

L'adequació clínica de l'atenció primària de salut: 40 anys de millores

Xavier Bayona^{1,2,3}, José Romano^{1,4}, José Luís Bravo^{1,5}

¹Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Grup de Treball de Gestió de la CAMFIC; ²EAP Chafarinas. Institut Català de la Salut. Barcelona; ³Junta de la Societat Catalana de Gestió Sanitària; ⁴EAP Sant Josep. Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat; ⁵EAP Bellvitge. Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat.

Resum

Un sistema sanitari eficient, efectiu i sostenible cal que aposti per l'apoderament de l'atenció primària (AP), donant-li recursos i autonomia organitzativa. El camí recorregut pel primer nivell assistencial al nostre país ha estat molt important. Diabetis, factors de risc cardiovascular, urgències i emergències, cronicitat i situacions de final de vida són alguns exemples que, gestionats des de l'AP, redueixen les desigualtats en salut i disminueixen el malbaratament de recursos i, conseqüentment, els costos.

Introducció

Des de la declaració de l'Organització Mundial de la Salut "Salut per a tothom l'any 2000" a Alma Ata (1978), l'evolució de l'atenció primària de salut (APS) ha estat diferent a tot el món. En el nostre país es creà l'especialitat de medicina familiar i comunitària, amb base competencial i de coneixement propis. Anys més tard també es professionalitzà la infermera d'AP. I l'any 2005 es creà l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària.

En paral·lel a l'augment competencial i a la professionalització de l'APS, la tecnologia evoluciona i surt dels hospitals i arriba als centres de salut i al maletí dels professionals (seguiments analítics portàtils, electrocardiògrafs, desfibril·ladors, ecografia portàtil...). La història clínica compartida i la recepta electrònica marquen un abans i un després en la gestió de la salut i la malaltia per part de l'APS amb un enfocament que prioritza les pràctiques clíniques de valor afegit. Tot això va acompanyat del reconeixement i la confiança del ciutadà cap al seu equip d'atenció primària (EAP).

En aquest article se subratllen algunes competències de l'APS que disminueixen el malbaratament i augmenten l'eficiència i l'efectivitat del sistema.

Expertesa i coneixement propi de l'APS en la gestió clínica que milloren l'efectivitat i l'eficiència del sistema: alguns exemples

La baixa taxa de complicacions i ingressos hospitalaris en malalts diabètics en el nostre país és un dels grans èxits de la gestió de la diabetis tipus 2 per part de l'APS¹. Des del moment del diagnòstic, l'EAP assumeix la gestió de mesures d'educació sanitària, tractament i seguiment clínic global, i només deriva al següent nivell assistencial aquelles situacions més complexes i excepcionals. Així, quant al cribratge de la retinopatia diabètica, que desbordava les consultes dels oftalmòlegs, en aquests moments només els arriben els malalts que han estat cribrats amb retinògraf a l'APS i presenten una retinografia "no normal" o patològica i han disminuït les llistes d'espera i el consum de recursos innecessaris.

El control dels factors de risc cardiovascular és una activitat plenament assumida per l'APS des de pràcticament el seu desplegament en què els professionals de l'EAP esdevenen el pilar bàsic en la seva gestió. L'aplicació de noves tècniques d'exploració i diagnòstic, com l'ecografia cardíaca² portàtil i el monitoratge ambulatori de la pressió arterial, han millorat el control d'aquests factors de risc i el diagnòstic precoç de complicacions. Tot i l'envelliment de la població, la millora en la coordinació entre els diferents nivells i l'atenció sanitària efectiva han fet que determinades malalties cardiovasculars cròniques passin a ser tractades i controlades a l'APS. El control de les arrítmies auriculars no valvulars en pacients grans és un exemple paradigmàtic: el pacient inicialment pot haver estat atès en qualsevol dispositiu assistencial (atenció continuada d'APS, consulta del seu EAP o servei d'urgències hospitalari) i, posteriorment i amb el suport del cardiòleg, la seva arrítmia serà tractada i controlada des de l'APS. Paral·lelament s'estan desenvolupant models d'interconsulta sense pacient (consultes virtuals) entre diferents nivells per a algunes especialitats hospitalàries (nefrologia, endocrinologia, dermatologia...) que, tot i les dificultats en la seva implementació, pretenen apoderar el metge de família i disminuir les derivacions.

Correspondència: Xavier Bayona Huguet
EAP Chafarinas
Institut Català de la Salut
C/ de Chafarinas, 2-8
08033 Barcelona
Adreça electrònica: xavier.bayona@gmail.com

Latenció urgent és assegurada per l'APS amb els seus diferents dispositius les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Els centres d'urgències d'AP (CUAP) disposen d'utillatge tècnic (radiologia simple, química seca, etc.) amb el qual es pot tractar una part important dels problemes de salut urgents (segons el Model Andorrà de Triatge, nivells 4 i 5 i part del nivell 3). Aquests dispositius han provat la seva efectivitat quan hi ha hagut un gran augment de la demanda assistencial, com succeeix en les epidèmies estacionals, i també han mostrat major eficiència que les urgències hospitalàries. De fet, l'APS resol més del 90% de totes les urgències que el ciutadà demanda³.

A l'APS es realitza la gestió compartida de la demanda aguda⁴, que és assumida per tot l'equip, i cada professional resol en funció de les seves competències. Hi ha determinades barreres, com la normativa respecte a la prescripció infermera i la manca d'inclusió de la formació en gestió de la demanda aguda en els estudis de grau d'infermeria, però hi ha molts EAP en què la gestió compartida de la demanda aguda s'ha desenvolupat satisfactoriament.

