



MÁS
ALLÁ
DE LA PANDEMIA



Índice

INAUGURACIÓN

M^a José Avilés Martínez
 Presidenta SEDAP

CONFERENCIA
 INAUGURAL

Liderazgo en tiempos inciertos

Rubén Llop
 PhD

MESA 1

1 Coordinación entre Servicios de Salud de las CCAA. Éxitos y fracasos

Ramón Morera
 Junta Directiva SEDAP representante de Cataluña

Patricia Gómez i Picard
 Consellera de Salut i Consum de Balears

Asensio López Santiago
 Gerente del Servicio Murciano de Salud

José María Vergeles Blanca
 Vicepresidente Segundo y Consejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura

MESA 2

2 Aprendizajes post-COVID 19. Impacto profesional y organizativo

Rocío Hernández Soto
 Junta Directiva SEDAP representante de Andalucía

Francisco José Sánchez Laguna
 Responsable del Servicio de Coordinación de Sistemas de Información. Servicio Andaluz de Salud

Montserrat Hernández Pascual
 Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales. Comunidad de Madrid

Miquel Caldentey Tous
 Gerente de Atención Primaria de Mallorca

MESA 3

3 Coordinación entre Servicios de Salud y Servicios Sociosanitarios: necesidades y oportunidades

Beatriz López Ponga
 Junta Directiva SEDAP representante de Asturias

Emilio Velasco Castañón
 Subdirector de Gestión de Cuidados y Enfermería Área Sanitaria IV - Oviedo. Sespa

Nieves Lafuente Robles
 Directora de la Estrategia de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud

Manuel Cid Gala
 Coordinador técnico de Programas Intersectoriales de Atención Sociosanitaria. Servicio Extremeño de Salud

MESA 4

4 Claves de la reforma/modernización de la Atención Primaria

Isabel Ayala
 Junta Directiva SEDAP representante de Murcia

Francisco José Ponce Lorenzo
 Director Médico Área V Servicio Murciano de Salud

Nieves Domínguez González
 Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de A Coruña

Elizabeth Hernández González
 Directora General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud

MESA 5

5 Experiencias de éxito: El proceso de integración asistencial en Neumología

Luis Verde Remeseiro
 Gerente del Área Sanitaria de A Coruña

Alberto Fernández Villar
 Jefe Servicio de Neumología del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo y presidente de la Sociedad Gallega de Patología Respiratoria (SOGAPAR)

Concha Fernández Planelles
 Directora de Atención Primaria del Departamento de Elda. Comunidad Valenciana

CLAUSURA

Diez mensajes clave

Cristina Ibarrola Guillén
 Junta Directiva SEDAP representante de Navarra

Documento elaborado por
 la Sociedad Española de
 Directivos de Atención
 Primaria (SEDAP)

Coordinadores:

Avilés Martínez, M^a José
 López-Pardo Pardo, Estrella

Edita: Sociedad Española
 de Directivos de Atención
 Primaria (SEDAP)

Diciembre, 2020

D.L. : C 1839-2020



M^a José Avilés Martínez
Presidenta SEDAP

En el momento actual, apostamos por poner en valor más que nunca la Atención Primaria de salud, por el rol fundamental que está teniendo y que debe tener en la respuesta y control de la pandemia y en cualquier situación de crisis. La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de que todos los servicios de salud trabajen de manera coordinada y conjunta, trasladando protocolos de actuación conjunta y comunes a profesionales y directivos.

Se ha visualizado también la imperiosa necesidad de incorporar estrategias sociosanitarias. La catástrofe vivida en algunas residencias de ancianos supone asumir un serio compromiso por parte de gobiernos y administraciones públicas para que estén incluidas en el radar del sistema sanitario y su seguimiento se haga desde el ámbito de la Atención Primaria.

La reforma necesaria de la Atención Primaria tiene que producirse manteniendo los mismos estándares de calidad. El actual sistema sanitario permite un amplio margen de mejora sin necesidad de mermar la calidad de los servicios asistenciales, pero, para ello, tenemos que primar aquellas actividades que generan valor.

La Atención Primaria tiene que disponer de la financiación adecuada a su cartera de servicios y a sus funciones. Los presupuestos de Sanidad deben reflejar esta necesidad, un incremento presupuestario que tiene que conllevar una reorganización de la Atención Primaria con un impacto en la mejora del servicio que percibe el ciudadano. Difícilmente un sistema sanitario será sostenible si no consigue un nivel mínimo de compromiso con ciudadanos y pacientes. También tenemos que reorientar el sistema sanitario actual, con un modelo

asistencial enfocado a la atención aguda, hacia uno de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Todo esto tiene que ir unido a la formación en competencias digitales de los profesionales sanitarios. Todas las medidas a adoptar exigen alianzas entre los agentes implicados en la salud como son pacientes, gestores, políticos y ciudadanos. Y solo se pueden implementar con éxito con equipos directivos formados, implicados y con capacidad de liderazgo, que potencien la ética en las organizaciones, la humanización y la atención centrada en el paciente. En tiempos de crisis se pone a prueba esta capacidad de liderazgo de los directivos más que nunca.



Liderazgo en tiempos inciertos

Rubén Llop

PhD

Quiero daros las gracias de verdad y de todo corazón, porque la calidad de la respuesta individual que disteis y, por tanto, la de la respuesta colectiva, fue extraordinaria. Ninguna organización está preparada para una crisis de una magnitud inconmensurable como esta. Todos trabajamos con un cierto nivel de utilización de nuestros servicios, con la calidad asistencial asociada, y podemos ir absorbiendo puntas y valles de una cierta manera, pero, si de repente viene algo totalmente inesperado, no es posible enfrentarse.

Conseguisteis llegar a un nivel de compromiso individual muy por encima de ninguna condición, ni contractual, ni salarial. Decidisteis a nivel individual qué respuesta dar, cada día, ante cada enfermo. En cada momento tomasteis una decisión de liderazgo, cómo responder a esa realidad. Y digo responder, no reaccionar. En la respuesta hay un instante de reflexión, que es donde están la libertad intelectual y el liderazgo. El primer nivel de respuesta es el autocuidado, el segundo es elegir qué respuesta doy en la medida de las posibilidades a mi disposición y, el tercero, volver al autocuidado.

Lo que elegiréis y decidiréis en cada instante es qué acompañamiento de liderazgo hacéis con los pacientes y con sus familiares a lo largo del proceso de la covid-19. No hablo de empatía, sino de compasión, con el significado de la voluntad activa de evitar el sufrimiento de los otros, pasar a la acción.

Estamos en un entorno VUCA: Volátil, Incierto, Complejo y Ambiguo, en el que aquello que aprendimos y hemos aplicado en el pasado no nos dará respuestas en

el futuro. No hay respuestas distintas, nos han cambiado hasta las preguntas. Esa es la incertidumbre a la que nos enfrentamos cada día en el ambiente sanitario desde el punto de vista de una enfermedad que no conocíamos y una pandemia de una magnitud que no habíamos tenido nunca. Ante la misma realidad, cada una de vosotras elegirá qué respuesta da, y la respuesta colectiva en este entorno VUCA será la suma de las individuales.

No sabemos qué pasará, pero ahora tenemos una ventaja: que ya nos ha pasado, y en esta segunda ola algunas cosas ya se han hecho mejor. Y cosas que uno creía imposibles, la crisis obliga a hacerlas. Una crisis es una oportunidad y demuestra que la mayoría de vosotros tenéis una capacidad de dar una respuesta extraordinariamente singular ante algo sobrevenido y muy difícil. Las crisis suelen tener como una ventaja adicional que sacan la mejor versión de las buenas personas. No podremos elegir qué acontece, pero sí qué respuesta damos a nivel individual y en los centros de Atención Primaria.

Cuando estás muy cansado casi siempre reaccionas. El cansancio no es solo físico, es emocional. Lo que tiene más relevancia del *burnout* es que uno tiene la sensación de que no es reconocido su trabajo, que su esfuerzo no es valorado. ¿Cómo podemos liderar a esas personas? Hay una parte que es simple: hay que cuidarse, descansar y recuperarse. Si alguien está muy cansado le tendréis que dar cobijo el resto, intentar conseguir ese acompañamiento para que primero se recupere. Porque sin el cuidado de la máquina no se puede dar ese servicio a los demás.

