, destinades a intercanviar informació clínica i pactar actuacions. Quan un sanitari s'ha de relacionar amb un homòleg de l'altre nivell han d'activar tot una sèrie d'estratègies que actuen paral·leles a l'estructura sanitària. Aquestes les farien els professionals de la salut més enllà de la pròpia visita al pacient: trucades sovint poc dirigides, informes transportats pel pacient a mode de missatger, converses informals a reunions, trucades personals perquè es coneixien prèviament,... Són activitats espontànies destinades a fomentar la Continuitat Assistencial que tenen els següents problemes: a) no són promogudes institucionalment, depenen d'iniciatives individuals b) no són valorades ni incentivades c) poden ser precursors de conflictes.

Els conflictes, que es produeixen pel contacte o l'intent de contacte entre nivells assistencials, són minimitzats o ignorats institucionalment. Tothom coneix de la seva existència i constituïrien una mena de casuisme informal que descriuria com actuar i reparar les ofenses que es donarien entre professionals. Són descrits sovint usant metàfores bèl·liques. Els conflictes incrementarien la desconfiança, desconeixement i prejudicis entre sanitaris de diferents nivells.

Els prejudicis que més condicionarien la relació entre nivells estan basats en la desconfiança. Dels hospitalaris cap als primaristes es faria referència a que *“no estan motivats ni volen fer res”, “són dolents clínicament”, “poc resolutius” i “queixosos”*. A l'inversa, dels primaristes cap als hospitalaris, s'incideix en que són uns *“xulos”, “creuen que no hi ha vida intel·ligent fóra dels seus murs”, “que viuen molt be” i “ni saben ni volen saber què passa fora dels hospitals”*.

Sobre l'únic treball trobat realitzat a Catalunya sobre Continuitat Assistencial (Aller, 2010) es difereix en la direcció dels resultats: aquell conclouia que bona part dels pacients

enquestats creien que els diferents nivells estaven coordinats, però definitivament els professionals no ho creuen així: els professionals sanitaris valorarien que o “*no hi ha Continuitat*” i si la hi ha “*és un caos*” o “*un lio*”, respon a iniciatives personals individuals i es tractaria d’una tasca que ni es reconeix, ni incentiva ni valora institucionalment. La percepció de no satisfacció amb la CA que es donaria entre nivells assistencials coincidiria amb el treball realitzat a la Comunitat Valenciana que avaluava l’evolució després de la Reforma de l’Atenció Primària, l’únic treball fet a l’Estat Espanyol que valorava el punt de vista dels professionals (Gómez, 2006).

Cada centre sanitari és un grup complex, i cada individu que hi exerceix intervé en processos diversos, no sols aportant aspectes tècnics, sinó també elements culturals i morals que condicionarien les actuacions. Amb cada acte sanitari afloren tot un seguit de expectatives, ja no només respecte a aquest pacient, sinó també amb els altres sanitaris que formaran part del seu itinerari terapèutic.

S’ha confirmat que entre tots dos àmbits, hi hauria un desconeixement (major de l’hospital cap a primària i no en sentit invers). Aquest, junt amb una independència estructural i organitzativa, afavoririen la creació de idees, mites i prejudicis que reforçarien la diferenciació. Aquestes troballes suposen una amenaça real per la Continuitat Assistencial, ja que s’espera que el sanitari, a més d’aportar la seva part tècnica, faciliti la feina del col·lega que intervindrà a continuació. Quan una relació parteix del desconeixement i la desconfiança, la col·laboració és difícil si no impossible.

La primera dificultat apareix quan la informació clínica més bàsica no és reportada a l’altre nivell davant fets com una consulta a urgències, una derivació a la consulta externa, una alta hospitalària o un ingrés. El no disposar d’una única història clínica, seria viscut com una gran dificultat pels sanitaris a l’hora de fer la seva feina, reforçaria el desconeixement entre nivells i augmentaria la desconfiança mútua.

La tecnologia podria ajudar a resoldre problemes com aquests de l’absència d’història única, però en canvi a recursos tan valuosos i profitosos com la tècnica, se’ls donarien altres usos. Monitoritzant tècnicament les tasques dels professionals, aquests no es senten ajudats sinó encorsetats i controlats.

