

# Estrategias para la renovación de la

**A**tención **P**rimaria



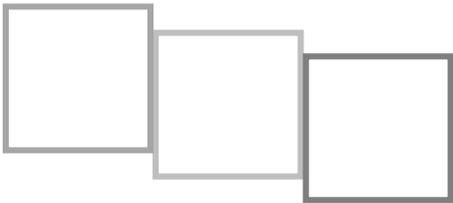


Estrategias para la  
renovación de la

**A**tención

**P**rimaria





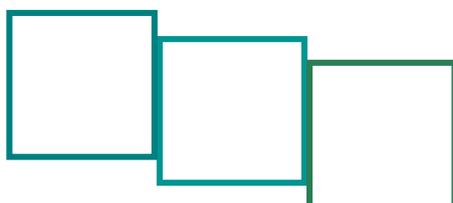
Estrategias para la renovación de la Atención Primaria

Edita: · Escuela Andaluza de Salud Pública  
· Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2016



# Índice

|   |    |
|---|----|
| ■ Objetivo .....  | 7  |
| ■ Introducción.....   | 9  |
| ■ Fundamentos .....   | 11 |
| ■ 18 Vectores estratégicos para la renovación<br>de la Atención Primaria..... | 15 |
| ■ 12 Propuestas estratégicas .....  | 17 |
| ■ 20 Líneas fundamentales de intervención.....                                | 19 |
| ■ 12 Propuestas. 82 Intervenciones .....                                      | 23 |
| ■ Aportaciones para la mejora de la Atención Primaria.....                    | 35 |



## Objetivo

Contribuir al **fortalecimiento de la Atención Primaria en Andalucía** para que pueda ejercer adecuadamente su función

Para mejorar la **salud** de las poblaciones

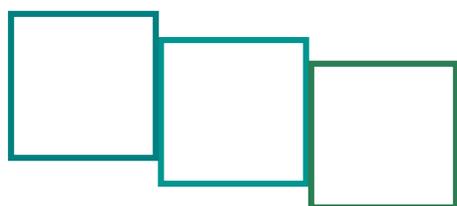
Para mejorar la experiencia individual de **atención**

Para garantizar la **equidad** en la atención en grupos de alta necesidad

Para **prevenir** la enfermedad y la discapacidad

Para mejorar la **eficiencia** del Sistema Sanitario Público

La Atención Primaria  
como agente vertebrador  
de la atención sanitaria en Andalucía



## Introducción

¿Por qué necesitamos un Plan de Renovación de la Atención Primaria? Esta cuestión se plantea ante la paradoja a la que asistimos en la actualidad.

Por una parte, a lo largo de los años las comparaciones internacionales sobre el desempeño de la atención han puesto de manifiesto el buen resultado de la Atención Primaria en España (desde los trabajos de Starfield a los más recientes del grupo de Kringos).

La Atención Primaria tanto en España, como en Andalucía se valora bien no solo en el mundo científico y profesional, sino que los usuarios y usuarias muestran un alto grado de satisfacción con la Atención Primaria como podemos comprobar a través de las encuestas de satisfacción.

Sin embargo, a pesar de que sigue siendo muy bien valorada por la ciudadanía y de que sus resultados la continúan situando entre los modelos de Atención Primaria con mejor desempeño en Europa, existe también un consenso implícito entre profesionales, gestores y políticos de que es necesario dar un impulso a la misma.

Teniendo en cuenta estas premisas y una vez consultado con las sociedades científicas de Atención Primaria, pensamos que no es necesario un cambio drástico del modelo, pero sí la puesta en marcha de un Plan de Renovación de la Atención Primaria que la fortalezca, por los siguientes motivos:



**1**

Porque es sobradamente conocido que una Atención Primaria fuerte tiene efectos beneficiosos para un sistema sanitario en su conjunto.

**2**

Porque está demostrado la asociación existente entre la fortaleza de la Atención Primaria y los resultados del sistema sanitario en salud, equidad y eficiencia.

**3**

Porque sólo desde la AP se puede hacer efectivo y eficiente un abordaje transversal de los problemas de salud más frecuentes y relevantes.

|           |  |
|-----------|--|
| <b>4</b>  | Por la excesiva fragmentación de proveedores de la atención y la escasa importancia que se le concede a los determinantes sociales de la salud y solo desde la AP es posible dar asistencia centrada en la persona como un todo, asumiendo activamente que cada persona forma parte de un contexto familiar, comunitario y social que determina y condiciona su situación. |
| <b>5</b>  | Por la imperiosa necesidad de adecuarse a las nuevas formas de enfermar: fragilidad, comorbilidad, cronicidad, enfermedades emergentes.  |
| <b>6</b>  | Por la necesidad de incorporar intervenciones que contemplen la influencia del entorno social y económico.   |
| <b>7</b>  | Por el incremento de necesidades y demandas de servicios personalizados.   |
| <b>8</b>  | Para mejorar la estabilidad y longitudinalidad de la atención.   |
| <b>9</b>  | Por la necesidad de conciliar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas de todos los niveles de atención.   |
| <b>10</b> | Para incorporar las redes colaborativas de usuarios y familiares a la consecución de mejores resultados.   |
| <b>11</b> | Para revertir la tendencia desmotivadora y de disminución de compromiso, motivada por la crítica percepción que los profesionales tienen sobre una evolución inercial (sin definición de estrategias) de la Atención Primaria.   |
| <b>12</b> | Por su progresiva pérdida de relevancia entre las prioridades sanitarias.  |
| <b>13</b> | Por la necesidad sentida por los profesionales de un liderazgo clínico participativo basado en la suma de los conocimientos y destrezas de todos los integrantes de la Unidad de Gestión Clínica.  |
| <b>14</b> | Por la necesidad de centrar la investigación en AP en sus atributos esenciales, en especial en la investigación poblacional, y por su traslación a la práctica diaria para la mejora de asistencia sanitaria.  |
| <b>15</b> | Por la necesidad de incorporar nuevos conocimientos y destrezas en relación con nuevas formas de enfermar y tratar.  |
| <b>16</b> | Por la necesidad de incrementar el prestigio y reconocimiento formal de la Atención Primaria (la ciudadanía no la identifica como un activo esencial del sistema sanitario).   |

# Fundamentos

La Atención Primaria ha sido objeto de más actas constitucionales, declaraciones y manifiestos que ninguna otra disciplina médica. Sin embargo, apenas han contribuido a la práctica diaria de la medicina de familia, unas veces por el excesivo desarrollo de los planes que hacían que no llegaran a implantarse y otras por la dificultad de las medidas propuestas para llevarlas a efecto.

