

SALUD
CIENCIAS SOCIALES
HUMANIDADES

REVISTA
FOLIA
HUMANISTICA



Fundación
Letamendi
Foms

2023, núm 1 Vol. 3

ISSN: 2462-2753

SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

SEIS RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR LOS NUEVOS RETOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REFLEXIÓN A LA LUZ DE LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD ACTUAL.

1

Varela J.

PENSAMIENTO ACTUAL

¿DIAGNOSTICAR ES ESTIGMATIZAR?

18

Borrell F., Casado S., Peguero E., Morales V.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

TODO A PUNTO. TODO EN ORDEN

37

Santos Unamuno C.

INSTANTES EN LA CONSULTA

41

Torres JI.

Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacció

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo científico

Francesc Borrell-Carrió
Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liamistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liamistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento “derechos de autor” que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en “Tema del día”, (artículos para el debate), “Pensamiento actual”, (artículos críticos de novedades editoriales), y “Arte, Salud y Sociedad”, la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: “main focus” (article for debate), “Contemporary thought” (critical reviews of new Publications) and “Arts, Health and Society” which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

SEIS RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR LOS NUEVOS RETOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REFLEXIÓN A LA LUZ DE LAS NECESIDADES DE LA SOCIEDAD ACTUAL.

Varela J.

Resumen: La Atención Primaria se ve envuelta en una crisis provocada por el agotamiento del modelo creado a partir de la declaración de Alma Ata de 1978, un modelo que fue de éxito pero que ahora necesita una actualización para salvaguardar sus principios de: acceso universal, orientación comunitaria, centrado en las personas, actitud proactiva y capacidad resolutoria. Para hacer viables las reformas, primero hay que analizar los lastres que las están frenando, de los cuales destacan: el sistema de asignación de cupos, la gestión indiscriminada de las agendas, el modelo organizativo excesivamente compartimentado, el escaso acento en la salud comunitaria, el modelo de gestión jerárquico y burocrático y el aislamiento respecto a otros servicios, tanto los que actúan en el mismo territorio como los hospitalarios.

Con la finalidad de preservar los principios y combatir los lastres, se proponen seis recomendaciones que deberían desenvolverse en un nuevo marco de mayor dotación presupuestaria que la actual. Las recomendaciones propuestas son las siguientes: mejor gestión de la demanda, un asunto clave para romper la mala imagen de cerrazón de los centros de salud, creación de equipos de cabecera para ofrecer más y mejores servicios, reorganización de acuerdo con las necesidades de los distintos grupos poblacionales, redefinición de los programas de salud comunitaria a la luz de la evidencia y de las características reales de cada barrio y pueblo, ampliación de la cartera de servicios diagnósticos y terapéuticos, creando al mismo tiempo trayectorias clínicas transversales con los especialistas de los hospitales y, finalmente, mayor implicación de los usuarios y los profesionales en una gestión más abierta que aprenda a rendir cuentas en lugar de estar sometida a tantos controles previos.

Palabras clave: Atención Primaria, reformas, principios, accesibilidad, salud comunitaria, atención centrada en las personas, proactividad, efectividad, agendas, equipo multidisciplinar, trayectoria clínica, gestión, participación.

Abstract: SIX RECOMMENDATIONS TO ADDRESS THE NEW CHALLENGES OF PRIMARY CARE. A REFLECTION IN THE LIGHT OF THE NEEDS OF CURRENT SOCIETY.

Primary Care is involved in a crisis caused by the exhaustion of the model created from the declaration of Alma Ata in 1978, a model that was successful but now needs updating to safeguard its principles: universal access, community orientation, focused on people, proactive attitude, and problem-solving capacity. To make the reforms viable, it is first necessary to analyse the ballasts that are holding them back, of which the following stand out: the quota allocation system, the indiscriminate management of agendas, the excessively compartmentalized organizational model, the scant emphasis on community health, the hierarchical and bureaucratic management model and the isolation from other services, both those that operate in the same territory and hospitals.

