



Recuperar la
atención presencial
y de **calidad**
para quien lo necesite
es el **reto** más
urgente de los sistemas de salud

Cristina Ibarrola

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

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP



GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA/ENTREVISTA Cristina Ibarrola

Parlamentaria foral y vocal de Navarra de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), Cristina Ibarrola tiene una amplia experiencia en puestos de gestión de Atención Primaria (AP) en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, donde ha ocupado puestos de responsabilidad en distintas áreas. Tras los duros meses de crisis sanitaria por el coronavirus, Ibarrola apuesta por recuperar valores como la humanización asistencial que la pandemia resquebrajó. Además, en la entrevista con la revista EL MÉDICO, aboga por desarrollar la cultura de la evaluación de los procesos sanitarios. “Reconocer los actuales problemas que está padeciendo Atención Primaria es condición indispensable para hacer un análisis objetivo y tratar de poner soluciones”, sentencia.

“Es absolutamente imprescindible garantizar una atención presencial y de calidad en el sistema sanitario y dejar la atención telemática para procesos que pueden resolverse a distancia, algo que, en muchas ocasiones, no ha ocurrido, y de ahí el malestar y el rechazo del personal sanitario y población a una atención no presencial abusiva que solo se entendía durante la fase inicial de la pandemia y que pone en riesgo una modalidad asistencial no presencial, que bien utilizada, es un recurso extraordinario”, sostiene con convencimiento la vocal de la SEDAP, Cristina Ibarrola.

Año y medio de pandemia, atención telefónica. Duro para el paciente, ¿pero para el médico de AP?

El inicio de la pandemia produjo una auténtica revolución organizativa en los sistemas de salud con una actividad en Atención Primaria que llegó a ser telefónica aproximadamente en un 80 por ciento. Ha sido evidente la dificultad

que ha supuesto para el paciente, pero también el personal sanitario tuvo que adaptarse de forma abrupta y no ha sido tarea fácil. Realizar diagnósticos clínicos sin una exploración física, sin comunicación verbal, es complicadísimo. Las y los médicos de Atención Primaria tuvieron que afrontarlo, en muchas ocasiones,

gestionando la incertidumbre, la duda, el miedo y la inquietud ante posibles equivocaciones. Sentimientos de ansiedad y agotamiento que han acompañado al personal sanitario en esta dura pandemia, son factores añadidos que han incrementado la angustia ante la posibilidad de error en una atención no presencial. Y a todo esto hay que añadirle, en muchas ocasiones, el malestar, enfado y rechazo que ha producido en el paciente el colapso telefónico y la atención no presencial, malestar que también está teniendo repercusiones en el personal sanitario.

Si tuviéramos que definir con una palabra la AP sería humanización y sus derivadas: cercanía, empatía. ¿Cómo recuperar estos valores en el tratamiento después de tantos meses de distanciamiento físico?

La humanización en la atención sanitaria es una estrategia prioritaria para los sistemas de salud, que llevaban años poniendo el

foco en la importancia de proporcionar una atención holística, individualizada, personalizada, teniendo en cuenta las expectativas del paciente y sus necesidades clínicas, emocionales, sus creencias, sus preferencias, haciéndole partícipe de las decisiones en relación con su salud, de forma informada y compartida con el profesional. La pandemia, paradójicamente, rompió el valor de humanización del sistema, mientras el personal sanitario estaba más humanizado que nunca. A nadie se le escapa

el sufrimiento de personas aisladas, solas, en domicilio, en residencias, en hospitales, una cruel soledad incluso en situaciones de final de vida, una soledad que han sufrido de forma especialmente dramática nuestros mayores. Es prioritario recuperar valores como la humanización asistencial. La confianza entre personal sanitario y paciente; el conocimiento integral de la persona y su entorno; la cercanía y la accesibilidad forman parte de la propia esencia de Atención Primaria y la sitúan como nivel del sistema sanitario privilegiado para recuperar una atención humanizada.

¿Qué deben hacer las Administraciones Públicas?

Velar por garantizar recursos adecuados que faciliten una atención sanitaria humanizada, apostar por estrategias de formación en profesionales y población, poniendo recursos que garanticen que la humanización asistencial es una prioridad real. Así lo han hecho organizaciones como Cleveland Clinic, pionera en estrategias de éxito en humanización y experiencia de paciente.

Es innegable que lo digital ha venido para quedarse, como reconocen también desde la SEDAP. ¿Puede sustituir a la atención presencial? ¿En qué porcentaje podemos decir que sería lo idóneo atención digital y atención presencial?

