



Original

Adaptación de los centros de atención primaria a la virtualidad

Jordi Acezat Oliva*

CAP Casernes, Institut Català de la Salut, Barcelona, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de septiembre de 2021

Aceptado el 22 de noviembre de 2021

Palabras clave:

Atención primaria
Gestión sanitaria
Adaptación al cambio
Metodologías ágiles
Virtualidad
Salud digital

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 ha modificado el modelo asistencial para proteger a nuestros pacientes con enfermedades crónicas, y atender la alta demanda aguda que llegaba a los centros de salud. La respuesta a algunas demandas de forma no presencial puede contribuir a descongestionar el día a día presencial. La telemedicina o la teleconsulta son herramientas, que se han vuelto imprescindibles en nuestra actividad asistencial. Para realizar con éxito de este proceso de transformación debemos responder a 3 preguntas clave: ¿por qué?, ¿para qué? y ¿para quién? Este proceso ha de sustentarse en cambios organizativos e incorporar nuevas prácticas que aporten valor. Debe basarse en el empoderamiento de todos los miembros del equipo. Estamos en un momento único para cambiar la forma en cómo la atención primaria ha gestionado la relación con el paciente. Avancemos hacia un nuevo paradigma donde la virtualidad y la presencialidad encajen mejor: «apuntemos a la luna, incluso si fallamos, aterrizaremos entre las estrellas».

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Adaptation of primary care centers to virtuality

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has changed the scheme of care in order to protect our patients with chronic pathology, and to provide an adequate response to the acute care demand that reached the Health Centers. The non-face-to-face care can contribute to decongest the family doctor consultations. Primary Care professionals must lead and manage the transformation towards a mixed model where face-to-face and non-face-to-face care are part of the day-to-day consultation. Telemedicine or teleconsultation have become essential elements in our day-to-day care. For this process of transformation to be successful, we must answer three key questions: Why? For what? And for whom? It will be much easier to make this adaptation if we answer the three questions correctly. This transformation process must be sustained by organizational changes and the incorporation of new practices that add value. It should be based on the empowerment of all team members. We are in a unique moment for the change in the way primary care moving to a new paradigm where virtuality and presence fit: "let's aim for the moon, even if we miss, we'll land among the stars."

© 2021 The Author. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the license CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keyword:

Primary care
Health management
Adaptation to change
Agile methodology
Virtuality
Digital health

El 12 de febrero de 2001, 17 expertos del mundo del diseño de software, se reunieron en Snowbird, Utah, para reflexionar sobre la gestión del cambio y la complejidad en los procesos de trabajo. En la reunión se acuñó el término «Métodos Ágiles», para definir los métodos que estaban surgiendo como alternativa a las metodologías formales, a las que consideraban excesivamente rígidas y, por consiguiente, poco efectivas en contextos complejos y cambiantes¹.

En la actualidad, a diferencia de las épocas pasadas vivimos una etapa donde el avance tecnológico es constante y provoca un cambio continuo en aquello que sabemos, aquello que hacemos y aquello que pensamos. Este progreso se traduce en una modificación de nuestros hábitos, en la forma de relacionarnos y en nuestras necesidades. Pese a que el *Manifiesto Agile* nació de la mano de profesionales del mundo del diseño de software, las ideas recogidas en este, se han ido transversalizando por su potencial y su efectividad en muchos otros sectores, como el de la salud. Esta metodología define un entorno, el cual a todos los sanitarios nos es familiar, desde el estallido de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 en diciembre del 2019, y que se

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Jordiacizat.bcn.ics@gencat.cat.

denomina entorno VUCA. Las siglas VUCA obedecen a las palabras volatilidad, incertidumbre (uncertainty), complejidad, ambigüedad. El entorno VUCA se caracteriza por ser volátil, tiene que ver con el hecho de que nuestro alrededor está expuesto a dinámicas de cambio. Incierto, porque es muy difícil predecir lo que pasará en un futuro con certeza y exactitud. Por tanto, la incertidumbre es uno de los elementos básicos a gestionar. Complejo, porque es un sistema conformado por una infinidad de variables interconectadas. Ambiguo, ya que hay entornos que pueden ser interpretados de forma coherente y de diferentes maneras.

