



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Distrito Sanitario de Atención Primaria

Aljarafe - Sevilla Norte



El mayor potencial
de la AP
en España
son sus
profesionales

Luis Gabriel Luque Romero

Presidente del comité científico del XXII Congreso de la SEDAP

Texto | N. Lauzirika

Fotos | SEDAP



“El mayor potencial de la AP en España son sus profesionales”

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, responsable de la Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte del Servicio Andaluz de Salud y profesor asociado de la Universidad de Sevilla en la Facultad de Medicina, Luis Gabriel Luque Romero es el presidente del comité científico del XXII del Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Primaria (SEDAP) que se celebrará del 8 al 10 de junio en Sevilla bajo el lema “El futuro es ahora”. En la entrevista con la revista EL MÉDICO deja muy claro que la Atención Primaria en España es una de las más potentes de nuestro continente “y que su mayor potencial son los profesionales”.

Con la pandemia COVID llamando a la puerta de salida, ¿es previsible que su paso a endemia sea un nuevo reto, sobre todo para la AP?

Todo lo relacionado con COVID-19 es un reto por el momento. Ahora estamos integrando las nuevas actividades relacionadas con la enfermedad: realización de test de antígenos para un diagnóstico temprano, tanto a nivel de población general como en residencias de mayores y centros educativos. La atención a la enfermedad por SARS-Cov 2 también supone un reto en cuanto a la mayor morbilidad en grupos de riesgo y la valoración de las secuelas. Y por supuesto, mantener las coberturas vacunales suficientes para garantizar la protección a la ciudadanía, centrada igualmente en poblaciones de riesgo. Por otro lado, no podemos olvidar la actividad más propia de AP que se ha visto retrasada por la sobrecarga asistencial que han supuesto las seis olas de la pandemia. Ahora es el momento de recuperar las bases de la AP: promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y sobre todo el

seguimiento a los pacientes crónicos complejos.

Vista la encrucijada de la AP en esta pandemia (asistencia telefónica, retraso de consultas, demora en el tratamiento a crónicos y pluripatológicos, dificultad para conectar con personas mayores...), ¿cuáles son desde la SEDAP los retos de la adaptación de la AP en España?

La AP en España es una de las más potentes de nuestro continente y su mayor potencial son los profesionales que han sufrido mucho en estos meses de pandemia, y quizás el mayor dolor ha sido que se ha pensado que los centros de salud estaban cerrados, cuando no era así. La consulta telefónica que estaban haciendo los médicos ha resuelto muchos problemas a la ciudadanía y se va a mantener, pues es demandada por la población activa. Por tanto, ya tenemos un aspecto que supone una adaptación a la era de las tecnologías. Otros sistemas implantados para enviar documentos a los usuarios, como resultados de analíticas y otras pruebas diagnósticas, partes de baja y renovación de tratamientos, también se van a mantener. A la vez hay que dar un cambio, en cuanto a que el ciudadano conozca y participe de su enfermedad para ser más autónomo en su control, y para ello debemos invertir más tiempo en aquellos pacientes más crónicos. La actividad sanitaria en residencias de mayores es una de las grandes asignaturas pendientes y hemos aprendido que debemos ofrecer una mejor asistencia; para ello hay iniciativas en cuanto a unidades específicas de residencias lideradas por enfermeras. Otra es la figura de la enfermera referente escolar que ha gestionado los brotes de

COVID en la pandemia y que cuando esta ceda se centrará en la atención a los niños con necesidades especiales y a la promoción de la salud en el ámbito educativo. La Salud Pública es otro aspecto que va a tener un lugar predominante en la nueva AP, pues cada vez hay mayor riesgo de alertas como en los últimos tres años, con la crisis de salud pública por listeriosis y fiebre del Nilo, que ha coexistido con la pandemia por COVID en Andalucía.

Para su congreso de junio en Sevilla proponen el lema “El futuro es ahora”. Si es así, ¿cuáles son las necesidades que hay que cubrir en el futuro, o sea, ya mismo?

La cuestión esencial es que podamos garantizar el número de médicos necesarios para ofertar una atención de calidad. Para ello, no solo debemos adaptarnos la organización sanitaria, sino también la población. Los sistemas de salud públicos deben orientarse a ser atractivos

La cuestión esencial es que podamos garantizar el número de médicos necesarios para ofertar una atención de calidad

para las nuevas generaciones de médicos y ofrecer mayor estabilidad en los contratos. La población que atendemos es cada vez mayor y en consecuencia cada vez más dependiente, con mayores necesidades de atención médica y cuidados enfermeros. Por otro lado, la mayor movilidad de la población por causas recreativas y por migraciones de cualquier origen (guerras, hambrunas, etc.) son un reto para la atención sanitaria en España. Por tanto, hemos de ser conscientes de que la AP que tenemos es de todos y debemos esforzarnos en cuidarla, haciendo un uso razonable de los servicios. A partir de aquí, todo es posible.

Los sanitarios dicen que muchos problemas de salud que se les presentan tienen una deriva socioeconómica para

ellos inabordable y, viceversa, los técnicos sociales de los municipios reconocen que hay un aspecto sanitario que se les escapa. ¿Qué habría que innovar para que la atención sociosanitaria fuera más integradora?

La mejor solución a esta cuestión es ver al individuo en su globalidad, como dice la definición de la Medicina de Familia y Comunitaria: “la atención al individuo debe hacerse teniendo en cuenta las esferas biológica, psicológica y social, sin olvidar el medio ambiente en el que viven”. Debido a ello, hay estados de salud que tienen su origen en las circunstancias que el individuo está viviendo en ese momento. Por ello, la colaboración entre los distintos agentes es esencial: sanitarios, trabajadores sociales, corporaciones locales, asociaciones de vecinos y asociaciones de pacientes tienen un papel clave en el diagnóstico y gestión de todo ese entorno que influye en la vida y la salud de las personas. Si a todo esto se le añade mayor inversión presupuestaria tanto en Sanidad como en servicios sociales, los gestores de ambos sectores trabajando conjuntamente podrán aportar mucho para una atención más global y eficiente.

Hasta ahora han estado muy claras las funciones de cada grupo de sanitarios en AP, pero ante la aparición de pandemias, ¿la escasez de ciertos profesionales podría abocarles a la SEDAP y al sistema sanitario a plantearse nuevos roles profesionales?

De hecho, este es el título de una de las mesas del congreso. Tenemos, o teníamos, una AP en la que la mayoría de las consultas del usuario terminan en la consulta del médico, cuando hay otros profesionales que están mejor capacitados para de-

terminadas tareas. La enfermería en este nivel asistencial es clave y así lo han demostrado durante la pandemia. Veremos qué nos ofrecen los ponentes de la mesa en el congreso.

El nivel de tecnología a utilizar en AP es siempre discutido. ¿Creen desde la SEDAP que debiera de incidirse más en tecnología en AP en lugar de derivar tanto a hospitales?

Los sistemas de salud más fuertes son aquellos con una AP más resolutoria y eficiente. Por tanto, debemos dotar a la AP de aquellas herramientas que faciliten la capacidad de resolución y ya hace años que se está tra-

bajando en esta línea. Por ejemplo, con la realización de ecografía clínica por el médico de familia, la oferta de radiología en los centros de salud cabecera, los *Point of Care test* en los puntos de urgencias avanzados e incluso en las ambulancias, lo que permite hacer una analítica diagnóstica en la cabecera del paciente en su domicilio. Es nuestra responsabilidad y obligación ofrecer la mejor atención a los pacientes evitando desplazamientos innecesarios. Además, debemos ser muy exquisitos en el trato a los pacientes en situación terminal, pudiendo llevar a cabo en domicilio técnicas como paracentesis guiadas por ecografía, evitando el desplazamiento a los hospitales para llevar a cabo la misma.

Todas las cuestiones que le planteo hasta ahora son para toda España, pero evidentemente la gestión la realiza cada

Comunidad Autónoma. ¿Serán capaces de compartir los proyectos exitosos que haya tenido una Comunidad Autónoma?

Compartir los proyectos exitosos y poder trasladarlos a otras realidades es el objetivo de cualquier congreso, especialmente el de la SEDAP. De todas formas, durante el tiempo de pandemia, todas las comunidades hemos trabajado siguiendo un único protocolo marcado por el Ministerio de Sanidad y eso ha ayudado mucho en la coordinación. En los resultados ha influido mucho la situación previa de la AP en cada comunidad. Lo que se ha demostrado es la gran capacidad de trabajo y el gran compromiso de los profesionales sanitarios y aquí, incluyo a celadores, administrativos, que también han colaborado codo con codo con sus compañeros. La redefinición de tareas ha sido consecuencia de un gran liderazgo por parte de los gestores.

En la salud necesariamente debe de tomar parte el paciente. ¿Es así? ¿Tienen algún diseño para integrar la visión del paciente en la atención que se presta en Atención Primaria?

El paciente tiene un papel principal en su estado de salud o enfermedad. Este hecho es tan relevante que ya la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,

ya garantiza este derecho. Para que un paciente adopte un papel activo en la gestión de su enfermedad, la información y la toma de decisiones compartida son esenciales. Es en esta línea en la que se están asumiendo más esfuerzos por parte de los profesionales. Por una parte, para abandonar la actitud paternalista que nos ha impregnado a muchas generaciones de profesionales y,

Tras la pandemia, la AP está más preparada para dar respuesta a grandes necesidades sanitarias. Ahora nos toca afianzar y dar prioridad a la actividad que quedó en un segundo plano



por otra, para que los pacientes en general comprendan la importancia y asuman nuevas responsabilidades en la autogestión de la enfermedad. Sabemos que es un proceso a medio plazo y no exento de esfuerzos, pero al final lo conseguiremos. El paciente debe conocer su enfermedad y tomar parte activa. En la atención a la cronicidad en Andalucía desde hace muchos años se trabaja en los planes de acción personalizados en los que el paciente y el cuidador tienen un papel proactivo, tomando decisiones y asumiendo compromisos, además de conociendo los síntomas que pueden indicarle que está ante una reagudización y qué tratamiento debe hacer. Si entramos en el terreno de la ética, se contemplan las voluntades vitales anticipadas y la ley de eutanasia. Debemos abandonar la Medicina paternalista porque en ella privamos al paciente de sus derechos a decidir sobre su vida.

Tras la pandemia, desde la ciudadanía vemos a los sanitarios cansados, un tanto escépticos, incluso poco considerados, poco prestigiados. ¿Disponen de resultados y encuestas que reflejen la realidad de los sanitarios para encarar este futuro que es hoy?

La pandemia ha significado un estrés desmedido y mantenido para todos en general y para los sanitarios en particular. Los esfuerzos por mantener el estado de salud de la población a pesar de las 6 olas vividas han llevado a los profesionales a un estado de cansancio-agotamiento y en muchos casos al burn-out. Recuperar la situación pre-pandemia es complicado, pero el apoyo por parte de los servicios de salud adecuando las plantillas a las necesidades de la población, y la comprensión de las personas a las que atendemos, ayudarán a sobrellevar este proceso. Parte de la sociedad pensaba que la pandemia había acabado y los sanitarios

sabíamos que no debíamos bajar la guardia porque todavía podíamos contagiarnos, como así fue en las sucesivas olas, y era fundamental contar con los profesionales suficientes para poder seguir prestando atención. En algunos

momentos los profesionales han sentido la pérdida del afecto por parte de sus pacientes, lo que aumentaba el desasosiego en medio de una crisis sanitaria prolongada. Sin encuestas, la situación actual es que hay profesionales que han abandonado su profesión por estrés laboral continuado en estos años y por situaciones personales. Ahora estamos en la fase de reinventarnos, volver a establecer alianzas con la población a la que atendemos, mirar al futuro con la esperanza de que lo aprendido durante la pandemia se aplique en nuestro sistema sanitario, mejore la asistencia y haga la vida un poco más fácil a todos.

¿Podemos asistir a una situación de precariedad en el número de sanitarios que quieran acceder a las diferentes áreas de AP? ¿Se puede evitar un posible colapso solo con dinero?

Mucho me temo que solo el dinero no es suficiente. Los médicos y enfermeras que elegimos la Atención Primaria por vocación debemos recuperar la visión atractiva de la misma. Durante la pandemia, no hemos podido realizar, en gran medida, actividades de prevención y promoción de la salud, la atención al paciente crónico, la atención domiciliaria, etc.; esto nos ha generado un estado de insatisfacción con el trabajo que se hacía cada día. Recuperar estas actividades puede devolvernos el atractivo de trabajar en este nivel de salud, ya que son muy gratificantes y motivadoras para nosotros.

Los sistemas de salud más fuertes son aquellos con una AP más resolutive y eficiente

La AP tiene su campo fuera de la consulta del médico: en el domicilio, en los centros de mayores y en la comunidad. En este nivel, atendemos a toda la familia y a toda la comunidad y es en ese trato cercano donde más podemos aportar y más nos pueden aportar. Es cuando se analiza la situación de salud de un municipio con las asociaciones de vecinos y corporaciones locales estableciendo medidas para mejorar, por ejemplo con algo tan simple como la definición de una ruta para pasear los mayores en el seno de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) que se trabaja en Andalucía, lo que nos hace sentirnos más útiles e integrados en nuestra comunidad.

Muchos sanitarios de AP a estas alturas de la COVID describen el desarrollo de la pandemia como imprevisible. ¿Desde la SEDAP creen que sean cuales sean los derroteros que tome, o si aparece una nueva, la AP está mejor preparada que en marzo de 2020?

Pase lo que pase, la AP está mejor preparada para dar respuesta a grandes necesidades sanitarias que antes de la pandemia. Hemos organizado nuevas tareas, circuitos, hemos aprendido a trabajar en equipo y a colaborar con otros estamentos, organizaciones. Nos ha puesto a prueba y hemos salido airoso, ahora nos toca afianzar todos los conocimientos aprendidos y priorizar la actividad que quedó en un segundo plano ■

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

