



## EDITORIAL

# Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria



## Population needs, a call for changes in Primary Care

Esther Límón<sup>a</sup>, Carles Blay<sup>b</sup> y Albert Ledesma<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Médico de familia, Mataró 7, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup> Médico de familia, Programa prevenció i atenció a la cronicitat, Generalitat de Catalunya, España

<sup>c</sup> Médico de familia, Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària, Generalitat de Catalunya, España

Disponible en Internet el 27 de noviembre de 2014

Las proyecciones demográficas indican que España será uno de los países más envejecidos del planeta, lo que incrementará la cronicidad, la multimorbilidad y la discapacidad en la población<sup>1-3</sup>. En este contexto, la prevalencia de condiciones complejas aumentará, resultado de la suma de problemática social y sanitaria en la misma persona<sup>4</sup>; una estrecha asociación a la que no se podrá dar respuestas separadas.

Las proyecciones en la economía mundial prevén un decrecimiento del producto interior bruto (PIB), constituyendo una amenaza para la equidad, que amplía la brecha entre ancianos ricos y pobres —estos últimos con una morbilidad mucho mayor— e impacta negativamente en las condiciones de niños y adolescentes. Así las cosas, la sostenibilidad de las políticas públicas de bienestar se ve amenazada, especialmente para atender a las personas con mayor nivel de necesidades (o que están en riesgo de tenerlas)<sup>5,6</sup>. Se estima que un 8% de la población está en situación de complejidad social o sanitaria y consume el 30% del presupuesto de las Comunidades autónomas (CC.AA.).

Las personas con enfermedad crónica avanzada son un colectivo singular entre los pacientes complejos. Se caracterizan por un pronóstico de vida limitado y múltiples necesidades en un modelo de atención que requiere de una

mirada paliativa progresiva, que no excluye las opciones curativas y preventivas y que exige la planificación anticipada de las decisiones (PAD). Los datos que se disponen de este colectivo debieran hacernos reflexionar, ya que constituyen un ejemplo de la *tormenta perfecta* epidemiológica que, muy probablemente, se avecina<sup>7-9</sup>:

- Un 1-1,5% de la población padece enfermedades crónicas avanzadas y su prevalencia va en aumento. Estas personas sufren tanto de condiciones de salud asociadas a fragilidad como de enfermedades de órgano graves y, casi siempre, de problemas sociales.
- Mayoritariamente se hallan en la comunidad, más del 20% viven en residencias. Sus necesidades, sociales y sanitarias son de todo tipo, y a menudo no reciben la respuesta asistencial adecuada.
- El 50-70% morirá en 2 años, habitualmente aplicando un modelo de atención no específico, sin ser informados de su situación, sin contar con sus preferencias, ni disponer de información personalizada en su historia clínica.
- Son atendidos por muchos profesionales. Más del 60% de decisiones importantes no las tomarán los profesionales referentes de los equipos de atención primaria (EAP). Sus perfiles de utilización de recursos son singulares y se distribuyen por nuevos clústeres de morbilidad. Ante ello, los EAP refieren barreras y dificultades para aplicarles un modelo de atención apropiado, que exige nuevos ámbitos

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elimon.mn.ics@gencat.cat](mailto:elimon.mn.ics@gencat.cat) (E. Límón).

de capacitación, en gestión clínica y habilidades comunicativas. La PAD es el gran reto y nuevos dilemas éticos emergen.

- Estos pacientes exigen conocer su estado y sus expectativas, y gestionar las decisiones con anticipación, progresividad y compañía, coliderando el proceso de atención. Desean ser atendidos por quien más sepa y, con frecuencia, atribuyen el liderazgo clínico a agentes no *primaristas*.

Aunque no se dispone de datos tan contrastados de otros colectivos con condiciones complejas, probablemente presenten necesidades y respuestas asistenciales similares. Por ello, países de nuestro entorno están transformando en profundidad sus modelos de atención<sup>10</sup>. Los elementos clave de esta reorientación se basan en: Una atención realmente centrada en las personas, donde estas ejercen una posición de coliderazgo y corresponsabilidad y son atendidas por profesionales en un contexto de prácticas colaborativas, y una atención integrada social y sanitaria que garantice una visión asistencial única donde los pacientes son identificados y valorados multidimensionalmente, con el fin de detectar necesidades y preferencias y, en base a ellas, desarrollar planes de atención integrales y compartidos, cuya implementación y seguimiento se estructura mediante estrategias de gestión de caso.