Este plan está concebido como un documento práctico, abierto y flexible, de forma que nos permita ir avanzando en la implantación de las medidas incluidas en el mismo a la vez que podemos ir incorporando nuevas ideas y experiencias que hayan demostrado su utilidad.

Es sobradamente conocido que una **Atención Primaria fuerte** tiene **efectos beneficiosos** para el sistema sanitario en su conjunto.

Está demostrada la asociación entre la **fortaleza de la Atención Primaria**, medida a través del grado de desempeño de su accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación y los **resultados del sistema** en materia de equidad, salud y control de costes. Y por tanto, la financiación de este plan, no debe suponer un coste adicional, sino que debe provenir de la transferencia de créditos del ámbito de la atención hospitalaria al ámbito de la Atención Primaria.

La **Atención Primaria** debería velar por el cumplimiento de **3 principios** en cualquier sistema sanitario.

## Principios

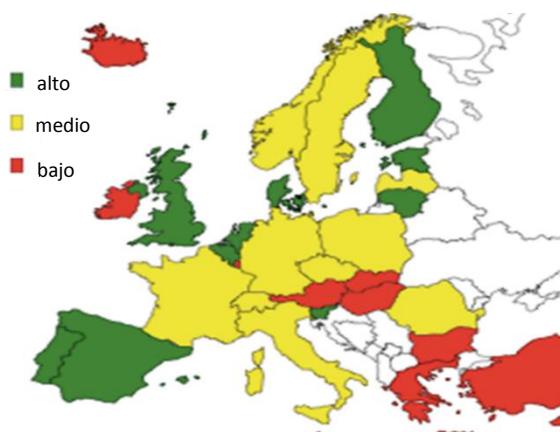
1. Centrarse en **la persona como un todo**, y no tanto en las dolencias derivadas de órganos o sistemas concretos.
2. No ignorar que **cada persona forma parte de un contexto familiar, comunitario y social** que en buena medida determina y condiciona su situación.
3. Trascender el papel de puerta de entrada o portero (*gatekeeper*) para asumir funciones de **agente de salud del paciente y vertebrador de toda la atención** recibida en el conjunto del sistema sanitario y social.

Tabla 1. Puntuaciones de los Sistemas Primarios de Salud y Prácticas en los países de la OCDE

| 1975                                 |            | 1985           |            | 1995           |            |
|--------------------------------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| País                                 | Puntuación | País           | Puntuación | País           | Puntuación |
| <i>Países por encima de la media</i> |            |                |            |                |            |
| Dinamarca                            | 18         | Dinamarca      | 18         | Reino Unido    | 19         |
| Reino Unido                          | 17         | Reino Unido    | 17         | Dinamarca      | 18         |
| Países Bajos                         | 14         | Países Bajos   | 15         | <b>España</b>  | 16,5       |
| Noruega                              | 13         | Italia         | 13,5       | Países Bajos   | 15         |
| Australia                            | 12         | Australia      | 13         | Italia         | 14         |
| <b>España</b>                        | 11         | Noruega        | 13         | Finlandia      | 14         |
| Italia                               | 10,5       | <b>España</b>  | 11         | Noruega        | 13         |
| Finlandia                            | 10         | Finlandia      | 10,5       | Australia      | 13         |
| Suecia                               | 9,5        | Canadá         | 10,5       | Canadá         | 11,5       |
| Canadá                               | 8          | Suecia         | 9,5        | Suecia         | 11         |
| <i>Países por debajo de la media</i> |            |                |            |                |            |
| Japón                                | 7,5        | Japón          | 7,5        | Japón          | 7,5        |
| Portugal                             | 6          | Portugal       | 7          | Portugal       | 7          |
| Grecia                               | 4          | Alemania       | 4          | Bélgica        | 4          |
| Bélgica                              | 4          | Bélgica        | 4          | Grecia         | 4          |
| Alemania                             | 4          | Grecia         | 4          | Estados Unidos | 3          |
| Suiza                                | 2,5        | Suiza          | 2,5        | Alemania       | 3          |
| Francia                              | 2          | Francia        | 2          | Suiza          | 2,5        |
| Estados Unidos                       | 1          | Estados Unidos | 1          | Francia        | 2          |

Fuente: Macinko, Starfield, Shi. The contribution of PC Systems to Health Outcomes within OEDC. HSR, 2003.

Figura 1. Niveles de fortaleza de la Atención Primaria en Europa



A pesar de que sigue siendo muy bien valorada por la ciudadanía y de que sus resultados la continúan situando entre los modelos de Atención Primaria con mejor desempeño en Europa,

la Atención Primaria se encuentra en España en general, y en Andalucía en particular, en un punto crítico, desde 3 ámbitos clave.

