Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud

Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud

Documento estratégico y de gestión

(Noviembre 2019)

Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud

Noviembre 2019

Autores: Grupo de trabajo

Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz

Portada: Elementos adaptados parcialmente de ilustración de Rawpixel.com / Freepik

Los contenidos de este documento estratégico y de gestión “Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud” están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Índice

Introducción 4

Grupo de trabajo 5

A. Principios guía 6

B. Diagnóstico 8

1. Saturación de agendas y falta de tiempo 8
2. Carencias en el modelo de la salud comunitaria 9
3. Dificultades para la atención centrada en las personas 10
4. Limitaciones al trabajo en equipo multidisciplinar 11
5. Dificultades en la implementación de las Áreas Sanitarias 12
6. Dificultades de planificación del relevo generacional 14
7. Matriz diagnóstica 15

C. Propuesta de fortalecimiento de la atención primaria 17

1. Adoptar la Cuádruple Meta como marco estratégico 17
2. Alinear, progresivamente, la asignación de los recursos económicos en el sistema de salud gallego al cumplimiento de la Cuádruple Meta 19

D. Áreas de intervención 20

1. Liderazgo y capacidad de cambio 21
2. La Estructura del modelo asistencial de la atención primaria. Organizaciones integradas locales (Áreas Sanitarias y centros de salud) 22
3. Paciente y Población con más Voz y más corresponsable 23
4. Planificación Colaborativa 26
5. Personal y Habilidades 28
6. Sistemas y Estructura Digital 31

E. Plan de implementación 33

F. ¿Cómo conseguir un mayor impacto? 42

G. Bibliografía 45

Introducción

El presente documento estratégico y de gestión establece la **visión para el fortalecimiento de la atención primaria en Galicia en los próximos años**.

Como documento estratégico, establece las principales líneas de intervención, junto a una propuesta para su implementación.

Conviene subrayar en esta introducción que Galicia es una de las comunidades autónomas que ha avanzado profundamente en el desarrollo de su sanidad. Sin embargo, el trabajo realizado *no tiene por objeto recoger esos avances*, sino focalizarse en la detección de las áreas de mejora existentes hoy para que la atención primaria en Galicia no se quede atrás y logre evolucionar a ser el eje vertebrador del sistema de salud y posicionarse como referente claro en el contexto nacional e internacional.

Con ese fin ha sido necesario redefinir conjuntamente las características y acciones de una **estrategia eficaz para el futuro de la Atención Primaria en Galicia**.

Asimismo, se ofrece un proceso de implementación ordenado por fases.

El contenido de este documento es fruto de la escucha, el trabajo, el debate y la validación realizados en el seno de un grupo de trabajo representativo del colectivo de atención primaria en Galicia, con el apoyo de un equipo de consultores externos.

Este trabajo se ha materializado en reuniones presenciales y en el desarrollo, con carácter previo, de entrevistas personales semiestructuradas por parte del equipo consultor a los miembros del grupo de trabajo.

Este documento ha sido elaborado en el periodo temporal de julio a noviembre de 2019.

Grupo de trabajo

Participantes del grupo de trabajo:

Abarca, Benjamín: Médico de Familia. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Armenteros del Olmo, Lorenzo: Médico de Familia. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Carreras Viñas, Mercedes: Enfermera y Vicepresidenta del Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia.

Clavería, Ana: Medicina Preventiva y Salud Pública. Área Sanitaria de Vigo.

Domínguez-Sardiña, Manuel: Médico de Familia. Área Sanitaria de Vigo.

Dono Díaz, Mª de los Ángeles: Subdirectora de Procesos de Enfermería. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

López Linares, Sofía: Jefe de servicio. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

López-Pardo, M. Estrella: Directora médica. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Muiño López-Álvarez, Xosé Luis: Médico de Familia. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Represa Carrera, Francisco Jesús: Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Vigo.

Rodríguez Iglesias, Francisco Javier: Enfermero SAP-Oroso. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Sánchez Castro, Juan José: Jefe de servicio. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Valls Duran, Teresa: Pediatra jubilada.

Equipo de consultores:

Arratibel, Patricia: The Institute for Health and Strategy (SI-Health).

Bengoa, Rafael: The Institute for Health and Strategy (SI-Health)

Varela, Jordi: Gestión Clínica Varela (GCV).

*El equipo de consultores no ha participado en la designación del grupo de trabajo.

A. Principios guía

Con el fin de desarrollar la estrategia de mejora de la AP en Galicia el grupo de trabajo se dota de una serie de principios basados en la evidencia nacional e internacional.

Las **tendencias mundiales** y la **evidencia** de la última década indican el camino a seguir para alcanzar la Cuádruple Meta.

La evidencia informa el cambio indicando aquellos PRINCIPIOS que deben guiar el razonamiento para la mejora para la atención primaria de Galicia.

Los principios guía:

1. **Fortalecimiento de los valores de un sistema público.**

   El nuevo sistema de salud vertebrado en la atención primaria pretende ser disruptivo en las formas, pero no en el fondo, preservando los valores de un sistema público de salud: proximidad, accesibilidad, longitudinalidad, justicia social, profesionalidad y orden global del sistema sanitario.

2. **Vertebración del sistema de salud en la atención primaria.**

   Un sistema de salud vertebrado en la atención primaria es un modelo asistencial integrador. Incluye todas aquellas organizaciones locales que pueden aportar valor al proceso clínico, preventivo y social en una comunidad.

   Los servicios fuera del hospital deben ser una parte creciente de la labor del sistema de salud. Deberá conectar y tender hacia la integración con servicios sociales, socio-sanitarios y activos comunitarios. Los pacientes deberían poder transitar entre sanidad, servicios sociales y comunitarios de forma continua.

3. **Organización de un *sistema* local integrado de salud**.

   La división histórica entre la atención primaria, los hospitales y los servicios sociales se ha convertido en una barrera para al cambio ya que no se puede prestar la necesaria continuidad ni la personalización de cuidados en ese modelo.

   Por ello, la reconfiguración de la atención primaria es la reconfiguración hacia un "sistema"; un sistema local integrado de salud. En ese contexto se debe aprender a gestionar redes, no simplemente las estructuras tradicionales. El nuevo modelo deberá evitar que se sature la atención primaria y hospitalaria para que el paciente sea atendido en el lugar adecuado en cada momento.

4. **Un sistema poblacional**.

   El sistema local integrado de salud deberá ser progresivamente más poblacional y desarrollar la función comunitaria con un enfoque en la promoción, prevención y proactividad y no ser meramente reactivo.

5. **Fortalecer la equidad y el papel del paciente**.

   Deberá estar centrado en las necesidades del paciente, su acceso y basado en la equidad. Asimismo, deberá promover la responsabilidad de los ciudadanos con su salud y el buen uso del sistema de salud. Los pacientes y ciudadanos deberán ser participantes activos de su salud y no meros receptores pasivos.

6. **Asegurar un Liderazgo compartido**.

   Deberá asegurar un modelo de gobernanza equilibrado entre la atención primaria y el hospital, así como un liderazgo participativo y descentralizado a nivel macro, meso y micro.

   El grado de autonomía local para decidir, innovar y gestionar recursos humanos a nivel local debe crecer. Es a ese nivel donde ocurre la innovación y el rediseño. Son los profesionales y gestores locales de diferentes niveles (gerencia de área y servicios de atención primaria) quienes conocen el contexto local.

   Esto ayudará a establecer una dinámica constructiva entre el ámbito central y la periferia. Una cultura más flexible con un liderazgo distribuido y orgánico logrará esa dinámica constructiva.

7. **Permitir nuevas asignaciones de funciones entre profesionales**.

   Los países que en la actualidad están reformando su sistema de salud están asignando nuevas funciones a ciertas disciplinas (Ej.: de médicos a personal de enfermería, de trabajadores sociales a administrativos, etc.). Se busca que cada disciplina desarrolle su desempeño en el límite superior de sus competencias.

8. **Asegurar la suficiencia económica y la viabilidad normativa**.

   Las decisiones sobre las infraestructuras locales y de gestión deberán analizar, en cada caso, la evidencia y el equilibrio de la calidad y la accesibilidad.

9. **Implementación incremental**.

   Deberá asegurarse su implementación año a año: la estrategia de reconfiguración es una estrategia a medio plazo, pero se deben poder evaluar cada año los avances en la dirección decidida.

B. Diagnóstico

El diagnóstico se ha elaborado de acuerdo con los siguientes epígrafes:

1. Saturación de agendas y falta de tiempo.
2. Carencias en el modelo de la salud comunitaria.
3. Dificultades para la atención centrada en las personas.
4. Limitaciones al trabajo en equipo multidisciplinar.
5. Problemas en la implementación de las Áreas Sanitarias.
    i. Modelo de gobernanza, organizativo y de liderazgo.
    ii. Modelo de servicios asistenciales.
6. Falta de planificación del relevo generacional.

1. Saturación de agendas y falta de tiempo

La saturación de agendas y la falta de tiempo es un asunto percibido como muy grave por parte de todos los entrevistados, los cuales achacan a la demanda bloqueante las carencias observadas en todos los aspectos que van más allá de la estricta prestación sanitaria. A pesar de las cifras abrumadoras de visitas, algunos entrevistados admiten que el fenómeno no es general y que hay situaciones muy variadas en el territorio.