Cualquiera que evoque la crisis por la COVID-19, puede sentir que el entorno VUCA la representa con facilidad. Las direcciones de atención primaria (AP) nos vimos obligadas a dar una respuesta ágil en este entorno descrito, y una muy buena prueba de ello fue cómo los centros de salud (CS) viraron de la presencialidad a la visita telemática en menos de 48 horas.

En este sentido, la pandemia de la COVID-19 ha actuado como promotor de cambio, haciendo necesario modificar la forma de hacer las cosas y ha obligado al sistema sanitario y a sus profesionales a adaptarse a la necesidad del momento. En un entorno de alta volatilidad, donde el escenario mundial cambiaba en cuestión de horas, vivimos momentos de alta incertidumbre, con cambios continuos de protocolo, adaptándonos al conocimiento que iba surgiendo de una enfermedad nueva.

La pandemia también ha demostrado la importancia de nuestro sistema sanitario. Un sistema que ha sido capaz de adaptarse a un entorno VUCA, potenciando la esencia de cada nivel asistencial para construir soluciones eficientes. Al inicio de la pandemia, como médico de familia y director de un centro de salud en Cataluña, viví cómo nuestro día a día se volvió altamente complejo y requirió que buscáramos soluciones multidimensionales para proporcionar a nuestra población los cuidados que necesitaba. En pocos días, los CS nos focalizamos en la atención al paciente diagnosticado de infección por la COVID-19, asumimos la atención sanitaria en residencias de ancianos, muy afectadas durante la primera ola, y seguimos dando respuesta a los pacientes afectados por enfermedades crónicas que presentaban descompensación o necesidad de atención inmediata. El objetivo de este cambio era claro, por un lado, proteger a nuestros pacientes con enfermedad crónica; y por otro lado, sobrevivir como sistema a la sobresaturación de la demanda aguda que llegaba a los CS.

La sobresaturación de la consulta de AP no es nada nuevo y desde hace años, sociedades científicas y organismos colegiales proponen soluciones para dar respuesta de forma no presencial a las demandas y las necesidades de los pacientes. Dar respuesta a algunas demandas de nuestros pacientes de forma no presencial puede contribuir a descongestionar el día a día presencial y la sobresaturación de las consultas del médico de familia². En este sentido, en 2011 semFYC dedicó uno de sus artículos monográficos de la revista AMF «Uso adecuado de...», a la consulta no presencial, en el que Cobos y Rifà⁷ nos presentaron algunas reflexiones para el futuro, hoy presente, sobre la atención no presencial y su aplicabilidad en el día a día de la medicina de familia.

Desde mi faceta de gestor sanitario, quiero destacar que la pandemia también ha puesto de manifiesto la importancia de la AP como elemento esencial y pilar de la sanidad en España. Ha permitido constatar su infradotación tanto tecnológica como de recursos humanos. Estamos en un momento clave en el que es necesario que a nivel político-institucional se tomen decisiones y estas se traduzcan en una apuesta real, más allá de rótulos y eslóganes, dotando a la AP con el presupuesto adecuado.

Como decía Albert Einstein, ante toda crisis se abre una oportunidad para avanzar e incorporar progresos. La pandemia ha acelerado en el ámbito sanitario un proceso de transformación que era necesario. Ha permitido a los sanitarios y a los pacientes experimentar con la atención no presencial de una forma intensiva. Durante estos más de diecinueve meses de pandemia hemos puesto en práctica alternativas no