La atención telefónica, las interconsultas no presenciales entre profesionales sanitarios, la telemedicina o la telemonitorización, ya existían antes de la pandemia. En ese sentido, estaban, están e indudablemente se van a quedar. La pandemia es una oportunidad para

La humanización en la atención sanitaria es una estrategia prioritaria para los sistemas de salud

avanzar e impulsar el necesario desarrollo de mejoras en herramientas tecnológicas y de telemedicina ágiles, seguras, resolutiveas y que garanticen la confidencialidad. Pero hay que dejar la atención telemática para procesos que pueden resolverse a distancia, como un recurso extraordinario. Me resulta complicado establecer un umbral razonable de atención no presencial, que depende de diversos factores, pero la actual, que, por ejemplo, en Navarra ronda el 60 por ciento del total, es, a todas luces, excesiva y no puede garantizar la excelencia y seguridad en la atención. Recuperar esa atención presencial y de calidad en toda persona que lo precise, es un reto urgente de los sistemas de salud. Se requiere dotación de recursos para poder pro-

porcionar la atención presencial siempre que se precise, pero también es necesario evaluar e intervenir con factores correctores de forma específica, porque la variabilidad es muy alta e, incluso, en los peores momentos de la pandemia, hay profesionales sanitarios que no han dejado de garantizar, con muchísimo esfuerzo, una atención presencial a toda persona que lo ha necesitado.

Hablamos de humanización, pero también está la propia evaluación que se hace de los tratamientos y de la atención

Nuestro país carece, en general, de una cultura de evaluación de intervenciones sanitarias

al paciente. ¿Cómo conseguir que esta valoración sea lo más acertada posible?

Nuestro país carece, en general, de una cultura de evaluación de intervenciones sanitarias y las que se hacen, se centran habitualmente en estudios del impacto de costes en medicamentos u otras tecnologías sanitarias, pero sin considerar el impacto global en el sistema sanitario. En ocasiones, por ejemplo,

intervenciones organizativas o un determinado medicamento que eviten un ingreso hospitalario o reduzcan la estancia hospitalaria, pueden producir potenciales ahorros que no pueden evaluarse exclusivamente por el impacto presupuestario de nuevos recursos para implantar un cambio organizativo o del medicamento y lo pueden hacer, además, con una mayor satisfacción para paciente, familia y profesional sanitario.

¿Cómo se debería realizar la evaluación de toda intervención sanitaria?

Integrando resultados de efectividad (clínicos, de calidad y de seguridad), resultados reportados por paciente (calidad de vida, signos y síntomas por la enfermedad o por el tratamiento), de satisfacción y/o experiencia de paciente, así como los costes relacionados con los resultados en salud obtenidos. Desde el punto de vista humanístico, resulta también relevante incorporar en la evaluación, además de la percepción y perspectiva del paciente, la de personas cuidadoras, familias y profesionales sanitarios. Teniendo en cuenta todas estas dimensiones, la evaluación debe incorporar un número limitado de indicadores, aquellos con cuyo resultado se van a modificar intervenciones. Se deben consensuar indicadores y metas de forma amplia y participada, que sean indicadores medibles, validados, comparables, cuyo registro no suponga un esfuerzo adicional al profesional y que le vean la utilidad para ellos, proporcionándoles *feedback* de forma fácil





GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA/ENTREVISTA

Cristina Ibarrola

y sencilla. Y las Administraciones Públicas tienen que facilitar las herramientas necesarias para facilitar la evaluación como mejora continua.

En nuestra sociedad y en el ámbito médico se tiende a realizar la consulta, pero con frecuencia no se evalúa de forma global. Sin esta evaluación, ¿no se corre el riesgo de dar palos de ciego o actuar en el camino equivocado?

En efecto, la evaluación debe servir para hacer *benchmarking*, identificar buenas prácticas, áreas de mejora, detectar ineficiencias, redefinir intervenciones y reinvertir en salud intentando maximizar el valor en salud con los recursos disponibles. De hecho, los estudios objetivan que entre un 25 y un 30 por ciento de las intervenciones que se realizan en los sistemas sanitarios no aportan valor en salud al paciente. Identificar y corregir esas intervenciones que no aportan valor, es uno de los principales retos de los sistemas de salud. A nivel más micro, evaluar es la mejor manera de mejorar la calidad asistencial a través de una autoevaluación clínica. Es importante que la evaluación sea integral y que incorpore indicadores de todas las dimensiones, efectividad, humanística y económica. Es la manera de avanzar hacia la generación de valor en salud.

A la hora de evaluar las acciones del médico de AP, ¿quién debe hacerlo? ¿Médicos del propio sistema, los directivos del sistema, los pacientes, los sindicatos, otros agentes o se debería ir a equipos de valoración ajenos al sistema, que no fueran autocomplacientes?

La evaluación tiene diferentes planos. Por un lado, la autoevaluación clínica para el médico de Atención Primaria, orientada a mejorar los resultados en salud individual y poblacional de la que es responsable. Por otro, los gestores y decisores sanitarios deben incorporar la evaluación en la toma de decisiones. Los resultados reportados por el paciente o de satisfacción y experiencia de paciente deberían incorporarse en la evaluación clínica y de directivos de salud. Y en ciertas circunstancias, en las que determinados intereses pueden sesgar el diseño y la interpretación de los resultados, la mejor opción sería una evaluación independiente. Un reciente ejemplo lo tenemos en el amplio número de expertos que ha venido solicitando una evaluación independiente de la gestión de la pandemia. Sin duda, de haberla realizado antes, hubiera ayudado a identificar y corregir errores en las sucesivas olas. Lamentablemente, no se hizo.

