



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**Distrito Sanitario**

**Sanlúcar de Barrameda - Sevilla Norte**



La **AP**  
precisa inversión  
en talento  
y en motivación  
para los  
profesionales

M<sup>a</sup> del Rocío Hernández Soto

Vocal por Andalucía de la Sociedad Española de Directivos  
de Atención Primaria

Texto y fotos | N. Lauzirika



#### “La AP precisa inversión en talento y en motivación para los profesionales”

Al frente de la Dirección de Gerencia del Distrito de Atención Primaria Aljarafe-Sevilla Norte desde el 8 de marzo de 2019, M<sup>ª</sup> del Rocío Hernández Soto es además vocal por Andalucía de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). En su opinión, “la AP necesita no solo inversión económica, sino también inversión en talento, experiencia, conocimientos y motivación para que los profesionales puedan trabajar más felices, y que eso se refleje en su trabajo diario”.

**Hablar de Atención Primaria (AP) en estos momentos y no comenzar preguntándose si está colapsada, o al borde del colapso, sería estar fuera de onda. ¿Está de verdad colapsada o saturada?**

La AP ha soportado y está soportando una importante carga de trabajo durante toda la pandemia y en especial en esta sexta ola que ha superado cualquier expectativa. Nos engañaríamos si no reconociéramos que la situación está siendo muy estresante para todos los profesionales en nuestros centros de salud. Aprovecho para agradecer su compromiso y tarea diaria a todos los profesionales en el primer nivel de atención de todo el país, porque sin ellos mejor no imaginar cómo habríamos vivido la pandemia. En AP los equipos se han “reinventado”, porque había que sumar a las tareas de la cartera de servicios habituales otras nuevas derivadas de la pandemia. De esto ya se ha hablado mucho, porque para el control de la pandemia la salud pública ha sido desarrollada prioritariamente

en AP, y se ha hecho mediante el rastreo de casos y contactos estrechos, tanto a nivel de población general como también en centros educativos y, por supuesto, en residencias de mayores, donde, gracias a

estrategias elaboradas por grupos de expertos y trabajadores sociosanitarios e inspección de salud hemos conseguido controlar muchos brotes que habrían tenido consecuencias terribles. Qué decir de la campaña de vacunación, aquí en Andalucía nos sentimos muy orgullosos de cómo se ha llevado a cabo desde el principio, con gran ilusión y esfuerzo de todos los profesionales y una gran acogida por parte de la población.

**¿El desbordamiento asistencial es real?**

Si comparamos la situación actual en esta sexta ola con otras anteriores, pues sí, estamos desbordados. Tenemos cifras de incidencia acumulada que no hemos visto anteriormente. Los datos a fecha 10 de enero muestran una tasa de incidencia de PDIA acumulada en Andalucía, en los últimos 14 días, de 1.647. Los datos de Sevilla muestran 9.566 casos diagnosticados por PDIA en los últimos 14 días, con una tasa de IA de 1.325,3. Córdoba con una tasa de incidencia acumulada de

2.259 es la que ostenta los mayores niveles de toda la Comunidad Andaluza. A la vista de estos datos, si además tenemos en cuenta la alta tasa de contagiosidad de la cepa ómicron, que ya es la predominante,

y que cada positivo debido a estas fiestas tiene una media de 12-15 contactos estrechos, podemos decir que sí, que estamos muy sobrecargados. Y aunque pudiera parecer poco apropiado decirlo tan claramente, solo si conocemos nuestras debilidades, nos podemos plantear mejorar. Esto es lo que se está haciendo día a día en nuestra AP, reorganizando circuitos y tareas, con nuevos roles, para intentar dar respuesta a la ciudadanía.

**En todas las Comunidades la oposición correspondiente achaca al Gobierno de turno la falta de previsión en AP. ¿Pien-san desde la SEDAP que es así?**

Personalmente, no me gusta opinar sobre cuestiones políticas porque no me dedico a ella y me equivocaría. El problema de la AP en nuestro país es de sobra conocido por gestores y políticos desde hace muchos años y requiere una solución integral, multifactorial y que realmente haya decisión en firme para mejorarla.

**De todos modos, ¿en dónde se han registrado las principales carencias o fallos? ¿Quizás en la falta de recursos humanos y técnicos?**

El problema de AP en España no es muy distinto al de otros países de nuestro entorno. Quizás deberíamos ser menos orgullosos y empezar reconociendo que necesitamos darle una solución. Y la solución debe pasar por priorizar los problemas y dar un enfoque multifactorial. Por supuesto, la ausencia de médicos que quieran trabajar en nuestra AP es evidente desde hace años, en unas Comunidades Autónomas más que en otras. En no muchos años, esa situación se repetirá con la categoría de enfermeras si no actuamos. Si analizamos cuáles son las actividades que se desarrollan en AP, además de la asistencial,

que en mi opinión no es la más importante. Vemos que dedicamos muy poco tiempo y recursos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección de la salud y a la rehabilitación. A lo que podríamos añadir que no hay recursos suficientes para algo tan esencial como la salud mental, pues debería contemplarse en cada plantilla de centro de salud o de zona básica de salud, al menos un psicólogo clínico. Desde el punto de vista social, esta es otra de las cuestiones que deberíamos reforzar, buscando alianzas con asociaciones de vecinos y corporaciones locales.