presenciales para resolver necesidades sanitarias de nuestros pacientes y la experiencia según algunos datos publicados recientemente³, ha sido bien valorada por los clínicos y los pacientes. Sin embargo, también nos ha permitido identificar algunas «líneas rojas» irrenunciables en algunas prácticas asistenciales, en las que la alternativa no presencial no ha sido buena. De este modo, el momento actual nos brinda una oportunidad, como profesionales sanitarios, para reflexionar sobre nuestra profesión e incorporar alguna de las medidas no presenciales puestas en práctica durante la pandemia. La medicina, la enfermería de familia y los CS en general tenemos la responsabilidad de reorientar un modelo asistencial que antes de la pandemia ya traslucía sobresaturación. Es el momento de reflexionar sobre muchas de nuestras prácticas en consulta, y plantearnos si siguen siendo la mejor opción o existe una alternativa más adecuada atendiendo a criterios de eficacia y eficiencia. Conviene reflexionar si «porque siempre se ha hecho así», tiene sentido mantenerlas o podemos modificar nuestra manera de hacer con nuevas prácticas que aporten valor. Un primer paso debe ser el de afianzar las prácticas que hemos incorporado durante los primeros diecinueve meses de pandemia y que hemos comprobado su utilidad para descongestionar y desburocratizar las consultas. Recientemente, desde la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria se ha publicado un informe en el que se recogen los resultados de una encuesta realizada a 1.051 médicos de familia sobre el impacto y la vivencia del día a día durante la pandemia, así como la detección de quince elementos claves con los que proyectar la transformación del modelo de AP en la era post-covid³.

Como aspectos a destacar, el 83% de los médicos preguntados afirmaban sentir cómo había malbaratado su tiempo con trámites burocráticos (seguimiento de procesos de incapacidad laboral temporal (IT) y otros). Solo un 12% de los médicos considera que todas las visitas deberían ser mayoritariamente presenciales, y un 42% considera que la proporción más adecuada debería ser 50% presencial y 50% no presencial. En este documento, se plantean cambios dentro de la consulta, pero también fuera. En este sentido y desde mi punto de vista como gestor sanitario, debemos implicar en el proceso clínico a todas las figuras del equipo y diseñar circuitos internos que faciliten la actividad asistencial.

En las últimas décadas, la sociedad occidental ha dado un salto hacia el mundo digital y la AP debe reorientarse y actualizarse al escenario actual incorporando el elemento tecnológico. Esta actualización pasa por construir un modelo híbrido en donde la presencialidad y la virtualidad sean elementos complementarios en nuestro día a día en consulta, usando una modalidad u otra cuando realmente sean la alternativa más valiosa. Los profesionales de AP debemos liderar y gestionar la transformación hacia este modelo mixto. El debate no debe ser si la consulta no presencial, la telemedicina o la teleconsulta son herramientas buenas o malas. Son herramientas, son medios y queramos o no, ya forman parte de nuestra vida y se han vuelto elementos imprescindibles en nuestro día a día.

La clave para el éxito de este proceso de transformación de la AP hacia un modelo mixto donde se incorpore el uso de las Tecnologías de la Información y comunicación (TIC) como herramientas de salud digital, debe dar respuesta a tres preguntas clave: ¿por qué?, ¿para qué?, y ¿para quién? (fig. 1). Ayudándonos de algunas técnicas basadas en el *Design Thinking*, como puede ser el mapa de la empatía y la creación del viaje del paciente. A modo de ejemplo, si nos preguntamos «¿por qué debemos implantar la videollamada en un CS?». Será mucho más sencillo saber cómo implantarla si también nos respondemos «¿para qué?», qué es aquello que conseguirá el paciente con la implantación de la videollamada (obtener una comunicación eficaz, reducir los desplazamientos y salvar las distancias en zonas de difícil movilidad como las zonas rurales, entre otras). También deberemos sumar el «¿para quién?», de todos los usuarios del sistema sanitario, quiénes serán aquellos que más se beneficiarán. De esta forma, analizaremos el perfil de estos usuarios y podremos focalizar los mensajes y las acciones a este grupo de población. Además, nos ayudará

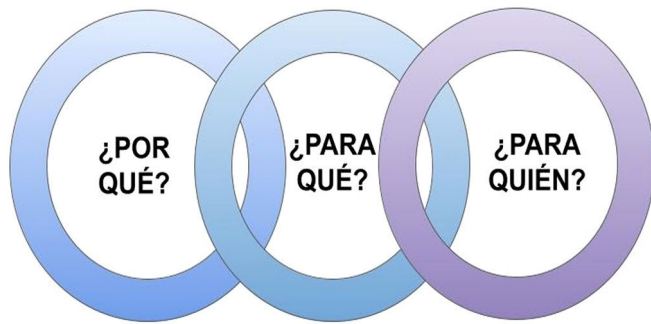


Figura 1. Adaptación al cambio

a no olvidar aquellos grupos de usuarios que no serán tributarios del uso de la videollamada y, por tanto, requerirá que implementemos otras acciones.