To preserve the principles and combat the burdens, six recommendations are proposed that should be developed in a new framework with a larger budget than the current one. The proposed recommendations are the following: better demand management, a key issue to break the bad image of closed health centres, creation of comprehensive teams to offer more and better services, reorganization according to the needs of the different population groups, redefinition of community health programs in light of the evidence and the real characteristics of each neighbourhood, expansion of the portfolio of diagnostic and therapeutic services, while creating cross-sectional clinical trajectories with hospital specialists and, finally, greater involvement of users and

professionals in a more open management that learns to be accountable instead of being subject to so many prior controls.

Key words: *Primary Care, Reforms, Principles, Accessibility, Community Health, Patient Centered Care, Proactivity, Effectiveness, Agendas, Multidisciplinary Team, Clinical Trajectory, Management, Participation.*

Artículo recibido: 12 enero 2023; aceptado: 24 enero 2023.

INTRODUCCIÓN

En 1978, mediante la declaración de Alma Ata (1), la OMS recomendó a los gobiernos que desplegaran servicios de Atención Primaria de Salud de acceso universal y que lo hicieran de manera ajustada a las necesidades de cada territorio, desde donde se debería atender la salud de las comunidades con una actitud proactiva. También se pedía que dicho eslabón organizativo fuera la puerta de acceso al sistema sanitario. Con el paso de los años se ha observado la idoneidad de la declaración puesto que los países que siguieron estas recomendaciones han conseguido unos servicios más equitativos, mejor ordenados y menos costosos (2).

Para celebrar los cuarenta años de Alma Ata, en 2018 la OMS convocó una reunión en Astana que dio lugar a una nueva declaración (3) que ha recomendado que los gobiernos inviertan más en una Atención Primaria reforzada e integradora, con capacidad para liderar la renovación de los sistemas sanitarios, hoy demasiado fragmentados. Astana advirtió que las circunstancias demográficas y epidemiológicas de las sociedades actuales obligaban a estrechar la coordinación entre niveles asistenciales y a potenciar el trabajo en equipo multidisciplinar.

A pesar de contar con estas nuevas recomendaciones muy favorables al desarrollo de la Atención Primaria, después de la afrenta de la pandemia de COVID-19, se observan señales de agotamiento y, por ello, hoy vuelve a ser necesario reflexionar sobre cómo llevar a cabo dichas reformas para conseguir que la Atención Primaria se convierta realmente en el eje vertebrador del sistema de salud.

LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Antes de analizar los retos que la Atención Primaria debe encarar, hace falta recordar los principios en los que debería basarse (4), no fuera el caso de que, una vez que se implementaran las innovaciones imprescindibles, estos se difuminaran o se tergiversaran:

1. Es universal. El acceso a todos los servicios de la Atención Primaria debe ser un derecho de los ciudadanos y no una prerrogativa de su póliza de seguros. La universalidad de la Atención Primaria es condición imprescindible para abordar las políticas de salud pública, establecer programas proactivos de salud comunitaria e integrar servicios sociales y sanitarios que permitan atender a los pacientes complejos en su propio entorno familiar.

2. Es próxima y accesible. La población debe sentir que los equipos de Atención Primaria forman parte de sus activos y que, por ello, obtiene respuestas apropiadas a sus problemas de salud. La proximidad y la accesibilidad son dos de las características mejor valoradas por parte de la ciudadanía. Sin embargo, los equipos de Atención Primaria deberían estar siempre alerta a superar las barreras de acceso de personas vulnerables y de determinados colectivos de riesgo.

3. Tiene orientación comunitaria. Los Equipos de Atención Primaria deben estar bien asentados en sus respectivos territorios y deben poseer competencia cultural suficiente como para relacionarse de manera efectiva con los ciudadanos, sus instituciones, sus organizaciones y con todos los equipamientos disponibles en los barrios o pueblos donde trabajan.

4. Está centrada en las personas. Las médicas y las enfermeras referentes, en la medida de lo posible, deben acompañar a las personas que atienden y a sus familias a lo largo de su vida, lo que crea un conocimiento próximo de la realidad de cada situación, además de generar relaciones de confianza y reconocimiento que

pueden ser la base de unos planes terapéuticos respetuosos con la forma de ser de cada persona desde una perspectiva bio-psico-social.

