

La innovación en los servicios pediátricos de Atención Primaria. Conversaciones en tiempo de pandemia

J. J. Goñi Zabala¹, P. Lafuente Mesanza²

¹Ingeniero industrial. Consultor en Innovación Organizativa. Asociación para la Promoción de la Tecnología Social.

²Pediatra. CS de Erandio. Bizkaia. España. Grupo de Docencia de la AEPap.

PUNTOS CLAVE

- En las crisis, la innovación requiere tomar decisiones rápidas, atrevidas y focalizadas en los resultados, orientadas a cumplir mejor la misión de la Asistencia Primaria.
- Los cambios en las formas de organizarse no se improvisan, sino que siguen a cambios importantes en la forma de pensar sobre la función del conjunto de los profesionales, ante su misión en los tiempos actuales.
- La calidad de verdad, en los servicios a las personas, como la Pediatría, es resolver de manera excelente lo imprevisto. Para lo previsto ya está el protocolo. Y para ser excelente en un servicio de salud se requiere dotar de conocimiento y responsabilidad a los profesionales en contacto directo con el usuario
- Puede que el sistema sanitario (prevención y curación) sea muy bueno en ambas facetas, pero de nada sirve si su relación con el sistema social, educativo, laboral, o comunitario no está sólidamente ensamblada, por haberse desarrollado sin una mirada a la realidad de los problemas vigentes, que siempre han sido, son y serán transversales.
- Pensar en ecosistemas como unidades organizativas es una forma muy diferente de entender la organización de los servicios de Pediatría de Atención Primaria. Sus ventajas son la gestión en equipos pluriprofesionales, una

comunicación fluida, bidireccional y estable de la hospitalaria con primaria, un aprendizaje colectivo, y una red tecnológica para un modelo organizativo horizontal.

- La crisis institucional y sanitaria derivada de la COVID-19 nos obliga a reflexionar sobre qué modelo de Pediatría de AP necesitamos. Al menos tres vectores de cambio parecen imprescindibles: financiación adecuada, rediseño del modelo estructural de los servicios y cambio de actitud de los profesionales (revitalizar la motivación y el profesionalismo).

INTRODUCCIÓN

Este artículo nace en un momento crítico para los sistemas sanitarios y para el mundo en general, a causa de la pandemia de la COVID-19, con un objetivo ambicioso; hablar de innovación y de cambio.

La Pediatría de Atención Primaria (AP), así como la AP en general, arrastra importantes déficits estructurales, de personal y organizativos, y la pandemia de la COVID-19 los ha agravado. La pandemia ha incrementado la presión sobre una Pediatría de AP devaluada e infradotada con nuevas exigencias y necesidades. Dar respuesta a cualquier problema de salud, en un ámbito familiar y comunitario en continuo cambio, con estructuras y diseño de equipos concebidos hace 40 años en un

Cómo citar este artículo: Goñi Zabala JJ, Lafuente Mesanza P. La innovación en los servicios pediátricos de Atención Primaria. Conversaciones en tiempo de pandemia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13(4):168-75.

momento de crisis sanitaria y económica se presenta como una tarea insostenible.

En este contexto de crisis en el que nos encontramos se apoya la pertinencia de este artículo incluido en la sección “Apuntes de gestión” y su objetivo, no es otro, que el acercar el pensamiento de futuro a esa realidad en la que se mueve el pediatra de AP en 2020. En lugar de una aproximación genérica a la innovación social o de las organizaciones, finalmente se ha optado por un formato de conversación, llamémosle periodística, entre el pediatra preocupado por la situación de la Pediatría de AP, que reflexiona sobre la situación actual y formula sus preguntas y el experto en hablar de espacios futuros inaplazables y de los caminos para avanzar en la innovación organizativa y social, que las va respondiendo.