Efectivament, aprofitar els avantatges tecnològics ha permès avançar en tècniques diagnòstiques i terapèutiques que impacten directament en la expectativa de vida i la qualitat de vida de les persones. Però s'ha de ser curós en com es materialitza i operativitza aquesta modernitat i la tecnologia. També val a destacar, com es justifica i presenta institucionalment als professionals que els usen (i fent-ho a l'hora, "serien usats" per la institució): els discursos dels gerents mostren el monitoratge i control dels actes com una eina d'autoconeixement, com una senyal d'innovació, de modernitat i d'objectivitat (el major garant de criteri científic). Els discursos dels clínics verifiquen que es valora la tecnologia per la seva utilitat diària i els resultats en salut (proves diagnòstiques, tractaments,...) i en canvi, també generaria resistència i recel per la limitació a la creativitat individual i un control destinat únicament a limitar la despesa sanitària (conegut com a *racionalització de la despesa*).

Resulta rellevant el protagonisme de l'especialització, fragmentació i tecnològització de les pràctiques dels sanitaris. Amb aquests els professionals clínics temen "hiperburocratitzar" i pervertir l'assistència sanitària i perdre l'essència i el seu major valor: la visió integral, l'espontaneïtat per acompanyar a la persona en el seu procés des d'un punt de vista holístic i dialògic que permet entendre que aquest individu passa per una experiència única i irreplicable, que requerirà intervencions concretes, que podran ajustar-se o no, necessàriament, a un protocol, a una guia farmacològica o una guia de pràctica clínica. Quan cada professional es fa càrrec del seu àmbit concret, i aquest cada vegada és més petit i més tècnic, es pot garantir la consecució d'un protocol, però no el seguiment d'un procés, que esdevindria cada vegada més despersonalitzat i fragmentat.

Finalment, sembla que es dona una paradoxa: es té en compte el valor de l'AP com a integrador de les diferents pràctiques de salut de les persones i es reconeix que un dels majors errors de la biomedicina ha estat imposar-se com un model massa fraccionador i despersonalitzador, que quan no ho és esdevé paternalista. Malgrat això, les diferents polítiques de innovació i reforma del sistema sanitari semblen dirigides a perpetuar i potenciar el que s'hauria de corregir: un funcionalisme, instrumentalització i institucionalització de les persones.

Ara fa 30 anys es va engegar una Reforma Sanitària a Espanya que pretenia combatre la mala qualitat, el fraccionament i la burocratització d'un sistema sanitari heretat del

franquisme. Duia implícita una ideologia d'obertura, integració social i viratge cap a una potenciació comunitària i primarista. Tot i aquesta voluntat inicial i els canvis legislatius que se'n van derivar (ordenació territorial, especialitat de Medicina Familiar i Comunitària,...) sembla que l'estructura sanitària no s'hauria modificat gaire i encara continuaria vigent l'hospitalcentrisme. Aquest començaria a les universitats i s'extendria a altres esferes més enllà de les sanitàries: científiques, col·legis professionals, discursos polítics, pressupostos.

Potser un canvi real passaria per prestigiar de nou l'Atenció Primària: incorporar-la al currículum formatiu dels sanitaris, dotarla de més recursos i exigir-li que fos més resolutiva. Amb una primària més potent i un coneixement major de la primària per part dels hospitals, un diàleg de tu a tu seria possible. Institucionalment la CA hauria de ser valorada, exigida i incentivada, donat que suposa avantatges pels pacients atesos i pel propi sistema sanitari. No es pot ignorar per més temps què tenen a dir els professionals de la salut sobre la CA, quan depèn en bona part d'ells. Les institucions sanitàries, copiant a cultures organitzatives del nord d'Europa podrien canviar la desconfiança aparent en els seus empleats, per confiança en les seves iniciatives, propostes i capacitats.

En un futur seria important seguir treballant per conèixer què succeeix al nostre sistema sanitari, per intentar aportar millores. La voluntat de la investigadora seria abordar com interpreten la CA tant professionals com pacients en un futur treball, per aportar una visió empírica i més complerta de les representacions de la CA.

Com a antropòlegs conscients d'aquestes perspectives es podria aportar molt duent a terme estudis etnogràfics dels sistemes sanitaris moderns. Sols amb una visió global de tots els elements que entren en joc en la salut i la malaltia, com la que el "triangle terapèutic" proposa -pacients, societat i sanadors- i amb un anàlisi complet de la sanitat, es podrà aconseguir millorar-la per arribar a aquell objectiu que l'O.M.S va fixar per l'any 2000 i que de moment, queda com una utopia: Salut per a tots.