5. Es proactiva. Este es un principio clave para la prevención primaria y secundaria, pero también para el seguimiento de los pacientes crónicos, en los cuales la proactividad de la Atención Primaria puede prevenir descompensaciones, reagudizaciones y complicaciones.

6. Es resolutive. Los profesionales de la Atención Primaria deben procurar, dentro de sus posibilidades, ofrecer a la ciudadanía la máxima capacidad resolutive de sus problemas de salud, lo cual debe conseguirse con el despliegue de una cartera integral, amplia y de calidad, de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

7. Ofrece servicios coordinados e integrados. Un principio imprescindible para evitar que los pacientes sufran los males de la excesiva fragmentación del sistema sanitario.

LOS LASTRES QUE FRENAN LA INNOVACIÓN

Para cumplir con las recomendaciones de Astana (convertirse en el eje vertebrador de sus respectivos sistemas de salud), y al mismo tiempo preservar los siete principios enumerados, los servicios de Atención Primaria deben repensar y reajustar sus modelos organizativos, por lo que es imprescindible que tengan el coraje de soltar lastre en los siguientes aspectos que están frenando los avances, al tiempo que están generando burnout entre los profesionales y malestar entre los pacientes:

a) El cupo es un modelo de asignación de personas a profesionales que obliga a que cada médico y cada enfermera se deba responsabilizar de un colectivo heterogéneo de personas, lo que genera un modelo de consultorio de “one-size-fits-all.” Es decir, con el sistema del cupo, las agendas disponen de un slot fijo para cada demanda, tanto sea para atender jóvenes activos con un problema banal y autolimitado como para pacientes pluripatológicos. Algunos expertos partidarios de

mantener el sistema de cupos afirman que es un garante de la longitudinalidad, lo cual, siendo cierto en el plano teórico, en la realidad esta cualidad se ve deteriorada por una rotación inevitable de profesionales (cambios, bajas, permisos, vacaciones), en un mundo laboral de naturaleza contraria a la preservación de la longitudinalidad por parte de los profesionales.

b) El trabajo excesivamente compartimentado de médicas, enfermeras, administrativas, trabajadoras sociales, etc., las cuales organizan sus agendas con criterios corporativos, dando lugar a un modelo de trabajo basado en la burocracia profesional que no hace más que complicar la vida de las personas que hay que atender.

c) La gestión indiscriminada de las agendas sin el establecimiento de priorizaciones, de manera que la demanda sin filtros acaba acarreado listas de espera hinchadas que crean una mala imagen de los centros de salud, además de muchas tensiones con las personas que exigen ser visitadas sin demoras.

d) La medicalización excesiva de los actos clínicos con actitudes alejadas del enfoque bio-psico-social que comportan derivaciones inapropiadas a las consultas de los hospitales, realización de pruebas innecesarias y prescripción excesiva de medicamentos.

e) La realización de acciones comunitarias sin evidencias científicas previas y sin evaluaciones de su efectividad real.

f) El aislamiento de los equipos de Atención Primaria en relación con otros servicios que actúan en su mismo territorio y con los servicios hospitalarios, una laguna organizativa que repercute negativamente en las personas usuarias, las cuales deben manejarse en un entramado de circuitos y criterios administrativos siempre complejo y habitualmente poco amistoso.

g) El modelo organizativo de la gestión de los recursos humanos excesivamente autoritario y rígido se ha revelado como una fuente de desmotivación

y de burnout, dado que dificulta la puesta en marcha de mejoras y es un freno para los proyectos de innovación.

SEIS RECOMENDACIONES PARA AFRONTAR LOS RETOS

Es un hecho contrastado que la Atención Primaria está falta de recursos. Por ello, muchas organizaciones defensoras de la Atención Primaria centran sus reivindicaciones en la obtención del 25% de los presupuestos sanitarios, una cifra relativa importante, pero como tal manipulable. Sea cual sea la proporción obtenida, lo cierto es que se necesitan más recursos para superar la situación actual de bloqueo de la Atención Primaria, pero para que la nueva entrada de dinero sea eficiente, se tendrán también que abordar reformas dirigidas a soltar los lastres observados y, con la finalidad de ayudar, voy a exponer las siguientes seis recomendaciones que, según mi entender, van en la dirección adecuada.