INNOVACIÓN COMO RESPUESTA A LA CRISIS

P.— Resulta difícil en los momentos que estamos viviendo pensar que podemos innovar. Durante estos meses la situación de sobrecarga asistencial nos ha llevado en muchos centros de salud a una situación prácticamente insostenible: agendas con más de 50 citas, prolongación de jornadas, cambios organizativos improvisados, aumento de la morbilidad por trastornos de salud mental de los profesionales, insatisfacción y conflictos con los pacientes, etc. Todo ello sin recibir una respuesta adecuada por parte de nuestros responsables sanitarios. [¿Puede ser la innovación una respuesta a la actual situación de crisis en la que nos encontramos? ¿Puede conducirnos a un replanteamiento de nuestra organización del trabajo y acometer cambios para encarar un mundo diferente?](#)

J.J.— Innovamos cuando hacemos ordinario lo extraordinario que tanto las circunstancias inmediatas como las tendencias nos imponen. Evidentemente, esta crisis nos alerta de prioridades, incapacidades, diseños y modos de hacer que requieren reconsideraciones importantes y cambios organizativos en los sistemas de salud. Las crisis graves desvelan la inoperancia de antiguas decisiones, buenas en su momento, que no sirven aplicadas a los momentos actuales. Se dice que innovar es adelantarse a lo inevitable. Si no lo hacemos a su debido tiempo tendremos graves crisis por la inacción pasada. Los problemas se amontonan y las soluciones son a costa de esfuerzos y aportaciones personales. Es lo único flexible en sistemas muy estructurados o antiguos. En la crisis la innovación requiere tomar decisiones rápidas, atrevidas y focalizadas en los resultados. Pero esta crisis debe generar una importante memoria gestora para que los problemas de hoy den lugar a satisfacer nuevas

necesidades y poner en marcha planes de largo alcance. Si somos sensatos este camino es obligatorio para mejorar e innovar.

P.— El debate de la fortaleza del sistema sanitario de los diferentes países está sirviendo para comparar sus resultados frente a la pandemia de la COVID-19 y vemos que la respuesta está siendo insuficiente, desordenada y descoordinada. Antes de la pandemia nos decían que teníamos el mejor o al menos un sistema sanitario robusto, y que la posible pandemia iba a ser fácilmente superada. Se dice que nadie lo esperaba, y que ante eso no hay posibilidad de previsión alguna. [Pero ¿podríamos sacar alguna enseñanza de estas ineficiencias en la respuesta del modelo sanitario?](#)

J.J.— La respuesta o fortaleza de un modelo de salud depende de su estructura y sobre todo del problema al que se enfrenta. Un fórmula 1 es un desastre en una pista forestal, en esa situación es mejor un tractor. Los modelos de salud de los que hoy disponemos tienen sus fundamentos de diseño de hace 50 años (agudos) y las cosas han cambiado mucho en temas como los problemas de salud (prevención), la estructura de la población (crónicos), la movilidad (contagios) y el avance tecnológico (digitalización), y por parte de los medios disponibles tanto en técnicas de diagnóstico y tratamiento como en las tecnologías de la información. La falta de capacidad de los sistemas son muchas veces desajustes leves en un principio, que van creciendo con el tiempo entre los modelos vigentes y su organización, y la realidad de las necesidades que cambian a gran velocidad.

El modelo de salud, a que debemos aspirar, contempla además de la visión interna, las relaciones con otros sistemas. Hoy podríamos hacer referencia a las conexiones entre el sistema sanitario y el sistema de atención social, también entre el sistema sanitario y el sistema educativo o el laboral. Aunque todos ellos son sistemas próximos e interconectados, viven unos al margen de otros. Tal vez sea el momento de avanzar en el significado de las palabras remodelación interna por una parte y sincronización externa por otra, más allá del habitual esfuerzo de coordinación que es insuficiente cuando los problemas son tan complejos como los que estamos detectando en esta pandemia.

La tendencia en el desarrollo de los sistemas públicos y privados de los que nos dotamos se ha mantenido durante mucho tiempo primando el desarrollo interno, sin considerar el entorno —su sincronización— en el que convive con otros sistemas. Profundizar en la eficacia de un sistema de forma aislada no garantiza que su funcionamiento siga siendo óptimo en condiciones de alteración del entorno. Todo está cada vez más relacionado, la pandemia lo ha puesto de relieve, y en lugar de en-

lazar operativamente los sistemas vigentes seguimos en el modelo anterior creando nuevas estructuras verticales y entidades específicas.