Estos planteamientos difuminan los límites tanto de la dicotomía social-sanitaria como entre niveles asistenciales. Las necesidades se atienden fundamentalmente en la comunidad, lo que ofrece múltiples escenarios de prestación, donde la centralidad ya no la ocupa la atención primaria sino la propia persona, desde un nuevo marco integral e integrado y mediante pactos asistenciales de base territorial.

### ¿Cuál será el papel de la atención primaria en este nuevo, y más que previsible, escenario?

Todo lo antedicho recupera las esencias y los conceptos de la atención primaria española. De hecho, representa una vuelta a los orígenes, donde lo importante es la persona y una comprensión integral de la misma<sup>11</sup>. Solo que ahora se propone hacerlo sobre nuevas bases funcionales y organizativas que exigen un abordaje compartido en el que todos somos importantes y en el que no sobra nadie. Así, algunos aspectos del actual modelo asistencial deben reconsiderarse:

- *El liderazgo comunitario como ejercicio monopolístico*. Son muchos los agentes que atienden a personas con problemas complejos en la comunidad. En consecuencia, el liderazgo de la atención primaria debe ejercerse desde la actitud colaborativa, coparticipada, generosa y, ¡por supuesto!, experta y competente en la toma de decisiones complejas.
- *El diseño funcional tradicional de los EAP*. Los equipos se adaptan a las necesidades de las personas y no al revés, lo que exige un análisis objetivo y crítico de la efectividad de las actuaciones, mediante una reconsideración flexible, y de mente abierta, sobre sus prestaciones

y *modus operandi*. Las prácticas inefectivas e ineficientes deben ser desterradas. Nuevas tecnologías y nuevos enfoques organizativos permitirán optimizar los circuitos y desempeñar prácticas proactivas y avanzadas que incrementen la capacidad resolutoria de los EAP.

- *Atención para el paciente, sin el paciente*. En pocos años, el modelo hegemónico será el del paciente que delibera, que toma decisiones autónomas, se corresponsabiliza y cuida de sí mismo.

En los años ochenta, la reforma de la atención primaria supo responder a las exigencias de un nuevo entorno y lo hizo con éxito. En gran medida, la situación epidemiológica actual es consecuencia de ello.

En pocos años la cronicidad compleja y los retos sociales emergentes cuestionarán la validez de las actuales políticas de bienestar, siendo en el entorno comunitario donde, de nuevo, deberán generarse propuestas asistenciales alternativas. Probablemente, éste es el principal desafío de la atención primaria, y asumirlo compete sobre todo a las nuevas generaciones de profesionales.

### Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2012-2052 [consultado 21 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>
2. IMSERSO. Informe 2010. Las personas mayores en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
3. Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 2013. Generalitat de Catalunya 2014 [consultado 21 Jul 2014]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02\\_enquesta\\_catalunya\\_continua/Documents/Arxius/esca13\\_results.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Arxius/esca13_results.pdf)
4. Goodwin N, Sonola L, Thiel V. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013.
5. Global ageing. A billion shades of grey. The Economist. April 26th 2014.
6. Economic Survey of the Euro Area. OCDE [consultado 21 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/eu/economicsurveyoftheeuroarea2005.htm>
7. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Pall Med. 2014;28:302-11.
8. Smith S, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ. 2012;345:e5205.
9. Blay C, Gómez-Batiste X. Informe intern sobre la malaltia avançada a Catalunya. Càtedra de Cures Pal·liatives. Universitat de Vic.; 2014.
10. Ham C, Walsh N. Lessons from experience. Making integrated care happen at scale and pace. The King's Fund. 2013 [consultado 21 Jul 2014]. Disponible en: [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication\\_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf)
11. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF. Manual de Atención Primaria (primera edición). Barcelona: Ed. Doyma; 1986.