



Per

La estrategia de
Medicina
sonalizada
no puede hacerse sin fortalecer
a la Atención Primaria

Manuela Rubio González

Directiva del Servicio Extremeño de Salud y miembro
de la Junta Directiva de la SEDAP

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP



GESTIÓN EN AP/ENTREVISTA

Manuela Rubio González

“La estrategia de Medicina Personalizada no puede hacerse sin fortalecer a la Atención Primaria”

Manuela Rubio González, subdirectora de Atención Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES) y miembro de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), reconoce que “la estrategia de Medicina Personalizada o centrada en las personas no puede hacerse sin el fortalecimiento de la Atención Primaria (AP), y está justificada por los valores que aporta”, subraya en esta entrevista concedida a la revista EL MÉDICO.

No hay dirigente político que se precie, en cualquier nivel de la Administración, que no hable de aumentar los presupuestos sanitarios... ¿Estas palabras de buena intención se reflejan en los presupuestos? ¿Por qué se sigue a la cola entre los presupuestos sanitarios europeos? ¿Por qué hay tan notables diferencias entre unas comunidades y otras?

Por desgracia, obedece a lo que cada Gobierno decide invertir en este ámbito asistencial. Con respecto a la comparación con otras CC. AA., en la página del ministerio se manifiesta el porcentaje del gasto sanitario que dedica a Atención Primaria de Salud (APS) e informa que, en Extremadura, este porcentaje es de los más elevados del Estado español (15,8 por ciento del total, datos de 2018; en esta tabla está excluido expresamente el gasto en receta ambulatoria sobre una media del 13,9 por ciento; en el año 2021, el porcentaje asciende al 17,1 por ciento). En términos generales, los presupuestos destinados a AP se dirigen principalmente a financiar el principal recurso en este nivel de atención, que son sus profesionales. En nuestro caso en concreto, Extremadura dispone, solo en profesionales de Medicina de todas las especialidades, de 3,4 médicos por cada 1000 habitantes, y de ellos, 0,9 por 1000

habitantes es la tasa de médicos de familia, lo que nos sitúa en el segundo mejor puesto de todo el territorio español, tras Castilla y León. Esto significa que los “cupos medios” que atiende una Unidad Básica Asistencial (UBA) de AP primaria, en Extremadura, son los segundos más bajos de España, con 1150 tarjetas sanitarias de media por cupo. Como la media no es un buen indicador de las cargas de trabajo globales, les informamos que, además, el 72 por ciento de los cupos de AP en Extremadura son menores de 1500 TIS y no hay ninguna superior a 2000. En los mismos términos se encuentran los indicadores para Pediatría de AP y para Enfermería

Muchos aplausos “sanitarios” durante meses... ¿se están traduciendo en mejores presupuestos sanitarios, concretamente para la AP?

Los presupuestos que las comunidades autónomas (CC. AA.) dedican a la Sanidad son un reflejo de su preocupación por el sistema sanitario público. Las CC. AA. que han renovado sus presupuestos han incrementado el gasto per cápita una media de un 12 por ciento. La proporción que dedican a AP es muy variable. En Extremadura, concretamente, han aumentado un 5,2 por ciento para el año 2021, además de partidas concretas destinadas, por ejemplo, a la renovación de los equipos de ecografía en la mitad de los centros de salud.

Nos están asentando la idea de que la Medicina online ha llegado para quedarse. Pero ¿Medicina online y telemedicina es lo mismo que consulta telefónica?

Quizás resulte más fácil explicarlo dejando un poco a un lado términos más técnicos y centrándonos en analizar el modelo asistencial, su evolución actual. Lo que ha llegado para quedarse es el desarrollo de una atención clínica no presencial significativa, complementaria a la atención en consulta que prestamos y seguiremos prestando a nuestros pacientes. Conceptos clásicos como *telemedicina*, acuñada por la OMS en 1998, son reescritos y reemplazados por conceptos más amplios como *telesalud*. Su definición no hace otra cosa sino recoger de forma abierta la

