

## FUTUR DE LA CONSULTA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Francesca Zapater Torras i Meritxell Sánchez Amat

JORNADA DE RESIDENTS DE MFIC

BARCELONA 22 D'ABRIL DEL 2015

Parlar del futur ens porta a preguntar-nos: què canviarà respecte l'actualitat? Què serà diferent? Què es mantindrà? Ho podem preveure? Què determinarà el futur? I la pregunta principal a què hem de donar resposta: quins són els fins de l'atenció primària abans, ara i més endavant?

Els fins de l'atenció primària s'emmarquen en el que per a nosaltres és l'essència de la pràctica mèdica: ajudar a les persones que pateixen a viure el millor possible mitjançant la millora de la salut i ajudar-les a morir en el seu moment (hi ha altres visions del que és la pràctica mèdica: la curació, evitar la mort, el benefici privat...). Els fins de la pràctica mèdica es porten a terme en el context dels diferents sistemes sanitaris, en els que l'atenció primària se situa en un punt estratègic:

*«la cruïlla on la població connecta amb el sistema sanitari, on l'assistència i la prevenció es fan inseparables, on la metodologia científica, l'acolliment personal i l'actitud pedagògica son tres dimensions necessàriament presents a cada un dels actes professionals»* (El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. 1979). Per nosaltres aquesta essència ha de perviure en la pràctica professional del futur.

Volem partir del què fer dels metges de família al llarg de les últimes dècades, perquè allò que passi en el futur estarà connectat amb el passat. Sempre, des de les tribus primitives, hi ha hagut persones que s'han ocupat de la salut d'altres persones d'una o altra manera. En la nostra història tenim present la figura del metge de capçalera (rural o urbà) que és l'antecedent dels actuals metges de família, que exercien en un sistema sanitari mínim, que pràcticament consistia en les seves persones i la seva feina. No es comença a parlar d'atenció primària com a tal fins els anys 70. La pràctica de la medicina ha canviat al llarg del temps en relació als progressos del coneixement de l'anatomia, la biologia, els processos moleculars, genètics... i dels avenços tècnics. Però no només té relació amb aquests canvis, perquè l'evolució és global: les societats, els individus, les organitzacions, les lleis, els valors, els sistemes sanitaris i el marc econòmic en què ens desenvolupem, tot té a veure amb la pràctica de la medicina.

Per il·lustrar la nostra exposició farem un recorregut per la consulta d'AP des dels anys 70 fins ara de la mà de la història de tres persones: en Joan, la seva filla Teresa i la seva neta Júlia. Veurem com s'atén i com es viu un mateix problema de salut en temps diferents.

*Ens situem a l'any 1972. En Joan va anar un dia a l'ambulatori perquè es cansava i tenia molta set. El metge, després d'una anàlisi, li va dir que tenia el sucre alt, a 300, li va receptar unes pastilles i també li va dir que no mengés ni sucre ni pa. En Joan es va prendre les pastilles i allò de no menjar ni sucre ni pa ho va fer a mitges, a ell li era molt difícil menjar sense pa!. Quan se li acabaven les pastilles la seva dona anava a l'ambulatori amb la capsa buida i el metge l'hi feia una recepta nova, i així cada mes. A l'ambulatori donaven números per entrar al metge, a vegades tenia el 50 i s'havia d'esperar una hora. El metge només era a l'ambulatori de 8 a 10 del matí. De tant en tant la dona demanava al metge que fes una anàlisi al Joan per veure com tenia el sucre; el dia que treballava molt es marejava. Van anar passant els anys i un dia en Joan es va adonar que hi veia malament i va demanar un volant per anar a l'oculista. Hi va anar de seguida. També li van donar un número per ser visitat. L'oculista li va dir que el sucre li havia fet mal als ulls i que l'enviava a un hospital a veure què hi podien fer.*

