



La
distancia
entre
niveles
asistenciales
es una debilidad
de nuestro sistema de salud

María del Rocío Hernández Soto

Vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Texto  Nekane Lauzirika

Fotos  SEDAP



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

María del Rocío Hernández Soto

“La distancia entre niveles asistenciales es una debilidad de nuestro sistema de salud”

“La pandemia del coronavirus está sirviendo para poner en valor el sistema sanitario”, sostiene la doctora María del Rocío Hernández Soto, vocal de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Y, en especial a la Atención Primaria (AP), que ha demostrado su gran profesionalidad. “Sin embargo, para ensalzarla realmente no solo hay que reconocer el trabajo de sus profesionales, sino también ayudarles a hacerlo”, explica a EL MÉDICO. La también directora de Salud del distrito sanitario Aljarafe-Sevilla Norte sostiene que “el principal reto al que nos enfrentamos en esta nueva etapa de la pandemia es compaginar la atención a los pacientes COVID-19 y las estrategias de contención de la progresión de la pandemia, con la atención a la cronicidad y los programas de cribado”.

¿No está dejando esta pandemia un tanto en entredicho nuestra creencia de que teníamos una maravillosa Sanidad pública?

Nuestro sistema sanitario público es uno de los sistemas sanitarios europeos que está en una situación de excelencia en prácticamente todas las dimensiones estudiadas en el PHAMEU: Primary Health Care Activity Monitor for Europe, que mide 115 indicadores relacionados con estructura, proceso y resultados. Sin embargo, los problemas reportados en todos los artículos científicos sobre la AP en nuestro país repetían las mismas peticiones de reforma ya desde finales de los 90 y en 2016 fecha en la que se publican los resultados del PHAMEU, y que colocan a España junto con Dinamarca a la cabeza de los sistemas de AP para los tres indicadores, sigue habiendo literatura escrita sobre la necesidad de transformación de nuestra AP.

¿La pandemia nos está dando la oportunidad de identificar nuestras debilidades?

Sí, sobre todo en lo relativo a la Salud Pública, las unidades de prevención de riesgos laborales, y la mayor coordinación con hospitales. Tenemos una oportunidad de mejorar y también cambiar muchos de los procesos, relación con el paciente, entre otros. Una de las frases más comentadas en las distintas reuniones online, por supuesto, es que, si bien nuestro sistema sanitario pudiera no ser el mejor, sí que lo son sus profesionales; que han demostrado no solo una gran capacidad técnica, sino también un compromiso con el paciente, una humanidad y empatía que nos pone de manifiesto la generosidad y vocación del gran valor del sistema sanitario público, que son los profesionales.

Ahora todos miran hacia la AP como solución, ¿se ha incrementado esta visión social con la visibilidad de los efectos de la pandemia?

La Atención Primaria siempre ha tenido un marcado carácter social, porque nuestros profesionales conocen a los pacientes, a sus familias y sus circunstancias, van a sus domicilios y no podemos olvidar que nuestro apellido, es “de familia”. Un porcentaje en torno al 50-70 por ciento de las demandas no se deben a problemas de salud física. Quizás esta oportunidad sea la definitiva para entender la necesi-

dad de la atención holística del paciente, teniendo en cuenta a él mismo y sus circunstancias vitales y familiares. Un aspecto que es muy necesario es el apoyo social que va a ser prioritario en el periodo postpandemia, junto con la rehabilitación y la salud mental por la problemática social que lleva asociada la pandemia y a la que se está dando la mejor aten-

ción posible, sabiendo que todo lo que se pueda hacer es poco en esta situación.

Ensalzar la AP-solución es una cosa y plasmarlo en su día a día es otra...

Para ensalzar realmente la AP no solo

hay que reconocer el trabajo que hacen sus profesionales sino también ayudarles a hacerlo. Sabemos que para que una persona haga algo, tiene que saber, poder y querer. Un paso previo es dotar a la AP de la ratio de profesionales para atender a una población creciente y con mayor edad, y esto supone mayor necesidad de cuidados, y por tanto, más recursos. Yo tengo confianza en que en este país estamos aprendiendo

mucho de la pandemia y que ha venido a poner en valor el sistema sanitario público.

