



EDITORIAL

Innovar desde la proximidad: reflexiones desde un equipo comprometido

Innovating from proximity: Reflections from a committed team

La atención primaria (AP) en Cataluña debería atravesar un momento decisivo. Tras 4 décadas de la reforma, numerosos desafíos y transformaciones sociales, un proyecto piloto de innovación nos invita a repensar nuestro papel. Desde un equipo que ha decidido sumarse, compartimos nuestras dudas, convicciones y esperanzas.

La necesidad de cambios en la AP es una evidencia compartida, aunque no existe consenso sobre los ejes de transformación. Sí hay una meta común: una AP universal, equitativa, comunitaria, de calidad y con prestigio. El proyecto piloto impulsado por el Departament de Salut de Catalunya genera expectativas, pero también dudas. Tras 40 años de una reforma disruptiva, la sociedad y sus necesidades han cambiado profundamente, y el sistema sanitario, y en concreto la AP, viven un momento convulso. Con este reto, nos planteamos los siguientes interrogantes:

¿Es necesario innovar?

Para responder, nos confrontaremos a los numerosos retos actuales, y analizaremos algunos de ellos.

En relación con la población destacamos el envejecimiento, la complejidad clínica y social, la multiculturalidad, los nuevos retos en salud (la eutanasia, las afecciones laborales, las nuevas adicciones sin sustancia, los problemas relacionados con la identidad de género...), la medicalización de la vida y del malestar emocional, la polifarmacia y la salud mental. Las consultas son más numerosas y las expectativas de la población son más altas.

Al mismo tiempo, los profesionales, cada vez con más capacidad resolutiva, nos encontramos con una presión asistencial creciente: tareas burocráticas infinitas que desplazan la docencia y la investigación, transferencia de tareas desde el nivel hospitalario sin traspaso de recursos, y un relevo generacional insuficiente por la jubilación de las pri-

meras promociones de médicos de familia y la búsqueda de otras perspectivas laborales por parte de otros profesionales.

Las organizaciones, por su parte, han endurecido la gestión, y con frecuencia esta se ha alejado de aquello esencial, la presión por los resultados ha desplazado la reflexión clínica, se ha fragmentado la asistencia (unidades, subunidades, flujos, rutas, formularios...) y las políticas sanitarias, en ocasiones, han sido erráticas, y han llevado a la inmediatez y el consumo de recursos. Existen requisitos de codificación y calidad que restan tiempo a la atención directa, ya que la digitalización es desigual, y las herramientas electrónicas que deberían ayudar son lentas, redundantes y mal integradas.

Todo ello es un coctel perfecto para una crisis del sistema y de motivación¹. Ante este escenario, y desde la proximidad a nuestra población, en el equipo creemos necesaria la innovación formando parte de la transformación.

¿Qué queremos lograr?

Queremos mantener y potenciar los fundamentos de la AP, como la longitudinalidad, el vínculo con nuestra población, la comunicación y la mirada integral². Una AP capaz de asumir con calidad una atención domiciliaria cada vez más compleja y resolutiva, garantizar la accesibilidad adecuada a cada necesidad, reforzar la continuidad asistencial y desarrollar las competencias que la sociedad nos reclama.

Se necesita una gestión más cercana, más simple, basada en la confianza, el rendimiento de cuentas y la autonomía de gestión de los equipos para adaptarnos a la población y conseguir una integración efectiva con los otros niveles asistenciales. Para ello, son necesarios también cambios en todo el sistema sanitario, con la misma mirada y enfoque en relación con los objetivos de salud y bienestar de la población.



Queremos transmitir el valor del sistema de salud público a la población mediante pactos de responsabilidad y de expectativas.

Es decir, se quiere conseguir desarrollar con garantías, tiempo y recursos, las competencias y misión que la AP tiene encomendadas, y que la población necesita. Una atención primaria que se conozca y se ponga en valor desde los primeros años de la formación universitaria, y que sea atractiva para los nuevos profesionales, con espacios de crecimiento profesional e investigación de calidad, que doten de prestigio a los centros de AP y a sus profesionales.