BIBLIOGRAFIA

- Aguinaga, J. Et all (1986) “*La atención primaria hoy: profesionales frustrados y usuarios insatisfechos*”. Revista Jano. Núm. 737. Pàg. 56-65.
- Aller Hernández, M.B. et al (2010) “*La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Catalunya*”. Revista Española Salud Pública.
- Baxter, S. K. Brumfitt, S. M. (2008) “*Professional differences in interprofessional working*.”. Journal of interprofessional Care.
- Bodenheimer, T. (2008) “*Coordinating Care-Aperilous Journey throught the Health Care System*.”. New England Journal of Medicine.
- Boixareu, R.M. (2003) “*De l’antropologia filosòfica a l’antropologia de la salut*”. Càtedra Ramon Llull Blanquerna.
- Bourdieu, P. (2003).”*Los usos sociales de la ciencia*” Buenos Aires:Nueva visión.
- Bourdieu, P. (2001). “*El oficio de científico:ciencia de la ciencia y reflexividad:curso del Collège de France 2000-2001*” Barcelona : Anagrama.
- Bourdieu, P. (1979) “*La distinction*”. Les editions de minuit
- Bravo, F. et al (1979) “*Sociología de los Ambulatorios*”. Barcelona. Ariel.
- Camerino, D. et al (2008). “*Work.related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study*”. Internatiomal Journal of Nuring Studies, 45.35-50
- Caplan, J. Et al (2008) “*Consultant’s conflicts: A case discussion of differences and their resolution*”. Psychosomatics

- Cieslar, A. Nayer, A. Smeesters, B. (2007) "*Le droit à l'épanouissement de l'être humain au travail*". Bruselas : Bruylant.
- Comelles, J.M. I Bernal, M. (2008) "*Salud mental, diversidad y cultura*" Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid
- Comelles, J.M. Martínez, A. (1993) "*Enfermedad, cultura y sociedad*" Madrid: Eudema.
- Comelles, J.M. (1985) "*El papel de los profesionales en los procesos asistenciales*" Revista Jano , num: 660 pp: 357-372
- De Miguel, J. (1990) "*El futuro de las profesiones sanitarias*" Revista Jano; 38 (909) 55.
- De Miguel, J. M. (1989-1990). "*Sociología de la Salud*". En "*Estructura del sector sanitario*". Universidad de Barcelona. Programa de Doctorado de Ciencias Sociales y Salud
- De Miguel, J. M. y Guillén, M. F. (1990). "*La Sanidad en España*" en "*España. Sociedad y política*". Madrid : Espasa-Calpe.
- Diccionario Jurídico Espasa* (1991). Fundación Tomás Moro. Espasa Calpé. Madrid.
- Dumont, L. (1970) "*Homo Hierarchicus: ensayo sobre el sistema de castas*" Madrid: Aguilar.
- Fernández Moyano, A. Ollero Baturone, M. (2010) "*Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. M. Editorial*" Revista Española Salud Pública . 2010, Vol 84, nº4.
- Foy, R. et al "*Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists.*" Annals of internal Medicine. American College of physicians.

- Freidson, E. (2005) [1923] *“La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado”* Barcelona : Península, 1978
- Gaboury, I. Et al (2009) *“Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components.”* Social Science&Medicine.
- Generalitat de Catalunya. (2011) www.gencat.net/ics
- Generalitat de catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, *Llei d’Ordenació Sanitària a Catalunya*, Barcelona, 1990. A Boixareu, R.M. (2003) *“De l’Antropologia Filosòfica a l’Antropologia de la salut”* Càtedra ramon Llull. Fundació Blanquerna.
- Gervás, J. (2009) *“Atención Primaria, 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso)”* en Navarro, V. Martín-Zurro, A. *”La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas”* IDIAP Jordi Gol i Universitat Pompeu Fabra.
- Giménez Maroto A. M. (2009) *“Aspectos normativos relacionados con la formación de especialistas en Enfermería”*. Metas Enferm;12(5): 14-19.
- Goffman, E. (1988) *“Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”*. Buenos Aires: Amorrortu editores en Martínez Hernández, A. (2008) *“Antropología Médica”*. Anthropos Editorial.
- Good, B. J. (2003) *“Medicina, racionalidad y experiencia”*. Barcelona. Edicions Bellaterra.
- Gómez Moreno, N., Orozco Beltrán, D. Carratalá Munuera, C. Gil Guillés, V (2006) *“Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi”* Atención Primaria.37(4):195-202
- González Álvarez, O. (2008) *“Conflictos éticos en la continuidad asistencial”* en Comelles, J.M. i Bernal, M. *“Salud Mental, diversidad y cultura”*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

- Granero, X. Et all (1984) “*Antropologia i Salut*” . Salut i societat. Seminari 2. Fundació caixa de Pensions.