Puede que suban los presupuestos

para Sanidad, pero a la hora del reparto ¿AP no será la cenicienta? ¿El momio de la asignación no se irá al nivel hospitalario?

Quiero pensar que esta pandemia nos ha enseñado algo. La situación ideal es que la Sanidad en su conjunto reciba los presu-



puestos ajustados a la población que atiende y que seamos eficientes. La coordinación y mayor interacción entre la AP y la Atención Hospitalaria son fundamentales para la atención eficiente y de calidad que la población merece, siempre teniendo en cuenta una optimización de los recursos.

Pero como son las Comunidades Autónomas las que gestionan ¿también en sus presupuestos o aquí hay de todo? Por ejemplo, en Andalucía, ¿la AP tiene

esperanza de repuntar en los presupuestos?

La AP no tiene por qué recibir menos presupuestos, no se trata de comparar si la atención hospitalaria recibe más, pienso que cada nivel de atención sanitaria debe recibir presupuestos acordes a la población que atiende y a la cartera de servicios. Durante la pandemia, estamos recibiendo mayores partidas económicas que las que se nos habían asignado para este año y nos han permitido incrementar

las contrataciones de personal, compra de material, hacer reformas en las infraestructuras y dotar a los profesionales de herramientas que han favorecido el teletrabajo, entre otras cuestiones. Sin esta inyección habría sido imposible gestionar la pandemia con las dimensiones que está alcanzando.

Durante esta pandemia estamos viendo cansados (agotados) a los profesionales y también algunas movilizaciones ¿Qué es lo que más se demanda?

Los profesionales están cansados y agotados, porque el trabajo del sanitario no es un trabajo mecánico que solo requiere un esfuerzo físico, pues atendemos a personas que al estar enfermas están en una situación de debilidad, fragilidad, tienen miedo, dolor físico y dolor del alma. Esta enfermedad además, va acompañada de un componente emocional importante, porque al miedo a lo que nos puede ocurrir, le añadimos la soledad, soledad que además busca el paciente para evitar contagiar a los suyos. Por tanto, la carga emocional que soportan los profesionales es muy intensa. El cansancio físico se supera, pero algunos van a necesitar ayuda para superar el estrés emocional intenso y mantenido durante estos meses. Respecto a las movilizaciones, las hay y las debe haber, lo que hay que medir es si es el momento oportuno. Hay cuestiones estructurales en nuestro sistema sanitario que no se pueden cambiar de la noche a la mañana y en esta situación por la que estamos pasando debemos remar todos al mismo ritmo para poder vencer al enemigo común. Si hay falta de médicos y enfermeras debemos buscar cuál es la causa y no es tan sencillo, pues para empezar, hay un cambio generacional, y la generación Y (millennials) ya no tiene interés en formar una familia, comprarse un coche y una casa, ellos son una generación totalmente inmersa en la globalidad, digitalizada con conocimiento de idiomas y que prefieren “trabajar para vivir que vivir para trabajar”, son más exigentes con



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

María del Rocío Hernández Soto

las condiciones laborales y no tienen miedo a cambiar de trabajo. Por tanto, si tenemos un déficit de profesionales, quizás debamos adaptar las organizaciones al nuevo perfil generacional de profesionales porque para ellos no somos nada atractivos. Aparte de esta cuestión de cara a una solución al medio-largo plazo, sí debemos insistir

en que los equipos estén no solo completos sino también reforzados para poder atender el elevado número de pacientes a los que hay que dar respuesta. Así, debemos velar también por el desarrollo de las personas de nuestros equipos, siendo receptivos a sus problemas para intentar buscar una solución adaptada y pensando que todos en algún momento, necesitamos ayuda del resto de compañeros, por tanto, seamos tolerantes a la hora de entender y

conceder los derechos de conciliación para cuidados de hijos o mayores, flexibilidad de horarios entre otros. Busquemos crear TEAL teams.

Se dice que la atención online ha llegado para quedarse, ¿cómo complemento o sustituta de la asistencia presencial?

La atención presencial no se puede perder, sí hay que ordenarla. La atención online se ha beneficiado del conocimiento de los pacientes por parte de los profesionales y ha dado respuesta. La cuestión es que la relación médico-paciente que es una relación sustentada en la confianza, necesita del contacto visual y esa parte emocional que el paciente cuando se siente enfermo busca en su médico y por supuesto, en su enfermera. Son formas de relación que se tienen que

complementar, aplicando cada una a la situación en la que más resuelva.