A les dècades dels 60 i 70 es produeix un gran desenvolupament econòmic i tecnològic a tot el país que té la seva manifestació en la sanitat. La sanitat se centra en la construcció de grans hospitals, símbol de ciència i de progrés. L'atenció «extrahospitalària» es limita a contenir els malalts, fer receptes (que no prescriure medicaments), baixes laborals i «volants per als especialistes», el conegut P10 . Aquest model, sobretot en l'entorn urbà, es va localitzar físicament en els ambulatoris, exemples d'arquitectura franquista la seva majoria. Els pacients no tenien categoria més que d'assegurats o de «ocho barra» (pel número de la SS). Amb tot hi va haver meritoris casos de metges que van fer realment de metge en aquestes condicions. En l'entorn rural, gràcies als metges d'atenció pública domiciliària, els coneguts com a APD (que unien tasques assistencials amb tasques de salut pública) i, gràcies al manteniment de les referències culturals, es feia una atenció més centrada en les persones i comunitats. Era el metge de capçalera, el metge de poble. Amb una nul·la infraestructura, els metges, practicants i llevadores visitaven a casa seva. Només podien demanar anàlisis, ni una Rx ni un ECG ni cap més prova. Però tenien un gran coneixement de la comunitat i mantenien una relació propera amb les persones, que atenien fins que morien.

En els primers anys del postfranquisme tot segueix més o menys igual fins a primers dels anys 80 en que, impulsats pels ajuntaments democràtics, sorgeixen els Centres de Salut municipals , amb personal de la Seguretat Social ja transferit a la generalitat i personal propi que comencen a plantejar alguns programes comunitaris (escoles, joves, dones...) i a organitzar l'atenció a problemes crònics con la HTA i la DM, en base al personal d'infermeria municipal. Alguns metges agrupats entorn a GAPS (Gabinet s'assessorament i promoció de la salut) , del Col·legi de Metges

de Barcelona, liderats per Jordi Gol, van començar a treballar en el que hauria de ser el futur metge de capçalera. És així com es va anar preparant la reforma que es va promulgar l'any 1985.

*A l'any 1988 hi va haver canvis a l'ambulatori, que va passar a dir-se Centre d'Assistència Primària, el CAP. En Joan va tenir una metgessa nova i una infermera. Quan la seva dona va anar a buscar la recepta de les pastilles, li van dir que volien veure en Joan. "Per què, si el metge d'abans sempre em feia les receptes?" El primer dia de la visita la nova metgessa li va fer moltes preguntes i va anar escrivint en uns papers, "això serà la seva història clínic", li va dir, i el va dirigir a una infermera. Aquesta li va explicar moltes coses de la diabetis ("és diabetis això que tinc jo o només es el sucre alt?") Li va mirar els peus, li va explicar com havia de menjar, li va fer un ECG, li va donar unes tires perquè es mirés el sucre a casa, i li va dir que un cop al mes el veuria. També el feia anar a l'oftalmòleg. La metgessa li va fer una cartolina on tenia apuntades unes pastilles per la diabetis i unes per la pressió. Es podia deixar la cartolina a recepció i l'endemà anar a buscar les receptes. Per aquest temps la mare del Joan va tenir una embòlia, la seva metgessa l'anava a veure a casa fins que va morir. Això va facilitar conèixer l'entorn familiar del Joan i va estrènyer la relació de confiança. Després de morir la mare, en Joan va estar molt trist, però a més de parlar-ho amb la metgessa, aquesta li va donar unes pastilles i amb uns mesos es va trobar millor.*

#### FA 30 ANYS, DECRET DE REFORMA DE L'AP

Inspirat en la declaració de Alma-Ata (1978), promoguda per l'OMS, el govern socialista aposta per una reforma en profunditat de l'AP, que s'emmarcaria en el Sistema Nacional de Salut definit a la Llei General de Sanitat l'any 1986. La reforma de l'atenció primària es basava en:

- posar en marxa activitats de promoció, prevenció, assistència en base als equips d'atenció primària
- construcció de centres d'assistència primària i consultoris locals de finançament i propietat públics, creant una xarxa d'infraestructura que pocs països tenen
- l'entrada al sistema dels especialistes en medicina de família
- donar a l'atenció una orientació biopsicosocial, global, i longitudinal (fins final de vida)
- integrar a pediatres en els EAP i ampliar la seva atenció fins els 15 anys (vam perdre els nens de 7 a 15 anys, al nostre entendre això va ser un error)
- més accés a proves complementàries: ECG, Rx, extraccions de sang als CAP dels pobles.
- dotació de material de consultes: guants, material estèril
- tot mantenint molta burocràcia: receptes, baixes, volants... amb nou model, però en definitiva molta burocràcia

- progressiva construcció de sistemes d'informació, als inicis totalment manuals i rudimentaris, com les fitxes d'edat i sexe on s'apuntava per cada persona malalties o factors de risc. Així es van anar obtenint les primeres dades de prevalença .