¿Cómo queremos evolucionar?

Queremos dotarnos de las herramientas, recursos y confianza para poder desarrollar nuestra misión en la población, que empieza por mantener el vínculo a través de la proximidad, la relación asistencial, la permanencia en el tiempo. Todo ello, es bien conocido, es fuente de salud³.

Algunos elementos nos acercan a conseguir los cambios necesarios, entre ellos el liderazgo clínico, la desburocratización real y digitalización inteligente, la sostenibilidad financiera a largo término y las facilidades organizativas soportadas por políticas e incentivos que les otorguen valor. Algunas propuestas concretas son:

- Tiempo protegido y cupos realistas. Agendas que aseguren la longitudinalidad.
- Agendas por motivos con participación y resolución de los diferentes profesionales del equipo desde la gestión del administrativo sanitario, hasta los acuerdos realistas para la resolución de la demanda aguda entre los profesionales sanitarios.
- Responsabilidad compartida sobre la salud de los pacientes con otros ámbitos y niveles asistenciales (especialidades hospitalarias, salud mental, salud reproductiva...).
- Equipos multidisciplinarios que incluyan tiempo compartido, atención individual y atención comunitaria.
- Atención no presencial con criterios de seguridad, tiempo asignado y trazabilidad, incluida en la historia clínica, y evaluable.
- Integración real con salud mental y social, priorizando itinerarios conjuntos, y presupuestos compartidos para la atención comunitaria.
- Gobernanza clínica y autonomía de gestión, con participación del EAP en el contrato de gestión y en el modelo de asignación de recursos, con incentivos alineados a los resultados de salud.
- Evaluar y crear evidencia. Proyectos de resolución ligados a las necesidades de cada población, que permitan dar respuesta y crear evidencia científica desde la AP.

Todo ello precisa de políticas sanitaria que permitan este rol de la AP, posibiliten el tiempo profesional, y muestren confianza y reconocimiento de esta tarea⁴.

¿Lograremos innovar?

La innovación en AP no consiste en grandes documentos ni anuncios, sino en devolver tiempo y energía a los equipos para ejercer su rol clínico y comunitario, y adaptarnos a las necesidades sin perder los valores esenciales. Ante los numerosos retos actuales, la AP ha demostrado solidez en su enfoque y evidencia en sus resultados en salud. Nuestra respuesta es sumarnos a la iniciativa y aprovechar la oportunidad para ser parte de la solución. La reforma de 2025 puede ser exitosa si se consigue reforzar el papel de la AP en el centro del sistema, reducir la burocracia a cambio de más minutos con los pacientes y un verdadero refuerzo de papel comunitario. Pero, sin cambios estructurales en financiación, gestión y condiciones laborales, y sin una reorientación de la relación con el resto de los niveles asistenciales, corremos el riesgo de presionar sin transformar, de convertir la ilusión en desencanto.

Bibliografía

1. Sisó A. La professió mèdica en el 2025: encant en 2n quart del segle XXI. *Butlletí de l'Atenció Primària de Catalunya*. [consultado 5 Sep 2025]. Disponible en: <http://www.butlleti.cat/ca/vol43/iss1/1>.
2. Añel Rodriguez RM. *El poder de la longitudinalidad y el vínculo*. *FMC*. 2024;31:447–9.
3. Prior A, Aagaard L, Flytkjær L, Vedsted P, Vestergaard M. Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study. *The Lancet*. 2025;1. Disponible en: <https://www.thelancet.com/primary-care>.
4. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española: Informe Final [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. [consultado 26 Sep 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Final_ES_vf.pdf?utm_source=chatgpt.com

Maria Antonia Llauger Rosselló *
y Maria Antonia Pou Giménez
Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, Equipo d'Atenció Primària Encants, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: [\(M.A. Llauger Rosselló\).](mailto:mallauger@gencat.cat)