Este proceso de transformación ha de sustentarse en cambios organizativos e incorporar nuevas prácticas que aporten valor. Debe basarse en el empoderamiento de todos los miembros del equipo, y en este sentido debe seguir desarrollando las competencias de enfermeras, potenciando las competencias del administrativo sanitario (AS) y del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) dentro de un marco legal que lo avale. Debe ir más allá de desburocratizar la consulta, debe ir más allá de utilizar la tecnología como simple elemento de comunicación con el paciente. Como ejemplos de nuevas prácticas que aporten valor, ¿podríamos utilizar la videoconsulta para la revisión del uso de la terapia inhalada del paciente EPOC? ¿Podríamos utilizar la videoconsulta para repasar con el paciente la preparación previa a alguna exploración complementaria? La verdadera transformación tras responder al para qué, por qué y para quién, debe identificar el cómo y cuándo.

Este proceso de transformación trae implícita la necesidad de definir circuitos internos en los que se potencien los roles y las competencias de cada miembro del equipo. En este sentido el empoderamiento de la figura del administrativo sanitario es esencial para poder desburocratizar la consulta del médico y la enfermera de familia. Esta crisis sanitaria nos ha llevado a desarrollar los roles profesionales en su máxima expresión: un ejemplo de ello ha sido la capacitación para la realización de pruebas diagnósticas (TAR y PCR) por parte de TCAE en algunas partes del estado español. La respuesta a una necesidad de la población, que requería de la realización de pruebas diagnósticas de forma ágil, ha obligado al sistema sanitario a adaptarse, capacitar y desarrollar roles profesionales que durante años tenían un papel estanco en los equipos. Este ejemplo, de adaptación al cambio dando una respuesta rápida y adecuada a las necesidades de la sociedad, debe ser un faro de luz en los años de adaptación a la virtualidad que están por venir (fig. 2).

Del mismo modo, convertir en no presencial algunos tipos de atención sanitaria que hasta ahora habíamos realizado de forma presencial, puede ser uno de los elementos fundamentales de este proceso de transformación (tabla 1). Así, por ejemplo, el seguimiento de algunos procesos de incapacidad laboral temporal, ya bien sea por la duración prevista de la baja o por el diagnóstico que la provoca, esto puede realizarse a través de una modalidad síncrona no presencial (llamada telefónica, videollamada). Disponemos de algunas experiencias de seguimiento de trastornos de ánimo a través de videollamada en la que esta modalidad puede aportar el valor de dar tranquilidad al paciente comunicándose con su médico en un entorno seguro; cuántos pacientes nos hablarán con mayor transparencia si se sienten resguardados en casa⁵... La visita no presencial también puede ser útil en el seguimiento de la enfermedad crónica, por ejemplo, en la revisión de la terapia inhalada de los pacientes EPOC directamente en casa, o para el seguimiento de los controles tensionales, para aclarar dudas de los pacientes, en el que la visita presencial en el CS no aporta valor.



Claves de éxito del proceso transformación



Figura 2. Claves de éxito del proceso de transformación

Durante la pandemia, también hemos visto cómo el porcentaje de los pacientes que han accedido a nuestras consultas a través de herramientas virtuales ha crecido de forma exponencial. Hay un porcentaje importante de nuestros pacientes que prefieren el uso de las TIC como elemento de acceso al sistema sanitario. No obstante, no es menor cierto que existe una fractura digital, y a pesar de que existe cierta tendencia a la reducción de dicha brecha⁴, especialmente en la población de 65 a 83 años. Según una publicación en JAMA⁶, el 38% de los pacientes mayores de 65 años presentan limitación con el uso o acceso a las TIC en la era digital y podrían presentar dificultades para el acceso al sistema sanitario si solo existiera un modelo basado en la virtualidad de las consultas. Por tanto, solo si damos respuesta a las tres preguntas descritas como clave del éxito del proceso de transformación, podremos incorporar la virtualidad al sistema sanitario de forma que se mantenga un acceso equitativo al sistema.