Va ser un canvi substancial que va dignificar les persones (accés quasi universal a l'assistència) i els professionals. Vam començar a fer atenció primària, a diagnosticar i resoldre problemes, a coordinar-nos amb alguns especialistes i hospitals... La població va tardar anys a valorar positivament els canvis, ja que fins força temps després de la implantació de la reforma no va començar a valorar els serveis d'atenció primària a les enquestes del departament de salut. Alguns programes es van fer amb bona intenció però sense preveure els resultats escassos en salut (encara no es coneixia la medicina basada en l'evidència) es va fer una intervenció excessiva que ha comportat una medicalització i dependència del sistema sanitari. Exemple paradigmàtic: el programa del nen sa ( 15 revisions en els primers anys de vida ) o els controls de pressió i glucèmia cada mes. Tot això passava en un entorn social de creixement econòmic, creixement del consum i canvis culturals que el progrés tecnològic va propiciar: expectatives infinites en la ciència i la tècnica, pèrdua de referents respecte la malaltia i la mort, la pujada del valor individualisme, desresponsabilització, delegació en el sistema sanitari...

*I ens situem a l'any 2000: La Teresa, filla d'en Joan, treballa d'administrativa en una gran empresa. L'atenen la mateixa metgessa i la mateixa infermera que al seu pare. Té obesitat. Sovint ha anat a la consulta a demanar una anàlisi perquè té por de tenir sucre com el pare i pensa que «més val prevenir que curar». Finalment se li diagnostica una diabetis per xifres de glucèmia al voltant de 130. Se li recomanen «només» mesures dietètiques i exercici. A ella li agradaria fer-se controls de glucèmia a casa, però ara, al CAP, no li donen tires. Periòdicament se li fa un fons d'ull i altres proves al mateix CAP, ja no ha d'anar a l'especialista. La infermera li insisteix en què ha de caminar i menjar cinc vegades al dia, però ella no ho fa. Per no engreixar-se, molts dies no sopa i esmorzar a mig matí li és impossible per la feina. Com que treballa, quan arriba a casa, al migdia menja com tothom. A les visites, sovint manifesta que està preocupada per la seva filla Júlia, que es adolescent i fa el tonto amb les drogues, i a més a més no troba feina... Ara a la Teresa no se li ha obert la fitxa d'edat i sexe, perquè hi ha la història clínica informatitzada, l'e-cap, amb el full de monitoratge i el resultats de les seqüències d'analítiques.*

Des de fa uns 15 anys disposem de moderns sistemes de registre i informació. Els metges i infermeres podem mirar ràpidament quan s'ha fet l'últim fons d'ull i l'evolució del pes i altres dades dels malalts. Però a més de les dades individuals, podem saber, també ràpidament, quant diabètics tenim diagnosticats, quants van a la consulta, quants tenen bon control... Impensable fa

uns anys, quan tot era manual. Es molt útil disposar d' informació de la nostra activitat i dels resultats, dels pacients que necessiten més o millor intervenció, ens dóna molta potència. També alguns problemes.

*Any 2015: Fa pocs dies la Teresa va a la consulta a portar una alta hospitalària del seu pare: ha ingressat per una pneumònia, s'ha complicat el cor, els ronyons li han fallat i a l'hospital li han explicat que un equip de professionals el visitaran a casa. De fet, al final de l'informe d'alta diu "activar PADES". A la Teresa li costa parlar del seu pare, del pronòstic, de com el pot cuidar. La metgessa sap que altres professionals «activen el PADES» però ella només ho ha fet en casos excepcionals, quan no se sent amb prou competència. Cada vegada fa més coses a la consulta: crema berrugues, resol problemes de pell mitjançant la teledermatologia, fa infiltracions... i també parla molt amb els pacients, els escolta, intenta comprendre'ls, ajudar-los en les diferents dificultats...*