Algunas veces es mucho, leo informes de valoración y me llama la atención la autocomplacencia. ¿Ayuda en algo a la AP decir que todo está muy bien, que la AP es fantástica? ¿No nos puede ocurrir como en marzo del año pasado que todo era fantástico, pero no había EPis suficientes ni para los sanitarios?

Las valoraciones de autocomplacencia hacen perder confianza y credibilidad. Reco-

nocer los actuales problemas que está padeciendo Atención Primaria es condición indispensable para hacer un análisis objetivo y tratar de poner soluciones. El objetivo fundamental de evaluar es la mejora continua. Hacer evaluaciones tratando de justificar determinadas actuaciones o medidas de forma interesada es la antítesis de la evaluación que gestores profesionalizados, sociedades profesionales serias como SEDAP o expertos y convencidos de la necesidad de evaluación, defendemos, entendiendo que es la manera de mejorar los resultados en salud poblacionales, de generar valor, de apostar por la sanidad pública y hacerla perdurable en el tiempo para generaciones futuras.

Creo que hay un amplio consenso en la necesidad de redefinir, reinventar la Atención Primaria de nuestro país, volver a generar ilusión en los profesionales y situarla como verdadero eje vertebrador del sistema. Una buena práctica puede ser utilizar indicadores y escalas de valoración validadas y consensuadas por sociedades científicas y consenso de expertos, cuentan con credibilidad y rigor científico para implicar a profesionales y es un buen trabajo que no debería despreciarse.

¿Suele ser receptiva la administración sanitaria a las críticas tras estas evaluaciones? ¿Se ponen los medios humanos y se aportan los recursos técnicos para solucionar lo que se ha detectado en las evaluaciones que funciona mal?

Como en todos los ámbitos, generalizar no sería justo y estoy convencida de que hay de todo, pero, en general, sigo pensando que la cultura evaluativa en los sistemas de salud en España, lamentablemente, es escasa. Implicar a los clínicos desde el inicio en la identificación de indicadores a evaluar, metas y cómo realizar el registro, ayuda. Tam-

La interlocución entre SEDAP con los departamentos de Sanidad tiene un amplio margen de mejora

Los estudios objetivan que entre un 25 y un 30 por ciento de las intervenciones que se realizan en los sistemas sanitarios no aportan valor en salud al paciente

Desde el punto de vista humanístico es relevante incorporar en la evaluación la perspectiva del paciente, de los cuidadores, familias y profesionales sanitarios



bién ayuda implicar y contar a lo largo de todo el proceso con la voz del paciente, desde el diseño de las intervenciones, en la implementación y en la evaluación. Aunque mucho más lento de lo que quisiéramos, cada vez es mayor la implicación y el interés de clínicos y pacientes con la necesidad de evaluar. Soy menos optimista con la evaluación como herramienta habitual en la toma de decisiones de gesto-

Hay un amplio consenso para redefinir y reinventar la AP de nuestro país para volver a generar ilusión en los profesionales y situarla como verdadero eje vertebrador del sistema

res sanitarios, mientras no se realice una verdadera apuesta por la profesionalización de la gestión sanitaria, algo que defiende como principio fundamental SEDAP, pero que, lamentablemente, veo lejano a la realidad actual, condicionada por intereses políticos, políticos en los que sería deseable un determinado nivel de preparación y rendición de cuentas de la gestión de dinero público. Sin una evaluación objeti-

va y un interés explícito por utilizarla como herramienta habitual de ayuda a las decisiones, resulta complejo asignar recursos acordes con los resultados de evaluación.

En todas estas valoraciones de humanización, por una parte, en el trato médico/paciente/enfermera y en la valoración de la atención y el servicio que se presta. ¿Cuál es el papel que juega la SEDAP y el que se quisiera jugar?

SEDAP es una sociedad científica de profesionales y gestores de Atención Primaria cuyo interés es la mejora en la calidad y la excelencia de la atención y la gestión en Atención Primaria, huyendo de la Atención Primaria como mero silo de pacientes y trabajando de forma colaborativa con colectivos y otras sociedades científicas, de calidad y de gestión. Defendemos valores fundamentales en Atención Primaria, humanización, excelencia, seguridad de paciente, participación activa de profesionales y pacientes, profesionalización de la gestión. Como sociedad, estamos trabajando en modelos de colaboración, en formación y en la defensa de los valores y la construcción de la Atención Primaria del futuro.

¿Tienen fácil como SEDAP la interlocución con los departamentos de Sanidad? ¿En esa interlocución ven receptividad?

No creo que existan problemas de interlocución, pero existe un amplio margen de mejora en un trabajo colaborativo y conjunto ■

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