En resumen, el mundo VUCA define bien la crisis sanitaria por la COVID-19, que ha sumergido a nuestra sociedad en un entorno complejo y ambiguo, donde navegar entre la incertidumbre se ha

Tabla 1
Utilidades y experiencias de virtualidad

Video cápsulas de recomendaciones de salud para enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, EPOC
Programa digital de prevención y educación de las enfermedades
Lectura de pruebas diagnósticas o de análisis clínicos y entrega de resultados al paciente a través de SMS o e-mail, vía Econsulta
Videollamada para seguimiento clínico y ajuste de tratamiento
Monitorización de la salud (paciente diabético, insuficiencia cardíaca, HTA)
Seguimiento de procesos de incapacidad laboral temporal por videollamada
Seguimiento y educación sanitaria en los pacientes con terapia inhalada
Videollamada para seguimiento de enfermedad mental (Tr depresivo, ansiedad...)
Econsulta: mensajería asíncrona médico/enfermero-paciente (para demandas no urgentes)

convertido en un arte. La respuesta de los sistemas sanitarios a este nuevo escenario debe sustentarse en la agilidad, la mejora continua y los equipos multidisciplinares donde cada miembro del equipo desarrolle su rol profesional en su máxima expresión. En este contexto, la pandemia ha actuado como promotor para el cambio. En el momento del estallido de la pandemia, los CS viraron a la consulta no presencial para atender a la mayoría de los pacientes que demandaban atención sanitaria. Este escenario ha permitido experimentar al máximo con las nuevas tecnologías y formas de comunicarse.

Ahora, 19 meses después de transitar por una pandemia que ha roto con todo lo conocido, es el momento de que los gestores sanitarios reflexionemos qué prácticas de valor de la consulta no presencial deben instaurarse como circuitos asistenciales establecidos. Para ello, será necesario centrarse en el paciente, respondiendo a las preguntas del ¿por qué?, ¿para qué?, y ¿para quién? Estamos en un momento único para el cambio en la forma cómo la AP ha gestionado la relación con el paciente y es la responsabilidad de políticos y también de cada uno de los profesionales que conformamos el sistema, remar para un nuevo paradigma donde virtualidad y presencialidad encajen: «apuntemos a la luna, incluso si fallamos, aterrizaremos entre las estrellas».

Bibliografía

1. Fundación Atención Primaria. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Agilidad? (Adaptación al cambio en momentos de crisis). Actividad con número de registro 09/029335-MD acreditada por el Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries. 2021
2. Pedrera Carbonell V, Bonet Plá Á, Scharwz Chávarri G, et al. [Internet] Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/11/2008.-DOCU-25-DESBURUCRATIZACI%C3%93N.pdf>.
3. Informes CAMFIC. Atenció Primària en l'era post-COVID revolució per a la transformació. Barcelona. 2021 http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_14356_EBLOG_4160.pdf.
4. Criado Quesada B, Zorrilla Muñoz Vanessa, Agulló Tomás V. <https://doi.org/10.5209/TEKN.74199>.
5. Varela J, Roure C, Brugués A, Bayona X, Benavent J. Innovant en l'atenció primària a Catalunya. Una aproximació a la realitat. Observatori la Gestió importa. Atenció sanitària basada en el valor. <http://lagestioimporta.cat/arees/innovant-en-latencio-primaria-a-catalunya-una-aproximacio-a-la-realitat/>. © 2021 Observatori La gestió importa.; Feb 2021;2-80.
6. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing telemedicine unreadiness among older adults in the United States During the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020;180(10):1389-91. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2671>.
7. Cobos M, Rifà A. Uso adecuado de ... Consulta no presencial. *AMF.* 2011;7(2):96-9.