- Greenwood, D.J. (1984) “ *La classificació, la incertitud mèdica i el curs moral del pacient: cap a una Antropologia de la Medicina*” en Granero, X. Et all “*Antropologia i Salut*” . Salut i societat. Seminari 2. Fundació caixa de Pensions.

- Grossman, M (1972) “*On the concept of health capital and the demand for health*”. The Journal of Political Economy, 80 (2), 223-255.

- Haro, J.A. (2000) “*Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*” en Perdiguero, E., Comelles, J.M. (2000) “*Medicina y cultura*”. Edicions Bellaterra. Barcelona.

- Kenny M. De Miguel, J. (1980) “*Antropologia mèdica en España*” Editorial Anagrama.

- Kleinman, A. (1995) “*Writing at the margin*” *Discourse between Anthropology and Medicine*”. University of California Press.

- Kleinman, A. (1988) “The illness narratives”. Basic books.

- Kleinman, A. (1977) “*Lessons from a Clinical Approach to Medical Anthropological Research*” Medical Anthropology Newsletter, Vol. 8, Nº 4 (aug., 1977) pp. 11-15.

- Lévi-Strauss, C. (1968) “*Anthropologie Structurale*” Paris: Plon. En Kenny M. De Miguel, J. (1980) “*Antropologia mèdica en España*” Editorial Anagrama.

- Magallón, R. (2009) “*Condiciones de trabajo y satisfacción de los profesionales en la Atención Primaria*” en Navarro, V. i Martin-Zurro, A. ”*La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*” IDIAP Jordi Gol i Universitat Pompeu Fabra.

- Martin Zurro, A. Cano Pérez, J. (2003) [1986] “*Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*” Hacourt-Brace, Vol. I Barcelona.

- Martínez Hernáez, A. (2008) *“Antropología Médica”*. Anthropos Editorial.
- Menéndez, E.L. (2002) *“La parte negada de la cultura”*. Edicions Bellaterra.
- Menéndez, E. (2000) *“Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos”* en Perdiguero, E., Comelles, J.M. (2000) *“Medicina y cultura”*. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- Menéndez, E. (1994) *“La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?”*. Alteridades. 4(7): pp.71-83.
- Nash, M. Marre, D. (eds.) (2001) *“Multiculturalismos y género. Un estudio interdisciplinar”*. Barcelona. Edicions Bellaterra.
- Navarro, V. Martín-Zurro, A. (2009). *“La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas”* IDIAP Jordi Gol i Universitat Pompeu Fabra.
- OCDE Health Data (2010) www.oecd.org/health/healthdata
- OMS Temas de salud (2011) www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Parsons, T. (1982) *“El sistema social”*. 1902-1979 Madrid : Alianza,
- Perdiguero, E., Comelles, J.M. (2000) *“Medicina y cultura”*. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- Pérez I. (2003) *“Sistemas de salud i nivells d’atenció”*. En Boixareu, R.M. (2003) *“De l’antropologia filosòfica a l’antropologia de la salut”*. Càtedra Ramon Llull Blanquerna.
- Pérez-Rufete, J. (2000) *“El afecto perdido”* en Perdiguero, E., Comelles, J.M. (2000) *“Medicina y cultura”*. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- Prat, J. Pujadas, J.J. Comelles, J.M. (1980) *“Sobre el contexto social de enfermar”* en Kenny M. De Miguel, J. *“Antropología médica en España”* Editorial Anagrama.

-Robles, E. García Benavides, F. Bernabeu, M. (1996) “La Transición sanitaria en España desde 1900 a 1990”. Revista Española de Salud Pública. Nº 2. 70: 221-233

-Rodríguez, J.A. (1987).“*La rebelión de los médicos: Análisis sociológico de las actitudes de la profesión médica ante la organización de la sanidad en España*”. Sistema 78. Mayo de 1987. Sistema: Revista de ciencias sociales, ISSN 0210-0223, Nº 78, 1987 , págs. 69-100

-Rodríguez, J.A. (1985) “*Salud y sociedad*”. Madrid. Tecnos.

-Sanromán, T. (1996) “*Los muros de la separación. Ensayo sobre acterofobia y filantropía*”. Tecnos. UAB Servei de Publicacions. Barcelona.

-Seppilli, T. (2000) “*De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud*” En Perdiguero, E., Comelles, J.M. (2000) “*Medicina y cultura*”. Edicions Bellaterra. Barcelona.

-Sheenan, D. Et al (2007)“*Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams.*” Journal of interprofessional care , 21 (1): 17-30.

-Scheper-Hugues, N. (2005) “*El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de 'órganos*”. Revista de Antropología Social, 14. 195-236.

-Starfield, B. (2001)[1998] “*Atención primaria*”. Masson. Traducció de l’obra Primary care.