Se han apuntado como las principales causas de dicha saturación las siguientes:

a) **Aumento de la demanda**. La comunidad ha ido envejeciendo paulatinamente, con el consiguiente incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y la mayor presencia de personas con necesidades sociales y sanitarias complejas; pero también se observa una creciente actitud consumista de servicios sanitarios por parte de muchos colectivos jóvenes y de media edad. Mención especial merece la pediatría, con una presión asistencial a menudo desproporcionada.

b) **Carencias en la gestión de la demanda**. No todos los médicos gestionan las consultas de la misma manera: mientras unos fomentan el autocuidado, otros tienden a generar mucha demanda inducida que, a menudo, genera un control excesivo de los procesos clínicos.

c) **Falta de selección (triaje) de la demanda espontánea**. En los centros de salud se observa demasiada demanda no programada y es así como las agendas de los médicos se llenan de las peticiones de los ciudadanos sin ningún tipo de clasificación profesional. Por otro lado, el modelo de las agendas se diseña a nivel de las Áreas Sanitarias, las cuales dejan escaso margen a los jefes de servicio y equipos locales para ajustar la oferta a la realidad de cada centro de salud.

d) **Falta de gestión enfermera de la demanda**. Existe una indefinición de la cartera de servicios de las enfermeras, además de mucha variabilidad en su formación, a pesar de que se sabe que su potencial resolutivo es superior al expresado actualmente. La consecuencia de ello es que la mayoría de las agendas de las enfermeras se limitan a los controles de pacientes crónicos o a las técnicas específicas de enfermería. La enfermera pediátrica sería una excepción ya que, en este caso, sí que están bien delimitadas sus funciones.

e) **Demasiada burocracia y escasa actividad no presencial**. Los médicos, las enfermeras y los trabajadores sociales asumen muchas tareas de papeleo que les ocupan demasiado tiempo y les apartan de las esencias del trabajo clínico. Por otro lado, las consultas telefónicas y las e-consultas, que podrían solventar mucha demanda, no cuentan con suficiente apoyo.

f) **Demasiadas listas de espera en algunas especialidades**. Mientras que los servicios de atención primaria son muy accesibles, los de los especialistas de los hospitales cuentan con importantes listas de espera, lo que genera incomodidades y revierte en exceso de consultas en la atención primaria.

g) **Inadecuación en la planificación de necesidades profesionales y oferta disponible**. A pesar de la dotación presupuestaria, esta inadecuación empeora la percepción de saturación, a la par que ensombrece la perspectiva en la resolución del problema y favorece una vivencia de mayor agobio por parte de los profesionales, los cuales, al final del día, acaban atendiendo un número muy elevado de consultas. Esta situación responde a un modelo que ha gestionado contando con "bolsas de profesionales" para cubrir necesidades y, por tanto, que no ha tendido a la autosuficiencia.

2. Carencias en el modelo de la salud comunitaria

Una medicina reactiva es aquella que solo responde a la demanda espontánea. Este modelo obtiene logros importantes en la atención a las situaciones agudas, pero no es efectivo para la gestión de los pacientes crónicos y frágiles, y ahí conviene recordar que el 70% de la demanda actual está de alguna forma relacionada con lo crónico. La salud comunitaria, en cambio, implica una aproximación poblacional mucho más preventiva y proactiva.

La realidad de las prestaciones en salud comunitaria en Galicia es muy variada. Mientras que existen profesionales que solo actúan de manera reactiva, especialmente en los centros más saturados, otros emprenden acciones comunitarias con escasa evaluación.

El grupo de trabajo, en ese tema, ha destacado lo siguiente:

a) **Modelo de salud comunitaria pendiente**. A falta de un modelo global, se detectan equipos de atención primaria muy implicados con su comunidad al lado de otros muy alejados, un reflejo de que después de tres décadas de haber lanzado una reforma de atención primaria de base poblacional, el modelo ha quedado inconcluso, entre otros factores, por la falta de un despliegue homogéneo de políticas dirigidas a los determinantes de la salud y a los servicios comunitarios.

b) **Promoción de la salud.** La especialidad de salud publica y los equipos de atención primaria deben tener la misma meta final: la mejora de la salud salud poblacional y poder intervenir juntos en la promoción de la salud. El grupo cree que se debería fortalecer el trabajo conjunto entre profesionales de los servicios de salud y los de salud pública, especialmente los epidemiólogos, que tanto podrían colaborar en las tareas de la salud comunitaria con los servicios de salud, y que se hallan trabajando para una red paralela, al margen de la atención primaria.

c) **Falta de foco estratégico**. La función *gatekeeper* (puerta de entrada), o de filtro del sistema para evitar colapsar los hospitales, es la que ha prevalecido. Esta aseveración se corrobora en la presencia testimonial de la salud comunitaria en los contratos de gestión.

d) **Falta de capacidad organizativa**. Como se ha insistido por parte de los entrevistados, los médicos se ciñen a lo que se les pide, que no es otra cosa que resolver la agenda diaria de visitas, por lo cual todas las otras actividades, incluyendo la salud comunitaria, quedan por hacer.

e) **Falta de credibilidad de la estratificación poblacional según riesgo y complejidad**. Los entrevistados expresan dudas sobre la calidad de la segmentación existente. Sea como fuera, el impacto de la estratificación poblacional sobre la reordenación de los recursos es más bien escasa.

f) **Carencias formativas de los profesionales**. En relación a la falta de desarrollo del modelo de salud comunitaria, algunos profesionales han reconocido que, además de la necesidad de definir el modelo, convendría prever planes formativos en salud comunitaria y sus metodologías, con la finalidad de aumentar su capacitación en la materia, planes que no están contemplados en los acuerdos de gestión.

3. Dificultades para la atención centrada en las personas

Galicia ha sido pionera en la participación ciudadana en el sistema de salud y desde noviembre de 2009 existe la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, con la cual han tenido contacto miles de personas. A pesar de ello, en la mayoría de las entrevistas se ha relatado un cúmulo tal de problemáticas de tipo organizativo en los centros de salud, que el paciente, como sujeto activo, no ha aparecido en ninguna de ellas.

En ese epígrafe, los participantes han destacado los siguientes puntos:

a) **Poco impacto del Consejo Asesor de Pacientes y de las comisiones territoriales**. La participación de los pacientes, más allá de la consulta clínica, se enmarca en el Consejo Asesor de Pacientes, y en las respectivas comisiones (una por Área Sanitaria), en las cuales se convocan a las asociaciones de pacientes, pero sus debates y resoluciones tienen un impacto escaso en el día a día de la práctica clínica.

b) Buena impresión de é-Saúde y de las comisiones de seguridad. Los participantes admiten que estas dos iniciativas están aportando valor en muchos aspectos, aunque no precisamente en los nucleares tratados en este informe.

c) **Escaso impacto de encuestas y reclamaciones**. Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción y se disponen de los cauces necesarios para recabar reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Las más frecuentes son las relacionadas con los tiempos de respuesta y la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. El principal problema percibido es que todo ello repercute

escasamente en la realización de cambios reales.

d) **Falta de metodologías específicas de la atención centrada en las personas**. Como consecuencia del desenfoque en la materia, no se han detectado actividades para fomentar, de manera efectiva, la formación en la entrevista clínica, el apoyo motivacional, las decisiones compartidas, la comunicación interactiva o cualquier otra iniciativa relacionada con la implicación de los pacientes en el trabajo clínico o en el diseño de circuitos y procesos que les atañen. Las unidades docentes serían una excepción, ya que, según dicen algunos entrevistados, en ellas sí que se desarrollan planes formativos específicos en atención centrada en las personas.

e) **Escaso impacto de programas participativos**. Después de preguntar específicamente, se ha averiguado que algunos programas, como el de los pacientes expertos en diabetes, a pesar de sus logros, no han logrado el impacto necesario. En este sentido, proyectos e iniciativas relevantes como el de la Escuela de Pacientes, deberían reforzarse buscando fórmulas que permitan incrementar su impacto.

4. Limitaciones al trabajo en equipo multidisciplinar

La atención primaria se está ciñendo al trabajo individualista marcado por las exigencias de los tiempos de espera y las rigideces de las agendas, por lo que el trabajo en equipo multidisciplinar, una de las claves de la gestión clínica moderna, parece tener dificultades serias para su desarrollo.

a) **El equipo básico médico-enfermera se ha roto**. Según la mayoría de los entrevistados, el equipo básico médico-enfermera, a pesar de ser la mínima expresión de un equipo, hoy no existe, ni en cifras, ni en espíritu. Debido a que los médicos deben afrontar sus agendas saturadas, y las enfermeras no consiguen expresar su potencial clínico y preventivo. Por otro lado, algunos creen que el ejercicio de la libre elección de profesionales es una dificultad añadida. La pediatría es una excepción, ya que conserva, de forma natural, el equipo médico-enfermera, siempre que haya suficientes efectivos para ello. Las diferentes características de los centros de salud (tamaños, realidades), junto a la no explicitación clara de las carteras de servicios, tampoco ha ayudado demasiado.