1. Gestión de la demanda. La accesibilidad, probablemente el principio más valioso de la Atención Primaria, ha sufrido un duro golpe con el cierre de agendas durante la pandemia y con la implantación apresurada de la telemedicina, unos hechos que muchas personas, especialmente ancianos y pacientes crónicos, han vivido de manera muy negativa. No en vano han expresado reiteradamente que tienen la impresión de que sus médicas y sus enfermeras, con la excusa de la pandemia, ahora están más inaccesibles que antes. Los Equipos de Atención Primaria deben ser muy conscientes de esta mala imagen, para lo cual deben abordar su primer reto, y el más urgente: conseguir una programación de visitas sin demoras y, siempre que sea posible, preservando la longitudinalidad con la médica o la enfermera asignada, y para ello deben saber gestionar sus agendas, en el sentido de evitar la programación de consultas innecesarias y detectar y cortar de raíz los tiempos perdidos que no redundan en actuaciones clínicas efectivas. Por todo ello propongo que se lleven a cabo tres acciones concretas:

- a) Revisión (a la baja) de las principales rutinas de seguimiento de las personas de riesgo y de los pacientes crónicos, ya que demasiado a

menudo se observan exageraciones paternalistas que provocan mucha demanda innecesariamente inducida.

- b) Elaborar un algoritmo de motivos de consulta de acuerdo con las competencias de cada uno de los profesionales, los cuales deben mostrar agendas con disponibilidad suficiente como para dar respuesta a las eventualidades del día, sin necesidad de tener que abrir consultas de aliviadero y, en este marco, resulta altamente recomendable potenciar la gestión enfermera de la demanda.

En una revisión realizada por Kaiser Permanente (5), se ha visto que no todos los Equipos de Atención Primaria consiguen aplicar la programación al día, pero los que lo hacen, mejoran la percepción tanto de los profesionales como de los pacientes.

- c) Siguiendo con la lógica del algoritmo de motivos de consulta, hay que prestar mucha atención al análisis de las peticiones de visita con el fin de canalizarlas apropiadamente entre la atención presencial y la telemática (6).

2. Más trabajo en equipo, más y mejores servicios. El National Health Service (NHS) de Inglaterra dispone de un plan a largo plazo (7) en el cual ponen mucho énfasis en el trabajo en equipo multidisciplinar, dado que, como afirman, el 88% de las prácticas clínicas de los médicos de familia son parte de procesos que requieren colaboraciones con otros profesionales, por lo que, según dicho plan, la asignación fragmentada de agendas está siendo un freno para el abordaje integrado de los problemas de salud de las personas. Por ello, los ingleses hacen hincapié en que se debe repensar una Atención Primaria fundamentada en los equipos, más que en las individualidades, contando también con la incorporación de otros profesionales de apoyo.

En este contexto, nace el concepto de la creación de equipos de cabecera, constituidos por profesionales asistenciales y administrativos que comparten entre ellos y ellas la información de las personas usuarias adscritas a sus respectivos cupos, además de ofrecer espacios para la discusión clínica. Los equipos de cabecera son formas organizativas que permiten preservar la longitudinalidad durante las variadas ausencias laborales de sus miembros. Para el correcto funcionamiento de los nuevos equipos, se debe replantear el papel del administrativo sanitario, dándole más competencias en proactividad y corresponsabilidad, una redefinición que facilita la ordenación de la demanda prevista en el punto anterior, además de agilizar los tediosos trabajos del back-office de las consultas.

Crear equipos de cabecera requerirá formación específica y reorganizaciones internas, como la consolidación de las sesiones grupales diarias como un lugar común que permite compartir pacientes complejos y, de esta forma, en caso de ausencia, siempre hay otro profesional conocedor del caso. También debe contemplarse la ampliación de las disponibilidades horarias para ofrecer un mayor abanico de posibilidades a las personas usuarias, abriendo agendas de mañana y tarde, y contemplando la oportunidad de programar consultas compartidas para los casos que lo requieran.