## Ámbitos Clave

1. **Ciudadanía:** la Atención Primaria adolece de una notoria **falta de visibilidad** por parte de los ciudadanos, que no la identifican como un activo esencial del sistema sanitario, al que siguen identificando mayoritariamente con los hospitales.
2. **Política:** En el Sistema Nacional de Salud en su conjunto la Atención Primaria ha ido **perdiendo progresivamente relevancia entre las prioridades sanitarias**, en especial durante la última década, como demuestra la regular reducción de los presupuestos a ella destinados, la progresiva difuminación de su propia entidad, o el escaso peso que representa en el conjunto del sistema.
3. **Profesionales:** en los últimos años las consecuencias presupuestarias de la crisis económica y las consiguientes estrategias de recorte van separando a los profesionales de la Atención Primaria en dos colectivos cada vez más diferenciados:
  - *Profesionales con situación laboral estable*, generalmente titulares de plaza, a menudo aquejados de una **desmotivación creciente, resignados** a que su situación se mantendrá sin cambios hasta el momento de su jubilación. La constitución de este colectivo es previa a la crisis económica.
  - El *grupo de profesionales más jóvenes* que terminaron sus periodos de formación y especialización en los últimos diez años y que arrastran desde el inicio de la crisis una situación de **precariedad y eventualidad**, para los cuales no parece existir un proyecto de futuro interesante, por lo que es **difícil alcanzar un sentimiento de pertenencia a la institución**, clave para la implicación en proyectos a medio-largo plazo.

Por tanto, parece evidente la necesidad de **reorientar el sistema en su conjunto**, en el que “las personas deben recibir cuidados que han de coordinarse alrededor de sus necesidades, y que deben servir de apoyo para vivir la vida que quieren llevar”, siguiendo la línea apuntada por Muir Gray.

Esta reorientación debe basarse en 5 fundamentos.

## Fundamentos

1. Centrado en la **equidad** y el valor (triple valor de asignación, competencia técnica y personalización).
2. **Personalización** del servicio (en el sentido de intensidad y extensión de la atención “graduada” por las necesidades y entornos específicos de los individuos y las poblaciones).
3. Mediante el desarrollo progresivo de **sistemas y redes colaborativas con pacientes y familiares** como socios igualitarios.
4. Transformación de los servicios guiada por **la cultura y el conocimiento**.
5. Por profesionales corresponsables de **la gestión de los recursos de la población**.

Que den respuesta a 5 desafíos.

## Desafíos

1. Prevenir la **variabilidad injustificada de la Práctica Médica**.
1. Evitar el daño que genera el **uso excesivo de recursos sanitarios**.//Uso moderado de recursos sanitarios.
2. Superar la inequidad que genera la **infrautilización en grupos de alta necesidad**.
3. Reducir el **desperdicio de recursos**, que implica la realización de actividades de bajo valor.
4. Evitar el **fracaso para prevenir la enfermedad y la discapacidad**.

# 18 Vectores

estratégicos para la renovación  
de la Atención Primaria

- 1** Primacía efectiva de la Atención Primaria y sus profesionales (médico/a y enfermero/a de familia) en el SSPA a través de un compromiso explícito por ambas partes (Consejería y profesionales).
- 2** Individualización de la atención (medicina personalizada) centrándose en el/la paciente.
- 3** Participación activa del/de la paciente en la gestión y toma de decisiones.
- 4** Los resultados clínicos/en salud como orientador estratégico de los servicios en materia de:
  - la organización de los servicios,
  - los recursos necesarios para prestarlos,
  - los reconocimientos profesionales.
- 5** Graduación (no estratificación) de la intensidad de la atención por criterios de gravedad.
- 6** Recuperar el papel del equipo asistencial (médico-enfermera).
- 7** Nuevos roles de profesionales (y/o, simultáneamente, “sustitución” de tareas entre profesionales y de unos/as profesionales a otros/as).
- 8** Potenciar la integración (versus coordinación).
- 9** Ampliar el ámbito de actuación de la AP: hospital y Atención Primaria (centro y domicilio) como espacios comunes de intervención bajo criterios de igualdad y primacía, respectivamente, del/de la médico/a de familia.
- 10** Potenciar las TICs (la tecnología como facilitadora de contacto clínico y de la integración).
- 11** Reajuste de recursos clínicos basado en las necesidades actuales de subpoblaciones específicas (aplicación de los ACGs).

- 12 Eficiencia versus ahorro, como camino a una distribución equitativa de recursos.
- 13 Relación unívoca entre resultados clínicos / en salud y costes efectivos para alcanzarlos (cociente exigible)
- 14 Cultura global de reinversión, en todos los niveles de la gestión/organización (no de desinversión)
- 15 Ética aplicada a la práctica clínica (incentivación social y cultural de la buena praxis) junto a la contención de la presión mediática de la medicina industrial versus la medicina basada en la evidencia.
- 16 Promoción del valor de la práctica clínica, que incluye el concepto de dedicar más tiempo profesional a las cosas que importan.
- 17 Potenciar la salud pública y comunitaria como estrategia para actuar sobre los determinantes de la salud. Coordinación con los servicios comunitarios.
- 18 Promover la actividad académica para mejorar la efectividad, la investigación, la innovación y la calidad.

El enfoque propuesto para  
la Renovación de la Atención Primaria en el SSPA  
se articula en:

**12 propuestas estratégicas**  
**20 líneas de intervención**  
**82 acciones**

para las que se movilizarán los recursos necesarios.

# 12 Propuestas

estratégicas

## Propuesta 1

Impulsar una Atención Primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente.

## Propuesta 2

Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional.

## Propuesta 3

Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud.

## Propuesta 4

Generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la Atención Primaria.

## Propuesta 5

Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.

## Propuesta 6

Primacía efectiva de la orientación a resultados para que guíen los cambios de la organización, sus recursos y los reconocimientos profesionales.

## Propuesta 7

Desarrollar un Modelo de Financiación de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria basado en criterios corporativos de ordenación de recursos (accesibilidad) ajustados por morbilidad atendida (ACGs) y resultados en salud.