   En términos generales, en los centros de salud hoy no se percibe el trabajo multidisciplinar real que requieren los pacientes, roto por coorporativismos, jerarquías y otras barreras inherentes al modelo actual.

b) **Dificultades para la coordinación interna más básica**. En los centros de salud coexisten diferentes roles profesionales, más allá de médicos y enfermeras: pediatras, enfermeras pediátricas, trabajadores sociales, farmacéuticos, odontólogos, fisioterapeutas, etc. A pesar de ello, no se estimulan las sesiones clínicas ni los trabajos de coordinación o colaboración entre ellos. Tampoco se detectan elementos colaborativos estables con las distintas redes que operan en el territorio, como los servicios sociales de base, los equipos de salud mental, los de atención a las adicciones, etc.

c) **Dificultades para la coordinación médica entre atención primaria y hospital**. La colaboración entre médicos de atención primaria y de hospital es muy es-

casa y se limita a procesos clínicos específicos. La lógica organizativa, tanto de los hospitales como de la atención primaria, viene muy ensimismada en sus dinámicas internas, por lo que los espacios de discusión clínica son escasos y difíciles de mantener. Lejos aún de la coordinación, persiste, pues, el sentimiento de muchos médicos de familia de que, en la práctica, son percibidos por los de los hospitales como simples facilitadores de tareas burocráticas.

d) **Pediatría, la excepción**. Según lo recogido, en el ámbito de la pediatría, el clima es más favorable al trabajo en equipo multidisciplinar, al aumento de las competencias enfermeras y a la coordinación entre el trabajo clínico en atención primaria y hospitalaria. A pesar de ello, se cree que el programa de formación de residentes tiene una orientación excesivamente hospitalaria cuando la mayoría de los pediatras acabarán ejerciendo en atención primaria.

e) **El modelo laboral para la incorporación de enfermería en atención primaria no es el adecuado**. En el ámbito médico, las especialidades están bien delimitadas, por lo que no es posible que un anestesista acabe su vida laboral de médico de familia, mientras que en enfermería no, y como consecuencia, a un número importante de enfermeras de hospital con carreras avanzadas, se le concede el traslado a la atención primaria. Los participantes opinan que con ese lastre burocrático-profesional no se puede avanzar. En ningún otro país europeo se concibe la atención primaria como un destino de final de carrera, sino que, al contrario, se promociona la enfermería de atención primaria como una de las claves en la reconfiguración de la misma.

5. Dificultades en la implementación de las Áreas Sanitarias

La mayoría de los entrevistados se muestran favorables a avanzar en la integración entre el nivel de atención primaria y el nivel hospitalario, si bien todos coinciden en señalar que el modelo de gobernanza y organizativo debería evolucionar hacia otro diferente al actual.

A continuación, se destacan algunos de los aspectos negativos de las Áreas Sanitarias que convendría rectificar, los cuales los hemos agrupado en dos bloques: i) modelo de gobernanza, organizativo y de liderazgo y ii) modelo de servicios asistenciales.

i. Modelo de gobernanza, organizativo y de liderazgo:

a) **El modelo de gobernanza no es capaz de integrar de manera efectiva**. Los pacientes complejos (20% en Galicia) requieren una gestión multidisciplinar y esta solo se logrará en un modelo asistencial en la que la atención primaria y la hospitalaria trabajen de manera colaborativa y eficaz. Es por ello que, como en otros lugares, Galicia optó por las Áreas Sanitarias. La evidencia nacional e internacional confirma que esta decisión fue acertada, sin embargo, para que funcione, es necesario asegurar un modelo de gobernanza en la que los diferentes colectivos, incluidos los pacientes, se sientan implicados, y desde la atención primaria se insiste que este no es su caso. Conviene, por tanto, repensar el modelo de gobernanza de las Áreas Sanitarias. Esto incluye el tipo de liderazgo y

cómo se evalúan sus resultados.

b) **Falta de autonomía de la atención primaria**. El organigrama de las Áreas Sanitarias es excesivamente vertical y centralizado. Las direcciones temáticas: enfermería, recursos humanos, logística, sistemas de información, etc., están contribuyendo a fragmentar el trabajo organizativo en los centros de salud, merman funciones a los jefes de servicio y coordinadores e invitan a la búsqueda corporativa de soluciones que, recuérdese, en su mayoría, requieren de trabajo multidisciplinar. Los jefes de servicios y coordinadores se quejan reiteradamente de tener escasa autonomía de gestión para poder ser más efectivos.

c) **Actitud centralizadora y desconfiada de las gerencias**. Una mayoría de los entrevistados opina que las gerencias se muestran desconfiadas con los coordinadores de atención primaria y, por ello, centralizan las decisiones hasta el más mínimo detalle, sin dejar márgenes para que los centros de salud impriman su propio estilo. Según los participantes, los objetivos marcados por las Áreas Sanitarias no son realistas y además se negocian siempre tarde y se evalúan mal, y además no hay opciones para la autoevaluación de profesionales y centros.

d) **Limitaciones al liderazgo de los jefes de servicio y coordinadores**. Como consecuencia de todo lo anterior, se detecta una gran incomodidad con la situación actual entre los jefes de servicio y coordinadores, los cuales alegan que su capacidad de gestión es ínfima. Sus funciones, por tanto, se limitan a gestionar agendas, evitar situaciones embarazosas y mediar en los conflictos. Por lo tanto, a poco que se descuiden, son vistos por sus compañeros como meros representantes locales de las autoridades.

e) **Limitaciones en la selección de jefes de servicios y coordinadores**. En este clima, muy pocos profesionales quieren asumir responsabilidades de gestión, por lo que los métodos de selección son precarios o inexistentes. Sin embargo, los participantes creen que en un nuevo modelo de atención primaria, y en un clima renovado, el proceso de selección de los responsables de los centros de salud debería ser profesional y transparente, y debería apoyarse en un plan local de salud y en la propuesta de un equipo profesional para hacerlo efectivo.

f) **Desconexión entre planificación y realidad**. Los participantes creen que los planes diseñados desde los ámbitos centrales (Consellería y SERGAS), en general, están bien diseñados y son de calidad, pero en Galicia, al igual que en numerosos otros lugares, existe una desconexión operativa entre ese diseño y su implantación en el terreno. El grupo cree que en el futuro se debería poner mayor énfasis en la viabilidad de la implementación de los planes.

g) **Escaso apoyo a la docencia y a la investigación**. Existe la opinión de que las unidades docentes sobreviven con muy poco apoyo y, por ello, se basan en el esfuerzo individual de algunos profesionales. Por otro lado, la orientación de los institutos de investigación es marcadamente biomédica, con escasa orientación a los servicios de salud. En todo caso, la participación de la atención primaria en los ensayos clínicos es testimonial.

ii. Modelo de servicios asistenciales:

a) **Escaso protagonismo de la atención primaria en los protocolos de atención integrada**. Los participantes opinan que el papel reservado a la atención primaria en los protocolos de atención integrada se ciñe a tareas de baja resolución y de

puro trámite.

b) **Los programas de atención continuada inducen a una mayor fragmentación.** El modelo actual de despliegue territorial de los programas de atención continuada ha generado que haya más de 500 médicos de familia, y un número parecido de enfermeras, muchos jóvenes, en una posición periférica y alejada del quehacer del modelo esencial de la atención primaria. En las entrevistas se han escuchado muchas opiniones contrarias al modelo de atención continuada, de las cuales se deduce que se debería replantear profundamente esta fórmula, especialmente en áreas urbanas y en ciertas comarcas, y recuperar, de ese modo, muchos de estos médicos y enfermeras para la atención primaria.

c) **Escasa conexión con los servicios sociales, sociosanitarios y paliativos**. Con el fin de mantener a los pacientes crónicos, frágiles y complejos en sus domicilios, debería haber una coordinación consistente entre la atención primaria y los servicios sociales, sociosanitarios y paliativos. En la realidad, por el contrario, parecen existir muchas lagunas y dificultades en la coordinación entre las distintas redes de prestación de servicios sociales y sociosanitarios, además de gran necesidad de despliegue de la atención en domicilio a pacientes complejos y de la atención paliativa en el territorio.

   Se observa cierta debilidad en el colectivo para liderar la atención a pacientes complejos y de alto coste en la atención primaria con los recursos y medios actuales.

d) **Demasiados consultorios periféricos**. Se admite que la política de mantener consultorios dispersos de baja actividad obedece a otras consideraciones que a las estrictas de planificación sanitaria, las del equilibrio territorial, las primeras. A pesar de ello, muchos de los participantes creen que, desde las Áreas Sanitarias, se deberían introducir criterios para reducir paulatinamente su número, ya que con la progresiva despoblación, distribuir tanto los servicios de los profesionales actuales hace que el sistema sea cada vez más insostenible. Del mismo modo, sería conveniente revisar la situación actual de pediatras itinerantes que invierten tiempo en desplazarse entre puntos muy próximos por razones que no parecen justificarse en la planificación sanitaria. Esta situación puede ir en detrimento de la calidad de la atención.

6. Dificultades de planificación del relevo generacional

a) **Médicos**: De acuerdo con el plan aprobado, en los próximos tres años se van a destinar 14,1 millones de euros al incremento de plazas. Según los expertos consultados, este plan va a representar una convocatoria de 80 nuevas plazas y la cobertura de 200 anuales por motivo de jubilación. Solo en el ámbito de la pediatría, en los próximos diez años se jubilarán la mitad de los médicos y ya se sabe ahora que la generación de residentes es absolutamente insuficiente para el relevo generacional. Falta información para conocer el impacto que pudiera tener en el ámbito local y las medidas para reducirlo.

b) **Enfermeras**: Los mismos expertos dicen que sobre las enfermeras no hay datos, pero que podrían ser peores que los de los médicos. El aumento de competencias enfermeras, clave en cualquier reforma, podría verse empañado por la carencia de profesionales capacitados, debido a que las actividades formativas actuales están muy lejos de las previsibles necesidades.

7. Matriz diagnóstica

El diagnóstico descrito es reflejo de una situación de dificultades en un entorno de un modelo de atención primaria que ha cosechado grandes éxitos durante más de treinta años. Es justo, pues, reconocer que en el haber de la atención primaria gallega (y española por extensión) consta el haber desplegado un modelo de proximidad, accesible y de gran profesionalidad que, con el desarrollo de la función *gatekeeper* (puerta de entrada), ha aportado mucho orden y criterio al conjunto del sistema sanitario, y especialmente a los hospitales.

Aunque a algunos les parecerá injusto, de hecho, lo es, en el diagnóstico de la situación actual de la atención primaria gallega van a pesar más las debilidades que las fortalezas.

Fortalezas intrínsecas

A. El modelo actual de atención primaria, a pesar de su crisis, ha aportado proximidad, accesibilidad, longitudinalidad, justicia social, profesionalidad y orden al global del sistema sanitario.