Durant els últims 30 anys hem avançat molt, però el poder científic i econòmic segueix en els hospitals: tenen la major part del pressupost, són la veu de la ciència a la societat, concentren la recerca i les seves decisions respecte dels pacients tenen més pes específic que les del metge d'AP. Conseqüentment, els especialistes secundaris es creuen amb més autoritat per decidir tractaments o proves de seguiment que s'acabaran prescrivint des de l'atenció primària. La capacitat de resolució ha millorat però hi ha marge de millora (maneig de certes patologies, decidir ingressos, accés a proves –que no és igual a tots els territoris-, assumir els programes de cribratge...). Es manté una gran medicalització i un ús desmesurat de fàrmacs, tot i que s'han portat a terme iniciatives per revertir-ho. S'han fet més esforços i amb més èxit en el cas dels fàrmacs, perquè l'administració hi ha tingut molt interès. Es comença a fragmentar l'atenció i a entendre malament la funció dels professionals de suport. Al mateix temps es va produint una certa desmotivació professional, acomodament en el treball, manca d'autonomia, baixa implicació... Estem vivint un canvi implícit de model: menys accessibilitat, globalitat i longitudinalitat que ens va allunyant dels principis inspiradors de l'atenció primària.

**ESTEM EN UN MOMENT CRÍTIC**

**QUIN FUTUR ENS ESPERA?**

Vosaltres comenceu ara la vostra vida professional. Alguns de vosaltres tot just iniciu la residència: passareu bona part dels primers anys a l'hospital, rotant de servei en servei, absorbint coneixements per a aplicar-los després a la consulta d'AP. D'altres ja fa uns mesos que heu arribat

al CAP, a casa, per dir-ho d'una altra manera. El lloc on desenvolupar les especificitats de la nostra especialitat, que és en realitat l'antiespecialitat, ja que som els metges i metgesses de la globalitat del pacient.

Comenceu ara i, si tot va bé, no parareu de treballar fins el 2052 o el 2055 (suposant que encara ens jubilem als 67 anys, si és que ens jubilem...). Fins ara hem vist els canvis que ha viscut l'atenció primària durant els darrers 40 anys i jo he d'aventurar els que viureu vosaltres. Esperem que si passen els anys i recordem aquesta xerrada, alguna cosa coincideixi.

*Som a l'any 2035. La Teresa va patir un infart i amb el temps ha desenvolupat una insuficiència cardíaca que darrerament ha empitjorat i fa descompensacions sovint. Viu a casa amb el seu marit, que n'és el cuidador principal. La Júlia, la seva filla, viu a prop i els visita sovint. La Teresa no vol marxar de casa i rep les visites periòdiques de la infermera. Quan a temporades està millor, es desplaça al centre a veure a la seva metgessa.*

Ja fa anys que sentim a parlar de l'envelliment de la població catalana a causa de les baixes taxes de natalitat i de l'augment de l'esperança vida. Les previsions diuen que al 2014 el 25% de la població tindrà més de 65 anys, serà quan els nens i nenes nascuts durant el baby boom dels anys 70 vagin arribant a aquesta edat.

Això afectarà de manera directa el sistema sanitari, que haurà d'adaptar-se a les necessitats de la població i, també, a l'atenció primària. Un de cada quatre catalans tindrà més de 65 anys! És per això que darrerament es parla tant de cronicitat, perquè a més edat, hi ha més malalts crònics. I a més edat també hi ha més persones amb multimorbiditat, fets que augmenten la complexitat. Per això l'atenció a la cronicitat apareix a tot arreu: al Pla de Salut del Departament de Salut (que és el document que es fa cada 5 anys i que serveix de marc de referència de totes les actuacions públiques en temes de salut), quan es parla de les DPO (en sentireu a parlar molt: DPO vol dir direcció per objectius, i és un instrument per a marcar uns objectius concrets als professionals que comporten el pagament d'uns diners un cop l'any segons la mesura en què es compleixin) i a les reunions d'equip. En sentireu a parlar sota el nom PCC/MACA, les sigles de pacient crònic complex i malaltia crònica avançada, un programa d'atenció a la cronicitat que ja fa un parell d'anys que es va posar en marxa. I és que l'envelliment comporta més persones amb més malalties, moltes d'elles cròniques. I, per tant, més necessitat d'atenció a casa, a les residències, als CAPs i a la resta del sistema.