### **¿Cómo se podrían haber evitado estos fallos o cómo se podría evitar que vuelvan a suceder?**

En nuestra Comunidad Autónoma, meses antes de la pandemia comenzamos a trabajar en la renovación de la AP, pero no pudimos hacer mucho porque tuvimos que reinventarnos y adaptarnos a las necesidades de atención a la población que la pandemia nos impuso. Posiblemente, la renovación de la AP tras la pandemia deberá contener otros aspectos que antes no habíamos considerados necesarios, tales como que sea integral, creativa, con financiación suficiente, sin límites temporales y no sujetos a intereses de partidos políticos.

### **Una de las cuestiones más debatidas, y de las más criticadas también, durante esta pandemia ha sido la asistencia telefónica. ¿Ha venido para quedarse? ¿Sustituirá a la presencial? ¿Convivirán?**

La asistencia telefónica ya existía antes, aunque no estaba muy extendida. Todos los profesionales sanitarios habíamos hecho seguimiento telefónico antes de la pandemia. Es una forma de comunicación con el paciente-usuario muy demandada para cuestiones administrativas porque evita desplazamientos innecesarios. Pero en AP la gran ventaja asistencial a la hora de tratar a los pacientes es el conocimiento que tanto médicos como enfermeras tienen de ellos, de su situación de salud o

enfermedad, de su entorno, de sus cuidadores y familiares; por eso, el teléfono no va a sustituir a la visita presencial, porque para elaborar un juicio clínico el acto médico requiere todo un proceso anterior de anamnesis y exploración que debe ser presencial, bien en la consulta o en el domicilio del paciente.

### **¿En qué proporción y de qué modo debería ser esta modalidad no presencial?**

Respecto a la proporción, yo defiendo que cada profesional debe tener una agenda adaptada a él, que además depende del ámbito. Si es rural la consulta telefónica tiene mayor dificultad y suele requerir más tiempo y resulta a la postre ser menos resolutive. En las ciudades con mayor porcentaje de población en activo, la consulta telefónica es muy solicitada. Por tanto, tras un análisis de la demanda, corresponde a los gestores de cada centro de salud acordar con los profesionales la proporción de citas telefónicas y presenciales con el objetivo de dar la mejor respuesta.

### **Hablando de asistencia y teniendo en cuenta que la edad poblacional aumenta y con ella los crónicos y pluripatológicos, ¿cómo ve a futuro la posibilidad de incrementar la asistencia presencial domiciliaria?**

La asistencia en domicilio, tanto programada como urgente, es una de las tareas incluidas desde siempre en la cartera de servicios de AP. La atención en domicilio se hace por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, trabajadores sociales y matronas. Durante la pandemia, se ha mantenido la actividad en domicilio, preferentemente por parte de enfermería: extracciones analíticas, cura de heridas, entre otras; y por los equipos de urgencias. En nuestro dis-

trito, también por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Sí, aportaría mucho y es algo que no está totalmente extendido todavía. La monitorización en domicilio de pacientes crónicos como, por ejemplo, pacientes con insuficiencia cardíaca, diabéticos, con EPOC... En el distrito que lidero desde hace cinco años estamos trabajando en un proyecto de telemonitorización dentro del Plan Comparte, con el Hospital San Juan de Dios de Bormujos. Esta es una apuesta de la nueva AP para mejorar la calidad de vida y el control de la enfermedad en los pacientes crónicos. La telemonitorización en domicilio supone que el paciente tiene un papel principal en el control de su enfermedad, pues debe seguir una serie de mediciones a diario, peso, TA, pulsioximetría, datos que previamente tienen establecidos unos límites de normalidad y si se superan, directamente, se cita al paciente en la agenda de su médico, quien tras llamada telefónica valora la situación. En casos en los que hay unas cifras muy dispares o alguna urgencia vital, directamente el aviso salta al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. Esto es un resumen muy breve de una forma de trabajar que puede aportar mucho a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos.