Además del núcleo básico de los equipos de cabecera, creado a partir de médicas, enfermeras, auxiliares de cuidados de enfermería y administrativos, el modelo facilita la colaboración estrecha de otros profesionales que también deberían incorporarse a la dinámica, a pesar de que quizás no puedan tener una dedicación completa, como serían: asistentes sociales, psicólogos, farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos o podólogos.

Como se observa, el mero hecho de agrupar cupos en equipos de cabecera, al generar masa crítica de profesionales, amplía disponibilidades, facilita incorporaciones, permite la discusión colectiva de casos y, en definitiva, garantiza la longitudinalidad.

3. Reorganización de los equipos según las necesidades de las personas.

Kaiser Permanente tomó la decisión de estratificar a su población de mutualistas en función de sus riesgos atribuibles y de la complejidad clínica de las patologías crónicas ya diagnosticadas, y eso lo hizo con la intencionalidad de reajustar su oferta de servicios de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada segmento. Gracias a este cambio estratégico (el de planificar la oferta a partir de las necesidades), Kaiser Permanente ofrece hoy uno de los sistemas de provisión de servicios sanitarios más integrados del mundo (8). Tratando de aprender de Kaiser Permanente, la Atención Primaria debería reorganizarse de acuerdo con las necesidades de las siguientes tres tipologías de personas (9):

- a) *Segmento 1 Población sana.* La definición de población sana no es fácil de hacer, ya que si tenemos en cuenta la percepción que cada uno tiene de su salud, observamos a personas atléticas que consultan por cualquier pequeño problema, mientras que hay otras con disminuciones severas que son de talante optimista y practican el autocuidado. Sin embargo, para hacerlo operativo, vamos a considerar población sana aquella que acude poco o nada al Centro de Salud, que según diversos estudios acostumbra a ser más o menos la mitad del total. Este es un grupo poco interesado en la longitudinalidad, pero que en cambio aprecia mucho la capacidad resolutiva del Equipo de Atención Primaria, ya que acostumbra a ser gente muy ocupada que tolera mal la burocracia y la lentitud que perciben en los Centros de Salud.

Equipo profesional del segmento 1. Formado por enfermeras y médicas con orientación comunitaria que prestan atención a los determinantes de la salud y a los activos sociales del territorio. El equipo ofrece consultas sin cita previa, las cuales cuentan con un protocolo de atención enfermera de la demanda.

b) *Segmento 2 Población de riesgo.* Se trata de un colectivo de mayor edad, que agrupa personas con riesgo cardiovascular y patologías crónicas (hipertensión, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, EPOC, coronariopatías, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, artrosis, etc.), trastornos mentales menos graves (ansiedad y depresión excepto la severa) o patologías degenerativas en fases iniciales o intermedias, así como la discapacidad propia de las personas mayores frágiles en estadios iniciales. Se trata de un grupo muy numeroso (40-45% de la población) que acude muy frecuentemente al Centro de Salud, sobre el cual la preservación de la longitudinal es fundamental, si lo que se desea es obtener resultados ajustados a la manera de ser de cada persona.

Equipo profesional del segmento 2. Formado por enfermeras y médicas con orientación a la atención clínica de la cronicidad. Para el buen funcionamiento de este equipo la clave es que cada enfermera y cada médico conozca bien a cada paciente, su manera de ser y pensar y sus circunstancias, que ejerza una práctica clínica de base bio-psico-social, que implique a los pacientes en el autocuidado y que se esmere en preservar la longitudinalidad. El equipo debe revisar sus pautas de seguimiento para evitar el paternalismo y la medicalización innecesaria, además de potenciar la atención domiciliaria y la telemedicina.

c) *Segmento 3 Personas con necesidades sanitarias y sociales complejas.* La complejidad es tan difícil de abordar como de acotar y está condicionada por múltiples dimensiones, como las debidas a las características propias de cada proceso clínico, las circunstancias sociales y familiares, con especial atención a la soledad no deseada y a la pobreza, el desequilibrio entre la carga del plan terapéutico y la comprensión que los pacientes tienen de todo ello (10) y la

medicalización excesiva debida a la fragmentación del sistema sanitario. Este grupo acostumbra a representar entre un 5% y un 10% de la población y lo que necesita es intensidad en los servicios que recibe, si lo que se quiere es evitar hospitalizaciones innecesarias.