Puede que para los médicos y enfermeros haya preparación para esta asistencia on line, pero ¿cómo educar a los pacientes en este nuevo trato, más teniendo en cuenta que la mayoría son mayores?

Los médicos y enfermeras han aprendido sobre la marcha a la vez que implantaban la asistencia online, que supone una mayor dificultad que una consulta presencial. Hemos comprobado que una consulta telefónica requiere una media como mínimo de 7-10 minutos y puede requerir prolongarse incluso hasta por encima de los 30. Las habilidades de comunicación que se requiere para este tipo de consulta son más complejas. Por tanto, los profesionales también tenemos que seguir aprendiendo. Respecto a los mayores se ha demostrado que hacen uso de las tecnologías que les ha permitido estar co-

Desde mi punto de vista, la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria no son comparables, pues cada una tiene su misión

RETOS DE LA SEDAP

¿PODRÍA ENUMERAR LOS RETOS MÁS IMPORTANTES QUE LA SEDAP SE PLANTEA PARA LA AP EN ESTE PERÍODO DE SU GESTIÓN?

Inversión en tecnología: La teleconsulta y videollamadas son herramientas que han demostrado ser efectivas. Estaban ampliamente implantadas en otros países europeos y han sido resolutivas durante el confinamiento de la población. Los sistemas de información comunes o al menos interoperables entre AP, AH y centros sociosanitarios son muy necesarios. El Smartphone ya es una herramienta fundamental en la comunicación entre médicos-pacientes y médicos entre sí, y esta forma de comunicación se va a seguir potenciando. La telemedicina y la digitalización de la actividad ha avanzado en 6 meses más que en los 10 años anteriores. Y esto no habría sido posible sin todos los profesionales dedicados a los sistemas de información en todas las comunidades que han hecho un esfuerzo ímprobo para poder poner en uso herramientas que han dado respuestas a los pacientes y a los profesionales que han sabido adaptarse a la nueva forma de trabajar.

Liderazgo de profesionales e inversión en el valor profesional: Es responsabilidad de los gestores que los profesionales alcancen mayores competencias y que los roles profesionales sean flexibles integrando en un equipo de trabajo multidisciplinar todo lo mejor de cada profesional. Durante la pande-

mia estamos comprobando algo que ya sabíamos, y es que el trabajo en equipo es fundamental cuando nos enfrentamos a la complejidad, como es el caso. Los profesionales cuando se sienten comprendidos, apoyados y motivados, además de rendir más, son más felices. En este sentido, un aspecto fundamental es la conciliación familiar y la flexibilización de los horarios en base a necesidades personales. Y los directivos de AP debemos conseguir que quien trabaje en este nivel asistencial lo haga por vocación y porque se siente querido en su equipo y realizado en su trabajo. Este es un gran reto que tenemos por delante en la Atención Primaria, recuperar la esencia, que es lo que nos recuerda por qué elegimos trabajar en este nivel de atención, tan cercano a las familias.

Gestión de procesos: Hay que revisar cómo estamos trabajando en AP para simplificar y eliminar aquellas tareas que no aportan calidad y sí restan tiempo útil a los profesionales. Los procesos deben centrarse en la patología del paciente y debemos organizarnos nosotros para evitar duplicidades de tareas, e incomodidades al paciente como puede ser el desplazamiento al hospital en días distintos para ser vistos por distintos especialistas hospitalarios, es el

nectados con sus seres queridos. Lo que sí debemos asegurar es que todos tengan acceso a un smartphone e internet.

En su opinión, ¿sigue viéndose la especialidad médica/enfermería de AP como de segunda?

Desde mi punto de vista, la AP y la AH no son comparables, pues cada una tiene su misión. Una persona tiene una estancia hospitalaria de 7 días de media a lo largo de su vida, el resto del tiempo es atendido por sus referentes en Atención Primaria. La base de la AP, reforzada también en la Conferencia Mundial de Astana en 2018, es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad. Quizás sin entenderlo mucho haya cierto complejo de inferioridad respecto a los compañeros hospitalarios, ellos tienen grandes equipos tecnológicos para llevar a cabo intervenciones muy complejas. Aquí posiblemente influye que esta actividad más

tecnológica y novedosa tiene más repercusión mediática y se ha podido utilizar con distintos fines. Insisto no somos comparables.