La telemonitorización en domicilio supone que el paciente tiene un papel principal en el control de su enfermedad, pues debe seguir una serie de mediciones a diario, peso, TA, pulsioximetría, datos que previamente tienen establecidos unos límites de normalidad y si se superan, directamente, se cita al paciente en la agenda de su médico, quien tras llamada telefónica valora la situación. En casos en los que hay unas cifras muy dispares o alguna urgencia vital, directamente el aviso salta al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. Esto es un resumen muy breve de una forma de trabajar que puede aportar mucho a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos.

La telemonitorización en domicilio supone que el paciente tiene un papel principal en el control de su enfermedad, pues debe seguir una serie de mediciones a diario, peso, TA, pulsioximetría, datos que previamente tienen establecidos unos límites de normalidad y si se superan, directamente, se cita al paciente en la agenda de su médico, quien tras llamada telefónica valora la situación. En casos en los que hay unas cifras muy dispares o alguna urgencia vital, directamente el aviso salta al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. Esto es un resumen muy breve de una forma de trabajar que puede aportar mucho a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos.

### **Precisamente, una de las derivadas sanitarias más duras de la pandemia está siendo su impacto en la atención a crónicos y a pluripatológicos. ¿Notaremos sus efectos negativos tras la pandemia?**

En el sistema sanitario de Andalucía contamos con la Estrategia de Cuidados, liderada por una gran profesional enfermera con una visión de futuro importante, Nieves Lafuente. Además del Plan de Cronicidad que años antes de la pandemia puso en marcha el Plan de Atención a la Cronicidad, basado de manera muy resumida en

**En la AP hay una hiperdemanda de la ciudadanía que no quiere asumir la responsabilidad sobre su propio estado de salud**





el papel activo del paciente crónico, la asistencia en AP por parte de la clave médico/enfermera y la participación del médico internista de referencia, los cuidadores del paciente o él mismo en los casos posibles, además de la participación de trabajadora social, enfermera gestora de casos también de su centro de salud. Para cada paciente se elabora un Plan de Acción Personalizado, que consta de tres fases, “VIE o Valoración Integral Exhaustiva”, “Intervenciones y Recomendaciones”, y el “PAP o Plan de Acción Personalizado”.

#### ¿La VIE incluye valoración pronóstica?

Mediante la escala PROFUND, valoración social con la escala de valoración socio/familiar de Gijón, valoración del dolor, valoración funcional mediante escala de Barthel, entre otras. En función de la valoración se activan las intervenciones. Las generales aparecen siempre recogidas en la historia de salud sin necesidad de valoración previa. Las intervenciones específicas van encaminadas a los problemas del paciente concreto.

#### ¿Y el PAP?

El PAP es pactado con el paciente, pues debe asumir y conocer los tratamientos de su enfermedad y evitar todo aquello que le perjudique para llevar un buen control, y en caso de exacerbaciones, tiene que conocer los tratamientos que debe comenzar. Los planes de acción personalizados que ya se pusieron en marcha antes de la pandemia y que estaban recogidos en la historia de salud digital han sido de gran ayuda en el control de estos enfermos cuando se han tenido que reorganizar los centros de salud. Los pacientes además pueden acceder a sus PAP en la aplicación ClicSalud, al igual que a otros documentos, como resultados de analíticas, pruebas de imagen y al tan demandado certificado de vacunación COVID-19.

#### Y el impacto de la pandemia en tratamientos preventivos, ¿es asumible el retraso en este aspecto o están logrando mantener el ritmo?

Sí, el impacto ha sido importante en las seis olas desde que comenzó la pandemia hace casi ya dos años, pero nuestra respuesta ha ganado en eficacia. Durante la primera, los programas de cribados de cáncer de mama, de cérvix, colon y otros, como la detección precoz de la retinopatía diabética, se vieron suspendidos por la necesidad de guardar el confinamiento. Por ello, a partir de esa primera ola, lo que se hizo en los momentos de “tranquilidad”, por decirlo de alguna manera, fue priorizar los cribados, reforzando con contratación de personal, ofertando citas por la mañana, tardes e incluso fines de semana, por lo que nos hemos recuperado y al cierre del año

2021 podemos decir que estamos al día.

#### Si tuviera que reclamar mejoras, ¿cuál sería su prioridad?

Sinceramente, en mi opinión es muy necesaria una inversión en recursos materiales y técnicos para dotar a todos los centros con los dispositivos de electro-medicina necesarios y modernos, material informático que facilite no solo las llamadas telefónicas, sino también las videollamadas a los pacientes, además de la telemedicina con los especialistas hospitalarios y la implantación a todos los niveles de AP de los *Point of Care Test*. Sin embargo, pienso que no es suficiente. Hay una excesiva medicalización de cuestiones que podemos considerar que son parte del proceso de la vida, y que la sociedad no sabe afrontar y, por ello, busca remedio en la Medicina. Hemos llegado a una situación en la que la asistencia sanitaria la exige el usuario por propios criterios y con inmediatez en la atención, y esto es lo que nos tiene realmente desbordados, antes de la pandemia y ahora. Ha