INTEGRACIÓN DE SERVICIOS

P.– Comentas la importancia de la integración de servicios, de instituciones, pero en el País Vasco se ha apostado por la integración asistencial de la AP y de la atención hospitalaria con la creación de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). Después de más de 5 años de su creación, cabría preguntarse si su forma de implementación en nuestro medio no ha contribuido a debilitar aún más a la AP. Los resultados de la epidemia en nuestro medio nos muestran que las carencias en coordinación e integración han sido con los hospitales, con salud pública, con el espacio sociosanitario y con salud laboral. **¿Por qué, si en teoría este sistema integrado podría prestar una atención más coordinada y por tanto más eficiente, desde AP percibimos que no funciona? ¿Qué está fallando, el diseño, su implementación?**

J.J.– Los cambios organizativos como la integración en otras estructuras, la desconcentración, la gestión autónoma o la especialización no son buenas o malas en sí. Lo adecuado de su diseño sería dar una mejor respuesta a la misión y visión de la entidad. En el espacio de la salud pública el foco está en mejorar la atención a la salud a través de un mejor uso colectivo del conocimiento y de la investigación. La necesaria innovación social que debemos buscar por tanto proviene de crear nuevos modelos de relación entre las personas profesionales, de forma que aprovechen mejor el saber individual, accedan mejor al espacio de interacción con el contexto familiar y social, y contemplen las situaciones y sus soluciones con una visión integral y de futuro. Además, hay que tener en cuenta que avanzar en salud supone distribuir el conocimiento hacia los usuarios, para el autocuidado instalado en los hábitos de vida.

El punto de origen de los problemas de integración es lejano, en esta y otras disciplinas, porque partimos de una dominación elitista del saber especializado, que construye estructuras jerárquicas de decisión y de gestión hacia abajo. Estas estructuras se han forjado como deriva de la visión industrial de la organización de los trabajos trasladados a los servicios, bajo la réplica de las cadenas de producción basadas en el trabajo diseñado y normalizado por otros de más arriba, y uniforme para cada persona de una categoría en forma de tareas. Por lo general la estructura en los servicios de salud se configura como una estructura piramidal donde las relaciones profesionales son

esencialmente verticales mayoritariamente de una sola dirección (del hospital a la AP), situación que se manifiesta inoperativa en situaciones críticas como en la actual pandemia. Las relaciones profesionales dominantes, según avanzan las organizaciones en aprovechar el conocimiento, de origen son verticales unidireccionales, de lo más central a lo local, luego bidireccionales con un retorno fluido, y finalmente deben usar la difusión del conocimiento en la periferia con horizontalidad multiprofesional, y con un tercer flujo de aprendizaje que se enriquece por el contacto con otros expertos. Estas sucesivas dinámicas de cambio, que son lentas, aumentan considerablemente el aprovechamiento del conocimiento especializado. Todo ello orientado a la finalidad de mejorar la atención final y crear las mejores soluciones preventivas y curativas posibles. Este comportamiento deseable no está exento de muchas dificultades organizativas.

Sin duda los cambios en las formas de organizarse no se improvisan, sino que siguen a cambios importantes en la forma de pensar sobre la función del conjunto de los profesionales, ante su misión en los tiempos actuales. Por lo general queremos hacer cambios, pero son superficiales y lentos, las estructuras mandan mucho, con lo que los fallos del sistema se manifiestan y agudizan con el paso de los años. Avanzamos mucho más en las técnicas clínicas que en los modelos de servicios y relación profesional con el usuario. Estos últimos modos de operación son, no obstante, un filón de eficacia y eficiencia sin duda no explotado.

La calidad de verdad, en los servicios a las personas, es resolver de manera excelente lo imprevisto. Para lo previsto ya está el protocolo. Y para ser excelente en un servicio de salud se requiere dotar de conocimiento y responsabilidad a los profesionales en contacto directo con el usuario. Los protocolos son importantes porque aseguran calidad técnica que es un listón, pero la flexibilidad, la motivación y el conocimiento están para superar la calidad técnica y no para evitarla. Esto requiere un esfuerzo mayor de capacitación y distribución de la responsabilidad profesional, y más confianza en todos los niveles de las organizaciones.

TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

P.– Comentabas anteriormente que avanzar en salud supone distribuir el conocimiento hacia los profesionales y de estos a los usuarios. Las nuevas tecnologías ayudan, y pueden llegar a ser imprescindibles, en el desarrollo práctico de las estrategias de resolución ante determinados problemas. La pandemia

ha puesto de manifiesto una vez más la necesidad de colaboración e intercambio de conocimientos y experiencias dentro del sector sanitario, y entre este y el conjunto de la sociedad. La incorporación de cualquier nuevo cambio tecnológico debe responder a los por qué, para qué y para quién de su utilización, estas preguntas no están contestadas. **¿Estamos utilizando adecuadamente las herramientas que la tecnología nos ofrece para mejorar los servicios de atención?**

J.J.— Por lo general, hemos entendido la innovación como un ámbito activado por la tecnología visible, los dispositivos y las máquinas. Sin duda la revolución industrial fruto del desarrollo científico de los siglos XIX y XX, nos ha impregnado el concepto innovación con un sesgo físico y material. Por ejemplo, hemos llegado a identificar el cambio en los modos de comunicar con las nuevas tecnologías que las soportan, que son los dispositivos, las App y las telecomunicaciones. Sin embargo, apenas hemos sabido definir bien el cambio social (modelos de relaciones) que estas tecnologías posibilitan. Cuando hablamos de innovación social (relativa los comportamientos) hablamos de cambio en los modelos de relación entre personas dentro y fuera de las organizaciones. Y aquí entramos de lleno en las relaciones de los usuarios con los profesionales, de los profesionales entre sí, y de ambos con las instituciones y otros grupos de interés.

Existe sin duda un déficit en el uso de los sistemas digitales facilitadores (no siempre integradores) en los sectores de servicios como la salud, la educación y los servicios sociales. No se trata solo de tener buenos mecanismos para comunicar documentos entre profesionales o datos compartidos en diferentes niveles, sino de disponer de espacios interprofesionales de conocimiento y cooperación, y de canales para los diálogos de los usuarios con ellos sobre la prevención y la recuperación de su salud.

ECONOMÍA DE LO EVITABLE

P.— La Pediatría de AP es una disciplina compleja que presta atención sanitaria longitudinal de la infancia en su medio: familia, escuela y comunidad. El principal valor de la Pediatría de AP son los eventos que evita: ingresos hospitalarios, accidentes infantiles, enfermedades cardiovasculares... y los evita por el conjunto de actividades preventivas, por la detección precoz de patologías, por el seguimiento de enfermedades crónicas (asma) y con las vacunaciones; nada de eso se ve, ni parece que se valore ni se investigue. En esta pandemia de la COVID-19 una pronta identificación de los casos sospechosos, su aislamiento

y seguimiento telefónico (de ellos y del resto de la familia) no se ven, ni se cuentan, ni son mediáticos, sencillamente, porque se han evitado, no han existido y, por tanto, no han llegado al hospital, lugar donde llega todo aquello que sí se ve. **¿Cómo es posible que esta labor tan determinante de la buena atención no se visibilice y no se asignen medios suficientes para ello?**

J.J.— El gran cambio de perspectiva en estos momentos es revisar y reinterpretar la misión de las entidades de salud, con un diseño que responde a problemas de hace muchos años. Podemos llamarlas como queramos, pero en el fondo el foco está centrado en la curación y en la prevención, con un equilibrio móvil entre los mismos. Antes los sistemas eran de enfermedad pues solo se atendía a las personas en esta situación y aún arrastramos ciertos modos de pensar y de organizarnos donde los sistemas de salud responden a esta demanda. Cuando los sistemas de prevención toman gran importancia las estructuras se acercan mucho a la población y se descentralizan, dotando de recursos y capacidades a los sistemas llamados de Atención Primaria. Ni siquiera el nombre “atención” es oportuno, indica la función de filtro, ya que debieran llamarse de Salud Primaria.

La prevención es la inversión más eficaz en resultados y costes para la salud. Las métricas de los sistemas de salud deben contemplar la medida de lo invertido en prevención y recuperación, y los no costes revertidos por la primera en relación con la salud de las personas. La buena gestión consiste en optimizar estas dos realidades, evaluar sus relaciones, viendo las inversiones en el primero comparadas con lo que no se gasta en el segundo. Si la misión, reconocida y evaluada, de la asistencia (salud) primaria en Pediatría es reducir el número de pacientes de ingreso en hospital, por el control previo de las acciones que conducen a esta situación, la reducción del gasto hospitalario sería un indicador de éxito de la primaria. La salud es mucho más amplia y compleja en sus implicaciones sociales que la enfermedad, que es más individual y personalizada