La Medicina asistencial engloba tanto la consulta presencial como la no presencial, pues en una consulta telefónica o en una videollamada también estamos realizando asistencia sanitaria

actividad clínica no presencial: “Prestación de servicios de atención de la salud, donde pacientes y sanitarios están separados entre sí, utilizando para ello las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), modelo especialmente valioso en zonas

apartadas, poblaciones vulnerables o envejecidas” (3^{er} Informe OMS ‘*Global Survey on eHealth*’, 2016). En la sociedad actual como la nuestra, donde la implantación de la tecnología móvil es muy amplia, no solo las llamadas de voz, sino también el uso de chats y videollamadas, la atención sanitaria ha de adaptarse también a esta realidad incorporándolas a nuestro modo de trabajo. Las consultas telefónicas, las videoconsultas, las interconsultas con participación de varios profesionales son distintas herramientas, complementarias entre sí, que están ayudando a prestar una atención clínica eficaz basándose en esta tecnología móvil que, además, ha demostrado que cambia la forma de relacionarse entre profesionales, cambia el modelo de atención y favorece nuevas formas de compromiso y relaciones con los usuarios y con la comunidad. *Apps* como Centro de Salud Online (CSOnline), en nuestra comunidad autónoma, se orientan hacia la comunicación



bidireccional paciente-sanitario, facilitando un soporte de cuidados de salud que pueda llevarse a cabo sin necesidad del desplazamiento físico del paciente a un centro sanitario.

En cualquier caso, ¿telemedicina puede significar que desaparezca la Medicina asistencial? ¿O como directivos a esta la consideran imprescindible/insustituible?

La Medicina asistencial engloba tanto la consulta presencial como la no presencial, pues en una consulta telefónica o en una videollamada también estamos realizando asistencia sanitaria, ya que están considerados como verdaderos actos médicos. Si con la pregunta se refiere a que desaparezca la Medicina asistencial “presencial”, la respuesta es no, pues la muerte y el sufrimiento humano son absolutamente presenciales. Además, en muchos casos es necesario explorar al paciente y, aunque la videoconsulta permite ver o inspeccionar algunas lesiones, la palpación y la auscultación

siempre van a requerir el contacto físico. Encontrar el equilibrio para saber qué demandas de la población pueden y deben realizarse a través de consultas presenciales y cuáles a través de consultas no presenciales, y adaptarnos organizativamente a ellas, es uno de los retos de los servicios de salud en la transformación digital que están sufriendo actualmente.

Como profesionales de AP y directivos de la SEDAP, ¿qué parte de la asistencia sanitaria debiera de tener más recorrido como Medicina online? ¿Y cuál más presencial?

Debemos buscar activamente la forma más eficiente de proporcionar los cuida-

dos a nuestra población y para ello resulta imprescindible, en primer lugar, diseñar una estrategia que permita aplicar las distintas herramientas TIC disponibles integradas dentro del flujo diario de trabajo de los profesionales sanitarios, además de definir y aplicar qué tipos de consulta pueden y deben resolverse por el canal de la presencialidad y cuáles por el canal no presencial. En este sentido, aún con cierta variabilidad, existe cierto acuerdo: por ejemplo, el acto administrativo de renovación o problemas con la receta electrónica, acto administrativo de emitir partes de baja, confirmación o alta, informes de salud (para cumplimentación de la ley dependencia, informes para balnearios, certificados de salud o enfermedad), dar resultados de pruebas diagnósticas o terapéuticas previamente consensuado con el paciente, dudas sobre tratamientos o problemas de salud ya conocidos por su médico, problemas con citas del hospital, etc., puede ser solucionado por distintas categorías profesionales de manera no presencial. Todo acto que requiera una exploración física, una entrevista clínica, que por su naturaleza o por las características del paciente no puedan ser desarrolladas de forma no presencial (pacientes con discapacidad física o intelectual, personas mayores con dificultad sensorial o limitaciones cognitivas o personas con limitado nivel de alfabetización

Desde la SEDAP debemos insistir en disponer del tiempo suficiente, como principal herramienta en la AP, para conseguir los objetivos marcados en la Medicina Personalizada

tecnológica, no solo por la consulta telefónica, sino por la videollamada), se le debe ofrecer una consulta presencial. Y, ante la duda, ofrecer siempre la consulta presencial. En el ámbito de la Atención Primaria de salud, debido al conocimiento que

tiene el equipo sanitario de sus pacientes, se puede definir con mayor precisión esta oferta de servicios por la vía no presencial.



EN EXTREMADURA

La pandemia nos ha obligado a cambiar la forma de atender a la población y también a adaptarnos a situaciones cambiantes, con una agilidad y un grado de cooperación en el seno de los equipos de Atención Primaria que antes no habíamos conocido. Uno de los grandes desafíos es cómo los profesionales de la salud se adaptan a las innovaciones en las tecnologías de consumo, integran estas soluciones en el flujo de trabajo clínico, buscan orientación basada en la evidencia para la toma de decisiones y gestionan las relaciones en evolución entre los equipos de atención y sus pacientes. En Extremadura queremos aprovechar esta dinámica de cambio y lo aprendido durante la pandemia para impulsar la Atención Primaria de Salud: desarrollando aún más el trabajo en equipo; integrando las soluciones tecnológicas en el trabajo clínico diario; potenciando el desarrollo competencial de todas las categorías profesionales; fomentando la atención comunitaria; y estableciendo un sistema de gestión avanzada de la demanda, que asegure la accesibilidad, pero una accesibilidad ordenada, priorizada y racionalizada. Con todo ello queremos lograr una Atención Primaria resolutoria y eficiente, que responda a las necesidades de salud de la ciudadanía, a la vez que la involucre y la haga corresponsable en la consecución y mantenimiento de su propia salud. Esta, junto con otras estrategias que implican a la Atención Hospitalaria, es la única manera de hacer sostenible el sistema sanitario público.