En esta incertidumbre es vuestra capacidad humana, asociada a la técnica, la que ha dado ya una respuesta excepcional y, a pesar del cansancio, del número de olas que nos vengán y del comportamiento de algunas personas, en el liderazgo la respuesta individual es la que genera la colectiva. Os invito a que os cuidéis y os queráis mucho en vuestro día a día, que os protejáis como profesionales y que aprovecháis cada instante que tenéis de generar un valor adicional, frente a los ciudadanos y a la sociedad.

1 Coordinación entre Servicios de Salud de las CCAA. Éxitos y fracasos



Ramón Morera

Junta Directiva SEDAP representante de Cataluña

La gestión política del sistema sanitario es ya de por sí compleja, pero, en la situación actual, el reto aún es mayor. Las políticas en salud seguirán siendo el primer reto del Gobierno en los próximos meses. Por otro lado, estamos delante de un problema global, un problema sin fronteras, que genera que en los sistemas de salud sean más necesario que nunca políticas compartidas para hacer frente a la pandemia. A nivel mundial tenemos la OMS como referente global y a nivel europeo hay distintos órganos y la Comisión Europea con sus desaciertos, pero también con sus éxitos.

También nos aporta cohesión en el marco europeo, pero estamos en el Estado español, que en su Constitución de 1978 establecía que las comunidades autónomas tenían autonomía para la gestión de los servicios de salud. Estamos en un modelo en políticas de salud prácticamente federal y, como cualquier modelo federal, hay un reto. ¿Cómo podemos coordinarnos? La Ley de Cohesión estableció en 1987 la necesidad de buscar espacios de coordinación y cooperación entre las distintas comunidades y entre estas y el Estado. Con una finalidad: buscar la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Y en 1987 se puso en marcha el Consejo Interterritorial. Estamos ante una nueva realidad que requiere ir más allá.



Patricia Gómez i Picard

Consellera de Salut i Consum de Balears

En tiempos de crisis nos hace falta parar, reflexionar conjuntamente, aprender, sobre todo de los que nos escuchan, y compartir esa sabiduría tan existente y que nos permite hacer políticas de salud basadas en la evidencia.

La importancia de la coordinación entre comunidades autónomas es evidente por la magnitud de la pandemia, por la gestión de la incertidumbre, por modelos cambiantes, etc. Esto ha sido muy complejo para la población. Esa coordinación ha existido, aunque tal vez hayamos tenido más acuerdos en la primera ola. Pero ha sido necesario el Estado de Alarma para poder permitirnos una gestión ágil en la contratación de profesionales, materiales..., así como todos los grupos de trabajo que se han organizado en torno al Consejo Interterritorial.

Estoy orgullosa de la sanidad de las Islas Baleares, pero, sobre todo, de la Atención Primaria. Las gerencias empezaron a trabajar en 2019 en una revolución, analizando fortalezas y debilidades, trabajando de manera interdisciplinar, dando protagonismo a todos y cada uno de los profesionales. Ahora se habla de re-evolución, porque la pandemia ha ofrecido una serie de oportunidades: las consultas telefónicas y telemáticas o la coordinación con los hospitales, entre otras.

Las comunidades que han apostado por un modelo de respuesta a la pandemia centrado en la Atención Primaria han tenido mejores resultados. En Baleares deconstruimos la Atención Primaria para construir una capaz de dar muchas respuestas en muy poco tiempo. Una central covid-19 que depende de Atención Primaria, el rastreo con 340 profesionales en una comunidad con 1,2 millones de habitantes controlado y dirigido por Atención Primaria, centros específicos de atención pediátrica, etc.

Tenemos que seguir invirtiendo, acondicionando los centros de salud, mejorando las infraestructuras y seguir aumentando el número de profesionales en formación. Tenemos el doble de médicos de familia que el año pasado en primero de MIR, también han aumentado los de enfermería familiar.

En el ámbito de intervención comunitaria, hemos puesto en marcha la contratación de 500 personas, unos 300 trabajadores sociales, para poder estar sobre el terreno, ofrecer información fidedigna, estar en los comercios, en la calle, en los domicilios... Esos equipos están coordinados por profesionales de Salud Pública y de Atención Primaria, y creo que es un proyecto novedoso en el país.

Decidimos casi de facto intervenir las residencias de tal forma que, cuando hay pacientes positivos, pasan visita médicos de familia o del 061. Además, en el grupo de Atención a la Cronicidad hay 25 enfermeras que van a las residencias en las que hay un brote, revisan los circuitos, los planes de contingencia, el material necesario, etc. Y están consiguiendo que los brotes duren poco, que tengamos una mortalidad por debajo de la media del país, y, sobre todo, que la atención sea más correcta.

En cuanto a la vacunación, creo que somos capaces de hacer muchas cosas a la vez. Ahora estamos con la vacunación de la gripe, en medio hemos hecho un estudio de seroprevalencia, introduciendo nuevos test diagnósticos... Por lo tanto, no tengo ninguna duda de que la vacuna

va a ser un éxito. Tenemos que convencer a la población de que es segura y de la confianza. Tenemos que ofrecer esa confianza.



Asensio López Santiago

Gerente del Servicio Murciano de Salud

Las comunidades que hicimos una apuesta por el protagonismo de la Atención Primaria hemos tenido unos resultados bastante satisfactorios durante lo peor de la covid-19. Tenemos un estado prácticamente federal, pero no nos estamos dando las herramientas de un estado federal. A la hora de construir un Consejo Interterritorial, no le hemos dado instrumentos de decisión compartida y ejecutivos.

En los Presupuestos del Estado hay una partida de algo más de mil millones de euros para Atención Primaria, pero es un reflejo de los errores que hemos cometido en el pasado, por no estructurar muy bien qué somos como Estado. Tenemos una enorme fortaleza con las estructuras de los servicios de salud, pero en esta trayectoria hemos identificado errores. Uno tiene que ver con los recursos humanos, y hemos tenido que aprobar un decreto en el Estado de Alarma para poder dar respuesta a estas necesidades. También hay problemas de falta de ciertas especialidades, especialmente en Atención Primaria; el modelo de Pediatría; las estrategias de incentivos, o un modelo de carrera al que no hemos podido darle un valor de transformación.

Una gran debilidad es la visión con Salud Pública, la visión comunitaria. Algunas comunidades han avanzado en este nexo, pero hemos tenido que reconstruir un modelo de intervención. Sin embargo, a nivel del Estado no hemos sido capaces de articular de manera compartida un modelo que nos sirva para todos.

En muchos entornos hospitalarios se ha visto la labor que han hecho los equipos de Atención Primaria para contener la pandemia. Y nadie se pensaba que iba a ser uno de los elementos nucleares de respuesta. En muy pocos meses hemos visto cómo ha salvado muchas vidas en una situación que no había ocurrido en la historia. La Atención Primaria es una apuesta de futuro, para el bienestar de la población, y una apuesta por la equidad. Este es uno de los grandes éxitos, que la equidad es absoluta en el sistema, y hemos visto la eficacia y la eficiencia en muy poco tiempo. Se han salvado muchas personas gracias a la detección precoz, al seguimiento en sus domicilios, a los rastreos...

Quiero destacar una debilidad que es demasiado constante, y es la ausencia de evaluación de lo que hacemos. Nuestro Sistema Nacional de Salud tiene que hacer una apuesta muy clara por establecer un objetivo de medición y medir toda la innovación, pues buena parte del gasto se va en la innovación permanente no bien medida que tiene que ver con la tecnología. Hemos intentado crear las redes de agencia, pero no terminaron de funcionar.

La pandemia ha puesto en evidencia un elemento sustancial: tenemos una Atención Primaria mucho más poderosa de lo que creíamos, con capacidad de respuesta inmediata para salvar la vida de las personas, y que es una oportunidad de invertir de manera definitiva, pero tenemos que dotarnos de estructuras en las que la participación de cada uno de los servicios de las comunidades autónomas sea lo suficientemente relevante para no tener que asignar un mando único.

