

El vessant assistencial de l'atenció primària

Esther Limón Ramírez
Metge de família
EAP Ronda Prim, ICS. Mataró

Per començar, m'agradaria donar les gràcies a la Reial Acadèmia de Medicina per donar-nos l'oportunitat de parlar del nostre àmbit assistencial i que siguin professionals de l'Atenció Primària de Salut (APS) els que expliquem què fem, que podem fer i que voldríem fer per donar respostes a les necessitats dels nostres pacients.

El meu primer dia de residència, el Dr Gené ens va portar als meus companys i a mi a fer un petit aperitiu de benvinguda. Després de parlar una mica de què esperàvem aprendre, ens va preguntar: "Si el coneixement mèdic fos un pastís, vosaltres, quin tros creieu que és la Medicina de Família?". Tots vam caure en el parany i vam dir que havíem de saber una mica de tot. Per tant, érem la part central del pastís, que agafava els vèrtexs de totes les porcions. El Dr Gené va somriure i ens va dir: "Esteu molt equivocats. La Medicina de Família és un tros com els altres, té un cos de coneixement propi, un camp d'actuació propi, i això és el que nosaltres us intentarem ensenyar".

Tot i que ell en la seva exposició parlarà extensament sobre aquests conceptes, és un element cabdal de la nostra actuació el coneixement que nosaltres considerem propi de la nostra especialitat: el maneig de la incertesa (que tant recorda a les teories més novedoses de la física quàntica!), l'atenció integral i integrada i centrada en les persones, però tenint alhora un enfocament global, comunitari, poblacional. De manera que un metge de família, no és només un metge expert, sinó que també té habilitats de raonament deductiu, fa assajos terapèutics, té coneixements d'epidemiologia, habilitats per la comunicació i un llarg etc.

Des d'aquesta perspectiva, podem posar en valor la nostra activitat diària. Si ens acostem a un CAP, un dia qualsevol, veurem que hi ha un equip de persones, al servei de moltes persones. Diferents categories professionals, amb un mateix objectiu: donar servei de salut. Duem a terme activitats burocràtiques, fem activitats preventives, diagnosticuem i tractem, seguint les millors pràctiques basades en l'evidència científica i emmarcats en els principis de l'ètica mèdica. Vetllem per la salut i acompanyem en la malaltia a totes les persones que tenim assignades. No diem que no a cap motiu de consulta, a cap persona que demani ser atesa. Hi ha lliure elecció de professional, i lliure elecció d'equip d'Atenció Primària. Les dades de la nostra activitat ens avalen. El Catsalut publica a la seva memòria de 2008 que es van fer més de 41 milions de visites (més de la meitat fetes per metges de família) vs les 600.000 altes per hospitalització convencional (Catsalut, 2008)

Som, certament, la porta d'entrada al nostre sistema de salut, però alhora som molt més que uns simples "porters". La nostra manera de treballar ens fa destriar la patologia banal de la greu, i la nostra intervenció fa viable que al nivell secundari d'atenció la prevalença de malaltia sigui més elevada, facilitant l'eficiència del sistema en conjunt.

Tot això és possible perquè tenim una metodologia sistemàtica de treball, que aprenem durant la residència. Treballem les àrees identificades com a principals determinants de salut i estem en continus cercles de millora, a nivell assistencial, a nivell de cures, a nivell de prescripció, etc.

Les prioritats de les nostres actuacions vénen marcades pel nostre compromís amb les línies estratègiques que marca el Departament de Salut, de manera que estem

implicats en vacunacions, actuacions comunitàries, treball amb grups de pacients, pacients experts, actuacions de Salut Pública, resposta a patologia aguda, control de patologia crònica... a tot arreu del territori, des del nen fins al malalt en situació d'últims dies. Com diu Juan Gérvas, "de la cuna a la tumba".

I tot això som capaços de fer-ho amb una mitjana de 7 minuts per visita!

Un cop he parlat del que som capaços de fer, m'agradaria exposar a continuació quin és l'entorn en el que estem treballant actualment i dos dels reptes més importants.

Per una banda, l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels fets més evidents. Aquest fenomen és similar a tots els països desenvolupats del nostre entorn. És un fet contrastat que l'augment de l'esperança de vida als països desenvolupats s'acompanya alhora de una major utilització dels serveis sanitaris (**Guerra de Hoyos, 2007**) tot i que no es relaciona amb una millora proporcional de l'estat de salut dels ciutadans (**de la Revilla, 1991**).