-Starfield, B. (2002) “*Coordinación de la atención en salud*” A: Starfield B, editor. Atención Primaria. Barcelona: Masson; pp. 233-65.

-Simó, J. (2007) “*El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud*” Revista Atención Primaria. ;39(3)127-32

-Sontag, S. (1997) "*La malaltia com a metàfora*" Editorial Empúries.

-Terradas, I. (2008) "*Justicia Vindicatoria*". Madrid: CSIC

-Weber, M. (1944) "*Economía y sociedad*". México, DF. Fondo de cultura económica.

-Xyriyhis, A. Et al. (2008) "*What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review*" International Journal of Nursing Studies.

REFERÈNCIES LEGISLATIVES

- Ley General de Sanidad (LGS), l'any 1986,
- Ley de la Reforma de la Atención Primaria amb l'aprovació pel Congrés dels Diputats 1984.
- Ley 55/2003, Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (BOE, núm. 301, del 17 de diciembre de 2003).
- Decreto Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre la selección de personal estatutari i provissió de places a les Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (BOE, núm 8, del 9 de enero de 1999).
- Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. (BOE,4 de enero de 1985)
- Reial Decret 450/2005, de 22 d'abril, sobre especialidades de Enfermería. (BOE, num.108, del 6 de maig de 2005). Legalment es reconeix la capacitat d'especialització d'Infermeria mitjançant ell.
- 1990 es promulga la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC)
- Reial Decret 2015 de 1978. Mitjançant ell sorgeix l'Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària a Espanya

ÍNDEX

PART PRIMERA

Primer capítol: presentació.

- 1) Introducció..... 1
- 2) Agraïments..... 6

PART SEGONA

Segon capítol: Marc Teòric..... 7

- a) Els sistemes sanitaris espanyol i català..... 8
 - a.1-El seu marc de creació..... 9
 - a.2-L'Estructura Sanitària..... 11
 - a.3- Personal sanitari: els professionals de la salut..... 12
- b) Una aproximació a l'estudi de l sistema biomèdic des de l'Antropologia..... 15
- c) La Continuïtat Assistencial.
 - c.1- La Continuïtat Assistencial des de la biomedicina..... 20
 - c.2- La Continuïtat Assistencial des de les Ciències Socials..... 23

Tercer Capítol: Metodologia.

- 1. Objectiu del treball..... 28
- 2. L'àmbit del treball..... 28
- 3. Sobre les entrevistes..... 29
- 4. Sobre els informants..... 30
- 5. Sobre la meua posició com a entrevistadora-antropòloga-infermera..... 33
- 6. Limitacions del treball..... 34

Quart Capítol: Resultats

- 1. Representacions dels professionals sobre el que és la Continuïtat Assistencial.. 35
 - 1.a) Continuïtat Assistencial, definició formal i discurs institucional..... 35
 - 1.b) Continuïtat Assistencial. *La realitat o el que passa a l'hora de la veritat...* 36
- 2. La consideració de l'estructura per abordar la Continuïtat Assistencial..... 37
- 3. La diferenciació/estratificació..... 40

4. Cultures sanitàries.....	43
5. <i>No, no ens coneixem</i>	45
6. El pes de la formació. Aprendre a ser.	
6.1. Formació de pre-grau.....	46
6.2. L'especialitat.....	49
6.3. Formació de post-grau.....	51
7. <i>En el cas d'Espanya... aquí hi ha metges de primera i de segona</i>	52
8. El prestigi i el reconeixement públic.....	56
9. Les tasques del procés assistencial.....	58
9.1. Sobre la diferenciació i la construcció d'alteritat.....	60
9.2. La massificació i “ la pressió assistencial”.....	62
10. Tecnologia. Reconciliadora o separadora?.....	66
11. Sobre situacions tenses i conflictives i la utilització de metàfores.....	72
11.1. La vindicació de les ofenses entre sanitaris.....	74
11.2. Els protocols per restituir l'ordre.....	75
11.3. Responsabilitat.....	77
11.3.1. Responsabilitat evitada pel sistema sanitari.....	79
11.3.2. Responsabilitat evitada per l'Atenció Primària.....	79
11.3.3. Responsabilitat evitada de l'hospital.....	80
11.4. Revenges i càstigs entre sanitaris.....	81
12. Mites, creences i prejudicis també entre els sanitaris.....	82
13. Les propostes dels informants.....	84

PART TERCERA

Cinquè capítol: Conclusions.....	86
BIBLIOGRAFIA.....	92
REFERÈNCIES LEGISLATIVES.....	99