Pensando en la campaña de vacunación, me preocupa saber cuántas dosis nos van a llegar y qué modelo de vacuna. Pero en el momento en que sepamos y podamos planificar, esto rodará, porque nuestros profesionales saben hacerlo. Hay que planificarlo y ordenarlo, pero creo que la vacunación va a ser muy plausible, muy accesible y será otro de los momentos de éxito del sistema.



José María Vergeles Blanca

Vicepresidente Segundo y Consejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura

Hay un éxito que está claro, y es el modelo con el que nos hemos dotado en el Sistema Nacional de Salud. Afortunadamente, teníamos una Atención Primaria fuerte. En el caso de Extremadura, con un gasto de 246 euros por habitante, lo que nos sitúa entre las comunidades autónomas con mayor inversión en Atención Primaria.

En un sistema nacional de salud que casi remeda a un estado federal, por la Ley de Cohesión y Calidad, contamos con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano de gobernanza. Pero una de las mejoras que tenemos que introducir es adaptarlo a la Ley 40/2015. Esto nos permitirá tomar decisiones vinculantes, y lo que ha destapado la pandemia es que necesitamos reforzar este órgano de coordinación entre las comunidades autónomas.

Como segunda propuesta de mejora, debería haber un foro de gerentes de servicios regionales de salud. Porque hay determinadas decisiones que no llegan al ámbito del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que se pueden debatir perfectamente en un órgano de este tipo. No estábamos preparados para esta pandemia, hay profesionales que nos han dicho que los directivos hemos ido haciéndoles decir cosas que no eran totalmente reales y han vivido con una sensación aún mayor de incertidumbre. Pero era lo que íbamos sabiendo, lo que nos iban contando los expertos. Y esa flexibilidad ha sido muy importante y, sin duda ninguna, sin el papel coordinado de la Atención Primaria y la Salud Pública, no hubiera sido posible.

En Extremadura, en los Presupuestos para el futuro hemos pintado una Atención Primaria que, solo en asistencia, cuenta con el 38% de la inversión total del servicio regional de salud. Ahora nos queda un trabajo muy importante en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y es perfilar para qué queremos esa inversión del 38% y ver qué papel le vamos a dar a la Atención Primaria con las enseñanzas que nos ha brindado esta pandemia.

En esa definición está la coordinación entre lo social y lo sanitario, una gran asignatura pendiente. Nuestro modelo de atención a crónicos y a las personas de edad necesita enriquecerse de la Atención Primaria. Urge la atención a las personas más vulnerables que viven en las residencias de edad, porque cuando el virus entra en una residencia tiene un comportamiento explosivo, y los pacientes pertenecen a un médico y a una enfermera de equipo de Atención Primaria.

Y, por último, recordar que, al menos, nos quedan seis o siete meses de seguir bregando con un virus que conocemos todavía poco. Y un reto que se llama vacunación, donde los principales puntos de vacunación van a estar en Atención Primaria. Estoy convencido de que las vacunas van a ser seguras, y eso es lo primero que tenemos que decirles a nuestros profesionales. Y, en segundo lugar, que en lo que se ha agilizado es en el proceso de etiquetado y que van a venir varias dosis en el mismo vial, por lo que necesitamos una coordinación muy estrecha entre los diferentes puntos de vacunación para aprovechar el máximo posible las dosis.

2 Aprendizajes post-COVID 19. Impacto profesional y organizativo



Rocío Hernández Soto

Junta Directiva SEDAP representante de Andalucía

Quiero agradecer a los tres ponentes de esta segunda mesa, en la que nos van a compartir sus experiencias y aprendizajes postcovid. Aunque la realidad es que todavía estamos en plena pandemia, por lo que vamos a seguir aprendiendo mucho. Quería plantear que hay que intentar disfrutar a pesar de que son momentos muy duros y muy difíciles. Pero si disfrutamos, creo que nos vamos a estar cuidando un poco más.



Francisco José Sánchez Laguna

Responsable del Servicio de Coordinación de Sistemas de Información.
Servicio Andaluz de Salud

El primer gran impacto fue el confinamiento, nos vimos trabajando desde casa y ni la infraestructura de VPNs ni el correo electrónico estaban preparados. Uno de los grandes cambios que hicimos en el Servicio Andaluz de Salud fue acelerar el desarrollo de SARAC, un servicio que servía para trabajar desde casa. Es un portal de aplicaciones al que, sin necesidad de configurar nada, se entra a través de Internet, cumple todas las medidas de seguridad y, según tus permisos, te muestra las aplicaciones a las que puedes acceder.

El segundo problema fue buscar cómo intercambiar documentación con los pacientes. Para ello terminamos de implementar una aplicación que estábamos desarrollando, Mercurio. Aunque tradicionalmente el mecanismo para la entrega de documentación o la consulta de la historia clínica es la historia personal de salud, no está tan extendida como quisiéramos por la dificultad de cumplir con los requisitos de la Ley para la administración pública en el Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, Mercurio es una herramienta integrada en la historia clínica que permite varias cosas. La primera es enviar información a los pacientes, a través de un mensaje en el que reciben un enlace de un solo uso al que acceder con una contraseña que se les comparte por teléfono o correo electrónico, y en él tienen la documentación a su disposición. La segunda es que, si un paciente quiere consultar o enviar algo, como una foto de una lesión, se le envía un mensaje con un enlace que abre una página en la que el paciente puede incorporar lo que desee.

También hemos pasado a la fase de pruebas y de pilotaje en la videoconferencia, un servicio muy demandado. Al paciente le llega un mensaje con un enlace de un solo uso y se ejecutará en el propio navegador, sin tener que instalar nada. Se podrá hacer con el ordenador o de móvil a móvil. Igualmente hemos evolucionado en otros ámbitos, como la teleconsulta, que ya existía, pero que a partir de la pandemia se ha tenido que desarrollar mucho más, evolucionándola para que incorpore las consultas entre dos hospitales e incluso pronto será también Primaria – Primaria.

Otro módulo que estrenamos es el Estado de Informes, que nos permite construir desde el equipo de funcionales formularios específicos que tienen cierto soporte en la toma de decisiones. En el confinamiento empezamos a hacer hojas centradas en el coronavirus y ahora lo estamos utilizando también para lo que originalmente estaba pensado, que era otros procesos asistenciales.

¿Qué lecciones aprendimos? La primera es cómo el teletrabajo ha completado la invasión del espacio personal. Facilitarlo tanto ha dispersado las barreras entre el ámbito personal y

el del trabajo. Es algo que puede tener consecuencias y que podemos vigilar desde todos los estamentos. También ha habido una vorágine organizativa que nos ha hecho perder el foco estratégico y hacer muchas cosas muy rápido.

Hay una cuestión a la que hay que atender, que es la gestión del cambio. Estamos acostumbrados a una comunicación muy jerárquica y para ciertas cosas no funciona. Se ha demostrado que enviar un correo electrónico de gerentes a directivos no cambia las cosas. Hay implantaciones que hemos hecho y que, semanas después, todavía había gente que me llamaba para preguntarme cómo era. Por lo que quizás tenemos que evolucionar hacia una comunicación menos tradicional, establecer otros mecanismos.



Montserrat Hernández Pascual

Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales. Comunidad de Madrid

Empezamos en la pandemia con un libro en blanco muy complejo. Estábamos en una fase de contención, intentando ver qué estaba por venir, y en febrero vino y, además, de una manera muy especial. Pensábamos que podíamos hacer una fase de contención, pero no fue así.

Tuvimos que pasar a una etapa de amortiguación y empezamos a ver cómo podíamos ayudar a nuestros profesionales. Nos parecía importante utilizar lo que ya teníamos implantado en nuestra comunidad, como la historia clínica. Todo esto es fruto de todo lo que han trabajado nuestros compañeros en Atención Primaria y del trabajo de los centros de salud.

Pasamos a una fase posterior de transición, en la cual implementamos la consulta telefónica, que solo era unidireccional; la teleconsulta; habilitamos unidades de apoyo domiciliario, y vimos la necesidad de dotación de recursos tecnológicos más allá de la relación de Primaria con el ciudadano. La pandemia ha sido ese punto de inflexión que ha hecho que la coordinación con atención hospitalaria y con el SUMMA se agilizase. Creamos también las unidades de apoyo a residencia. Nuestras residencias públicas estaban coordinadas con compañeros médicos y enfermeros, pero teníamos un volumen muy importante de residencias en las que teníamos que llegar desde Atención Primaria. Abrimos también el hospital IFEMA, en el que Primaria fue un apoyo importante.