L'evidència demostra que són les característiques de l'individu, sobre tot el seu estat de salut – ja sigui l'autopercepció o l'aproximació per indicadors més objectius tal com malalties cròniques, accidents, limitació de les activitats de la vida diària i la incapacitat temporal-, les que es relacionen amb la utilització dels serveis i que altres característiques com ara el sexe i l'edat actuen com a moduladors. També variables com l'entorn familiar i/o cultural, les característiques del professional sanitari podrien explicar la variabilitat observada. (**Saez, 2003**). Alguns autors creuen que les característiques poblacionals expliquen el 50% de les variacions de la utilització i l'altre 50% resultaria explicat per factors del professional i l'organització; altres autors, en canvi, atribueixen un 82% de la freqüentació a l'edat i l'estat de salut (**Guerra de Hoyos, 2007**).

De manera que podríem dir que uns professionals formats per diagnosticar i tractar i curar, estem treballant en un entorn cada cop més "sòcio-sanitari" on el paradigma no és el de la curació sinó el de les cures de llarga durada, la cronicitat, la complexitat, la comorbiditat.

En aquest sentit al nostre àmbit d'actuació estem fent esforços per entendre l'escenari, per conceptualitzar models d'atenció diferents, per detectar els pacients més complexos (que generen més costos, és cert, però que tenen més necessitats a les que hem de donar respostes també), i per detectar pacients a risc. Hi ha molt de camí a recórrer. Els nostres pacients no tenen només una patologia i estudis recents demostren que és la comorbiditat el principal predictor d'ingrés hospitalari i de mortalitat. I qui és el professional expert en comorbiditat?

Per altra banda la nostra societat ha canviat: la globalització, la societat de la informació, els avenços científics... han comportat una adquisició de valors i conductes diferents quant a salut i requeriments sanitaris.

El nostre sistema de salut ha evolucionat sotmés a les mateixes forces que la nostra societat i el progrés de la medicina, que ha produït efectes positius indiscutibles en la salut de la població, paradoxalment ve acompanyat de la disminució de la tolerància davant les molèsties i malalties banals. La salut ha esdevingut un bé de consum i la sanitat un sistema regit per les lleis de mercat. (**Grup d'ètica de la camfic**). Quant més gasta una societat en assistència sanitària i millors són els seus indicadors de salut, major és la probabilitat de que els seus ciutadans es considerin malalts.

I en canvi sabem que la medicalització excessiva de la vida diària, l'obsessió per una salut perfecta i la valoració de la normalitat com a risc de malaltia faran que es

compleixi la frase d'Aldous Huxley "la medicina ha avançat tant que ja ningú està sa".

Al nostre àmbit també estem preocupats per la medicalització creixent de la vida: ens plantejem donar respostes intel·ligents. Si entenem per conducta intel·ligent aquella que augmenta les possibilitats de benestar i millora de les possibilitats d'un mateix i del seu entorn, aleshores una resposta saludable es una resposta intel·ligent. Si a una determinada situació o problema no s'hi dona una alternativa idònia la solució esdevé part del problema. Això ens passa sovint a la consulta. Amb les pressions que rebem, tant de temps, com socials, la resposta medicalitzadora es fàcil però contribueix en no pocs casos a cronificar situacions. Es a dir, som iatrogènics. Les respostes intel·ligents han de contribuir a millorar els problemes de salut i enfortir la capacitat de les persones i la societat per autocuidar-se i enfrontar el risc i la malaltia que comporta el fet de viure, lluitant contra les fonts de la iatrogènia

La qüestió es escoltar, i tenir temps per fer-ho; una escolta activa cura i alleugereix moltes de les demandes que ens fan. La confiança és la nostra principal moneda de canvi.

I em pregunto, quins són els professionals experts en escoltar, acompanyar? Quins són els professionals en qui els pacients dipositen veritablement la seva confiança?

Com diem els metges de família "els malalts no són de ningú". Tots tenim molt a fer, per donar respostes intel·ligents a les necessitats de la nostra població.

Moltes gràcies per donar-nos l'oportunitat de posar en valor la nostra actuació a la seu de la nostra Acadèmia.

Bibliografia

- Cat salut. Memòria d'activitats 2008. [en línia]
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/memories/2008/08_catsalut_resum.pdf [consulta: 26/04/2010]
- De la Revilla L. Necesidad, demanda y utilización. Modelos explicativos. En: De la Revilla L, ed. Monografías clínicas en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1991: 1-9.
- Grup d'ètica de la CAMFIC. Malalts de salut. [en línia]
<http://www.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTreball/Docs/qualitat/suplement.pdf> [consulta: 26/04/2010]
- Guerra de Hoyos JA, de Anca IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. Aten Primaria 2007; 39(7): 349-54.
- Saez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gacet Sanit 2003; 17(5); 412-9.