B. *El grupo de trabajo* seleccionado es crítico con la situación actual, pero por el contrario se muestra dispuesto a ser parte de la solución siempre que sus participantes perciban el nuevo modelo como valioso.

Fortalezas con debilidades vinculadas

C. Las Áreas Sanitarias son un modelo de *gerencia territorial e integral* que está siendo la base de *mejoras en las relaciones entre niveles*, como así lo demuestra la información clínica compartida a través del IANUS, el modelo de interconsultas o las trayectorias clínicas integradas.

   Debilidades vinculadas a la fortaleza C: Los organigramas de las Áreas Sanitarias están *excesivamente centralizados y fragmentados verticalmente*, por lo que dejan escaso margen a la autonomía de gestión local, a la par que favorecen las visiones parciales por estamentos. Esta situación ha dificultado a atención primaria liderar una respuesta contundente a una casuística asistencial cada vez más compleja (pacientes complejos en domicilio, pacientes con seguimiento a domicilio tras hospitalización, etc). Adicionalmente, los profesionales de atención primaria ha asumido competencias que les han sido transferidas desde el hospital que no se han visto acompañadas con la correspondiente dotación presupuestaria (teledermatología, seguimiento de pacientes con sintrón, cribados,...).

   El exceso de centralización provoca más silos organizativos y una *actitud desconfiada de las gerencias*. Por otro lado, existen *limitaciones al liderazgo de jefes de servicio y coordinadores y se detecta mucha desmotivación para asumir responsabilidades de gestión* y, por ello, se reclaman *más competencias y procesos de selección transparentes* de los nuevos líderes y en base a planes locales de salud.

D. Existe un *modelo avanzado de participación poblacional* en el sistema sanitario, con múltiples iniciativas a nivel central, como la Escuela Gallega de Salud para la Ciudadanía.

Debilidad vinculada a la fortaleza D: Las iniciativas de la Conselleria en atención centrada en las personas llegan muy poco a los centros de salud, los cuales muestran carencias metodológicas y formativas al respecto. El mismo problema se siente en las iniciativas relativas a la participación de los pacientes.

Debilidades coyunturales

Debilidad A. *Saturación de las agendas* de los médicos por falta de gestión de la demanda y por falta de selección de los motivos de consulta con respuesta adecuada a las necesidades expresadas.

Debilidad B. *Falta de modelo general de salud comunitaria* e implantación irregular de acciones preventivas con *carencias formativas de muchos profesionales. SERGAS no tiene competencias en promoción de la salud*, por lo que la red de salubristas no está integrada con la atención primaria. La *estratificación poblacional* por riesgo y complejidad no es creíble y no se usa.

Debilidad C. *Fractura del modelo básico médico-enfermera*, lo cual está en la base de la falta de trabajo en equipo multidisciplinar y de las agendas diferenciadas que no suman valor entre ellas.

Debilidad D. *Carencias en la coordinación interna* de los distintos profesionales que trabajan en los mismos centros de salud y también con las otras redes que operan en el territorio como servicios sociales de bases, salud mental u otros. *Carencias en la coordinación* entre médicos de atención primaria y médicos de hospital (a pesar de los avances inducidos por las Áreas Sanitarias). *Escaso protagonismo de atención primaria en los protocolos de atención integrada.*

Debilidad E. *En lo laboral*, se detecta *falta de previsión y gestión en el relevo generacional de médicos y enfermeras. Los programas de atención continuada concebidos de manera demasiado paralela* absorben a más de 500 médicos y otras tantas enfermeras que, de esta forma, no participan del modelo general, ni en el relevo. Por otro lado, *la prejubilación de muchas enfermeras de los hospitales* en los centros de salud dificulta las reformas basadas en el aumento de competencias enfermeras.

Debilidad F. Se detecta *falta de empuje a las unidades docentes* y a los programas de investigación.

Debilidad G. El modelo territorial de despliegue de *consultorios periféricos de muy baja actividad* está siendo muy difícil de sostener con la disponibilidad actual de profesionales.

C. Propuesta de fortalecimiento de la atención primaria

Como se ha mencionado en el diagnóstico de situación, todos los países avanzados deben aún afrontar ciertos retos fundamentales. Así, puede observarse que todos presentan una deficiente coordinación del cuidado de los pacientes; contratan actividad y no valor; en todos el 5 por 100 de la población consume cerca del 50 por 100 del gasto; se enfrentan a retos en materia de prevención, calidad y seguridad de los pacientes; el cuidado de los pacientes crónicos es fragmentado y discontinuo, y la elevada tasa de hospitalizaciones y reingresos podrían reducirse en todos ellos.

En todos se considera que es necesario reforzar y reconfigurar la atención primaria como respuesta a estos retos.

Galicia ha conseguido grandes avances en su sistema de salud, pero debe también enfrentarse a muchos de estos retos. **El fortalecimiento y reconfiguración de la atención primaria se debe lograr precisamente para avanzar en estos retos.**

El **primer paso** consiste en establecer unas METAS para esta reconfiguración. Definir mejor **qué** es lo que se quiere conseguir como objetivos finales gracias a esos cambios en la atención primaria. De esta forma al elaborar una visión final a alcanzar se podrán **unificar los esfuerzos** de los actores concernidos.

1. Adoptar la Cuádruple Meta como marco estratégico

En el caso de Galicia se propone que la Estrategia global sea alcanzar la Cuádruple Meta. La Cuádruple Meta define las metas finales que se desea alcanzar. [1] [2]

Es un marco que refuerza la atención primaria como vertebradora del sistema de salud.

Son las metas finales que buscará el sistema de salud en Galicia. Más concretamente, se trata de reorientar el sistema de salud hacia las siguientes cuatro metas generales:

- Mejorar la salud poblacional.
- Mejora de la calidad y la experiencia del paciente.
- Mejorar la eficiencia.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales.

Es importante constatar que esas metas finales no se pueden lograr sin una atención primaria consolidada y sin una integración eficaz entre los niveles de cuidados.

La Cuádruple Meta sería la visión final inspiradora y el marco evaluativo para la reconfiguración asistencial en Galicia.

En las décadas pasadas se ha avanzado eficazmente pero sólo en una parte de esas metas. Principalmente, en **Galicia y en España** en general, el exceso de focalización en un modelo de agudos ha creado una situación de desequilibrio al haber cambiado radicalmente la demografía y epidemiología de la población. Parte importante del descontento de los ciudadanos y profesionales en todos los países se debe a que se está intentando atender a una población envejecida y con enfermedades crónicas con un modelo de atención que se creó para otra situación.

Por consiguiente, en el entorno demográfico, económico y de cronicidad actual es necesario **complementar** ese modelo asistencial por otro que pueda atender la cronicidad, la complejidad de la pluripatología y poder expresar el potencial preventivo. Para ello es necesario una atención primaria resolutiva y fortalecida y que razone estratégicamente en términos de las cuatro metas descritas.

▼ Fig. 1 Cuádruple meta

2. Alinear, progresivamente, la asignación de los recursos económicos en el sistema de salud gallego al cumplimiento de la Cuádruple Meta

La Cuádruple Meta ofrece un marco organizado para evaluar la reconfiguración asistencial necesaria en clave de valor y resultados finales.

Poner el foco en la obtención de valor y resultados finales, obliga a los prestadores a situarse en clave de mejorar la calidad, la seguridad, la experiencia del paciente o la eficiencia.

Su adopción les obliga a organizarse de una manera diferente para poder probar estos resultados.

Sin embargo, estos movimientos tienen que **venir acompañados con los correspondientes movimientos paralelos en la asignación de los recursos económicos**, de modo que, los recursos invertidos en el sistema de salud también se orienten, cada vez más, hacia la consecución de valor y resultados finales.

Durante muchos años la asignación de los recursos económicos ha estado guiada por el desarrollo de actividad y la incorporación de innovaciones. Esta inercia obliga a realizar movimientos en la actual asignación de recursos para que los recursos económicos disponibles puedan informar, no el volumen de inputs empleados, sino los resultados finales que consiguen, en clave de Cuádruple Meta.

D. Áreas de intervención

El marco de la Cuádruple Meta añade valor en cuanto que proporciona la visión final que es necesario lograr. Sin embargo, no **aporta la hoja de ruta concreta** que es necesario seguir para su implantación. Para esa concreción es necesario decidir **qué intervenciones concretas deben desarrollarse** en Galicia. El sistema actual, por sí mismo, no se auto-dirige hacia la Cuádruple Meta. Es necesario dirigirlo estratégicamente en esa dirección.

Con ese fin es necesario intervenir sobre el sistema asistencial en Galicia en términos gerenciales y organizativos. Esos procesos gerenciales y organizativos son intervenciones **explícitas** sobre el sistema de salud; serán los elementos que contribuyan a dar forma concreta a la estrategia basada en la Cuádruple Meta.

Esas intervenciones deben de poder crear organizaciones que sean capaces de integrar los cuidados, de razonar con visión poblacional y de adoptar una línea de actuación a favor del empoderamiento de los pacientes y todo ello de forma eficiente. Asimismo, deben de servir para renovar la atención primaria y motivar a los profesionales de salud.

Los ejemplos internacionales [3] indican que gracias a estas intervenciones se ha reforzado el nivel asistencial comunitario, de modo que se puedan prestar más servicios fuera de los hospitales, se ha incentivado la colaboración transversal entre los diversos servicios, acompañado de un fortalecimiento de la asistencia primaria, todo ello con vistas a una reordenación de la prestación de cuidados. Son además medidas eficientes porque consiguen gestionar mejor la enorme demanda sobre los servicios [4].