Equipo profesional del segmento 3. Formado por enfermeras, médicas y trabajadoras sociales con orientación a la geriatría, un grupo de profesionales que deben estar entrenados en el trabajo en equipo multidisciplinar, en la evaluación integral y en la elaboración de planes individualizados realizados de manera conjunta entre los pacientes, la familia y los profesionales sanitarios y sociales (11). Este equipo necesita recursos suficientes para cubrir la atención continuada los siete días de la semana y las veinticuatro horas del día, además de disponer de servicios sociales de apoyo domiciliario y de poder desplegar servicios de atención paliativa cuando se requiera.

Para acabar con la recomendación del modelo segmentado, quiero comentar que, en los foros donde lo explico, siempre aparecen las siguientes dos preguntas. ¿Qué pasa con la longitudinalidad? ¿El modelo la rompe? La respuesta es clara. Si con el modelo tradicional del cupo observamos problemas para mantenerla, con este modelo segmentado vamos a disponer de más posibilidades de preservarla, específicamente en los segmentos 2 y 3, pero no en el 1, donde al parecer no hace falta. La segunda pregunta acostumbra a ser: ¿Qué pasa con la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y su equivalente en enfermería? ¿Desaparecen? La respuesta es: no, en absoluto. De la misma manera que otras especialidades necesitan subespecializarse, en Atención Primaria también se requiere este desdoblamiento siempre que se haga, como es el caso, de acuerdo con las necesidades de la población atendida. En este modelo segmentado, cada profesional puede optar a mantenerse fijo en uno de los tres segmentos porque es el que particularmente le interesa, o bien puede optar por hacer rotaciones periódicas.

4. Más y mejor orientación a la salud comunitaria. Los Equipos de Atención Primaria (o bien los equipos del segmento 1 si ya ha habido reforma) deben aportar su visión salutogénica a los proyectos comunitarios, pero también deben conocer el entramado social, con la finalidad de estar al corriente de las preocupaciones reales de la comunidad, entender las posibilidades de sus activos y la riqueza de su tejido asociativo y, en definitiva, para ajustar las actuaciones clínicas a la realidad social con conocimiento de causa.

Con todo ello, los Equipos de Atención Primaria deben elaborar una cartera propia de programas de salud comunitaria basada en la evidencia, con el objetivo de poner orden en la multitud de actividades dispersas que habitualmente se realizan, como por ejemplo charlas en centros cívicos, programas en la radio local, caminatas con gente mayor, espacios de debates con jóvenes, programas de deshabituación tabáquica, de intercambio de jeringuillas, de cuidar a los cuidadores, por poner algunos ejemplos de actividades de salud comunitaria que se detectan aquí y allá, pero de manera casi aleatoria (12).

La propuesta es que cada Centro de Salud elabore programas de salud comunitaria con actividades apropiadas a su territorio, siempre que estén basados en la evidencia, por lo que recomiendo hacer una consulta a la biblioteca Cochrane para tener conocimiento de las revisiones sistemáticas publicadas en relación con los resultados de acciones de salud pública. Para ilustrar esta recomendación voy a citar las tres últimas revisiones Cochrane (apartado Public Health) (13) que he visto en su web en el momento de redactar este artículo: efectividad de las mejoras en las viviendas para prevenir la malaria, de los programas de salud escolar y de las actuaciones domiciliarias en personas mayores frágiles. En resumen, desde los Centros de Salud hay que promover actividades comunitarias, siempre que estén ajustadas a la realidad del barrio o del pueblo, que tengan apoyo de la evidencia y que sus resultados se evalúen periódicamente.