P.— **¿Es posible pensar en cambios organizativos que requieren tiempo y adaptación en estos tiempos en los que no se llega a lo básico o a los mínimos deseables?**

J.J.— Estamos en un momento de estrés agudo de las capacidades, y el caos generado por la pandemia hace que la labor sea imprevisible en contenido y modos de servicio. Se nos juntan los problemas inaplazables y la apreciación de que las ineficiencias tienen su origen en planteamientos organizativos y económicos previos que han de ser revisados a fondo. El dilema eterno del corto y largo plazo. Nos debemos dar cuenta de que no hemos abordado la genuina innovación en la organización de dichos servicios.

La agenda del cambio contiene problemas (corto), necesidades (medio) y planes (largo). Su resolución, diseño e implantación deben alinearse con las tendencias y objetivos a largo plazo, revisando a fondo la misión de las entidades de salud y diseñando nuevos modelos organizativos. El despliegue de proyectos de cambio es urgente y a tales fines deberían dedicarse al menos el 10% de los futuros presupuestos. Cambiar tiene un coste mental y económico, para ahorrar o ganar mucho después. Es la economía de lo evitable, que tanta falta hace.

La economía de lo evitable se basa en aplicar hoy recursos para evitar problemas posteriores, dentro de unos cuantos años, que son hoy evaluables y cuyo coste futuro –en caso de que se quieran resolver– sea sin duda mucho mayor. La vacunación es un ejemplo. En aquellas cuestiones donde los tiempos de obtención de los resultados son muy largos, como la salud, la educación, el conocimiento, la investigación, los cambios biológicos, la cultura y otros, el balance de corto plazo no sirve.

La economía de lo evitable genera condiciones para que no ocurran cosas, y para ello se necesita un buen conocimiento sistémico en el diagnóstico del origen de los problemas. Se trata siempre de atajar causas, frente a lo tradicional a corto de nuestras soluciones ante los problemas, que es resolver los síntomas. La segunda característica de la economía de lo evitable es la aplicación de saberes multidisciplinares, porque los problemas complejos necesitan que trabajen juntos distintos tipos de expertos. La tercera característica es que las mejoras finales se producen en ámbitos a veces distintos y distantes de donde se aplican los recursos. Es frecuente que las inversiones que se realicen en un ámbito del problema rindan beneficios en otros ámbitos. Por ejemplo, invertir en educación para ahorrar en salud. La cuarta es que su aplicación generalmente requiere una alta flexibilidad y visión compartida de los diferentes profesionales que participan en el proceso alrededor de una situación. Y, por último, y quinta característica de la economía de lo evitable, es que el empleo que genera es novedoso y creciente. Este empleo es fruto de la interrelación de expertos de distintos perfiles, en aprendizaje y cooperación necesaria entre diversas instituciones y profesionales.

ECOSISTEMAS COMO UNIDADES ORGANIZATIVAS

P.– En tus artículos hablas de los ecosistemas como modelos de inspiración organizativa de futuro. ¿Qué son los ecosistemas para una organización como la nuestra en salud y en Pediatría concretamente?

J.J.– No cabe la menor duda de que los sistemas de salud, de atención social, de cuidados (menores y adultos), de educación, y otros más, están íntimamente relacionados. Es necesario tener una visión global de la realidad futura de lo que se entiende por un ecosistema, es decir, un espacio territorial acotado formado por un grupo diferenciado de agentes, donde lo que le ocurre a un agente afecta a todos los demás, y donde un cambio en las condiciones del entorno supone cambios adaptativos en todos ellos.

Puede que una parte del sistema sanitario como el hospitalario sea muy bueno y la prevención o la primaria no lo sea, con lo que el ecosistema sanitario tendrá problemas cuando una de las partes se someta a una crisis como la vigente. Puede que el sistema sanitario (prevención y curación) sea muy bueno, pero de nada sirve si su relación con el sistema social, educativo, laboral, o comunitario no está sólidamente ensamblada, por haberse desarrollado sin una mirada a la realidad de los problemas vigentes, que siempre han sido, son y serán transversales. Es el caso de las residencias. La atención integral a la infancia, y en general a los ciudadanos, requiere de instituciones: servicios sociales, comunitarios, laborales, educativos y de salud, interconectados en lo operativo, compartiendo sus objetivos y recursos, y actuando profesionalmente con tareas comunes.