Pel que fa a la gestió de les emergències (problema de salut que ha de ser atès immediatament), es desenvolupen programes específics de formació, que formen part del procés d'avaluació de la qualitat assistencial i manteniment de competències: formació en reanimació cardiopulmonar, codi ictus i codi IAM, entre d'altres. L'APS, per la seva proximitat, és moltes vegades el primer contacte per atendre emergències i per activar precoçment aquests codis i protocols d'atenció en els quals la rapidesa d'actuació és important com a factor pronòstic.

L'augment de l'esperança de vida i l'envelliment a tot el món suposen un repte per als sistemes sanitaris. Cal respondre a l'increment de la cronicitat a través d'estratègies globals que situïn la persona al centre del sistema⁵, un enfocament integral de l'assistència i una actuació multidisciplinària. Identificar aquestes condicions i establir estratègies és possible gràcies a eines com els grups de morbiditat ajustats (GMA), que permeten generar una adequada estratificació de la població. La multimorbiditat està associada a un major consum de recursos sanitaris⁵. La reorganització de l'atenció a través de diferents estratègies liderades des de l'APS permet racionalitzar els recursos amb intervencions orientades a la continuïtat que permeten oferir atenció set dies, vint-i-quatre hores (7x24) a pacients crònics, complexos, fràgils o en situació de final de vida: atenció domiciliària dels EAP, model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA) a través de gestió de casos, CUAP, atenció continuada del malalt crònic complex, equip de suport integral a la cronicitat (ESIC) i Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES).

La polifarmàcia és molt freqüent en la gent gran i augmenta la probabilitat d'esdeveniments adversos i de mort⁷.

En el dia a dia, l'atenció d'aquest grup de pacients recau gairebé sempre en l'àmbit de l'APS. És el metge de família el professional que integra els diferents tractaments prescrits. En pacients atesos a l'APS, per cada especialista diferent i addicional que intervé en el procés assistencial, el risc de reaccions adverses a medicaments augmenta un 18%⁵. El 50% dels errors de medicació i el 20% dels efectes adversos a medicaments es podrien evitar amb una conciliació adequada de la medicació⁶. Des de l'APS s'han desenvolupat iniciatives per actuar sobre la conciliació, revisió i desprescripció de medicaments, a partir dels criteris STOPP/START⁷. Comparar la medicació habitual del pacient amb la prescrita després d'una transició assistencial o realitzar una retirada planificada de la medicació crònica s'han convertit en activitats bàsiques del metge de família. El projecte Essencial, de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, ha fet èmfasi en diferents mesures encaminades a la prevenció quaternària (*primum non nocere*) i a disminuir el sobretractament, com ara tractaments indiscriminats amb inhibidors de la bomba de protons i benzodiazepines, no recomanats en determinats pacients. Tot això es complementa amb el control de l'adherència al tractament per part dels professionals d'infermeria.

El camp d'actuació de la recerca en APS és molt ampli, des de la investigació amb base poblacional comunitària fins a la investigació en la promoció i prevenció de la salut, passant per investigar l'impacte econòmic i en salut de les diferents estructures d'organització i models d'integració (idiosincràsia pròpia de la sanitat catalana). Aquesta és la teoria. Però en la pràctica resulta difícil investigar en els EAP, no per manca de ganes o coneixement, sinó bàsicament per la dificultat per a disposar de temps no assistencial dedicat específicament a la investigació⁸. A més, caldria definir línies d'investigació mantingudes en el temps i projectes d'envergadura dirigits específicament des de l'APS.

L'APS ha adaptat la seva activitat als canvis socials i a l'aparició de determinades demandes de la ciutadania. S'ha potenciat el rol propi de determinats professionals que aporten valor afegit: infermeres (gestió infermera de la demanda⁴), equips de gestió de casos (atenció dels pacients crònics complexos amb reducció d'ingressos i reingressos hospitalaris) i treballadors socials sanitaris (en el camp de la salut mental, la prevenció de la discapacitat o la detecció de persones en risc d'exclusió social), entre d'altres. S'han desenvolupat amb molt bons resultats unitats mixtes amb professionals de l'hospital i de l'APS (insuficiència cardíaca o ESIC per exemple).

Conclusions

El valor afegit que aporta l'APS al sistema sanitari es comprèn a partir de la millora de les competències profes-

nals i del seu compromís, així com de les millores i l'apropament de les tecnologies i l'avenç en tecnologies de la informació i la comunicació. Els professionals han fet molt bona feina, s'han prestigiats i s'han guanyat la confiança dels ciutadans i d'alguns dels actors del sistema sanitari, amb els quals es comparteixen projectes i l'objectiu de millorar la salut de la població. Tot i això encara queda molta feina per fer i hi ha dificultats a vèncer.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra: OMS; 2016. Consultable a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=9B43EE68C6E731AD549AA9980A384FC8?sequence=1>
2. Evangelista A, Galuppo V, Méndez J, Evangelista L, Arpal L, Rubio C et al. Hand-held cardiac ultrasound screening performed by family doctors with remote expert support interpretation. *Heart*. 2016 Mar;102(5):376-82.
3. Pérez A, López JR, Dierssen T, Villa M, Raba S, del Río JA. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. *SEMERGEN*. 2007;33(7):341-8.
4. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Aten Primaria*. 2017;49:518-24.
5. Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Aten Primaria*. 2017;49:300-7.
6. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia. Pla de Salut 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2014.
7. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.
8. Violán Fors C, Grandes Odriozola G, Zabaleta-del-Olmo E, Gavilán Moral E. La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(Supl 1):76-81.