Y con respecto a la Atención Primaria del ámbito rural, ¿cómo se puede mejorar su trabajo, con una población cada día más envejecida, con muchos pacientes crónicos y pluripatológicos, con poca capacidad de trato on line...?

La Medicina rural es muy atractiva para algunos profesionales con verdadera vocación, aunque no es muy generalizado. Hay distintas herramientas a nivel de re-

muneración, beneficios a la hora de computar el tiempo trabajado que se vienen aplicando para estos casos. Aun así, es una realidad en nuestro país y la atención online puede solventar algunas demandas inicialmente.

El principal reto al que nos enfrentamos en esta nueva etapa de la pandemia es compaginar la atención a los pacientes COVID-19 y las estrategias de contención de la progresión de la pandemia con la atención a la cronicidad y los programas de cribado

Sigo observando mucha distancia entre el nivel asistencial en primaria y el hospitalario, ¿qué proponen para que la atención sea continuada sin saltos para el paciente?

Esa es una debilidad de nuestro sistema de salud, que

no es exclusivo nuestro. Si realmente tomamos al paciente como el centro de todo su proceso de enfermedad, deberíamos ser

paciente el que se puede beneficiar de consultas en acto único, coordinación de distintas citas, renovación de tratamientos sin tener que acudir a los centros. Igualmente, debemos ser capaces de implicar al paciente en su situación de salud, de la que es responsable. El paciente crónico complejo es acompañado por el sanitario en su proceso de enfermedad, conoce cuál es su proceso, síntomas de reagudización, tratamiento que debe hacer. Un plus de calidad a la atención a la cronicidad es la monitorización en domicilio, de modo que, si el paciente se descompensa, el sistema activa la alarma y según el nivel de alerta, se ponen en contacto telefónico o bien se envía el equipo de urgencias. En la atención al paciente crónico también es importante que la AP busque alianzas con asociaciones de pacientes, asociaciones de vecinos que puedan complementar el aspecto social que tiene una influencia tan importante en la salud de las personas.

Infraestructuras: Cuando se han tenido que crear circuitos diferenciados COVID-19, no COVID-19, hemos encontrado verdaderos problemas de espacio. En AP, los municipios de menor población, que suelen ser los más alejados de la capital, tienen carencias estructurales, escaso espacio de paso, habi-

tualmente la entrada y la salida es la misma, y esto nos ha obligado a "reinvertarnos" para evitar que los centros se conviertan en focos de contagio. Durante el verano, en la tregua que nos dio la pandemia, se han llevado a cabo obras de infraestructura de mayor o menor dimensión, para poder aliviar la falta de espacio. En este caso, insistir en el trabajo a contrarreloj que han llevado a cabo los aparejadores, ingenieros que han tenido que doblar sus jornadas de trabajo al igual que los sanitarios. La logística y el transporte de muestras materiales es una cuestión que también se ha puesto de manifiesto en esta pandemia, reforzando una vez más la necesidad y la riqueza del trabajo en equipo de profesionales con distintos perfiles de conocimientos y habilidades. Sin estas categorías no sanitarias, el esfuerzo de los sanitarios habría sido superior y, por tanto, el estrés al que habrían estado sometidos.

Refuerzo de la Salud Pública: Este es otro reto, tenemos la convicción de la necesidad de refuerzo y eso ya es un gran avance, porque quizás esta no sea la última gran pandemia. Una de las enseñanzas es que debemos evitar volver a la situación previa de desatención a la AP y a su esencia.



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

María del Rocío Hernández Soto

capaces de organizarnos en torno a él, para prestarle el nivel de atención y cuidados que requiere en cada momento y por el profesional que mejor se lo pueda prestar. Esto básicamente es prestar una atención de calidad de manera eficiente. Son muchos los protocolos y planteamientos para mejorar la continuidad asistencial, e

iniciativas que estaban muy consolidadas, como la telemedicina, cuyo principal baluarte fue la teledermatología. Con la pandemia al cambiar la tarea y el perfil de pacientes, se han dejado temporalmente de lado. Hay otra cuestión, y es

la motivación de los profesionales y las buenas relaciones personales entre ellos. Si el nivel hospitalario no conoce cómo está organizada la AP, cómo se trabaja en AP, las dificultades que tienen también sus compañeros, y viceversa, es difícil que puedan entender que deben aliarse y que se necesitan y complementan.