## Propuesta 8

Potenciación de la investigación e innovación en Atención Primaria.

## Propuesta 9

Incorporar a la cultura del SSPA - AP un Código Ético Corporativo.

**Propuesta 10** Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica.

10.1. Mejoras en TIC y Sistemas de Información.

10.2. Creación e implantación de la Biografía Sanitaria de los ciudadanos andaluces atendidos en el SSPA.

10.3. Mejoras en los procesos de Formación Continua, Acreditación e Incentivación de los profesionales de Atención Primaria.

10.4. Mejoras en la gestión de los recursos humanos: autonomía, incentivación, liderazgo y nuevos roles de los profesionales de las UGCs de AP.

10.5. Mejoras en instrumentos de gestión: Acuerdos, Participación Ciudadana y Cartera de Servicios.

**Propuesta 11** Establecimiento de una financiación “suelo” de la Atención Primaria.

**Propuesta 12** Financiación específica del Plan de Acción.

Estas propuestas estratégicas están enmarcadas en las 20 Líneas Fundamentales de Intervención.

# 20 Líneas

fundamentales de intervención

## Línea 1

Mantenimiento del **modelo de gestión clínica**, centrado en el binomio paciente-profesional y la gestión de las actividades clínicas, fomentando el desarrollo de la autonomía profesional (gestión del tiempo, organización de la atención personal y del grupo humano, recursos asignados, formación continuada, incorporación práctica de criterios clínicos, éticos y de eficiencia), cuyos límites vendrán establecidos por la legalidad establecida. Dichos niveles de autonomía permitirán la diferenciación de las **Unidades de Gestión Clínica** por resultados, ajustando las comparaciones por aspectos relevantes (casuística).

## Línea 2

Fomentar y facilitar la **participación de los/as ciudadanos/as y pacientes en el proceso de decisiones** con repercusión sobre su salud, tanto a nivel individual (toma de decisiones compartidas en la consulta), como a nivel comunitario, desarrollando el plan de participación ciudadana del SSPA.

## Línea 3

Hacer transparente la **evolución del presupuesto destinado a Atención Primaria a lo largo del tiempo**, avanzando en una asignación presupuestaria acorde con las nuevas responsabilidades que pudiera asumir. Si partimos de la premisa que la potenciación de la Atención Primaria mejora los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario la financiación, inevitablemente, tiene que realizarse con reasignación de financiación procedente de otros niveles asistenciales.

## Línea 4

El **reconocimiento de la longitudinalidad como característica esencial de la Atención Primaria** implica la necesidad de garantizar la **estabilidad de los/as profesionales** en cada centro de Atención Primaria, tanto de personal fijo como eventual: en este sentido, en la provisión eventual de servicios debería favorecerse la atención por el mismo grupo de profesionales, así como fomentar la estabilidad de los/as profesionales en el mismo centro de trabajo.

## Línea 5

**Mejorar la accesibilidad** tanto en horario como en nuevas formas de prestación (consultas no presenciales).

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Línea 6</b>  | Asunción de la coordinación de toda la atención recibida por un/a ciudadano/a, para lo cual es imprescindible el desarrollo de sistemas de información y comunicación, para que el/la médico/a de familia y el/la enfermero/a de familia estén informados de todo lo que acontece al/a la paciente compleja/o o con necesidades especiales.   |
| <b>Línea 7</b>  | Generalizar experiencias de coordinación e integración de la atención como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemedicina</li> <li>• Consultorías presenciales y/o telefónicas/ internet entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria</li> <li>• Programas de conciliación terapéutica al alta</li> </ul>  |
| <b>Línea 8</b>  | Garantizar la integralidad de la atención a través de la redefinición de las formas y protagonistas de la prestación de la cartera de servicios de Atención Primaria y el acceso, desde cualquier punto del primer nivel asistencial, a las tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en Atención Primaria.  |
| <b>Línea 9</b>  | Aceptar que cualquier factor que influya en la salud (biológico o social) está en el ámbito profesional de la Atención Primaria.  |
| <b>Línea 10</b> | Recuperación de la intervención en el ámbito familiar (con especial intervención en la prevención, detección, y atención a la violencia de género y de menores), así como comunitario (fomentando el enfoque salutogénico mediante la identificación de activos en salud y promoviendo la “prescripción social”).   |
| <b>Línea 11</b> | Desarrollar una práctica sensible a la clase social, el género, la etnicidad, poblaciones migrantes, desplazadas o refugiadas, investigando cómo aplicar los principios de la discriminación positiva.  |
| <b>Línea 12</b> | Redefinir la composición y funciones de los/as profesionales del equipo de Atención Primaria para dar respuesta a estos desafíos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar a cada ciudadano/a un/a profesional de referencia tanto médico como de enfermería (crear la clave de equipo).</li> <li>• Ajustar ratios poblacionales por profesional, incluyendo variables relacionadas con características de la población en función de la morbilidad, con especial atención a aquellos/as usuarios/as de zonas en riesgo de exclusión social.</li> <li>• Diversificar la atención en diferentes formatos: consulta presencial, consultas no presenciales (a través de teléfono o Internet), y promoviendo la atención en el domicilio.</li> <li>• Redistribución de tareas de unos/as profesionales a otros/as.</li> </ul> |
| <b>Línea 13</b> | Los sistemas de información deberán ser congruentes y compatibles con la forma específica de trabajo en Atención Primaria, deberán estar al servicio del clínico, y aportar información nominal relacionada con los resultados clínicos y en salud que se pretenden alcanzar.   |

**Línea 14**

Respecto a la actividad asistencial, es importante diferenciar las **actividades inútiles** (las que no aportan valor al proceso clínico y deberían ser eliminadas) de las útiles, y dentro de éstas las de baja complejidad de las de alta complejidad.