5. Ampliación de la cartera de servicios. La teoría de la innovación disruptiva (simplificar, abaratar y extenderse) (14), que tan bien ha funcionado en el mundo empresarial, debería ser ahora el apoyo conceptual para vaciar los hospitales de todas las actividades que están ofreciendo de manera inapropiada, especialmente a los pacientes crónicos y, con ello, poder dotar por fin la Atención Primaria (incluyendo comunitaria y domiciliaria) de más servicios y mayor capacidad resolutive. Aprovechando esta tendencia, desde los Centros de Salud se deberían abrir tres estrategias bien diferenciadas:

- a) *Coordinar (y liderar) la red de servicios sanitarios y sociales que actúan en el mismo territorio*. En muchos países se observa que los servicios de salud mental, los de atención a la salud sexual y reproductiva, los servicios sociales, la atención domiciliaria y los cuidados paliativos son ofrecidos por equipos ajenos a los de Atención Primaria. Si eso es así, la mejor manera de reducir los efectos negativos de esa fragmentación es que el Equipo de Atención Primaria tenga la iniciativa de liderar la red local de servicios apostando por mecanismos eficientes de coordinación, y si es posible de integración, con la finalidad de ser más efectivos en las actuaciones clínicas y en la elaboración de planes terapéuticos individualizados elaborados de manera colaborativa.
- b) *Realizar todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que estén al alcance*. Un Equipo de Atención Primaria actual debería poder ofrecer servicios de ecografía, monitorización automática de la presión arterial (MAPA), espirometría, retinografía amidriática, prueba del índice tobillo-brazo (ITB), crioterapia y cirugía menor. Por este motivo se debería contar con el equipamiento y la formación necesarios para ofrecer dichos servicios y así evitar molestos desplazamientos a los usuarios. También es muy recomendable la potenciación del uso de la telemedicina en campos como la oftalmología, la dermatología, la audiometría y la radiología.

- c) *Elaborar trayectorias clínicas transversales para las patologías crónicas más frecuentes.* Esta recomendación es la clave para que la Atención Primaria se convierta en el eje vertebrador del sistema sanitario. La metodología consiste en elaborar un documento para cada proceso patológico crónico (no son más de diez) que sea acordado entre los profesionales de la Atención Primaria y los/las especialistas de los hospitales, teniendo en cuenta tres aspectos cruciales: a) cuál es la mejor evidencia disponible, b) quién hace qué; y c) cómo se va a evaluar. Con este planteamiento, en Kaiser Permanente redujeron de manera drástica las hospitalizaciones potencialmente evitables (15).

6. Implicación y gestión. Los Centros de Salud de hoy necesitan dinamizar su cultura organizativa y sus modelos de gestión, por lo que no deberían continuar siendo regidos por normas y jerarquías como si se tratara de una estafeta de correos y, para conseguirlo, deben potenciar tres líneas innovadoras:

- a) *La primera de ellas es la de implicar más a la población en general, y a los pacientes en particular,* fomentando la formación en entrevista motivacional de sus profesionales e introduciendo los elementos imprescindibles para practicar las decisiones clínicas compartidas (16). Es muy importante ir reduciendo el abismo entre los médicos, que tienen la llave de todo, y los pacientes, en principio sumisos, pero que luego no practican una adherencia real a las recomendaciones y a las prescripciones. También hay que promover las dinámicas de los pacientes expertos y los grupos focales de usuarios para preguntarles cómo creen que se debería mejorar la organización del Centro de Salud, unas dinámicas conocidas como de *design thinking* (17).
- b) *La segunda es conferir la mayor autonomía de gestión posible a los Equipos de Atención Primaria.* Lo que sabemos es que a mayor

autonomía mayor implicación de los profesionales, por lo que hay que romper la cultura impuesta desde arriba de “orden y mando,” en el sentido de no se pueden tener iniciativas ni mucho menos innovar. Por lo que hay que saber crear climas en los que los ejercicios de prueba-error sean posibles y donde los Equipos de Atención Primaria sean evaluados por sus resultados en ejercicios abiertos de benchmarking, en lugar de someterlos a controles previos asfixiantes.