En septiembre empezamos el curso escolar, cambiamos de métodos de diagnóstico y los tuvimos que implementar e integrar con un montón de hospitales. Desde la Atención Primaria ha sido fundamental tener una herramienta donde recogemos todo el proceso de historia clínica. Le ha servido de ayuda a nuestros profesionales para ir viendo qué tenían que hacer y también necesitábamos ir implementando esa fase de transición.

Los profesionales de Madrid han funcionado de una manera extraordinaria en los centros de salud porque están haciendo una labor extraordinaria y recogiendo la información, tanto en Primaria como en todas las partes de la organización, detectando convivientes estrechos y los contactos sociales y laborales. También pusimos en marcha una mesa de coordinación con la Unidad de Apoyo Técnico e intentamos llegar a todos los centros de salud que necesitaban apoyo fuera de horario.

Era imposible hacer llegar toda la información a los profesionales y, a pesar de que intentamos centralizarla, era complejo que se enterasen todos a la vez de los cambios de protocolo o de estrategia. Tuvimos que establecer alianzas colaborativas nuevas y, por ejemplo, hicimos un díptico con el ABC de la gestión en el ámbito escolar. Tuvo un papel esencial el servicio de prevención y también tuvimos que montar circuitos para hacer PCR, que en marzo solo se hacían en dos hospitales, e integrarlos con los laboratorios, abordar la salud mental de nuestros trabajadores, manejar los fallecimientos, las infecciones, los contactos... La reorganización asistencial fue muy importante.

No sabemos qué va a pasar y tenemos que reconocer el gran valor que aporta cada uno de nuestros profesionales. Han sido un pilar fundamental para que Atención Primaria esté ahí y para que los hospitales atiendan 15 días después. En el pico se ve cuándo la ola llega a Primaria, que nos desborda el 13 de marzo, y cómo en los hospitales empezamos en una fase posterior. La gestión del cambio se puede manejar y la visión estratégica es necesaria para gestionar y organizar situaciones como la que tenemos. Por otro lado, la definición de indicadores ha sido esencial para operar, ver y proyectar cómo iba cada centro de salud. Esta adopción de nuevas formas de organizar la asistencia de los ciudadanos que se van a quedar.



Miquel Caldentey Tous

Gerente de Atención Primaria de Mallorca

En Baleares tuvimos el segundo caso de España, el 9 de febrero. Eso hizo que empezáramos a prepararnos y a aprender desde el primer minuto, y, después, ver lo que iba pasando en otras comunidades. A principios de marzo cerramos todos los cupos de Atención Primaria, por lo que después del confinamiento pudimos abordarlo mejor, aguantar esa primera oleada y proteger a nuestros cuatro hospitales públicos.

Pero teníamos que seguir trabajando, que seguir viendo a nuestros pacientes de Atención Primaria. Aparte de nuestro trabajo profesional hemos tenido que realizar el rastreo. Montamos una central covid-19 de coordinación en la que trabajan 340 personas; los COVID-exprés, puntos de índole industrial para realizar PCR, o las Unidades Volantes de Atención al Coronavirus (UVACS), dispositivos de médico y enfermeras que realizan domicilios, porque desde el primer

momento nos planteamos proteger a los centros de salud para que pudieran ver todas las patologías y no quedaran sin control.

También realizamos macrotomas, todos los cribados de profesionales, y creamos una Unidad de Vulnerables formada por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y administrativos solo para gestión de las residencias, detectar los casos y mandando todo a las UVACS a tomar las macrotomas cuando había un positivo.

Además, hemos tenido un verano de muchas pateras y a todos los inmigrantes les hemos hecho la PCR en el puerto, y hemos medicalizado hoteles para llevar a pacientes vulnerables. Con el inicio del curso escolar pusimos en marcha EDUCOVID, organizado por pediatras, enfermeras de Pediatría y administrativos, para que los colegios recibiesen indicaciones. Cuando un niño tenía sintomatología, se le enviaba al Kid Covid (una unidad formada por pediatras), donde se evaluaba y se le hacía la PCR si era necesario. Y desde EDUCOVID se hace el seguimiento y, en caso de ser positivo, están en contacto con el profesor y localizan a los contactos. También hemos trabajado con INFOCOVID, una call center para dar información y evitar el colapso del 061. Funcionó tan bien que, al inicio del curso escolar, pusimos en marcha un INFOCOVID Pediátrico y, más adelante, otro para la campaña de la gripe.

La covid-19 también nos ha revelado las competencias profesionales. Ya no tiene que recaer todo en el médico o en la enfermera. Hemos descubierto otros roles, como el técnico de emergencia sanitaria, que atiende el INFOCOVID, o los técnicos de laboratorio, que bajo supervisión de enfermería pueden hacer PCR. También los administrativos han tenido su papel. La burocracia en Atención Primaria ocupa el 30% de las consultas y, gracias a esta desburocratización, los administrativos han hecho otras cosas, y esa es una línea de trabajo de la re-evolución de la Atención Primaria. Que no solo den citas, si no que pregunten en qué pueden ayudarle y lo redirijan al nivel sanitario más correcto.

Hemos evolucionado también en las contrataciones, porque antes era muy complicado contratar y, con el Estado de Alarma, se pudo hacer según perfiles profesionales. Hemos aprendido la autogestión de horarios y hay centros que actualmente hacen una semana de mañana y otra de tarde. Dando autogestión y confianza a los centros de salud, bajo la supervisión de la gerencia, se han organizado ellos.

En Mallorca ha habido muchos brotes en edificios, de etnias africanas... que nos han obligado a hacer micro y macro intervenciones comunitarias con confinamientos perimetrales. Nos ha ido muy bien para centrar y, con los servicios sociales, con Salud Pública, mediadores culturales y con los agentes clave de la comunidad, hemos repartido mascarillas y realizado PCR in situ.

3 Coordinación entre Servicios de Salud y Servicios Sociosanitarios: necesidades y oportunidades



Beatriz López Ponga

Junta Directiva SEDAP representante de Asturias

Esta mesa aborda uno de los temas que más controversias y polémicas ha generado y sigue generando durante la pandemia covid-19, porque afecta al área más sensible y vulnerable de nuestra sociedad, que son las personas mayores, la dependencia, la soledad involuntaria, la multimorbilidad, la patología crónica, etc. Tanto la administración central como las autonómicas han ido trabajando desde hace muchos años y todas tienen sus planes que van actualizando de coordinación sociosanitaria, pero las velocidades han sido diferentes, aunque los caminos han ido convergiendo.

Nos queda avanzar mucho en el campo de la coordinación. Y esta pandemia ha puesto de manifiesto que tiene que ser una coordinación en la que la Atención Primaria tenga un papel importantísimo para que sea integrada, no fragmentada. En esta pandemia lo que más se ha tratado ha sido la intervención sanitaria en las residencias de mayores, pero hay otros aspectos que también han sacudido mucho las cuestiones sociales y de recursos sociosanitarios que podríamos mejorar.



Emilio Velasco Castañón

Subdirector de Gestión de Cuidados y Enfermería Área Sanitaria IV - Oviedo. Sespa

Existen muchas definiciones de coordinación sociosanitaria. A mí me gusta la de prestar la atención que requieren las personas que, por causas graves o problemas de salud, limitaciones funcionales o riesgo de exclusión, necesitan una atención sanitaria y social. No debe existir una red sociosanitaria específica. Existe una red sanitaria y una red social que tienen que hacer ese esfuerzo de coordinación, sobre todo con los colectivos de especial vulnerabilidad o con la cronicidad o las enfermedades discapacitantes, los pacientes terminales y las patologías mentales graves

El primer problema es que las relaciones no son sencillas, porque el modelo de competencias es muy diferente y está en el ámbito de distintas administraciones. Pero no es el único problema que existen. La estrategia que me parece más relevante es con un modelo de abordaje de gestión de casos, centrada en las personas sobre la coordinación con recursos suficientes y con la participación de la familia.