En este documento se propone organizar esos procesos / intervenciones de la siguiente forma:

1. **Liderazgo y Capacidad de Cambio.**
2. **Estructura del modelo asistencial de la atención primaria.**
3. **El Paciente y la Población como corresponsables de su Salud.**
4. **Planificación colaborativa.**
5. **Habilidades y Personal.**
6. **Sistemas y Estructura Digital.**

Estos procesos estás interrelacionados entre sí y se considera que para avanzar es necesario intervenir en todos de formas sincronizada.

1. Liderazgo y capacidad de cambio

1.1 Dar más autonomía de gestión local en atención primaria.

Las intervenciones explicadas en este documento requieren una gran participación de los profesionales de salud.

El grupo de trabajo considera que la Cuádruple Meta y las intervenciones sugeridas más abajo se podrán lograr si se crea una dinámica de gestión nueva entre el ámbito de gestión y el de los profesionales de la salud. El papel de la Conselleria y SERGAS es fundamental creando el entono para que esta participación de la red de atención primaria sea posible.

Se trata de establecer progresivamente **más espacio para la innovación local** por los equipos locales, tanto en las Áreas Sanitarias como en los centros de salud. Esto implica una descentralización del poder de decisión, todo dentro de un marco general establecido por la Conselleria y SERGAS.

¿Cómo se logra ese efecto de gestión compartida? Desatando la innovación local, autorizando la **experimentación local** por los equipos locales. Ese será el proceso de cambio principal en los próximos años.

La evidencia internacional indica que los resultados de salud y eficiencia mejoran cuando se permite actuar a la iniciativa local [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11].

El exceso de demanda sobre el sistema de salud (en atención primaria, urgencias, camas hospitalarias) se vive como una presión asistencial, gestora y política. Los informes indicados más arriba confirman que la presión de la demanda sobre el sistema de salud **se resuelve mejor** por medio de la consolidación de la autonomía de gestión en los centros de salud permitiendo mayor control local de la demanda y el desarrollo de sistemas flexibles para su gestión.

1.2 Empoderar desde arriba el ámbito local y el Área Sanitaria.

Se trata de permitir mayor capacidad de gestión y presupuestaria al ámbito local con el fin de animar la experimentación local (en el Área Sanitaria y en los centros de salud). Esto se puede hacer progresivamente en función de la madurez organizativa local.

Esa madurez organizativa local no se desarrolla sola. Debe invertirse activamente en esa capacidad. Para ello es necesario crear desde arriba la capacidad interna de las organizaciones locales. Es necesario desarrollar ese tipo de liderazgo. Por ejemplo, los equipos locales deben saber y tener la confianza para trabajar las intervenciones en la comunidad y no sólo cómo atender a pacientes.

A su vez, se deberá explorar cual es el mejor modelo organizativo para la atención primaria, permitiendo que cada Área Sanitaria explore la mejor solución y que, una vez evaluada, se pueda extender el modelo organizativo óptimo a otras Áreas Sanitarias.

En este ejercicio se deberá tener en cuenta la necesidad de incorporar nuevos roles y/o funciones que contribuyan a la definición del nuevo modelo.

1.3 Ejercer mayor proactividad asistencial.

Los profesionales deberán ser más proactivos en la salud comunitaria y menos inductores de demanda inducida superflua. También deberán favorecer, con su actitud y habilidades motivacionales, la implicación de los pacientes en las decisiones clínicas.

1.4 Conseguir funciones directivas reales.

Los profesionales en el desarrollo de esta función tendrían que pasar previamente por un proceso de convocatoria en el que tuvieran que presentar un proyecto o una idea detallada de desarrollo de su función. De este modo, se avanza hacia un nombramiento acorde a la demanda exigida.

Además, estas personas deberían poder gestionar recursos y disponer de instrumentos de motivación para poder organizar y liderar los equipos.

2. La Estructura del modelo asistencial de la atención primaria. Organizaciones integradas locales (Áreas Sanitarias y centros de salud)

2.1 Evolucionar de un modelo de gatekeeper a un sistema vertebrado en la atención primaria.

En términos organizativos la atención primaria se ha centrado demasiado en su función de puerta de entrada al sistema de salud (*gatekeeper*). El potencial de la atención primaria es mucho mayor. La función de *gatekeeper* (puerta de entrada) no expresa la fuerza de cambio contenida en la Cuádruple Meta.

Para garantizar la sostenibilidad del sistema y mejorar la calidad, la principal estrategia debe basarse en evolucionar la situación estática actual, caracterizada por la función *gatekeeper* (puerta de entrada), hacia la visión de una nueva atención primaria que debe ser el eje vertebrador de todo el **sistema**.

La salud se presta por medio de una batería, un conjunto de organizaciones trabajando juntas. En ese sentido, se deben convertir en un sistema.

Creando un sistema local de salud se crea la capacidad de prestar un enfoque de salud más integrado y global. No existe un modelo único, deberá adaptarse a los recursos de la zona de salud, tanto en ámbitos rurales como en urbanos.

Se debe potenciar la orientación comunitaria de la nueva atención. Las Áreas Sanitarias en Galicia, son la base para la construcción de ese sistema de atención primaria. Su potenciación le dotaría de una mayor capacidad resolutiva en domicilio de los pacientes con enfermedades crónicas y de larga evolución, así como promover el desarrollo de todo su potencial preventivo.

El nuevo modelo de atención primaria debe estar orientado a dar valor a los pacientes, velando por mejorar de forma constante la experiencia de cuidados del paciente y estableciendo los objetivos e incentivos de forma alineada con lo que aporta valor al paciente. A su vez, debe cuidar a los profesionales y garantizar la eficiencia.

2.2 Actualizar y formar a los profesionales de los centros de salud en base a la última evidencia surgida de los aspectos que competen a atención primaria y definir protocolos, algoritmos y otros instrumentos accesibles para los profesionales con el fin de minimizar la variabilidad en la atención.

2.3 Crear una dirección ejecutiva de atención primaria en el máximo nivel del Área Sanitaria cuya labor se centre, en exclusiva, en apoyar el cambio/transformación del modelo de atención primaria, apoyando a los equipos de atención primaria en este cambio y a asegurar la integración funcional entre atención primaria y hospitalaria.

2.4 Responsabilizar formalmente a las organizaciones locales (Áreas Sanitarias y Centros de Salud) de mejorar la salud de su población y no sólo de organizar la atención a los pacientes. Esto permitirá identificar modelos de prevención nuevos [12].

Las Áreas Sanitarias deberán subsanar las debilidades detectadas para fortalecer su función territorial y la vertebración basada en la atención primaria. Para ello, se precisa revisar la distribución en su territorio de dispositivos asistenciales, modificar su estructura organizativa, modificar los circuitos de toma de decisiones sobre recursos, diferenciar la gestión económica de sus ámbitos (atención primaria y hospital) e innovar en la relación con servicios sociales y comunidad [13] [14] [15].

Los pacientes deberían estar en los órganos de gobernanza y la atención primaria debería estar representada al más alto nivel directivo en el sistema.

Se debe recordar que la integración puede tener múltiples formas y que la integración de las gerencias de atención primaria y hospital en una, así como su financiación, no son causa suficiente ni necesaria para alcanzar los resultados en salud y la eficiencia buscadas. Se debe llegar a la integración organizativa y funcional real.

Por ello, se recomienda complementar los actuales instrumentos "Acuerdos de gestión," que tienen una marcada orientación al control económico y de recursos humanos anuales, con otros instrumentos ("Plan de salud de un Área Sanitaria") que permitiera explicitar los objetivos finalistas en un escenario temporal más largo (3-4 años). De este modo se procuraría alinear, progresivamente, los resultados finales buscados por un Área Sanitaria en clave de Cuádruple Meta, con los instrumentos de autonomía de gestión anuales existentes.

2.5 Desarrollar líderes de sistema con una función de gestión de recursos comunes y con un liderazgo muy participativo. Un liderazgo que, a nivel de un Área Sanitaria y Centro de Salud **desarrolle una visión común para la población de un Área Sanitaria/Centro de Salud**. Esa visión debe ser de mejora de la salud de la población, no exclusivamente de mejora de la atención sanitaria clínica. No es suficiente que el Área Sanitaria sean entidades administrativas.

3. Paciente y Población con más Voz y más corresponsable

3.1 Personalización creciente.

La Cuádruple Meta tiene como objetivo final mejorar la vida de la comunidad. Las intervenciones indicadas en este documento llevarán el modelo asistencial en esa dirección. En ese contexto, se debe considerar más la perspectiva de los pacientes.

Con ese fin se deben de identificar formas de personalización de los cuidados y utilizar formas de oír la voz de los pacientes y de la comunidad (PREMS, PROMS). Todo ello debería ir acompañado del correspondiente desarrollo digital que lo haga posible.

3.2 Establecer mecanismos y procesos para integrar de forma integral la voz de los pacientes con el fin de mejorar la calidad de la atención. Esto se puede concretar con la involucración de Asociaciones de Pacientes en procesos de mejora concretos, mediante la incorporación de mecanismos para analizar la experiencia de cuidados del paciente, entre otros.

3.3 Incorporar resultados en salud y experiencia para paciente (PREM y PROM).

Los resultados de salud percibidos por el paciente (PRO) y/o resultados de experiencia percibida por el paciente (PREM) son dos instrumentos que permiten la incorporación de la voz del paciente a lo largo del proceso de cuidados de una persona y permiten orientar la atención hacia lo que realmente le importa al paciente, tanto en términos de resultados en salud como en términos de su experiencia de cuidados.

Mientras que los PRO miden aspectos relacionados con la calidad de vida, la funcionalidad y síntomas asociados a una patología, los PREM se focalizan en como un paciente vive su experiencia de cuidados.