El sistema sanitari s'ha organitzat tradicionalment per atendre les malalties agudes. Com hem vist, arran de la reforma, l'AP es va reorientar cap al seguiment de les patologies cròniques i els factors

de risc, però el que es planteja ara és anar un pas més enllà i no només fer prevenció i seguiment sinó aprofundir en el tractament de pacients amb més patologies i amb més medicaments, ser capaços d'atendre les descompensacions precoçment i, a poder ser, a casa. I qui ha de fer tot això han de ser el metge i la infermera referents de cada persona. Aquells que el coneixen i que coneixen l'entorn, els cuidadors, la família, els recursos propers, la història i preferències de la persona.

En la consulta del futur, haurem de veure menys patologies banals i de fer menys burocràcia per a tenir temps d'atendre les persones amb problemes complexos tenint en compte les seves necessitats individuals, al centre o a casa.

*En el nostre dispositiu mòbil d'empresa tenim un avís si la Teresa ha tingut canvis significatius de pes o bé si ha posat una alarma perquè es troba pitjor. Quan és així, la infermera s'hi posa en contacte i si cal hi va. Si ho considera necessari, hi va la metgessa i no és estrany que li hagin de posar diürètics endovenosos. Fan extraccions a casa i analitzen les mostres al centre per valorar la resposta al tractament.*

*La Júlia no té una feina fixa, està separada i té un fill. Consulta sovint a la metgessa per ansietat i símptomes físics inespecífics, moltes vegades a través de correu electrònic.*

Les tecnologies de la informació i la comunicació, que ja hem de deixar d'anomenar noves tecnologies perquè ja estan totalment inserides en el dia a dia de la societat, encara estaran més presents a la consulta en el futur.

La comunicació amb els pacients canviarà. Les persones que atindrem a les consultes cada cop estaran més acostumades a fer servir el mòbil, el correu electrònic, els programes de missatgeria com el whatsapp, la videoconferència i a resoldre dubtes des de la distància. I esclar, moltes d'aquestes persones abans hauran consultat per internet a què pot correspondre el que els passa. Nosaltres també haurem canviat de xip i tenir pacients més informats que donen la seva opinió ja no ens semblarà una nosa sinó que ho aprofitarem per afinar millor l'atenció.

La telemedicina, que ara comença a treure el cap, avançarà en el seu desenvolupament. A tall d'exemple, una experiència de Barcelona. Al SAP Muntanya es va dur a terme el projecte Telèmac, una plataforma digital que permet enviar biomesures a través d'un dispositiu a l'ECAP. A pacients amb IC o MPOC se'ls va proporcionar una tablet, un pulsioxímetre, una bàscula, un tensiòmetre i un glucòmetre, segons les patologies associades. Així, la metgessa o la infermera podien comprovar les variables directament des de l'eCAP. Què aporten aquestes experiències, si la inversió surt a compte i quina ha de ser la població diana, són preguntes que en els propers anys anirem responent. No hem de deixar-nos enlluernar per les aplicacions tecnològiques, impulsades

per les empreses que tenen clars interessos econòmics, sinó que hem de fer-ne una valoració sensata en funció del que realment aporten i sempre tenir en compte que l'excessiva medicalització de la vida no millora la percepció de salut sinó que l'empitjora.

Els nostres pacients del futur tindran molta informació. No només la que puguin trobar en general sobre medicina i salut a la xarxa, sinó sobre la seva història clínica. Ja està en marxa "La meua salut", l'espai on cada ciutadà podrà consultar la informació referent a la seva salut de què disposa el sistema. De moment, i per als CAP que participen en l'experiència pilot, estan disponibles el pla de medicació vigent, les vacunes administrades, els diagnòstics, els informes clínics i els resultats de les proves i les exploracions complementàries. Es planteja si en un futur han de poder accedir al text de la història clínica, fins i tot si han de poder fer propostes de canvis en la història clínica. El debat és obert i hi ha molts elements damunt la taula que urgeix tractar, tot i que sembla que es posa en marxa allò que la tecnologia permet sense plantejar a la societat quines conseqüències pot tenir i com fer-ho per no causar danys.