Coordinar ambos sistemas no soluciona las carencias. No se pueden dar prácticas de adecuada coordinación si no existe una base de financiación adecuada. El paciente crónico complejo habitualmente está en el domicilio o institucionalizado, su familia está la mayor parte del tiempo sin el apoyo del sistema sanitario, y las actuaciones son puntuales y fragmentadas entre niveles asistenciales y servicios. Todo esto contribuye a complicar y a agravar su situación.

En cuanto al impacto de la covid-19, en las personas vulnerables y en residencias que presentan comorbilidades, múltiples patologías asociadas y a veces son extremadamente frágiles, es dificultoso el mantenimiento de las medidas para evitar el contagio, de protección, de distancia, etc. Todo esto, añadido al modelo residencial, constituye la tormenta perfecta para lo que ha sucedido. El modelo residencial tiene escasez de profesionales, con condiciones a menudo precarias, no existen planes de contingencia, falta un plan formativo para el personal... Todas estas son experiencias que hemos vivido estos meses y que hemos tratado de atajar con iniciativas a demanda e improvisando sobre las necesidades que fuimos detectando.

Otra característica de las residencias y del modelo residencial es que no existe una adecuada coordinación con el equipo de Primaria. Se necesita un cambio profundo del modelo. Por un lado, yendo a modelos como el de atención sociosanitaria integrado. Por otro, el modelo residencial debe ser planteado para los centros que existen, donde tienen que desagregarse los conceptos de vivienda y de cuidados. Tienen que enfocarse como entornos de habitabilidad, en los que tendrán que tener apoyos para sus necesidades, pero no deberían de tener un enfoque institucional. En definitiva, un modelo pensado en dar una vida con sentido a los residentes.

Va a haber un antes y un después en el planteamiento de todos los modelos. Los sistemas sanitarios se deben reorientar hacia la cronicidad, ahora están orientados hacia la patología aguda. Para ahondar en la mejora de la coordinación entre atención sanitaria y social tendría que existir un catálogo de prestaciones que deberían gestionar ambos sistemas, protocolos conjuntos de actuación, un modelo de gestión de casos, procedimientos de derivación, planificación anticipada y coordinada a las altas hospitalarias, unos sistemas de información que puedan compartirse, y, por supuesto, no caben cambios ni avanzar en proyectos si no hay una adecuada coordinación.



Nieves Lafuente Robles

Directora de la Estrategia de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud

Hasta ahora la coordinación del sistema sanitario con los servicios sociales era como una misión imposible. En Andalucía tuvimos unificadas las consejerías, nos hemos vuelto a divorciar e intentamos volver a hacer un acercamiento. La covid-19 ha precipitado la respuesta conjunta y coordinada, que no la integración.

Desde el primer caso que vivimos en residencias, el 21 de marzo, hemos tenido que innovar y no estábamos muy preparados. En los últimos tiempos habíamos asignado un equipo de Atención Primaria a cada residencia y en algunas provincias había unidades de residencias. Esto, junto con el modelo de gestión de casos, nos permitió empezar a trabajar un sistema de vigilancia sobre los centros residenciales. También habíamos iniciado la coordinación con el hospital, con internistas de referencia con nuestros equipos de Atención Primaria que miraran hacia la comunidad. Teníamos ese germen, pero tuvimos que ordenarlo con normativa. E hicimos comunicaciones con las residencias para tener un mapa en tiempo real de su situación y poder intervenir rápido.

Desde septiembre, la Consejería de Salud tiene las competencias de las residencias, porque entendíamos que teníamos una agilidad y una experiencia que había que poner a su disposición. Pusimos a disposición de los servicios sociales equipos multidisciplinares que nos han dado muy buenos resultados. Tenemos una red de 400 enfermeras gestoras de casos que vigilan diariamente los centros residenciales para ver cuál es la situación. Tenemos también los inspectores sanitarios, que nos ayudan a poner en marcha los planes de contingencia, y hemos diseñado una serie de checklists de verificación con puntuaciones para ver cómo están las residencias con respecto a los planes de contingencia que debían poner en marcha. Y, además, a los compañeros epidemiólogos, que enseñan a las residencias cómo evitar que entre el virus, cómo contenerlo o cuales eran las líneas de trabajo.

Actuamos en tres niveles: la prevención, la contención de los brotes y el abordaje clínico de los casos. En el tema de prevención hemos trabajado mucho en la vigilancia diaria y para detectar los brotes hemos utilizado las PCR. Ahora estamos con cribados semanales con test de antígenos a los profesionales de las residencias, para identificar el brote lo antes posible.

También diseñamos un algoritmo que ha servido de coordinación, para que todos supiéramos lo que teníamos que hacer. Hemos aprendido que tenemos que tener espacios de trabajo conjuntos y protocolos y paquetes de servicios. La implicación de los servicios directivos de Atención Primaria ha sido muy buena, y también del área integrada y de los hospitales. Hemos trabajado juntos, no solamente como sistema sanitario sino también con los servicios sociales, con los compañeros de las residencias y con los servicios sociales comunitarios.

Tenemos 45.000 residentes, de los que 5.200 han sido positivo y 1.245 fallecidos. Si nos comparamos con el resto de comunidades, Andalucía no está en mala posición. Teníamos que trabajar juntos, buscar los espacios. Los profesionales tienen que encontrar un espacio común para coordinarse y desde las consejerías tenemos que facilitarles esa coordinación y compartir sistemas de información y evaluación. Evidentemente, el modelo residencial está en cuestionamiento, tenemos que buscar atenciones centradas en la persona: cuáles son sus necesidades y cuáles las respuestas que necesitan desde la búsqueda de la autonomía.



Manuel Cid Gala

Coordinador técnico de Programas Intersectoriales de Atención Sociosanitaria. Servicio Extremeño de Salud

La parte sanitaria y social deben ser dos patas y la coordinación sociosanitaria no existe como un tercer espacio, debe ser su unión. Esta coordinación es difícil y, en estos últimos cinco años el principal fallo o barrera ha sido que el sistema de servicios sociales no está al 100% en todas las comunidades con una raíz homogénea. No está tan definido como el sanitario, porque cada comunidad hace y construye su modelo con sus competencias. Con lo cual, es muy difícil que la coordinación sociosanitaria pueda ser homogénea en el territorio nacional.

En Extremadura hemos integrado en la misma consejería el Servicio Extremeño de Salud y el Servicio Extremeño de Promoción a la Autonomía, y hay una Dirección General de Servicios Sociales. Pero, aún así, como no haya ese espacio en forma de protocolos, sistemas de información compartidos... la coordinación es muy difícil.

Desde el punto de vista organizativo, esta pandemia ha dejado ver que también ha sido difícil la coordinación entre los servicios, las direcciones o la estructura de Salud Pública y las direcciones asistenciales dentro de la misma estructura de sanidad. Salud Pública ha sido un elemento

que ha tenido que tomar la mayor iniciativa en este escenario de pandemia y los canales de comunicación con la parte asistencial no estaban del todo definidos. Eso estaba unido a un sistema de servicios sociales y una red de residencias o centros residenciales y de otros servicios sociales. La parte sanitaria no tiene que estar en la residencia, si no en el centro de salud.

¿Qué hemos estado haciendo en Extremadura para intentar solventar de la mejor manera esta situación? En primer lugar, hemos definido una nueva estrategia del modelo residencial. En mayo se establecieron cuatro líneas estratégicas fundamentales para intentar cambiarlo. En la comunidad hay 400 centros residenciales y unas 16.000 camas, entre privadas, concertadas, subvencionadas y municipales. En primer lugar, establecimos, junto a Salud Pública, planes de contingencia homogéneos para todas. Así, cuando surge un brote o se define una situación de contagio, Salud Pública tiene claro qué hay definido y se puede intervenir de una manera más clara.

En segundo lugar, comenzamos a definir la cartera de servicios sanitarios de los centros residenciales para que, al menos los públicos, la tengan concretada y sepan cuál es. La tercera línea estratégica fue cambiar el modelo residencial, dar mayor peso a la atención domiciliaria y que los centros residenciales se conviertan en centros propios de atención a crónicos. No medicalizarlos, pero sí que tengan una atención sanitaria más específica y homogénea.