Es evidente que la pandemia por COVID-19 ha modificado nuestros ámbitos asistenciales sanitarios en AP. Cuando la pandemia se supere, ¿qué cosas cree que quedarán y cuáles volverán a ser como antes? ¿O nada volverá a ser igual?

Creo que de esta pandemia se pueden incorporar muchas cosas positivas, dentro de lo terrible que está siendo en vidas humanas y esfuerzo sanitario sin precedentes. El salto cualitativo hacia la implantación de la estrategia digital, el modelo de resolución de demandas inicialmente mediante consultas no presenciales o los nuevos modelos de acción conjunta como las e-consultas, que permiten una nueva comunicación entre niveles, establecer interconsultas sin presencia física del paciente, compartiendo información de todo tipo: pruebas, imágenes... o las videoconsultas, que permiten establecer consultas no presenciales abriendo el camino hacia una nueva manera de atender las necesidades de nuestros pacientes, se han impulsado en esta época de pandemia y persistirán después de la misma.

Le he preguntado asistencia online, telemedicina, consulta telefónica... en pandemia, pero ¿quizá el objetivo no tendría que ser "asistencia personalizada"? Para conseguir este objetivo, ¿cuál sería la demanda desde la SEDAP, lo que más pedirían o más peyoratoriamente solicitarían?

La Medicina Personalizada, Medicina de precisión y otras estrategias que abundan en el panorama de la gestión y planificación sanitaria deben obedecer a criterios de necesidad evaluados científicamente y, en muchos casos, no se ha demostrado que estas estrategias, ni en su parte teórica, mejoren la vida de las personas a las que atendemos. La verdadera Medicina Personalizada es la que genera un clima de confianza y de comunicación productiva, donde los actores, médico y paciente, avancen conjuntamente hasta conseguir compartir decisiones que tendrán sentido intelectual, emocional y práctico. Esto implica, en muchos casos, abandonar la Medicina de manual y realizar el trabajo clínico pensando de manera individualizada para

cada persona que atendemos. Y obliga a buscar más tiempo para escuchar, para debatir, para comprender y para implicar a las personas enfermas en sus propios procesos clínicos y fomentar el arte de la conversación, la única manera posible de acercar la evidencia científica a las características específicas de cada persona y con ello conseguir una mayor efectividad clínica.

¿Qué opinan desde la SEDAP sobre la estrategia de Medicina Personalizada?

Que no puede hacerse sin el fortalecimiento de la Atención Primaria, y está justificado por los valores que aporta, que son su accesibilidad, su capacidad resolutoria, coordinadora e integradora, su continuidad y su orientación a la comunidad. Por tanto, tal como insisten los documentos internacionales a este respecto, se debe instar al compromiso de gobiernos, sociedad civil y comunidad internacional a aunar esfuerzos para asegurar que la Atención Primaria se sitúe en el centro del movimiento global que encare los retos de salud del siglo XXI. Por tanto, creo que desde SEDAP debemos insistir en disponer, en primer lugar, del tiempo suficiente como principal herramienta, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria para conseguir los objetivos marcados en la Medicina Personalizada. Además, disponer del equipamiento y recursos técnicos para favorecer la resolución de problemas de salud, la formación continuada necesaria, la organización interna en el reparto de tareas según competencias de cada categoría y actualizar la cartera de servicios sobre la base de los procesos asistenciales, junto con los compañeros del ámbito hospitalario, resultan decisivos en el avance hacia esa Medicina Personalizada.

Hablando con diverso personal sanitario, muchos de ellos me dicen que la asistencia domiciliar debiera potenciarse. ¿Se hace hincapié en ello? ¿Hay presupuesto suficiente en medios humanos y técnicos para avanzar en este camino?