- c) *La tercera es gestionar el talento.* Hay que partir de la base de que los profesionales, al margen de que todos hayan conseguido las mismas plazas en concursos obsesivamente homologados, son muy distintos entre sí, un hecho que se demuestra a lo largo de sus respectivas carreras profesionales. Por este motivo, los directivos deberían dedicar muchos esfuerzos a gestionar los talentos, tratando el burnout de manera apropiada, ofreciendo rotaciones, dando oportunidades a las personas que piden paso, reajustando los puestos de trabajo a las capacidades de cada cual. Es sabido que, a largo plazo, el ejercicio de la Atención Primaria, incluso en las mejores condiciones, puede ser muy tedioso y repetitivo, por lo que hay que detectar las desafecciones desde un principio para prevenirlas, un ejercicio fundamental si se quieren evitar las deserciones que se padecen en la Atención Primaria, sobre todo en el colectivo de enfermería.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria debe superar la crisis existencial creada por el agotamiento del modelo de Alma Ata de 1978, acelerada por la mala digestión del impacto de la pandemia, con un incremento de dotación presupuestaria, como señal inequívoca de la apuesta que se hace por ella. Pero la inyección económica, imprescindible, no es suficiente para empezar una nueva etapa, si no se adoptan

medidas reformadoras que ajusten el modelo a las necesidades de la sociedad actual, por lo que se propone la adopción de un nuevo modelo de gestión de la demanda, la organización de equipos de cabecera, la reorganización de los equipos en función de las necesidades de la población, una mejor orientación a la salud comunitaria, una ampliación de la cartera de servicios y una mayor autonomía de gestión con mecanismos transparentes de rendición de cuentas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud 1978.
2. Health at a Glance 2021. OECD.
3. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana 25-26 October 2018.
4. Por una Atención Primaria vertebradora del sistema de salud. Servizo Galego de Saúde 2019.
5. Murray M, Tantau C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. To gain control over your schedule, you must do the unthinkable: Offer every patient an appointment for today. *Fam Pract Manag.* 2000; 7(8):45-50.
6. Rosen R, Leone C. Getting the best out of remote consulting in general practice – practical challenges and policy opportunities. Research report, Nuffield Trust 29 June 2022.
7. The NHS Long Term Plan. January 2019.
8. Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria. El caso de Kaiser Permanente. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* Abril 2007; 5(2):283-92.
9. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Mar;32(3):516-25.

10. May C, Montori V, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.
11. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients With Chronic Illness. *The Milbank Quarterly* 1996. 74(4):511-44.
12. Varela J, Roure C, Brugués A, Bayona X, Benavent J. Innovant en l'atenció primària a Catalunya. Una aproximació a la realitat. Barcelona; Societat Catalana de Gestió Sanitària: febrer de 2021.
13. <https://www.cochranelibrary.com/search> (consultado el 11 de enero de 2023).
14. Christensen C. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw Hill; 2009.
15. Ham C, York N, Sutch E, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare Programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003 Nov 29; 327(7426):1257.
16. Mueller J. Shared Decision Making and the "Patient Revolution": Restoring the Best of Patient Care, with Mayo Clinic's Dr. Victor Montori. Mayo Clinic Blog Post on Septiembre 29, 2021 (consultado el 11 de enero de 2023).
17. Altman M, Huang TTK, Breland JY. Design Thinking in Health Care. *Prev Chronic Dis*. 2018 Sep 27;15:E117.

Jordi Varela.

PhD. Médico de Familia. Ha sido gestor de varios hospitales públicos en Cataluña y colaborador docente de ESADE Business School. Consultor de Gestión Clínica.

Cómo citar este artículo:

Varela, J. Seis recomendaciones para afrontar los nuevos retos de la atención primaria. Una reflexión a la luz de las necesidades de la sociedad actual. *Folia Humanística*, 2023; 1 (3) 1-17. Doi: <http://doi.org/10.30860/0093>.