Por último, los sistemas de información. Hay residencias públicas que tienen el sistema de información público de sanidad, pero hay otros centros que no. Y la parte de Servicios Sociales tampoco tiene un sistema de información bien definido y homogéneo.

En ese marco es donde nos estamos intentando desarrollar y avanzar en la atención y contención de covid-19. Y como instrumento y elemento que monitoriza la situación actual, hemos establecido un formulario para que los centros residenciales informen todos los días de su situación: positivos, sospechosos, llevados al hospital, fallecimientos, control de stock de almacén para EPIs, etc. De esta forma, a través de este formulario tenemos monitorizado y visualizado el riesgo del brote que existe en esa residencia.

4 Claves de la reforma/modernización de la Atención Primaria



Isabel Ayala

Junta Directiva SEDAP representante de Murcia

Estamos en tiempo de cambio, un tiempo de crisis en el que debemos aprovechar las oportunidades que se nos están presentando. Venimos de un sistema sanitario en el que la Atención Primaria se ha estancado, tanto conceptual como presupuestariamente. Es el momento de impulsar sin dudas un nuevo modelo para nuestra Atención Primaria que abarque todas aquellas demandas acumuladas y no cumplidas a lo largo de los años. Sin duda, no debemos obviar la cuestión presupuestaria, que no es lo único que necesita la Atención Primaria. Necesitamos líderes transformacionales y disruptivos, equipos motivados y bien dotados, desarrollar el enfoque sociosanitario de nuestra Atención Primaria, y la profesionalización de los equipos directivos, entre otras metas a alcanzar. Se trata de un camino arduo, tortuoso, con muchos recovecos, pero a la vez ilusionante y necesario si queremos modernizar una Atención Primaria que busque la excelencia.



Francisco José Ponce Lorenzo

Director Médico Área V Servicio Murciano de Salud

Estamos en un mundo VUCA, incierto, volátil, complejo y ambiguo. Vivimos en un país con las mayores tasas de envejecimiento, y la mortalidad y los años de vida perdidos tienen mucho que ver con las enfermedades crónicas, y los pacientes crónicos complejos son los que más recursos utilizan del sistema sanitario.

Este ha sido un grave problema en los últimos años y no hay previsiones sólidas del impacto que va a tener la cronicidad, menos con lo que ha pasado con la covid-19. Además, estamos ante un escenario en el que los presupuestos sanitarios van disminuyendo, separándose incluso la financiación y la tecnología a nivel de sistemas sanitarios hospitalarios y de Atención Primaria.

La Organización Mundial de la Salud ya advertía antes de la pandemia de que el personal sanitario estaba agotado y que era una urgencia solucionarlo. Un sistema deficitario a nivel presupuestario y una sociedad envejecida están provocando tensiones para que nuestro sistema sanitario se sostenga. La mitad de los profesionales de Atención Primaria tienen más de 50 años, con un elevado burnout, hay un desinterés por tratar a los pacientes en sus domicilios y la atención de los pacientes al final de la vida no es prioritaria. Y qué decir de la medicina hospitalaria. Hospitales creados en los años 60 más interesados en atender la patología aguda.

Con este escenario algo tendríamos que cambiar. Pero el cambio tiene sus dificultades y cuanto más tiempo tenemos para realizarlo, más tiene. Los cambios en crisis son muy acelerados. Hemos visto como nuestros centros de salud se han adaptado a una situación totalmente sobrevenida y nueva. Además, cuanto más tiempo tenemos para intentar hacer estos cambios los costes disminuyen, mientras que en crisis aumentan muchísimo.

Andrew Pettigrew señala unos marcos analíticos para el cambio que comprenden cinco factores: ambientales, la calidad y la coherencia de la política a implementar, la existencia de un liderazgo transformador, la existencia de una cultura organizativa alineada con el cambio y las características de las relaciones entre clínicos y gestores. Estos cambios tienen que tener una sólida base teórica, como el Chronic Care Model de Wagner o la pirámide de estratificación poblacional del Kaiser Permanente.

Todo intentando buscar la triple meta: conseguir las metas en salud de la población y que la experiencia del cuidado para los pacientes sea la adecuada, todo con el menor coste posible. Es importante que los gestores de Atención Primaria y hospitalaria emprendan el camino de un liderazgo capaz de transformar las organizaciones. También colaborativos, menos jerárquicos, arriesgados, orientados a mirar hacia adelante, con la mente abierta y siendo realistas.

Las líneas estratégicas pasan por los recursos humanos, pues hay que dotar a los centros de salud del personal necesario para implementar las estrategias de la cronicidad. También por la tecnología, los sistemas de información, que puedan interrelacionarse con la parte sociosanitaria, por seguir intentando integrar Atención Primaria y Hospitalaria, por la autogestión, la profesionalización de los cargos directivos, la formación continuada y la carrera profesional.

Va a haber un antes y un después de la covid-19. Podemos predecir el futuro haciendo una medicina más personalizada, más integrada, centrada en el paciente. Con una Atención Primaria descentralizada, comunitaria, multidisciplinar en la que actúen todos los actores necesarios para el funcionamiento. Basada en los resultados y, sobre todo, en prevenir enfermedades. ¿Hacia donde vamos? Menos en los hospitales, más en prevenir las enfermedades, más en casa, y mucho más trabajo en la comunidad.



Nieves Domínguez González

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de A Coruña

Las cosas no estaban fáciles y aparece el coronavirus y, ¿ahora? Hemos pasado del modelo de enfermedades agudas al de crónicos, pero, de repente, viene una enfermedad aguda que nos rompe los esquemas y nos toca adaptarnos. Es un tiempo de cambio y es una oportunidad, y a veces podemos encontrar razones que nos obliguen a cambiar nuestra forma de hacer.

Es importante no perder lo esencial, recordar por qué y para qué trabajamos, cuáles son las características de la Atención Primaria. Trabajamos personas cuidando a personas. Y se han hecho cosas bien. Si llevamos la vista a hace 20 años, la Atención Primaria ha mejorado y se han hecho cosas. Si trabajamos con personas es fundamental que seamos honestos, humildes y que tengamos respeto. Y esto tiene que ver con la relación entre directivos y profesionales, entre profesionales y pacientes y entre distintos profesionales, porque nos dedicamos al mismo fin: a aumentar la salud de las personas.

Necesitamos estrategia, saber a dónde vamos, cuál es el objetivo y a dónde queremos ir. Necesitamos visión de conjunto, porque ayuda a establecer la estrategia correcta, y necesitamos a personas que sepan tener esa visión. Ya hemos dedicado mucho tiempo a pensar, pero es fundamental que sigamos decidiendo y necesitamos disponernos a la acción, nadie nos va a juzgar por nuestra intención.

Todas estas características son propias del liderazgo. Primaria necesita liderazgos claros, en el mundo de la gestión y en el de lo clínicos. Pero, para eso, tiene que haber líderes de verdad y, a veces, hay que crear el entorno para que aparezcan.

Es importante el talento y los profesionales que trabajamos en Atención Primaria. No valen profesionales sin especialidad, que aparezcan sin haber demostrado que tienen las habilidades, las aptitudes y actitudes. Y necesitamos liderazgos que defiendan que para Primaria no vale todo. Otra cosa vital es la formación. Tenemos que reflexionar sobre qué les estamos trasladando a las personas que formamos. Si les formamos en la desilusión, al final se lo creerán. Solo hay algo peor que formar a tus empleados y que se vayan: no formarlos y que se queden.

La tecnología tiene que ayudarnos. En Galicia, la historia clínica compartida ha sido un antes y un después. Ahora tecnología tenemos, pensemos cómo sacarle partido, porque no podemos seguir trabajando como lo hacíamos en 2019. Necesitamos ser más proactivos, hacer más cosas sin esperar a que el paciente nos las solicite, que citar menos a los que vienen todos los días y buscar cuáles son los que no vienen para ir a trabajar con algunas de las actividades preventivas que, a la larga, pueden ayudar al paciente y al sistema.