I les eines d'ajut a la decisió clínica? Quin paper poden tenir? El Dr. Watson, per exemple, és un ordinador que funciona amb intel·ligència artificial i que processa informació mèdica. A partir de preguntes en llenguatge natural fa diagnòstics basats en l'evidència sense els biaixos cognitius i d'excés de confiança dels metges. També proposa opcions de tractament. Està pensat per a ser utilitzat per metges com a eina de consulta, però per què no obrir-ho al públic general, es pregunten alguns? Eines com aquesta poden arribar a tenir un paper destacat? Substituiran els metges? Haurem d'aprendre a manegar aquestes eines, com hem après a llegir articles i a buscar evidència per a prendre decisions clíniques, i donar-los el lloc que els toqui, sense oblidar de mirar als ulls a la persona que tenim davant per establir una relació humana que enriqueix el procés d'atenció, donant informació per al diagnòstic, guies per al tractament i que en si mateixa forma part del procés de cura.

*Quan la Teresa està pitjor al domicili i ja no es pot oferir res més, la metgessa parla amb l'hospital i gestiona un ingrés programat explicant quins són els objectius. Durant l'ingrés té contacte amb l'equip hospitalari per valorar quines actuacions fer. Juntament amb la infermera, és la referent de la pacient i qui millor coneix el seu estat basal i les preferències de la Teresa, de manera que tots els professionals que entren en contacte amb la Teresa s'hi adrecen per a mantenir-les informades i demanar-los el parer.*

Quin ha de ser el paper dels professionals de l'atenció primària? Els darrers anys hem patit una tendència a la fragmentació de l'atenció que caldria revertir. Està demostrat que una atenció primària forta millora l'eficiència del sistema i redueix la mortalitat (augmentar un metge de



família cada 10.000 persones redueix la mortalitat un 6%, augmentar especialistes secundaris l'augmenta). I malgrat això la inversió en AP és cada cop més baixa en termes absoluts i relatius. Del 2010 al 2013 el pressupost total en sanitat a Catalunya ha baixat un 16%. En AP, ha baixat un 20% i a l'atenció especialitzada un 8%. Malgrat aquest context advers, els metges i metgesses de família hem d'insistir en la importància d'una AP forta que assumeixi el rol de referent del pacient al llarg del seu recorregut pel sistema sanitari. No per corporativisme sinó perquè permetrà la sostenibilitat del sistema i millors resultats en salut. Mentre no se'ns atorgui aquest rol, és feina nostra fer-nos presents: correus electrònics als especialistes secundaris, trucades a l'hospital o interconsultes amb objectius concrets poden ser maneres de fer-ho. D'altra banda, cal reclamar els mitjans per a poder atendre les persones al llarg de la seva vida i en les diferents situacions en què es trobin (quan ja no poden sortir de casa o quan arriben al final de vida, per exemple), per a què tant la persona com el sistema puguin aprofitar tot el coneixement que hem acumulat sobre la persona i el seu entorn al llarg del temps.

Us hem presentat la història de la família del Joan, la Teresa i la Júlia com un exemple d'alguns dels canvis que hi ha hagut a l'AP. Fins a l'actualitat, ens hem basat en la realitat. Evidentment, el futur és una incògnita i hem preferit fer una projecció d'una AP forta, però cal que siguem conscients que la història pot anar de manera diferent i que les decisions que es prenen i que prenem cadascun de nosaltres dia a dia escriuran aquesta història. Us animem a tenir una visió globalitzadora de la persona i de la comunitat. No només som cossos sinó que tenim múltiples dimensions: sentiments, pensaments, percepcions, opinions, opcions, preferències, voluntats... I tot això canvia quan emmalaltim. Per nosaltres, la millor manera d'ajudar a les persones des d'una perspectiva que inclogui tot això és des de l'atenció primària: tant al 1972, com al 1988, al 2000, al 2015 i al 2035.