La implementación de ambos instrumentos precisa de sistemas de información avanzados y accesibles al paciente para que éste pueda ir reportando, en base a herramientas previamente validadas, tanto sus resultados de salud percibidos por el paciente, como su experiencia de cuidados.

Ambos instrumentos han evidenciado ser instrumentos eficaces para la mejora continua y la mejora de la calidad y seguridad de la atención [16] [17] [18].

3.4 Reforzar la idea de que el paciente es el principal proveedor de su salud y autocuidado [19].

Para ello es necesario fortalecer los programas de apoyo al autocuidado. Galicia fue la primera Comunidad Autónoma en desarrollar una Escuela de Pacientes.

3.5 Fortalecer los programas de apoyo al autocuidado.

Los pacientes que viven con una o más enfermedades crónicas únicamente tienen contacto con los profesionales de la salud por un periodo muy pequeño de tiempo. El resto del tiempo deben de saber manejar sus enfermedades lo mejor posible. Por ello es necesario seguir fortaleciendo los programas de apoyo al autocuidado.

3.6 Implementar programas de responsabilidad compartida. Para ello se propone dar forma a la idea de responsabilidad compartida.

La responsabilidad compartida no es la responsabilidad personal. En este último caso se culpabiliza a la población para que se cuiden más. La idea central de la responsabilidad compartida es que la población en general ya se responsabiliza de su salud y sobre esta base se les puede apoyar más para que no dependan tanto de los servicios asistenciales especialmente para cosas menores. Eso libera tiempo para que los profesionales puedan ocuparse de los temas más importantes.

Los medios de comunicación pueden ser grandes aliados en este sentido. Una línea de trabajo podría ir dirigida a buscar complicidad con los medios de comunicación para promover, a nivel general, campañas de responsabilidad ciudadana con la salud y el buen uso de los recursos del sistema.

Se sugiere aquí empezar a probar con esta idea en atención primaria con tres o cuatro enfermedades (diabetes, enfermedades respiratorias crónicas -asma-, hipertensión).

3.7 Analizar de forma experimental nuevas formas de relación entre los servicios sanitarios y sociales.

Se trata de experimentar y sistematizar en Galicia las experiencias de valoración conjunta a pacientes por parte del área sanitaria y social, desarrollando instrumentos comunes y reforzando las capacidades para que ambos grupos locales (social y sanitario) puedan trabajar más y mejor juntos.

Esta experimentación está tomando muchas formas en diferentes países. A modo de ejemplo, toma forma en la utilización de instrumentos de valoración y seguimiento de pacientes diseñados conjuntamente entre los equipos sanitarios y sociales.

En Inglaterra, este instrumento es un presupuesto acordado entre el equipo local de salud, el equipo social y la persona con necesidades sociales y sanitarias, para que pueda organizar sus cuidados en su entorno más próximo. Hay 200.000 personas con este sistema y resultados positivos.

3.8 Reforzar las actuaciones en Prescripción Social y derivación a la Comunidad.

Se trata de referir desde los servicios de atención primaria a aquellos servicios no clínicos locales que existen en la comunidad.

Esta es una forma concreta de promover la faceta poblacional de la Cuádruple Meta.

Se entiende que la salud de la población viene determinada por factores sociales, económicos y de entorno.

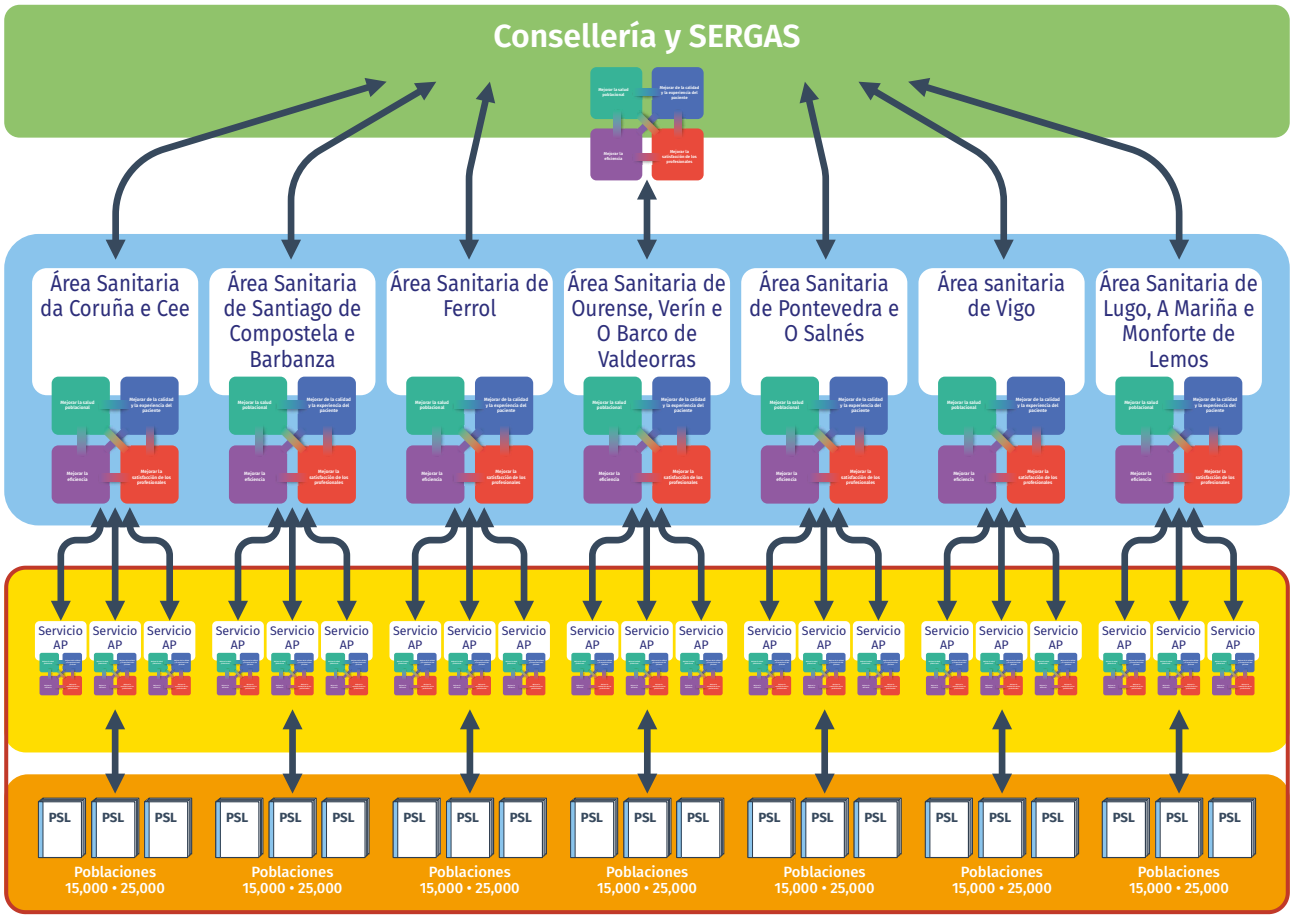
La prescripción social refiere a los pacientes a los servicios provistos por organizaciones voluntarias y comunitarias (deporte, alimentación, hábitos saludables, acompañamiento...).

Se recomienda activar aquellas formas de prescripción social que apunten a la gente más vulnerable en una comunidad.

La evidencia crece en cuanto que esta forma de actuar mejora los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios y una reducción del uso de urgencias e ingresos hospitalarios [20] [21] [22].

4. Planificación Colaborativa

El marco de la Cuádruple Meta permite razonar en determinantes de salud ya que señala la necesidad de planificar proactivamente a una población.



Trabajar los determinantes de la salud en una zona territorial no es una intervención exclusiva de salud pública sino de todos los prestadores en esa área. Usando ese marco de referencia cada unidad territorial deberá:

4.1 Desarrollar un Plan local de salud.

Para obtener la autonomía de los centros de salud, el profesional sanitario responsable al frente debería presentar un proyecto específico que adapte el nuevo modelo a los requerimientos de cada territorio, los objetivos del cual serían la clave de su evaluación [23]. Estos planes se desarrollarán para poblaciones de referencia comprendidas en un rango de entre 15.000 y 30.000 personas.

En estos proyectos se tratará, de **manera prioritaria, cómo reducir la saturación de las agendas**, cómo se abordará la gestión de la demanda y cómo se plantea la relación entre atención primaria, hospital, servicios sociales y la comunidad.

La atención continuada, tanto en domicilio como urgente, deberá ser uno de los componentes del plan local.

Deberá apoyarse en instrumentos que permitan la clasificación de pacientes según su morbilidad y/o complejidad y/o situación social y por motivo de consulta y progresivamente ir transformando la actividad no programada en programada.

Por otra parte, se deberán incorporar instrumentos de gestión para poder organizar y dar respuesta a la sobredemanda según el nivel de urgencia.

Se deberá asegurar la máxima resolutividad de cada agente en el desempeño de sus funciones y evitar duplicidades de pruebas y consultas.

Algunas ideas para reducir la demanda son:

- Información a la población acerca de la correcta utilización de los servicios sanitarios.
- Sesiones conjuntas entre profesionales de atención primaria y hospitalaria con el fin de poner en marcha protocolos de atención conjunta (Insuficiencia cardíaca, diabetes, etc.) e impedir que los pacientes deambulen erráticos por diferentes servicios con múltiples consultas y polimedicados.
- Sesiones de coordinación entre los servicios de atención primaria y los servicios sociales del área. [24] [25]
- Sesiones de coordinación con equipos de salud mental, adiciones, voluntariado y otras asociaciones de ámbito local.