¿Cómo se puede plasmar este planteamiento en la organización del día a día sanitario?

Al respecto podemos hablar de la continuidad asistencial, que si tenemos en cuenta los procesos asistenciales integrados publicados por el SAS hace ya muchos años colocan al paciente en el centro del proceso, definiendo en cada paso, el profesional o categoría profesional que debe atenderle para darle una atención de mayor calidad. La continuidad asistencial así vista es fácil, lo difícil es llevarla a la práctica porque, como he comentado antes, hay un desconocimiento de cómo se trabaja en cada nivel asistencial y porque si no nos conocemos, no podemos “querernos”. Una herramienta que favorece la continuidad asistencial es la telemedicina, y en ella ya se estaba trabajando antes de la pandemia y se va a seguir reforzando.

Una herramienta que favorece la continuidad asistencial es la telemedicina, y en ella ya se estaba trabajando antes de la pandemia

“No todo es SARS-CoV-2”. ¿Está siendo difícil mantener la atención sanitaria de otras patologías?

El principal reto al que nos enfrentamos en esta nueva etapa de la pandemia es compaginar la atención a los pacientes COVID-19 y las estrategias de contención de la pro-

gresión de la pandemia, con la atención a la cronicidad y los programas de cribado. Evidentemente, en esta situación en la que seguimos teniendo una merma en los equipos profesionales pues sigue habiendo profesionales infectados, tenemos que

priorizar y en ello estamos trabajando. Si revisamos los procesos asistenciales y planteamos dejar de hacer las actividades que no aportan y los simplificamos con metodología Lean, vamos a liberar tiempo para poder hacer otras tareas. En esto la tecnología nos está ayudando. Por poner un ejemplo, al principio de la segunda ola, el diagnóstico precoz de los casos positivos y sus contactos estrechos era fundamental para frenar la progresión. Esto se hacía revisando a diario los resultados de las pruebas de PCR realizadas en cada centro de salud, desde el acceso a la web del laboratorio del hospital de referencia. El mismo médico o la enfermera que detectaba un caso positivo, se ponía en contacto con el paciente hacía la encuesta telefónica de su sintomatología, le daba indicaciones sobre el aislamiento, medidas de higiene en el domicilio, etc. Además, le preguntaba por sus contactos estrechos, a los que a continuación les llamaba para darles cita para realizar PCR. Y así continuamente con cada nuevo caso.

¿Esta tarea se realizaba en los centros de salud?

Quitando tiempo al seguimiento de los pacientes crónicos, porque los servicios de

Epidemiología no estaban dotados para tal cantidad de casos. En el sistema sanitario público de Andalucía contamos con una herramienta llamada APEX que ha permitido simplificar este proceso, además, de contar con la UME para esta tarea. Con esta herramienta, los médicos y enfermeros pueden hacer el seguimiento de los casos COVID-19 positivos, sin tener que hacer el rastreo propiamente dicho pues al agilizar el proceso, puede ser realizado por profesionales sanitarios en call centre regionales o locales. Si ganamos tiempo a la pandemia, podemos compaginar y recuperar todo lo anterior. Aunque también debemos reflexionar si toda la actividad que se realizaba anteriormente aportaba mejores resultados en salud.

En Andalucía es Granada la que siempre marca la nota más amarga de la pandemia, ¿por qué?

Granada es una ciudad con mucho atractivo turístico por sus monumentos, su tradición, su gastronomía. Es una ciudad en la que se hace mucha vida en la calle. Además, es una ciudad con un casco urbano de calles estrechas que favorece la concentración de la población. Tiene una universidad de tradición y renombre, y el inicio del curso académico universitario ha coincidido con un incremento en la incidencia acumulada que no quiero decir que este sea el motivo principal, más bien podemos achacarlo a una mayor afluencia de viajeros en el festivo del 12 de octubre ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