sido muy triste la gran demanda de PDIA, bien test de antígenos o PCR, que la población ha exigido a los sanitarios de AP previo a las reuniones en Navidades, al igual que esa demanda sin sentido de certificado COVID cuando se ha comenzado a exigir para entrar en hostelería y espectáculos. Por tanto, en mi opinión, reitero, el problema no es la AP ni los profesionales sanitarios, el problema es una sociedad hiperdemandante, que no quiere asumir responsabilidad personal sobre su estado de salud o enfermedad y que desgraciadamente, no valora ni cuida a aquellos que deben cuidarles. Es una generalización y siendo consciente de que no es bueno generalizar quiero expresarlo porque realmente esta pandemia nos debería enseñar algo como sociedad. Desde AP vamos a seguir trabajando para ser más eficientes y prestar la mejor atención de calidad y que así sea sentida por el paciente.

#### Con frecuencia se citan los presupuestos sanitarios como freno a una mejor asistencia en AP, y también se compara con la inversión en el hospital...

La AP y la atención hospitalaria no son comparables, cada una tiene su cartera de servicios y, por tanto, la financiación debe estar acorde a ella y a la población que atiende. Es mucho lo que hay escrito por autores de la OMS, y numerosas sociedades científicas, sobre que la fortaleza de la AP redunde en la calidad de vida de la población y, por supuesto, en la viabilidad de los sistemas sanitarios públicos. En Andalucía hay una apuesta política por la AP y esperemos que la pandemia nos dé la opción de ponerla en práctica.

#### ¿Es atractiva la especialidad de AP en Andalucía para las nuevas generaciones de médicos?

La Medicina de Familia y Comunitaria es una de las especialidades más complejas. El médico de familia debe saber de todas las especialidades, en ocasiones tiene me-

nos acceso a pruebas diagnósticas que los EIR en hospitales, muchas veces trabaja en consultorios alejados de las ciudades y de los puntos de urgencias y se ve sometido a una presión asistencial muy elevada que dificulta su dedicación a aquellos pacientes que más lo necesitan. Esto puede llevar a una sensación de frustración y desencanto. Por ello, debemos buscar elementos innovadores y motivadores para estas nuevas generaciones. Este problema no solo se da en Andalucía, sino en el resto del país. Otros factores que ayudan a ese desencanto son, en ocasiones, la falta de respeto a la que se ven sometidos los médicos en nuestros centros de salud y el que casi no exista tiempo en la jornada laboral para llevar a cabo investigación y docencia. Son aspectos clave para no solo motivar sino también para mantener actualizados los conocimientos científicos y prestar atención de calidad.

**¿Cree que hay en su comunidad un liderazgo político/administrativo/de gestión potente como para desarrollar la AP hasta el nivel que necesita y se merece? ¿Desde la SEDAP trabajan en ello?**

En Andalucía, el consejero de Salud y Familias es médico de AP, y cree en ella; pero insisto, la AP de todo el país necesita un abordaje multifactorial y no ligado a intereses políticos, y son muchos los actores que deben intervenir: los sanitarios de base, los gestores o directivos, la población representada por sus asociaciones, las universidades, y las sociedades científicas. La pandemia nos ha enseñado que si unimos nuestras fuerzas para conseguir un objetivo común lo conseguiremos, y para ello debemos buscar alianzas. La SEDAP ha mantenido su actividad durante la pandemia, principalmente virtual, y tenemos muchos proyectos para estos próximos años, y esperamos seguir aportando para que podamos conseguir la AP que tanto profesionales como ciudadanía esperan.

**En todas las comunidades ha habido un incremento muy significativo de la con-**



**tratación de pólizas de Sanidad privada, ¿indica esto pérdida de confianza en la pública?**

Personalmente no me crea preocupación, ambos sistemas son compatibles, tanto la Sanidad privada, que es una opción personal, como la pública que es universal y por tanto un derecho de todos los ciudadanos. Y como he comentado antes, la colaboración Sanidad pública/privada es una de las cuestiones que esta pandemia nos ha enseñado, solos no podemos hacerlo todo.

**Pronto celebrarán un congreso de la SEDAP, ¿podría explicar brevemente cuál será su objetivo principal y qué planteamientos se pondrán encima de la mesa?**

En este año queremos celebrar el congreso nacional después de dos años sin él por

motivo de la pandemia. Se va a celebrar en Sevilla del 8 al 10 de junio y esperamos que pueda ser presencial. Nuestro objetivo es tratar los temas de mayor calado en nuestra actividad diaria, con un enfoque novedoso y haciendo hincapié en la ilusión por una nueva AP, que tras estos años pandémicos debiera salir reforzada ■

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