Los ecosistemas no funcionan con reglas cerradas como procedimientos, sino con mecanismos similares a la homeostasis, donde la regulación y equilibrio forman parte de los comportamientos individuales, y donde las reglas de relación son flexibles dentro de ciertos límites. Los ecosistemas nos enseñan que la autoorganización, la individuación y la mutua relación positiva coexisten en un determinado espacio concreto o territorio. La autoorganización, que supone autogestión y capacidad organizativa, nos propone que la solución sea específica de cada entorno territorial y sus condiciones. La individuación nos indica que cada miembro del ecosistema tiene una función propia, sus capacidades, y vela por sus intereses y los del conjunto. Y la relación positiva indica que hay un resultado compartido que posibilita la estabilidad y permanencia de los miembros del ecosistema de forma mutualista (flexibilidad y apoyo mutuo).

Pensar en ecosistemas como unidades organizativas es una forma muy diferente de entender la organización en Pediatría de AP y sus relaciones con la atención hospitalaria para ir haciendo una aproximación sucesiva desde los modelos piramidales a los ecosistemas. Seguramente tendremos que cambiar muchas reglas y principios hoy inamovibles construidos durante muchos años de mentalidad piramidal y unidireccional.

P.– Una formulación organizativa de este tipo es un cambio radical en la estructura actual, en la normativa y en nuestros

propia visión como profesionales. **Pero ¿qué sería en Pediatría una organización más cerca de un ecosistema y, sobre todo, cuáles serían sus ventajas?**

J.J.— En primer lugar, si hablamos de un ecosistema estamos refiriéndonos a un espacio territorial concreto, y un grupo de personas concreto. Los territorios en salud lo son físicos: barrios, bloques de viviendas, núcleos de población, centros específicos (colegios), centros deportivos, etc. donde coexisten un conjunto de personas, familias, niños, docentes, jóvenes adultos y mayores. Los centros de Atención Primaria en Pediatría pueden ser estos espacios interprofesionales y organizativos donde se gestionan esos ecosistemas complejos y a la vez singulares en cada caso. Estos ecosistemas locales se relacionan con las entidades públicas y privadas de su entorno, a efectos de gestionar mutuamente sus planes y proyectos.

El segundo criterio de esta organización es que debe llegar a acuerdos y consensos, conformando equipos estables y pluriprofesionales para atender la gran mayoría de las situaciones (70-90%), dando solución rápida, local y cercana, aumentando la capacidad de actuar sobre la prevención y resolución de problemas. El disponer de un conocimiento longitudinal de los antecedentes familiares y sociales es un activo de primer nivel para una atención acertada, por estar en contacto con las realidades sociales concretas. Esto supone un gran ahorro burocrático y de tiempo de atención. Solo así se pueden adoptar las soluciones más adecuadas. Y tal vez la mayor ventaja de estos modelos es posibilitar una motivación laboral significativa, en torno a un equipo pluriprofesional donde se aprende y progresa, a la vez que se materializa una labor de alto valor social, responsable y seguramente muy bien reconocida por el colectivo cercano de usuarios.

El tercer criterio es que los profesionales hospitalarios aporten apoyo a estos grupos para situaciones de mayor complejidad, para ganar capacidad de respuesta de todo el sistema, llegando más y mejor a los usuarios. Este tercer criterio incluye el espacio de desarrollo de la I+D+i en los servicios de Pediatría. Los proyectos de investigación, la profesionalidad y la creatividad sugieren nuevas posibilidades en las operaciones cotidianas. Una regla general es que todo profesional debe trabajar en los procesos de atención y en proyectos de innovación diseñando, probando y evaluando nuevas prácticas, en los equipos de atención.

El cuarto criterio es que esos equipos territoriales se vinculen con los agentes sociales e instituciones del entorno donde operan. Las pautas universales de acuerdos, convenios y alianzas no funcionan al igual en todos los ecosistemas, pues cada uno tiene sus características. Los acuerdos y modelos de rela-

ción son particulares y requieren de unas condiciones específicas para cada territorio y contexto de población.

El quinto criterio es la existencia de un sistema de comunicación entre ecosistemas que expande las buenas prácticas, resultados de la I+D+i, para que puedan ser evaluadas y aplicadas por otros grupos con los mismos problemas, de forma que la innovación práctica se difunde entre los grupos que la necesitan.

PROFESIONALISMO PARA APOYAR CAMBIO

P.— La pandemia ha actuado como catalizador de una situación complicada ya de origen, en un momento de crisis con un importante déficit de pediatras. Está claro que para acometer cambios precisamos no solo asignación de presupuesto para tener recursos, también necesitamos ordenar los recursos para aumentar las capacidades de servicios y recuperar la motivación, es decir, necesitamos renovar nuestro contrato social con la sociedad. Los cambios producidos en el entorno no obligan a trabajar en la adopción de un nuevo código de valores que fundamente el profesionalismo. El énfasis que se hace en el rol del profesional viene determinado por la diferencia existente, o que debería existir, entre los conceptos de profesión y ocupación o trabajo. Esta diferencia es importante ya que la noción de profesión incorpora un conjunto de valores que determinan competencias técnicas y humanísticas que no tienen por qué estar asociados al concepto de trabajo u ocupación. **¿Cómo renovar nuestro contrato social, recuperar el profesionalismo y abandonar el estatus de trabajadores conminados a cumplir órdenes? ¿Cómo se hace un tránsito organizativo? ¿Cómo evolucionar?**

J.J.— Los tránsitos organizativos no son ciencia ficción. Lo que sí es ciencia ficción es querer progresar en los sistemas complejos como la Pediatría, manteniendo las estructuras piramidales de la visión industrial, aplicada miméticamente a los servicios de salud. No hay reforma sin cambio de forma.

Si sabemos a dónde vamos, es mucho más fácil incorporar nuevas prácticas novedosas que activen una cultura más cercana a un ecosistema de atención que a una estructura piramidal, como la que nos inunda en todas direcciones. La evolución desde unos modelos organizativos a otros pasa por ir asentando ciertas prácticas que obedecen a los criterios ya citados.

Sería un error aumentar en proporción el número de profesionales en los hospitales, o limitar las competencias y áreas de conocimiento de la primaria, o gestionar por sistemas muy procedimentados.

La organización de las carteras de usuarios a través de grupos estables o equipos de atención pluriprofesionales (interconectados con los agentes sociales y comunitarios) y el aumento del ratio de profesionales de primaria (pediatras, enfermería, auxiliares administrativos) pueden ser pasos en dicha dirección. La comunicación fluida, bidireccional y estable de la hospitalaria con primaria para la gestión de casos relevantes, que permiten un abordaje conjunto, podría ser otra práctica interesante. Sin olvidar un espacio digital para la extensión de experiencias de éxito o de buenas prácticas en los grupos territoriales. Como elementos de mejora que la evolución tecnológica nos aporta indicar el uso intensivo de la telegestión y la telemedicina en los servicios para dar una cobertura de continuidad y de calidad para los usuarios habilitados para estos medios. Todo ello bajo la premisa de una buena integración de los datos sobre la salud y el correspondiente uso ético de los mismos.

Los cambios prenderán en las organizaciones que quieran elevar sus niveles de excelencia en un momento donde la tecnología avanza mucho más que las formas de organizarse. Los mayores obstáculos están en la mentalidad de quienes solo entienden que la organización no puede ser otra que la actual, y que distribuir el saber es perder poder. Nuevas generaciones de profesionales deberían encauzar estos cambios para que el aprovechamiento del saber experto se socialice en la población. Ningún otro conocimiento es tan trascendental como el relativo a la salud, y su destino inminente debe ser su distribución social. Pero para eso se requiere empezar por los profesionales, activar sus contratos emocionales y sus sistemas de conocimiento. La salud integral y el bienestar, de niños, adultos y mayores es uno de los activos sociales que definen la riqueza de una población. Contribuyamos a ello cambiando nuestros viejos esquemas organizativos.

CONCLUSIONES

El desafío de la pandemia hará, más pronto que tarde, que los cambios hasta ahora imposibles en la AP sean inevitables, en caso contrario, su papel en el sistema será meramente residual. Se precisa para ello de un [cambio global de actitud frente a la AP por parte de todos los actores involucrados \(políticos, gestores, profesionales y usuarios\)](#), que respete su valor fundamental, la longitudinalidad de la atención, y que otorgue mayor autonomía a sus profesionales.

Estamos muy lejos de vislumbrar lo que la hibridación de conocimientos y competencias entre instituciones puede dar lugar. Las verdaderas innovaciones sociales, ahora que tenemos

que regenerar muchas cosas atascadas, debieran venir de combinar competencias, integrar profesiones, compartir y promover proyectos y políticas de financiación. Repensar los sistemas es revitalizador, y sincronizarlos es urgente y determinante para crear un camino al futuro.

Los pediatras también somos actores muy relevantes involucrados en el cambio. En esta época de crisis es preciso recuperar la motivación y renovar el contrato social, [contrato social mediante el cual la sociedad otorga un alto grado de autonomía de decisión a los profesionales](#) y que está claramente en cuestión cuando estos se convierten en simples trabajadores conminados a cumplir órdenes, desde la composición del centro hasta la organización de su propio trabajo. En el 2001, señalaba Albert Jovell que el concepto de profesión ha sido sustituido por el de ocupación o trabajo, indicando que "esta situación podría llevar asociada una pérdida de los valores de responsabilidad social y de servicio a los pacientes descritos en el contrato social entre la medicina y la sociedad. El concepto de ocupación, en un sentido estricto, podría suponer la transferencia de parte de estas responsabilidades a las organizaciones para las que se trabaja". El rol de profesional se fundamenta en los valores del profesionalismo, que reflejan estándares de competencia técnica, humanística y ética. Estos estándares éticos suelen promover de una forma genérica la mejor competencia técnica, la subordinación de los intereses personales con respecto a los del paciente o la sociedad, la adopción de valores humanísticos y la respuesta a necesidades sociales. Debemos recordar las palabras de Margaret McCartney en *BMJ*: "No decimos no con la suficiente frecuencia a objetivos poco realistas, políticas sin evidencia... La vocación no debe ser húmeda, esponjosa o incapaz de decir que no. Tiene que ser valiente y capaz de rebelarse".

La Pediatría y su organización en distintas unidades en el terreno de la salud, tiene sin duda retos pendientes para aprovechar las capacidades y conocimientos de los profesionales de la especialidad, trabajando en la proximidad y cercanía de los niños y sus familias, y todo ello en un [nuevo diseño organizativo de unidades multiprofesionales o ecosistemas de acción, en vinculados y sincronizados de modo activo con otros niveles asistenciales y con los agentes sociales y comunitarios](#). Existe sin duda un gran espacio de oportunidades donde el desarrollo y la motivación social de los profesionales de Pediatría y Atención Primaria, convivan intensamente con nuevas organizaciones de servicio a la salud de los ciudadanos, con la misión de aplicar y extender el conocimiento disponible a la calidad de vida de las personas. Es el momento para que cada profesional lidere ese cambio imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

- Goñi Zabala JJ. La sociedad del cuidado. 00 propuestas para la posglobalización. Madrid: Díaz de Santos; 2018. p. 296-303.
- How to build effective teams in general practice. En: The King's Fund [en línea] [consultado el 18/12/2020]. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/effective-teams-general-practice>
- Jovell A. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Barcelona: Fundación Biblioteca Josep Laporte; 2001.
- Laloux F. Reinventar las organizaciones. Arpa; 2016.
- Los seis capitales. En: Escuela de Diseño Social [en línea] [consultado el 18/12/2020]. Disponible en: <http://www.escueladisenosocial.org/6-capitales/>
- McCartney M. Vocation, vocation, vocation. BMJ. 2016;355: i6526.
- Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. AMF 2020;16:384-93.
- Ordine N. Edgar Morin: "Vivimos en un mercado planetario que no ha sabido suscitar fraternidad entre los pueblos". En: El País [en línea] [consultado el 18/12/2020]. Disponible en: <https://elpais.com/cultura/2020-04-11/edgar-morin-vivimos-en-un-mercado-planetario-que-no-ha-sabido-suscitar-fraternidad-entre-los-pueblos.html>
- Palacio Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. 2019;15:452-9.
- Vázquez Canales L, Pujol Flores A. Los pilares de la Atención Primaria en tiempos de la COVID-19. En: Actualización de Medicina de Familia [en línea] [consultado el 18/12/2020]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2663