**Línea 15**

Vincular las **condiciones laborales** (salario, incentivos, oportunidades de promoción profesional) con el **desempeño** (nivel de responsabilidad y participación, resultados finales obtenidos, cartera de servicios ofertada).

**Línea 16**

Adaptar los **mapas de competencias profesionales a las nuevas necesidades asistenciales**, ajustando la contratación de profesionales a los perfiles y competencias necesarias, e incorporando al modelo de acreditación los aspectos esenciales de este proceso de renovación de la AP (la longitudinalidad y la integración en la asistencia, la orientación a resultados, el trabajo en equipo, el incremento de la accesibilidad).

**Línea 17**

Elaborar un **Plan de formación plurianual** ligado a las necesidades del centro para la resolución de los problemas identificados en su área, vinculado a un “**Plan de Desarrollo Organizativo y de Innovación**”.

**Línea 18**

Adecuar el liderazgo real con el **liderazgo formal**, “prestigiando” el **trabajo de director/a de UGC**, y facilitando el **recambio generacional** con líderes jóvenes.

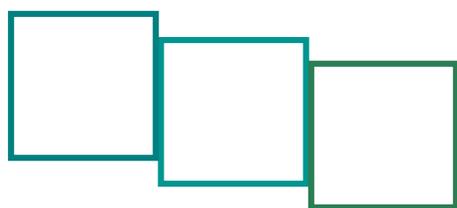
**Línea 19**

Definición de una propuesta de **sistema de indicadores analíticos de resultados** que permita monitorizar y evaluar los objetivos de las unidades y la planificación en salud.

**Línea 20**

Revisión del Plan de Urgencias en Atención Primaria.

Estas líneas se concretan en un conjunto de  
12 Propuestas y 82 Intervenciones necesarias para llevarlas a cabo.



# 12 Propuestas

## 82 Intervenciones

### Propuesta 1

Impulsar una Atención Primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente

### 7 Acciones

1. Reasignación de la ratio **población / equipo** básico ajustada por edad, sexo y morbilidad puede suponer la **redistribución del número de tarjetas** de cada equipo básico en función de la complejidad de la población atendida.
2. Identificación inequívoca y nominal de los/as **pacientes pluripatológicos/as-frágiles** que se han de beneficiar de un **servicio personalizado** en función de su vulnerabilidad y especiales características y necesidades.
3. Adecuar el **tiempo** dedicado y **conciliar agendas a las realidades de los pacientes**, especialmente del/de la paciente pluripatológico/a-frágil (generación de agendas en el equipo multidisciplinar)
4. Creación de una **plataforma de distribución de la información para todos/as** los/as profesionales.
5. Reforzar el **equipo de soporte a la explotación**.
6. Disponer de los **mismos sistemas de información en todos los centros del sistema sanitario público**, como elemento vertebrador de una historia clínica única y homogénea.
7. **Acceso por parte del equipo de Atención Primaria a la información clínica de ambos niveles**, así como de la información social, en tiempo real.

## Propuesta 2

Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional

### 3 Acciones

1. Potenciar el trabajo de enfermería ligado siempre a la complejidad de los pacientes y/o resultados en salud y/o zonas con necesidades de transformación social y no a la sectorización del trabajo de enfermería.
2. Recuperar el equipo básico médico/a–enfermero/a de familia como unidad funcional.
3. Dentro del trabajo de la enfermería aumentar la presencia de las matronas en AP, definiendo las necesidades en función del número de nacidos y de las actividades a realizar por las mismas.

## Propuesta 3

Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud

### 16 Acciones

> Para profundizar en accesibilidad, longitudinalidad y continuidad en el puesto

1. Mantener y profundizar en el objetivo demora cero en Atención Primaria.
2. Recuperar, mejorar y aplicar intervenciones sobre gestión de la demanda.
3. Recuperar la carrera profesional e incluir la continuidad en la asistencia como criterio.
4. Vincular continuidad – permanencia entre los criterios de Acreditación Profesional (previo acuerdo con ACSA).
5. Estabilidad en el puesto mediante el incremento de contratos que estimulan la permanencia (Contratos de interinos) hasta la resolución de las Ofertas Públicas de Empleo.
6. Establecer, mediante consulta con los profesionales, una fórmula aceptable de cobertura de las ausencias programadas (permisos y licencias, libranzas de guardia, etc.) que repercuta en mejoras de la estabilidad de la relación equipo básico – usuario. Se barajan dos alternativas:
  - (a) Incremento de plantillas y en consecuencia disminución de la ratio población / profesional, siendo los propios profesionales de la UGC quienes cubran las ausencias o,
  - (b) Crear equipos de apoyo estable para este tipo de ausencias.

(sigue)

## Propuesta 3

Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud

> Para profundizar en Accesibilidad, Coordinación y Corresponsabilidad (social, comunitaria)

### 16 Acciones (continuación)

7. Generación de un **Plan de Comunicación** en TV, Radio, Prensa, Internet (redes sociales), sistemático y mantenido en el tiempo, que ponga en valor las características esenciales de la AP, sus logros y sus resultados.
8. Potenciar la **diversificación** de los espacios para desarrollar la atención, **sacándola del Centro de Salud a la familia, el entorno y el Hospital** bajo la coordinación del equipo básico de familia.
9. **Complementariedad de roles entre profesionales para la Gestión compartida** de la atención a la demanda de problemas de salud entre medicina y enfermería de familia, ampliándola al área y recursos sociales.
10. **Revisión del Plan de Urgencias en Atención Primaria.**
11. **Desarrollo de Planes Terapéuticos Personalizados**, que incluyan la distribución de responsabilidades y tareas de los diferentes roles que los proveen, independientemente del nivel asistencial y del área de intervención (social, familiar, institucional).
12. Convenio entre Consejerías de Salud con Igualdad y Política Social para trabajar en la **integración de los sistemas de información y de las nuevas tecnologías TIC y en los protocolos de intervención.**
13. **Colaboración con asociaciones y otros recursos sociales para atención a colectivos / subpoblaciones especiales (migrantes, grupos étnicos desfavorecidos, etc.).**
14. Analizar y proponer la estructura de los **dispositivos de salud pública de AP**, su dependencia y **su integración** con las UGCs de Atención Primaria y con las Unidades de Medicina Preventiva Hospitalarias.
15. Participación activa en la puesta en marcha de los **Planes Locales de Salud.**
16. Potenciar la **incorporación a los AGCs de objetivos compartidos entre UGC de Atención Primaria y hospitalaria**, con especial seguimiento y evaluación por la Dirección Corporativa y de los Centros.