Aprovechemos la tecnología, cambiemos la organización e intentemos que, cada vez que contactamos con un paciente, estemos aportando valor. En el momento que aportemos valor cambiará también la percepción de la ciudadanía. Hay muchos pacientes que sí que nos valoran, sí entienden que les aportamos, pero tenemos que seguir trabajando para que en cada contacto que hagamos con los pacientes aportemos valor. Y si lo aportamos y la ciudadanía lo ve y los pacientes lo sienten, con un poquito más de salario, alcanzaremos prestigio. A la Atención Primaria le falta prestigio para que nos elijan los MIR cuando terminan. Si conseguimos ese prestigio conseguiremos ser la elegida, convertir a la medicina de familia en una de esas especialidades elegantes.



Elizabeth Hernández González

Directora General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud

Los equipos de Atención Primaria dieron un paso al frente, independientemente de la velocidad a la que fueran sus gerencias, sus servicios centrales, sus consejerías o el Consejo Interterritorial. Lideraron realizando cambios estructurales, de los circuitos asistenciales, en el modelo de presentar la asistencia... En la primera ola la propia inercia de esta estructura llevó a que el protagonismo estuviera en el hospital. En la segunda volvimos a sentir cómo esa inercia hizo que al final termináramos hablando de covid-19 y de las camas UCI, de los respiradores... Pero la Primaria seguía y era esa otra parte de la pandemia, de contener, prevenir, atender... Y en aquellos lugares en los que la Atención Primaria era más fuerte, la transmisión de la pandemia se ha controlado mejor.

Además, se actuó y se aprendió sobre la marcha y se generaron circuitos de lo más variopintos. En Canarias llevábamos un tiempo con el desarrollo de la consulta telefónica, tenía un protocolo,



estaba agendado... Se planteó que en el modelo asistencial tenía que primar el no presencial y eso ha sido un impacto tremendo en la población.

También pusimos el teletrabajo a funcionar, en una estructura en la que pensábamos que era imposible. Además, los equipos y los perfiles profesionales se reinventaron en sus funciones. Apareció la coordinación con Salud Pública. Históricamente tenemos la idea de que es algo distinto, cuando está metida en las entrañas de la Atención Primaria, porque el desarrollo de los datos que tenemos de vacunación, programas de salud infantil, prevención... están basados fundamentalmente en una correlación y un trabajo con ellos.

El nuevo modelo asistencial traía más telemedicina y menos burocracia, era una oportunidad de cambio y una necesidad de futuro. Empezamos a aumentar una serie de cargas que no teníamos en tiempo record, como la receta electrónica continua, ampliamos la vigencia del visado, incluimos seguros privados, poder actualizar automáticamente los planes de tratamiento, se modificó el procedimiento de Gestión de la Incapacidad Temporal... Llegamos a tener más de un 70% de ocupación de consulta telefónica, cuando lo máximo que habíamos conseguido era un 3%. Es fundamental mantener los avances implantados en la desburocratización. La consulta telefónica, la telemedicina, el desarrollo de aplicaciones informáticas... Han venido para quedarse.

En cuanto a los nuevos roles profesionales, la capacidad resolutive sigue estando ahí y hay que seguir potenciándolos, seguir avanzando en la incorporación de otros perfiles profesionales, en el reconocimiento, la carrera profesional, los modelos retributivos, la consolidación... Puede que haya llegado el momento de que los equipos multidisciplinares se enriquezcan con otros profesionales. Recalcaría el papel de los auxiliares administrativos sanitarios, que han sido fundamentales, así como de los auxiliares de enfermería.

Sin embargo, en este contexto me preocupa que lleguen los recursos económicos y humanos y que no tengamos relato de modernidad paralelo a los recursos. Y eso tiene que ver también con los modelos de liderar. Porque si los recursos llegan, la tecnología llega y no va acompañado de maneras distintas de entender estos liderazgos con asociaciones de pacientes, con los pacientes, con los ayuntamientos... ¿Cómo avanzamos en esas cuestiones?

Una vez que consigamos trabajar y tener inversión tenemos que tener decisión unida a la terminación. Y, para cumplir el objetivo de tener una Atención Primaria fuerte, potente y resolutive, hay que moverse hacia el mismo. Y para moverme y actuar con determinación necesito recursos, sin olvidar uno de los pilares más importantes de la Primaria: que siempre ha sabido compatibilizar todos los avances tecnológicos con la humanización.

5 Experiencias de éxito: El proceso de integración asistencial en Neumología



Luis Verde Remeseiro

Gerente del Área Sanitaria de A Coruña

En esta mesa vemos algunos ejemplos de la importancia de contar con rutas asistenciales con procesos establecidos de forma consensuada entre los diferentes actores que participan en el proceso asistencial. De tal modo que, si sumamos la utilización del mismo lenguaje a las tecnologías con las que contamos, es fácil o muy probable que consigamos el éxito en lo que nos planteamos que es, en definitiva, prestar una asistencia buena y, sobre todo, continuada.



Alberto Fernández Villar

Jefe Servicio de Neumología del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo
y presidente de la Sociedad Gallega de Patología Respiratoria (SOGAPAR)

En el caso del plan para la EPOC, diseñamos planes de acción específicos, definiendo indicadores claves y construimos un análisis de autocrítica viendo cuáles eran nuestras debilidades y fortalezas. El plan tenía que ser modulado por todas las partes y que los componentes de Atención Primaria vieran que todos podían aportar. Definimos 60 indicadores y diseñamos un plan con 21 acciones, de las que ejecutamos 18 casi al 100%.

A continuación, definimos acciones generales, en la EPOC agudizada, en la EPOC más grave, y en actividades que abordaran todos los aspectos de la enfermedad. Acciones que seguían los esquemas clásicos de la cronicidad, que incluyen aspectos de promoción en la población general, de autogestión, de gestión de la enfermedad y de gestión de casos.

Por otro lado, hicimos mucho material docente, incluso participando y aprovechando proyectos institucionales. Conseguimos generar una inquietud por las enfermedades respiratorias y una relación de confianza más allá de la participación profesional con un grupo importante de médicos. Algunos modelos fueron un éxito. Por ejemplo, un programa formativo en espirometrías, que supuso un aumento del número de espirometrías que se realizaban en Atención Primaria en nuestra área, superando al resto de Galicia.

Los profesionales de Atención Primaria y yo nos unimos al grupo de autores del proceso asistencial integrado e intentamos llevarlo a cabo e implementarlo en nuestra área. Organizamos una unidad de gestión que atendía al enfermo complejo en tiempo y forma. Ante cualquier llamada de un profesional de Atención Primaria, ese enfermo, en menos de 24 horas, estaba consultado en el hospital de día.

Se hizo un modelo específico de diseño de gestión de estas terapias en el que Atención Primaria era gran parte. En pacientes incapacitados, encamados o en domicilio era la enfermera de Primaria la que hacía el control de oxigenoterapia. También establecimos un programa de actuación con residencias y uno formativo de Atención Primaria de los pacientes institucionalizados.

Todos estos puntos fueron reconocidos en la Estrategia Nacional de la EPOC de 2015. Es una experiencia que podría considerarse exitosa, que se basa en principios básicos de coordinación. Nos creímos que nuestro objetivo era el mismo: cazar la enfermedad en su fase inicial y aportar lo mejor que podía cada uno.

En el caso del cáncer de pulmón, el médico de Atención Primaria puede participar en todos los niveles y tiene un valor muy importante en cuidados paliativos, pero nos parecía que había que

incidir mucho en la sospecha diagnóstica. ¿Por qué llegan tarde los enfermos al hospital? Había un bajo grado de sospecha, demoras, incoordinaciones, pérdidas, derivaciones a urgencias o ingresos inadecuados porque no había un neumólogo de guardia y un médico de Atención Primaria tenía poca experiencia, pues en el área sanitaria se diagnostican 500 o 600 sospechas de cáncer de pulmón al año.

Investigamos en nuevas formas de atención. Generamos un sistema de alerta que, cuando el radiólogo veía cualquier lesión sospechosa, nos avisaba, nosotros llamábamos al médico de Primaria y citábamos al paciente para el día siguiente. El 99% de los profesionales vieron con mucha satisfacción este proyecto, lo apoyaron y ahora está automatizado en IANUS. Y al médico de Primaria, cuando un paciente entra en el sistema de alerta porque su placa es sospechosa, le llega una consulta no presencial al día siguiente donde pone “tu paciente ha entrado en la vía rápida”.