En Atención Primaria la atención domiciliaria está plenamente establecida e integrada en nuestro quehacer diario. Quizás sea necesaria su potenciación principalmente en las zonas urbanas, donde la presión asistencial, a veces, limita el tiempo que se puede dedicar a los domicilios. Pero si alguien puede presumir de realizar atención domiciliaria eficiente y de calidad es precisamente Atención Primaria. Disponemos de profesionales especialmente cualificados en cuidados en salud, que son las enfermeras, y que dedican gran parte de su tiempo, según los casos, a atender a sus pacientes en domicilio. De la misma forma, aunque en menor cuantía, pero siempre que es necesario, los médicos de familia también se desplazan a los domicilios a atender a los pacientes que, por edad o discapacidad permanente o transitoria, no pueden acudir al centro de salud. Potenciar la asistencia domiciliaria es uno de los retos pendientes de la AP. Atender en el ámbito en que se encuentra el paciente, esto es, su domicilio o el centro residencial, las necesidades sanitarias, llevando a "pie de cama" toda la tecnología necesaria para diagnosticar y tratar o aliviar las demandas que el paciente precisa de formación, tiempo, trabajo en equipo y coordinación con el ámbito hospitalario. Existen diferentes modelos en las CC. AA., pero sea como sea quien preste el servicio, el mejor posicionado por el conocimiento del paciente y del medio siempre serán los profesionales de AP, su médico y enfermera.

Ligado con lo anterior, la población envejece rápidamente y, en consecuencia, tenemos más crónicos, más pluripatológicos, más recaídas. ¿Por dónde ven en la SEDAP la mejor ruta asistencial: más online, más personalizada, más asistencia domiciliaria, más personal, más medios técnicos... ?

Cuando estábamos inmersos en definir el modelo de atención a crónicos desde finales del siglo pasado, llega una pandemia y nos pone en el foco de atención la asistencia a una enfermedad infecciosa aguda

como es la COVID-19, que se ha empleado a fondo con los pacientes mayores crónicos y con pluripatología. El desarrollo e implantación de los procesos asistenciales definiendo funciones y tareas entre todos los actores que se ocupan de las necesidades de estos pacientes, que son, en muchos casos, necesidades complejas de atención, bien por su pluripatología, por su situación social o por la pérdida de funcionalidad que les ocasiona, junto a las herramientas que se necesitan desarrollar como soporte, así como un plan de evaluación que nos indique si vamos por el camino correcto que contemple la valoración por parte de las personas a quienes van dirigidas, creo que es el camino a seguir.

Continuidad asistencial. Con frecuencia, entre la AP y su hospital de referencia parece que hubiera un abismo. ¿Qué demandan desde la SEDAP para que la asistencia entre la AP y la hospitalaria sea un cordón sin solución de continuidad?

Precisamente eso, la no existencia de una brecha que perciba el paciente

en su proceso asistencial y la vivencia de la falta de coordinación entre ambos niveles, y el social incluido, cuando estos pacientes sufren su ir y venir en el periplo asistencial. Los modelos están definidos, pero aún falta el camino de la implantación efectiva.

¿Tal vez en lugar de mover al paciente, no sería más conveniente que los profesionales se movieran alrededor del paciente?

Esa es la premisa de la continuidad asistencial, que el paciente viva el proceso como un todo en el que los profesionales que le asisten se pongan de acuerdo en quién, cómo, cuándo y dónde se le ofrecen y cubren las necesidades de atención.

En la zona donde usted ejerce, el peso de la población rural y las distancias

entre los núcleos poblacionales son factores claves. ¿De cara al futuro se tienen en cuenta estos planteamientos que ya son una realidad?

Si se caracteriza por algo Extremadura, es por su ruralidad. Y no hay consultorio donde no vaya un médico y enfermera, al menos, dos veces o tres por semana en los 415 consultorios existentes. Debemos mantener los recursos sanitarios en las poblaciones rurales y llevar allí los medios y la tecnología para continuar una asistencia sanitaria que sea eficiente y resolutive. El desarrollo de la estrategia digital del SES, que está siendo soporte de nuevos modelos de comunicación entre profesionales y entre estos y sus pacientes, favorece la atención en las zonas rurales y esto está siendo posible, en primer lugar, por contar con nuestro sistema de información único (JARA Asistencial), pero también por estar apoyado en un proyecto estratégico de renovación y actualización

de equipos informáticos, capaces de sustentar estas nuevas formas de comunicación. La práctica totalidad

de médicos y enfermeros de AP y consultas de Atención Especializada cuentan con equipos con capacidad multimedia y con un paquete ofimático que permite favorecer un entorno de colaboración y comunicación a nivel corporativo, lo que, indudablemente, es un requisito para el mantenimiento de la actividad asistencial en zonas rurales ■

Potenciar la asistencia domiciliaria es uno de los retos pendientes de la AP

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