## Propuesta 4

Generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la Atención Primaria

### 2 Acciones

1. Implantación del **Modelo SAS de Gobierno de las UGCs** y evaluación (anual hasta la completa implantación) del nivel de cumplimiento de sus criterios, por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).
2. Desarrollo efectivo de los “**Planes de Desarrollo e Innovación Organizativa**” de las UGCs (criterio incluido en el Modelo de Gobierno Clínico), que incluyen medidas de eficiencia sobre la gestión de materiales y consumos sanitarios (especialmente, farmacia).

## Propuesta 5

Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica

### 1 Acción

1. Validación clínica de los ACGs (SAS - EASP / 2015-2016). Implantación efectiva ACGs en el año 2017.

## Propuesta 6

Primacía efectiva de la orientación a resultados para que guíen los cambios de la organización, sus recursos y los reconocimientos profesionales

### 7 Acciones

1. Desarrollo y puesta en marcha de un Plan Especial que incluya una **revisión y actualización del Mapa de ZNTS y la inclusión en los AGCs - 2017** de objetivos específicos de resultado para cada una de las UGCs afectadas y los recursos específicos necesarios para su alcance.
2. Implantación en el SSPA de un **sistema de resultados estratégicos** (clínicos / en salud) siempre que existan intervenciones sanitarias o de salud pública interdisciplinarias, de constatada eficacia, que permitan su alcance.
3. Incorporación al sistema de información corporativo de **la metodología de los Atlas de Variaciones de la Práctica Médica (AVPM)**, que permiten la identificación, seguimiento y evaluación de resultados estratégicos.
4. Generación de un **sistema de identificación y actualización de resultados clínicos y de buenas prácticas** (“dejar de hacer”, “stop – star”, etc), soportado desde el ámbito científico – académico (EASP).
5. **Investigación evaluativa** sobre relación de causalidad entre variabilidad de la **práctica médica no justificada** (ACGs, APVM) y **consecución de resultados clínicos / en salud**.
6. Implantación de un **sistema de resultados en salud pública** desde el abordaje clínico cotidiano relacionados con la corrección y mejora de inequidades (en función de género, edad, clase social, grupos de ingresos, etnicidad, etc.).
7. **Potenciación y evaluación de resultados de intervenciones poblacionales saludables** a largo plazo, que incidan en mejoras de la distribución poblacional de los factores de riesgo de enfermar.

## Propuesta 7

Desarrollar un Modelo de Financiación de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria basado en criterios corporativos de ordenación de recursos (accesibilidad) ajustados por morbilidad atendida (ACGs) y resultados en salud

### 1 Acción

1. Ajuste de la **asignación capitativa de recursos** (ingresos-presupuesto clínico) a las **UGC de Atención Primaria** en función de la variabilidad estándar de la morbilidad atendida, identificada por el sistema ACGs de medición de la casuística o mediante el uso validado de su capacidad predictiva en el consumo de recursos.

## Propuesta 8

Potenciación de la investigación e innovación en Atención Primaria

### 2 Acciones

1. Identificación de la **investigación en Atención Primaria** como línea prioritaria y fomento del actual sistema de Convocatorias abiertas y permanentes no competitivas de ayudas específicas para proyectos de investigación de Atención Primaria, cuando se constaten su pertinencia, oportunidad y relevancia, aunque requieran, en algunos casos, de mejoras metodológicas.
2. Incorporar a la convocatoria actual o desarrollar una convocatoria nueva específica para la **innovación en Atención Primaria**.

## Propuesta 9

Incorporar a la cultura del SSPA – AP un Código Ético Corporativo

### 3 Acciones

1. Definición SAS (comités de ética) del **Código Ético Corporativo SAS**.
2. Revisión y validación con profesionales: Directores de UGC, Aportación Sociedades Científicas: revisión y validación por profesionales designados por SSCC.
3. Revisión y aprobación por SAS. Extensión voluntaria a profesionales SAS.

## 25 Acciones

## &gt; Sección 1. Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria

1. Creación del modelo “clave de equipo” que permitirá la **designación unívoca de un/a profesional médico/a y un/a enfermero/a para cada ciudadano/a**.
2. Adaptación del módulo de **Citación a “clave de equipo”** para que los/as ciudadanos/as puedan obtener cita con su médico/a o enfermera/o a través de InterSAS/ClicSalud o Salud Responde.
3. Adaptaciones de los módulos de explotación actualmente existentes para que las/os enfermeras/os puedan **obtener datos más precisos de su actividad**, una vez esta se enmarque en el nuevo modelo de clave de equipo.
4. Creación del **módulo de datos básicos de salud**. Será un módulo transversal, independiente del nivel asistencial que agrupará la información sobre alergias, contraindicaciones, problemas de salud, antecedentes, etc. Mejorará la recogida de la información, siendo más estructurada y facilitando a los profesionales su introducción. Este módulo nutrirá a otros como: base de datos poblacional, proyectos de explotación, sistemas de soporte a las decisiones.
5. Creación del **módulo de datos sociales**. El fin no es crear una historia social dentro de la sanitaria. La idea es tener aquí todos los datos de índole social que pueden ser de utilidad en la asistencia sanitaria. Buscaremos sinergias en los modelos de datos de la Consejería de Asuntos Sociales de cara a facilitar futuras integraciones, cuestión también facilitada por tratarse de un módulo transversal.
6. **Mejoras en el nuevo módulo de constantes e integración en todos los ámbitos asistenciales con el ecosistema Diraya**. Con este módulo, las constantes están recogidas centralizadamente, independientemente del ámbito asistencial y disponible para todos ellos.
7. **Mejoras al nuevo módulo de Vacunas**. Se trata de un módulo centralizado que ha mejorado la gestión del stock de vacunas. También se le ha dotado de un sistema de soporte a la toma de decisiones que gestiona automáticamente alternativas al calendario vacunal, adaptándose a las circunstancias del paciente.
8. **Creación de un módulo que gestionará centralizadamente las hojas de recogida de información, así como cuestionarios, escalas y ayudas a la exploración**. Permitirán una gestión más ágil de los cambios en las hojas, no precisando paradas ni despliegues y soportando versionado. Se basará en el reaprovechamiento de la información, integrándose con el resto de módulos centralizados.
9. Creación de **un nuevo navegador de la historia de salud** que será único para todos los niveles asistenciales. Ofrecerá más opciones para facilitar la búsqueda de la información por parte de los profesionales (filtros y un buscador).

(sigue)

## Propuesta 10

### Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica

#### Propuesta 10.1.

#### Mejoras en TIC y Sistemas de Información

##### > Sección 2. Soporte a la toma de decisiones

10. En el **módulo de prescripciones**, con la inclusión del “**medicamento de primera elección**” y renovación de dosis.
11. En el **módulo de pruebas analíticas**, con la inclusión de los **protocolos diagnósticos** y otros mecanismos de gestión de la demanda.

##### > Sección 3. Gestión del conocimiento y explotación de datos

12. Se usará la **base de datos poblacional para la creación de los cuadros de mandos** que den soporte a los AGCs y el Contrato Programa. Se dará acceso a los mismos a los Distritos y Áreas Hospitalarias para que puedan consultar la evolución de sus resultados y distribuirlos entre sus UGCs, o directamente a los profesionales (según el proyecto) para que puedan acceder a la información relativa a sus pacientes (por ejemplo en el proyecto ACG).
13. Construcción de un **cuadro de mandos corporativo para el ámbito de laboratorios** (según el diseño y directrices definidos por el Plan de Laboratorios) que se implementará de cara a que los/as profesionales puedan consultarlo siguiendo la misma política del punto anterior.

##### > Sección 4. Colaboración interniveles

14. Inclusión de un **mecanismo de aviso en tiempo real tanto para el/la médico/a como para la/el enfermera/o** del equipo de referencia del/de la ciudadano/a, a través de su buzón de profesional, cuando éste ingrese o sea dado de alta en hospitalización o tenga una asistencia en urgencias.
15. **Expansión del módulo de Tele dermatología** desarrollado desde el Hospital Macarena (y ya en grado alto de corporativización).
16. Creación de una **plataforma de comunicación interniveles** que permitirá la incorporación de nuevos servicios de telemedicina. Facilitará el intercambio de elementos de la historia clínica con otros/as profesionales e incorporará herramientas que permitan una comunicación tanto síncrona como asíncrona.
17. **Mejoras en el visor de la Historia de Salud Digital Única**: se ha reorganizado la disposición de los episodios de forma que se da más importancia al proceso clínico que al ámbito geográfico en el que tuvo lugar, facilitando la localización de la información. Así mismo, se incrementa la información que se visualiza.
18. **Acceso de los equipos de Atención Primaria (médicos y enfermeras) a las estaciones clínicas de los hospitales de su provincia**. De esta forma podrán tener acceso en tiempo real a la información que no pueden ver en HSDU (aplicaciones departamentales).
19. **Incorporar a Salud Responde en los programas de seguimiento de ClicSalud**.

(sigue)

#### 25 Acciones (continuación)

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Propuesta 10</b>    | Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica  |
| <b>Propuesta 10.1.</b> | <p data-bbox="422 280 925 313">Mejoras en TIC y Sistemas de Información</p> <p data-bbox="422 347 1069 380"><i>&gt; Sección 5. Ciudadanía como parte activa del sistema</i></p> <p data-bbox="422 414 1412 526">20. Creación de un sistema de mensajería segura entre profesionales sanitarios/as y ciudadanos/as al que se irá incorporando elementos clínicos progresivamente.</p> <p data-bbox="422 537 1412 683">21. Gestión de programas de seguimiento de salud en ClicSalud. Permitirá a los/as profesionales facilitar el seguimiento de sus pacientes al incorporar elementos de evaluación clínica (formularios). Actualmente se cuenta con seguimientos para diabetes e hipertensión.</p> <p data-bbox="422 694 1412 772">22. Mejoras en la información ofrecida a la ciudadanía en ClicSalud en el ámbito de las citas, prescripciones e informes clínicos.</p> <p data-bbox="422 784 1412 862">23. Creación del portal sanitario del/de la ciudadano/a, producto de la fusión de InterSAS y ClicSalud. De esta forma se simplificará el acceso a los servicios.</p> <p data-bbox="422 873 1412 1198">24. Creación de una plataforma de interoperabilidad destinada a aplicaciones móviles (mSSPA). Permitirá el desarrollo de apps que interactúen con la información existente en nuestra historia clínica a través de una pasarela segura. En una primera fase para la consulta de información, pero posteriormente será posible también la escritura de información. Por ejemplo, que las constantes recogidas por un/a ciudadano/a en una aplicación puedan registrarse en el módulo de constantes corporativo (siempre claramente identificadas como elemento externo, para mejor criterio de los/as profesionales).</p> <p data-bbox="422 1220 1364 1265"><i>&gt; Sección 6. Recursos para el buen desempeño del trabajo del/de la profesional</i></p> <p data-bbox="422 1299 1412 1512">25. Proporcionar a los/as profesionales de Atención Primaria las herramientas informáticas básicas para poder desempeñar su trabajo en condiciones eficientes. Un equipamiento obsoleto tiene la consecuencia directa de un menor rendimiento en la consulta, tiempos de respuesta mayores, incidencias que paran el normal discurrir de la consulta, no poder acceder con agilidad a resultados de pruebas, etc.</p> |

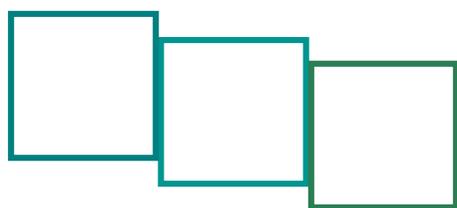
**25 Acciones**  
(continuación)

| <b>Propuesta 10</b>   |  |
|---|--|
| Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica (continuación) |  |
| <b>Propuesta 10.2.</b>  | Creación e implantación de la Biografía Sanitaria de los/as ciudadanos/as andaluces/zas atendidos/as en el SSPA  |
| <b>2 Acciones</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño y creación de la BBDD que contenga la biografía sanitaria.</li> <li>2. Incorporación de intervenciones preventivas nominales a los/as ciudadanos/as que las requieran y traslación a los objetivos específicos en el AGC de las UGCs de Atención Primaria).</li> </ol>  |
| <b>Propuesta 10.3.</b>  | Mejoras en los procesos de Formación Continua, Acreditación e Incentivación de los profesionales de Atención Primaria  |
| <b>2 Acciones</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño de Planes de Formación Continuada que incluyan competencia, habilidad y destreza para y por la consecución de los objetivos estratégicos, clínicos y relacionados con el abordaje de las inequidades.</li> <li>2. Incorporación de la consecución de resultados al sistema de acreditación.</li> </ol>  |
| <b>Propuesta 10.4.</b>  | Mejoras en la gestión de los recursos humanos: autonomía, incentivación, liderazgo y nuevos roles de profesionales de las UGC (distintos a medicina y enfermería)  |
| <b>4 Acciones</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de un nuevo modelo de participación de los Directores de UGCs de Atención Primaria en la selección del personal, incorporando la relación con las características del puesto según especificidades de la población o de las prestaciones: cartera de servicios, ZNTS, migrantes.</li> <li>2. Mejorar el modelo de incentivos del SAS, especialmente en lo que se refiere a la pertinencia y elaboración de los objetivos y a la mejora en la evaluación de los mismos.</li> <li>3. Potenciar y hacer más atractiva la figura de los Directores de UGC de Atención Primaria, para que permita seleccionar a líderes clínicos que posean: un rol crítico en la identificación y propuesta de mejoras, una adecuada formación y sepan manejar la información para la toma de decisiones.</li> <li>4. Evaluar los costes, ventajas y necesidades de recursos de experiencias existentes (en el SAS y otros Servicios de Salud equiparables; EASP).</li> </ol> |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Propuesta 10</b>    | Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica (continuación)  |
| <b>Propuesta 10.5.</b> | Mejoras en instrumentos de gestión: Acuerdos, Participación Ciudadana y Cartera de Servicios   |
| <b>5 Acciones</b>      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la especificidad de los objetivos incluidos en los AGCs de forma que incremente su capacidad de diferenciación y de discriminación positiva.</li> <li>2. Establecer un número adecuado de objetivos que haga que los AGCs sean gestionables y realistas, descartando especialmente todos aquellos que no se basen en evidencias o no puedan objetivarse con los actuales sistemas de información.</li> <li>3. Profundizar en la implantación del actual Plan de Participación Ciudadana y en la selección y uso de los cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).</li> <li>4. Mejorar y facilitar la identificación (mediante su incorporación a explotaciones estándar de subpoblaciones) de necesidades especiales sobre las que intervenir.</li> <li>5. Incorporar un procedimiento de identificación y puesta en valor de las diferencias en servicios que están ofertando cada UGC (técnicas diagnósticas como ecografía, intervenciones comunitarias o asociativas, etc.).</li> </ol> |
| <b>Propuesta 11</b>    | Establecimiento de una financiación 'suelo' de la Atención Primaria  |
| <b>1 Acción</b>        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redistribución presupuestaria interna hacia Atención Primaria en detrimento de la asignación destinada a otros niveles y centros, con el objetivo de mantener constante su financiación (específicamente, desde hospitales a Atención Primaria).</li> </ol>  |
| <b>Propuesta 12</b>    | Financiación específica del Plan de Acción   |
| <b>1 Acción</b>        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Plan de Acción para la renovación de la Atención Primaria en Andalucía, contará con financiación adicional, es decir, la financiación de la Atención Primaria se incrementará con los recursos estimados como necesarios para el desarrollo del Plan de Acción, siendo la fuente de financiación la redistribución presupuestaria.</li> </ol>   |

Todas las acciones planteadas tienen unos recursos identificados como necesarios, existentes o a generar, que permiten definir una memoria económica de la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria.

Esta propuesta, desarrollada desde el Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha contado con la participación de las sociedades científicas de Atención Primaria tanto médicas, como de enfermería y pediatría.



Aportaciones para la mejora de la

# A tención P rimaria

1

Nueva estrategia o acción propuesta: definición

.....  
.....  
.....

2

En qué información se basa la propuesta

.....  
.....  
.....

3

Qué mejora aporta

.....  
.....  
.....

4

Cómo se evalúa su impacto

.....  
.....  
.....