4.2 Focalizarse en los territorios con altas tasas de enfermedad y/o recorrido de mejora, en cada entorno local.

Para el desarrollo del Plan Local de Salud y para que los equipos puedan concretar sus prioridades locales, la Conselleria y el SERGAS ofrecerán un marco general de intervención, unas especificaciones generales o áreas de contenidos que ofrezcan una referencia o guía para realizar la focalización.

A modo de ejemplo, en Reino Unido el NHS establece especificaciones de servicio [26] generales para profundizar y avanzar en el ámbito de la atención primaria: revisión estructurada de medicación y búsqueda de optimización; probar prácticas que ofrezcan una atención más proactiva a pacientes de alto riesgo o personas vulnerables; desarrollar avances en atención personalizada; apoyar el diagnóstico temprano de cáncer; realizar prevención y diagnóstico de enfermedades cardiovasculares o hacer frente a las desigualdades del barrio. Teniendo en consideración esas especificaciones generales, los equipos locales son los que concretan, adaptan a su entorno y diseñan sus prioridades para la intervención.

Por ejemplo, el equipo local podría reducir los días de hospitalización para niños con altas tasas de patología de ciertos barrios. Niños con altas tasas de crisis asmática en su zona. Esto permite un enfoque equitativo ya que existe un gap entre los niños más desfavorecidos y los más sanos. Las intervenciones que se puede usar para lograr un impacto positivo puede ser la identificación de los niños más a riesgo, mitigar el riesgo social relacionado, ayudarles a transitar eficazmente por el sistema de salud, conectar virtualmente proactivamente.

Una experiencia de este tipo en Ohio consiguió una reducción de un 20 % en hospitalizaciones de niños con asma. Es perfectamente posible en el modelo asistencial de atención primaria en Galicia lograr estos impactos si los responsables locales tienen la autorización y la flexibilidad de gestión a su nivel.

4.3 Redistribuir los recursos que se disponen con el fin de asegurar la máxima equidad en la atención.

Para ello se propone analizar los cupos de toda la comunidad, consultorios periféricos, PACs (Puntos de Atención Continuada) con baja actividad y su población de referencia para evaluar los cambios que se deberían plantear.

4.4 Los proyectos de cada unidad territorial deberían contemplar planes a medio y largo plazo de cómo se abordará el análisis de los determinantes sociales de la salud y de cómo se adaptará el modelo de salud comunitaria al territorio. Cada unidad territorial deberá lanzar una experiencia al año de atención comunitaria en determinantes de salud.

4.5 Dotar a los planificadores locales de datos fiables y robustos para áreas pequeñas. Disponer de datos fiables y robustos procedentes de áreas pequeñas permite asegurar la homogeneidad de cálculo para todos los territorios, agilizar la recopilación de datos y facilitar al grupo de trabajo local la realización del informe de salud.

Se han llevado a cabo experiencias con éxito para facilitar datos a pequeña escala e impulsar así la acción comunitaria en los barrios de Barcelona, en el ámbito municipal de Asturias y en los condados de Estados Unidos [27].

5. Personal y Habilidades

5.1 Más recursos humanos, reorganización de los actuales profesionales y correspondiente revisión de las condiciones laborales y económicas.

Más recursos humanos en atención primaria es positivo, como tiene previsto hacer la Conselleria y SERGAS. Esto servirá especialmente para cubrir el relevo generacional debido a la esperada jubilación de muchos médicos y enfermeros. Este esfuerzo en los recursos humanos disponibles debe acompañarse de un esfuerzo aún mayor: la transformación del modelo asistencial razonado para lograr la Cuádruple Meta.

En este sentido, será necesario ir conectando a los equipos de atención primaria con algunas funciones que, cada vez serán más necesarias para la prestación de los cuidados que necesitan algunos pacientes. Nos referimos a nutricionistas, psicólogos, o fisioterapeutas, entre otros.

En general en Galicia no faltan recursos humanos, sino que están mal organizados. Por ejemplo, en los PACs hay 500 profesionales de la salud “aislados” de la organización y de la planificación conjunta de una zona de salud. Para empezar a su integración organizativa se propone que estén mejor conectados con el sistema de atención primaria en términos informáticos y deben ser incorporados a la planificación general en un Área Sanitaria y centro de salud. Asimismo, se les debe incorporar a la formación clínica con el fin de asegurar la calidad clínica. Para llevar a la práctica estos movimientos, será necesario acordar, con carácter previo, criterios técnicos que permitan realizar el movimiento garantizando los principios que han sido recogidos en este documento.

Una de las tareas fundamentales de las Áreas Sanitarias y Centros de salud y los PACs será planificar mejor las urgencias e impulsar aquellos servicios que se puedan hacer fuera del hospital y que hoy siguen dentro del hospital.

En relación a la pediatría, también sería recomendable revisar la respuesta actual a las necesidades que se producen los sábados.

5.2 Analizar la conveniencia de aproximar a los servicios de salud personal de salud pública y fortalecer las acciones comunitarias aprovechando las competencias de todos los profesionales.

La propuesta es que la información y el conocimiento existente se aproxime al lugar de la toma de decisión. En este sentido, sería deseable que profesionales con capacidad para apoyar el desarrollo de funciones comunitarias en las Áreas Sanitarias apoyaran el trabajo de los servicios de atención primaria. (A modo de ejemplo, profesionales que desarrollan funciones de medicina preventiva en los hospitales o farmacéuticos de salud pública).

5.3 Gestión del Centro de Salud.

En el modelo actual, esa gestión es imposible ya que cada disciplina profesional reporta a una jerarquía diferente. Esto es una anomalía inexistente en otras organizaciones de cualquier sector.

El centro de salud deberá estar gestionado por un profesional de la salud.

El profesional de salud responsable de la gestión del centro de salud, en función de su proyecto específico, debería poder promover los cambios organizativos internos, y los movimientos necesarios de las plantillas, que se crea que pueden adaptar mejor el nuevo modelo a cada circunstancia.

El profesional de salud responsable al frente del servicio de atención primaria deberá tener competencias para proponer el perfil personal de los centros de salud de acuerdo con sus actitudes y aptitudes, pero también teniendo en cuenta su adaptación al proyecto específico aprobado.

5.4 Fortalecimiento del trabajo en equipo y multidisciplinariedad.

El profesional del servicio de atención primaria responsable de la función gestora deberá reforzar las unidades básicas médico-enfermera en un primer momento y promover la posibilidad de que esas unidades se amplíen y conviertan en equipos multidisciplinares según las necesidades de los pacientes, procurando mantener la longitudinalidad del proceso asistencial.

En el marco de los nuevos equipos multidisciplinares deben desarrollarse los equipos de atención a la complejidad, grupos profesionales especialmente dotados y entrenados en la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias complejas [28] [29].

El trabajo en equipo multidisciplinar, que debe ser compartido tanto a nivel de centro de salud, como con las otras redes que operan en el territorio, debe ser el eje del trabajo colaborativo incluyendo también con los profesionales de los hospitales, servicios sociales y la comunidad local [29] [30].

Estos equipos deberán sentarse a planificar las acciones descritas en el plan local, así como otras relacionada con el fomento de la actividad docente, investigadora y de mejora continua para mejorar la calidad de la atención.

Se deberán trabajar las trayectorias clínicas de cuidados de forma multidisciplinar y estandarizar las prestaciones en base a la evidencia para evitar la variabilidad.

Las Áreas Sanitarias deberían promover con más ahínco la coordinación revisando las trayectorias clínicas con la nueva visión de que la atención primaria debe ser el eje trazador, debido a que, gracias al trabajo en equipo multidisciplinar, será más resolutiva. La consecuencia será que los especialistas de hospital no deberán abandonar nunca su papel de consultores, mientras que los equipos multidisciplinares deberán ser los que se harán cargo de las trayectorias en un sentido longitudinal y coherente con la manera de ser de cada paciente, con una mejora continua del proceso.

5.5 Potenciar el trabajo del personal de enfermería.

Se deberá potenciar una mayor dotación de competencias específicas al personal de enfermería en atención comunitaria para que puedan asumir más aspectos de la atención a la demanda, de la implicación de pacientes/comunidad en los programas de crónicos y pacientes con necesidades especiales.

Definir funciones de la enfermería en la atención aguda y no solo en la atención programada como hasta ahora.

Definir funciones que no son propias, pero que hace habitualmente el médico de familia y ampliar las funciones de la enfermería en la atención aguda y no sólo en la atención programada como hace en la actualidad.

5.6 Poner en marcha un proceso de certificación de competencias profesionales.

Los profesionales de atención primaria deberán contar con una formación sólida en aspectos de medicina clínica y salud comunitaria. A su vez hay que hacer la especialidad de Medicina de Familia atractiva.

Se debería fomentar el acceso a la atención primaria de los profesionales que acrediten las competencias en la materia y asuman la cartera de servicios de atención primaria, tanto asistencial como docente y posibilitar su participación en redes de investigación.

5.7 Cartera de Servicios y Estandarización.

Es necesario atajar la variabilidad clínica también en atención primaria.

Se deberá garantizar que la cartera de servicios que recibe un paciente no depende del profesional y el centro de salud, por tanto, se deberá estandarizar y establecer los mecanismos necesarios para mitigar la variabilidad (rendir cuentas, transparencia, etc.). De igual forma, se deberá estandarizar la atención domiciliaria en personas dependientes para garantizar la equidad en el acceso.

Será necesario revisar conjuntamente, las diferentes disciplinas profesionales, la cartera de servicios de atención primaria, de modo que cada rol desarrolle las funciones que le correspondan tendiendo a situarse en el nivel máximo de sus competencias, contemplando un aumento de competencias en todas las categorías.

5.8 Habilidades y Formación.

Establecer un nuevo Plan de Formación Continuada a medio plazo que especifique objetivos alineados con las necesidades incluidas en este plan y que incluya financiación suficiente.