El proceso muestra que todos los pacientes estaban valorados en menos de 24 horas por la enfermera gestora de casos y el neumólogo de la vía rápida, su médico de Primaria informado y todos los pacientes, en 3 - 5 días, están vistos de forma presencial. Y en 20 días está la mediana para que el paciente se presente en comité. Además, la calidad de atención percibida por los pacientes fue de un 86,4%.



Concha Fernández Planelles

Directora de Atención Primaria del Departamento de Elda. Comunidad Valenciana

En EPOC hay infradiagnóstico y sobrediagnostico, así como tratamiento inexistente y sobretratamiento. También nos damos cuenta de la poca proactividad que tenemos y todo aquello que no aparece en la puerta del hospital o de la consulta no nos llega, no existe.

Iniciamos un mapa de consensos y nos propusimos reordenar las intervenciones y los procesos que estábamos llevando a cabo. Empezamos a trabajar en tres etapas fundamentales: la de la planificación estratégica, donde es primordial la selección de los líderes y de referentes de la ruta; una segunda en la que diseñamos la ruta teniendo en cuenta la visión global del proceso, y la de implementación, en la que es muy importante la formación, la difusión y la implementación propiamente dicha.

Definimos qué pacientes iban a ser objeto de la intervención y nos propusimos integrarlos en el diseño de la ruta asistencial, no solamente compartir las decisiones de la práctica clínica. El trabajo tiene que ser en equipo y multidisciplinar. Y tener en cuenta la accesibilidad y la adherencia a esta ruta, de manera que se conozca en todo el departamento, utilizando

metodologías participativas como el lean o el design thinking. Ver qué oportunidades de mejora tenemos, priorizarlas y hacer un plan de acción.

En la implementación nos apoyamos en los ocho pasos de Kotter de la gestión del cambio. Creamos una coalición, desarrollamos una visión y la compartimos y comunicamos a todos los profesionales. Tratamos de eliminar todos los obstáculos que no hicieran posible esta visión y de implementarla viendo qué era más factible y lo que tenía más impacto y, así, asegurábamos triunfos a corto plazo.

Era importante tener un buen clima en el equipo de trabajo, ajustar el compromiso de los miembros y elegirlos con un perfil especial: innovadores, con una mente abierta, cordiales, empáticos, respetuosos, colaboradores, con habilidades en el trabajo en equipo... De esta manera, consolidar un equipo que diseñe la ruta, con un grupo central que vele por su implementación y actualización, y asegurando un liderazgo dual entre los clínicos y la dirección.

En la arquitectura de la ruta está desde el paciente con sospecha de EPOC en Atención Primaria, o la promoción y prevención del paciente con EPOC, el manejo de pacientes de bajo riesgo en el primer nivel asistencial y en el segundo nivel asistencial, qué parte es de enfermería, que parte es competencia del médico, quién hace qué y cada cuánto y dónde...

Establecimos intervenciones basadas en la evidencia, pero nos preocupamos por que los pacientes entendieran qué parte de los resultados dependen de ellos mismos y compartimos con ellos los objetivos de salud. Cuando las necesidades sociales y sanitarias se vuelven complejas las estandarizaciones están fuera de lugar, protocolizamos la comunicación e individualización del caso.

Identificamos las actividades que tenían valor para el paciente y, establecido el flujo de valor pudimos identificar las mudas en el proceso y eliminarlas. Las mudas que eliminamos fueron: cuando se deja algo a mitad, hacer algo que no sirve para nada, hacer algo innecesario, la pérdida de atención cuando se hacen varias tareas a la vez, el tiempo que se pierde esperando algo de alguien, pacientes mensajeros, si se cometen errores, o exceso de producto.

Hemos hecho formación en diferentes ámbitos, visitas a centros para presentar la ruta, revisión de codificación, búsqueda de pacientes diagnosticados de EPOC sin espirometría y de pacientes fumadores para ver si eran susceptibles de cribado, cribado de tabaquismo y consulta de niño sano, revisión farmacológica y visitas a los centros para conocer el feedback.

Ahora estamos con revisiones farmacoterapéuticas, con talleres online, revisando el documento con las últimas evidencias e incluyendo covid-19, editándolo y creando uno de bolsillo. Tenemos que trabajar en red, ser capaces de generar un proceso integrado, y la dirección tiene que ser, estar y parecer.

**Cristina Ibarrola Guillén**

Junta Directiva SEDAP representante de Navarra

Diez mensajes clave

1. **Atención Primaria como protagonista de la transformación del modelo asistencial.** Necesitamos empoderar a Primaria para que proporcione una atención integrada a las necesidades de las personas, en modelos colaborativos, equipos multidisciplinares y orientada a resultados. Hace falta más Atención Primaria, más comunitaria, domiciliaria y menos hospitalaria. Hay que tener clara la ruta y es importante trabajar la gestión del cambio, avanzar en modelos de autogestión e identificar liderazgos clínicos.
2. **Incorporar la perspectiva del paciente.** Poner en el centro a la persona requiere contar con los pacientes desde el inicio en el diseño de las intervenciones, en la implementación y en la evaluación. Así trabajaremos con corresponsabilidad y haremos reales esas decisiones informadas a los pacientes.
3. **Continuidad asistencial e integración sanitaria y sociosanitaria.** Es importante el papel vertebrador de la Atención Primaria como eje del sistema en una atención centrada en la persona y en el entorno. Como referencia, el modelo de atención a la cronicidad, pero sobre todo la necesidad de afianzar la atención sociosanitaria. Necesitamos una revisión del modelo de convivencia residencial y hay que coordinarse sin olvidar las estrategias de humanización. Necesitamos trabajar la planificación al alta, la continuidad de cuidados e innovar en recursos de apoyo.

4. **Innovación tecnológica.** Ha sido necesario avanzar muy rápidamente en la pandemia para adaptarnos al teletrabajo, el acceso a la información, teleconsulta y telemonitorización, etc. Necesitamos evolucionar el desarrollo de sistemas de información compartidos en todo el ámbito sanitario y desarrollar sistemas de evaluación de resultados.
5. **Trabajar la comunicación en las organizaciones.** Es una gran asignatura pendiente. No sirve la comunicación jerárquica, y necesitamos innovar para llegar a los profesionales y a los ciudadanos.
6. **Afrontar la epidemia invisible.** Enfermedades crónicas, enfermedades que pueden ser graves, incapacitantes y que no hemos podido atender como hubiese sido deseable. Vamos a ver las consecuencias en morbilidad y mortalidad de complicaciones durante años.
7. **Profesionalización de los directivos en salud.** Para afianzar los cambios necesitamos líderes transformadores, facilitadores de ese cambio. Valientes, entusiastas, a la vez que realistas, posibilistas, empáticos y comprometidos. No vale cualquiera para pasar consulta en Atención Primaria, tampoco vale cualquiera para ejercer el liderazgo como directivo de salud.
8. **Cuidar al profesional.** Necesitamos cuidar y acompañar al profesional para que se recupere del cansancio físico y psicológico. Motivarlo y hacer que este cambio ilusionante lo construyamos entre todos. Y es necesario desarrollar al máximo las competencias profesionales, los nuevos roles, desarrollar sistemas de reconocimiento profesional, modelos retributivos orientados a resultados y acciones y medidas que puedan generar esta ilusión por modificar y transformar el modelo asistencial.
9. **La crisis como una oportunidad.** Ante una situación excepcional como esta, los profesionales han dado una respuesta técnica y humanamente extraordinaria. Salieron muchas oportunidades de cambio: en implantar proyectos que estaban pendientes, telemedicina, trabajo colaborativo en equipos multidisciplinares, cambios tecnológicos, de reconocimiento y prestigio en la Atención Primaria como clave en el nuevo modelo, la necesidad de impulsar acciones comunitarias y de salud pública, atención domiciliaria, estrategias de humanización...

10. **Valor.** El valor es aumentar los resultados en salud con las acciones que estamos haciendo ahora, que sean importantes para el paciente y que, con los recursos que tenemos, consigamos priorizar de forma excelente para maximizar la ganancia en salud. Centrémonos en eso como meta que nos oriente para esa transformación del modelo.



SEDAP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

Síguenos en:

