

## **Jornada sobre Investigación para una mejor clínica, gestión y reforma de la Atención Primaria en Espanya**

### **Análisis de conclusiones de los cuatro años de Seminarios de Innovación en Atención. Impacto práctico**

**Esther Limón Ramírez**

Es un honor para mí que se me permita analizar el fruto del trabajo realizado durante años por compañeros que conocí el año pasado.

El título de la ponencia me ha generado dudas, la primera, el significado de la palabra impacto. Pero de mis dudas e interrogantes hablaré al final. He decidido hacer honor al pragmatismo que nuestra especialidad tiene y aceptar como impacto la "cantidad" de producción científica.

Para realizar el análisis, he leído el listado de publicaciones, he seleccionado las publicaciones en las revistas de mayor impacto (con el consiguiente posible sesgo de selección) y a continuación presento las conclusiones-resumen al que llego.

### **Año 2005. Eje temático: La coordinación de la Atención Primaria y la Atención Especializada**

Gérvas J, Rico A, Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin (Barc). 2006; 126(17): 658-61.

Las principales conclusiones que se extraen de los numerosos textos son:

- Análisis conceptual tanto de la situación española, como europeas
- Las experiencias buscan las economías de escala y de gama así como adecuar lugar y momento del servicio a las necesidades de la población y de los paciente
- La experiencia demuestra que se pierde eficacia y posibilidades de intervención con el aumento del tamaño de los grupos que se coordinan. Por ello, las unidades básicas deberían ser pequeñas y muy autónomas.
- Es fundamental la evaluación científica de muchas de las experiencias innovadoras, que ahora mismo falta o es parcial. Por ello, conviene ser cautos en la adopción del cambio.

Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. Rev Adm Sanit. 2006; 4(2): 357-82.

Las principales propuestas que surgen de la lectura sugieren:

- La reforma pro-coordinación del sistema sanitario, o avanzar en la reforma, para centrarnos en aspectos de coordinación, supone dar más trabajo, responsabilidad, presupuesto, poder, independencia y autoridad al médico general/de familia.
- Es necesario evaluar y reevaluar la innovación
- La participación ciudadana es esencial
- Deberíamos reformar el ejercicio profesional
- Una posible vía a seguir consistiría en refundir las actuales organizaciones (colegios profesionales, sociedades científicas) en organizaciones profesionales de médicos con autoridad interna (prestigio científico) y externa (reconocimiento institucional).

Intuyo asimismo cierta preclaridad, o intuición, o avanzar a los tiempos, al iniciar el debate sobre el seguimiento de los pacientes crónicos de forma compartida, tema de actualidad.

Innovación en el mundo desarrollado no europeo en torno a la coordinación entre primaria y especializada. El ejemplo del seguimiento de los pacientes con Insuficiencia cardíaca (seminario de septiembre de 2005)

## Año 2006

### Eje temático: La capacidad de la respuesta clínica de la Atención Primaria

Gérvas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A, Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc). 2007; 128(14):540-4.

La buena reputación del médico satisface al propio profesional, sirve de aliciente para la mejora continua de la calidad, facilita la buena relación con el paciente y ayuda en el ejercicio autónomo y responsable de la medicina. La reputación depende de la capacitación, la responsabilidad y la autonomía profesional, pero en el siglo xxi no es posible lograrla sin el concurso del trabajo gerencial audaz, innovador, inteligente y valiente.

En este artículo los autores responden a siete preguntas.

- Las necesidades y demandas de salud de la población y de los pacientes ¿existen, se crean y/o se transforman?

En general, a mayor bienestar económico corresponde un mejor nivel objetivo de salud (médicamente valorado), y un peor nivel subjetivo de la misma (la «paradoja de la salud»). De ahí la importancia de que los médicos de familia potencien su credibilidad, para poder definir enfermedad, salud y factor de riesgo, en paralelo, coincidiendo o en contra de los especialistas y «expertos».

- La accesibilidad, piedra de toque de la atención primaria, ¿depende de los recursos o de la gestión de éstos?

Lo lógico es resolver «hoy el problema de hoy», sin que se formen «colas» en atención primaria. De lo que se trata es de lograr que el médico dedique su tiempo a los pacientes más complejos y/o graves, y de ofrecer la máxima continuidad y longitudinalidad posibles

- La integración de servicios de atención primaria y de atención especializada, ¿puede mejorar la capacidad de respuesta de la primera?

Lo lógico es la asignación territorial integrada de recursos, según capitación corregida por complejidad de problemas de salud (y dispersión geográfica, degradación social y otros indicadores de mayor consumo de recursos)

- La cartera de servicios, la asignación de los recursos y la posibilidad de gestionarlos, ¿cómo se encuentra el equilibrio que lleva a la eficiencia?

La cartera de servicios es un listado explícito de la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de la población. Como no es posible «el todo para todos, y gratis», hay que fijar el mínimo común denominador que se ofrecerá a los ciudadanos. La cartera de servicios del sistema sanitario público debería establecerse en un proceso abierto, con participación ciudadana, en que se tuviera en cuenta los problemas de efectividad, equidad y autonomía del paciente

- Si el profesional reclama y merece autonomía para organizar su trabajo, ¿qué riesgos se pueden transferir?

No se han demostrado grandes ventajas del equipo frente al trabajo en solitario, al menos allí donde se han comparado (Países Bajos y el Reino Unido, cuyos equipos son pequeños, de 3-4 médicos generales que se eligen entre sí, comparten la propiedad privada del centro de salud y seleccionan y contratan al personal auxiliar)

- La lógica lleva a la sustitución de los servicios de abajo arriba, pero en la práctica hay una tendencia inversa, ¿por qué?

Los servicios deberían prestarse en el lugar y el momento adecuados, y por el profesional adecuado, tanto por razones de eficiencia como de seguridad, con una tendencia centrífuga que va de la sala del hospital al domicilio del paciente. Es urgente que una gestión audaz, innovadora y valiente apoye la necesaria y justificada sustitución, que aumentará la capacidad de respuesta de la atención primaria (al liberar tiempo para que el médico general se dedique a los pacientes complejos y/o graves), centrará la atención en el paciente y en el ciudadano (y no en los profesionales y los servicios) e incrementará la reputación profesional. Ello implica la valoración en profundidad de las competencias profesionales y de las mismas profesiones tal como existen en la práctica, para responder eficientemente a las necesidades de los pacientes y de la sociedad

- Los servicios que precisa la dependencia en ancianos y en otros pacientes «frágiles» implican la necesidad de una mayor cooperación entre servicios sanitarios y sociales. ¿En qué medida exige ello una mayor capacidad de respuesta de la atención primaria?

La capacidad de respuesta de la atención primaria, en cooperación con los servicios sociales, exige una nueva agilidad, flexibilidad y polivalencia, pues los perfiles de los usuarios y las situaciones de dependencia son muy cambiantes. En cierto modo, el hogar se convierte en el lugar de prestación de servicios, y la familia y el paciente se integran en el equipo de cuidados (al menos en fases iniciales, y según oportunidad). En estos pacientes se descubre la falsa frontera entre necesidades sanitarias y sociales, pues los problemas tienen siempre un componente mixto y precisan medidas de rehabilitación física y psíquica, de prevención, mantenimiento, y tratamiento.

### **Año 2007. Eje temático: La organización de los servicios en Atención Primaria**

Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract* 2007; 57(544): 912–7.

La medicina de familia ha perdido el prestigio en muchos países. Se asume que el prestigio se puede recuperar por la vía de la super-especialización en diferentes áreas, como que un médico de familia sea un referente de otros colegas. Se esperaría que este acceso al conocimiento especializado mejoraría las derivaciones y haría decrecer el coste del cuidado de la salud, pero la realidad no confirma estas expectativas.

Antes de aceptar la propuesta de universalizar que haya MF con especiales intereses deberíamos tener datos de que:

- Los resultados de salud mejoran (de los pacientes y de la población)
- Los pacientes, especialmente los de médicos que trabajan solos o en pequeños grupos, no están en desventaja
- La derivación mejora y se adecua a las necesidades de los pacientes
- El prestigio mejora, no sólo entre los médicos de familia y los estudiantes de medicina, sino también entre los pacientes
- Los puntos de vista típicos de los especialistas no son promovidos
- No se frenan otros sistemas alternativos en Atención Primaria

Gérvas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S, Seminario de Innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008; 40(5): 253-5.

Los sistemas sanitarios son organizaciones complejas, como se demuestra también para la propia medicina general/de familia. Entender y mejorar la derivación de primaria a especializada exige superar importantes problemas conceptuales y operativos, y aceptar la complejidad de la intervención en cuestiones exploradas con escaso rigor. Es ingenuo esperar beneficios cuando se actúa generalmente sobre uno de los agentes (médico de familia), con una intervención simple (presión para derivar

menos). Parecen más útiles las intervenciones complejas, como introducir cambios que impliquen a toda la organización, en especial si se refieren a la integración de servicios.

Tras este resumen, me gustaría poner sobre la mesa nuevamente la pregunta que me hacía inicialmente ¿cómo medimos el impacto? ¿qué nos hace considerarnos productivos? ¿Las publicaciones?

Los seminarios de innovación desde 2005 hasta 2007 han fructificado en 22 artículos (8 de ellos indexados en Medline) y 3 textos monográficos. La información de la investigación se puede obtener de varias fuentes, siendo la preferida por los clínicos la lectura de revistas. Por tanto, podemos decir sin duda que han sido productivos

Pero, ¿han sido eficientes? ¿podemos afirmar algo así? ¿cómo lo calculamos? ¿Sumamos los costes de los desplazamientos de todos los implicados, los restamos de los probables beneficios de nuestros cambios de actitudes? ¿Suponen esos cambios opciones eficientes?

Debería decir que intuyo que sí, pero no dispongo de pruebas ni de datos. Puedo, eso sí, exponer un caso que conozco, el de mi comunidad autónoma: Cataluña

- En mi comunidad se ha llevado a cabo un Plan de Innovación, pendiente de implementar, en el diseño del cual han participado algunos de los participantes de estos seminarios. Entre otras cosas pretende:
  - o Mejorar la calidad de atención de salud
  - o Potenciar la flexibilidad inherente a la Atención Primaria de Salud
  - o Prestar mayor atención a la motivación y satisfacción de los profesionales
- En las Jornadas Nacionales de Gestión Clínica, llevadas a cabo en Barcelona, los días 12 y 13 de marzo, la comunicación ganadora fue la del SAP Baix Llobregat Centre, Barcelona, titulada Profesional experto: una nueva necesidad para la Atención Primaria de Salud
- Estamos implementando unidades de gestión de patología crónica: por ejemplo, Unidades de seguimiento telefónico a pacientes con Insuficiencia cardíaca, en el Centre de Seguiment de Malalties cròniques

Si miran los temas que se han abordado en los Seminarios, pese a la coincidencia, no podemos asumir de una relación casual. Pero, o hay una parte de impacto no cuantificado, o si no, una gran capacidad de innovar, de generar debate antes que en otros foros.

Tanto si es de una forma como de otra, una asignatura pendiente en nuestros Seminarios es medir nuestro impacto, entre los compañeros, entre los pacientes, en los resultados de salud de nuestro sistema sanitario.