En este sentido, será necesario reforzar la formación MIR y EIR, fortaleciendo la evaluación de las unidades docentes, adoptando mejoras para la acreditación de centros, protegiendo y estimulando las funciones de tutorización y desarrollando las competencias necesarias para ello.

Se deberán fomentar las habilidades de liderazgo, trabajo en equipo multidisciplinar, evaluación geriátrica integral y planes individualizados elaborados de manera conjunta entre los propios pacientes, los profesionales sanitarios y los sociales. Se deberán promover las habilidades básicas para saber analizar los determinantes de la salud y diseñar e implementar programas de salud comunitaria.

La implementación de un sistema vertebrado en atención primaria requiere reforzar las capacidades del equipo de atención primaria en gestión de proyectos de mejora, gestión del cambio y habilidades digitales [31].

5.9 Gestión de agendas flexibles y en el propio centro de salud.

Incorporar a las agendas las intervenciones comunitarias o de formación de paciente. El sistema debería favorecer la existencia de **tiempo reservado para actividades comunitarias**, de forma flexible y según la programación local.

Debería tenderse hacia espacios reservados para la formación e investigación.

Igualmente debería fortalecerse la tutoría a residentes.

5.10 Potenciar las áreas administrativas de los centros de salud.

Son el primer punto de encuentro presencial para los pacientes con el servicio de atención primaria.

Dados los desarrollos actuales de sistemas de información que permiten automatizar algunas funciones, se propone co-diseñar la cartera de servicios de esta área adecuada a las necesidades actuales de los centros de salud y las competencias disponibles, reforzando con programas formativos, las carencias que se identifiquen hoy.

A modo de ejemplo, se podrían generar automáticamente procesos que pudieran ser entregados desde el área administrativa a los pacientes, de acuerdo a una cartera de servicios previamente acordada. De este modo, el desarrollo de esta categoría profesional se focalizaría en mejorar la gestión del flujo asistencial en coordinación con el resto del equipo, estandarizar actividades asociadas al desarrollo de las carteras de servicios acordadas, apoyar al equipo multidisciplinar en el desarrollo de su plan de salud local, control del centro, etc.

5.11 Potenciar el desarrollo de actividad investigadora en atención primaria.

Con el fin de apoyar el desarrollo de una atención primaria vertebradora del sistema de salud, será necesario reforzar su actividad investigadora, potenciando una agenda de investigación con convocatorias específicas, becas para el desarrollo de tesis doctorales y tejiendo o fortaleciendo las relaciones necesarias con otros agentes clave en investigación (Universidades, fundaciones, etc.).

Una actividad investigadora sólida en atención primaria permitirá acompañar, con garantías, los movimientos que han sido descritos en este documento.

6. Sistemas y Estructura Digital

6.1 Galicia está avanzando en el área de la salud digital. Sin embargo, es **necesario avanzar más rápido en esta revolución digital**.

Los sistemas de información deben evolucionar a ser instrumentos potentes para la comunicación y coordinación, pero también para permitir explotar la información con fines de mejorar la asistencia de manera continuada. Para ello se deberá capacitar la organización con nuevos roles que faciliten la digestión de dicha información.

6.2 Cada solución o servicio deberá ser diseñado en función de las necesidades del usuario; que sea este un paciente, el ciudadano, los profesionales. Cuando esto es así se usan más y cada usuario obtiene lo que busca.

6.3 El potencial de la monitorización a distancia por medios digitales debe acelerarse con el fin de reducir la demanda sobre los profesionales.

La evidencia indica que la medicina no presencial ayudará mucho a reducir la demanda sobre la primaria e incluso activa a los pacientes a ser más responsables y proactivos. Se considera que se pueden controlar numerosas enfermedades a distancia en conexión constante con la atención primaria. El desarrollo de la enfermería comunitaria deberá ir a la par de ese desarrollo con el fin de poder atender a domicilio a aquellos pacientes que se descompensen.

6.4 Los pacientes que usan los servicios y sus cuidadores no deberían de tener que repetir continuamente sus historias. Deben tener la garantía que los profesionales que les atienden han tenido acceso a la información necesaria.

6.5 Los profesionales de atención primaria y los PACs deberán poder acceder a información sobre sus pacientes en el momento que la necesiten, en cualquier nivel de cuidados. Con ese fin la historia clínica IANUS debería evolucionar hacia un desarrollo completo de toda su capacidad de comunicación y gestión, desarrollando la historia clínica por procesos o vías clínicas, permitiendo la trazabilidad de la atención de los pacientes para la asistencia sanitaria, para la mejora continua y para la gestión.

6.6 El sistema debería favorecer la creación de espacios en las agendas para compartir sesiones clínicas entre colegas con el fin de debatir los casos más complejos incluso asistencia compartida en tiempo real (telemedicina).

6.7 Se deberían implantar encuestas periódicas de satisfacción/experiencia de paciente utilizando las nuevas tecnologías.

E. Plan de implementación

De acuerdo con el diagnóstico, los principios y la matriz estratégica validados por el grupo de trabajo, el plan de implementación para fortalecer la atención primaria en Galicia propone 20 medidas estructuradas en tres bloques:

a) las **urgentes**, para salir del atasco[33]

b) las que tienen una perspectiva **a medio plazo**, para abordar reformas de cierto calado

c) las que requerirán un **largo plazo**, para estructurar y consolidar las reformas.

Se ha comentado, en el apartado de principios guía, que esta reconfiguración de la atención primaria es una estrategia a medio plazo, pero se debe poder evaluar cada año los avances en la dirección decidida. En ese sentido es un cambio incremental.

De la evidencia en implementación de estrategias en el sector público se concluye que estos cambios son a menudo cambios contracorriente y requieren mucho apoyo [32].

Para el seguimiento del plan de implementación se cree oportuna la creación de una ***comisión independiente*** que evalúe periódicamente los logros conseguidos (en términos de implementación de las medidas y líneas propuestas y en términos de avance hacia el nuevo modelo deseado para la atención primaria) y proponga ajustes y medidas correctoras. Esta propuesta se inspira en las comisiones científicas de seguimiento que se han constituido en los centros de investigación, las cuales se están revelando como muy útiles para que directivos e investigadores dispongan de un contrapunto externo para las mejoras continuas a incorporar en sus planes operativos. Esta comisión deberá establecer un **marco evaluativo** que permita medir el grado de avance del plan de implementación (medidas urgentes y líneas de acción de medio y largo plazo) y establecer medidas correctoras para su adecuación al cumplimiento de los objetivos finales que se pretenden para la atención primaria y que han sido descritos en este documento.

Tanto la comisión independiente como los grupos de trabajo que pudieran formarse para trabajar las medidas y líneas de actuación propuestas deberán poder tener **acceso a la información necesaria para el avance, en un clima de transparencia**.

La transparencia de información deberá ser bidireccional entre todos los niveles del sistema sanitario (macro, meso y micro).

En esta línea, se propone que la **comisión de seguimiento del plan por una atención primaria vertebradora del sistema de salud en Galicia** esté compuesta por expertos reconocidos en atención primaria externos a SERGAS, además de profesionales y directivos del propio sistema sanitario gallego.

Estos cambios no se lograrán sin crear la capacidad local para avanzar. Por ello, con el fin de dotar a esta transformación del apoyo necesario se propone que exista un ***fondo económico para la transformación*** propio y un equipo de apoyo y capacitación a la AP cuya función sea exclusivamente la de facilitar la implementación de estos cambios.

Al fondo de transformación se accederá por los equipos locales de los servicios de salud con un proceso de petición formal.

1. MEDIDAS URGENTES (en los próximos seis meses)

1.1. **Dignificar en condiciones de trabajo y acceso, el desempeño que realizan los profesionales desde el nivel de atención primaria:**

- Tasa de reposición del 100% de las plazas vacantes, con convocatoria anual.
- Aumentar el número de profesionales en aquellos dispositivos que tengan una elevada carga asistencial
- Ofertar contratos eventuales de calidad (con estabilidad temporal larga y escasa variabilidad espacial) que eviten la fuga de los médicos residentes al finalizar su periodo formativo, mejorando el denominado contrato de continuidad.
- Con el fin de garantizar la docencia, en los concursos de traslados y en las OPE, se reservarán las plazas de tutores acreditados.

1.2. **Corregir, de manera urgente, el impacto de la actual "demanda bloqueante" (sobredemanda) en la organización de la actividad clínica,** empezando por aquellos lugares en peor situación**.** Existen diferentes causas que confluyen en una sobredemanda que está impidiendo ofrecer una atención de calidad e implementar los nuevos retos que la atención primaria tiene por delante (volumen de demanda no urgente, demanda generada por ausencias, asistencias sin cita previa y otras circunstancias que alteran la gestión natural de la demanda). Para ello, es necesario:

- Implantar un procedimiento de resolución de la demanda no programada o urgente con selección de los motivos de consulta y una respuesta adecuada a las necesidades expresadas, bien con triaje previo, o bien organizando esa actividad a través de un modelo de gestión de la urgencia.
- Realizarán bloqueos de agenda únicamente en situaciones excepcionales, adecuando la demanda a la disposición de personal en cada momento de forma que permitan una adecuada asistencia y una correcta gestión de la misma.
- Poner en marcha medidas concretas para tender hacia un máximo de consultas programadas diarias (presenciales y no presenciales) que se acuerde razonable. El tiempo total disponible y las capacidades de los equipos, deberá poder cubrir las consultas presenciales, así como, un número de consultas telefónicas, permitiendo garantizar tiempo de agenda para actividades comunitarias, domiciliarias y de formación, investigación y docencia

1.3. La Consellería y el SERGAS, deberán **asumir la Cuádruple Meta como marco estratégico general para la Sanidad en Galicia**, garantizando así la promoción de los determinantes de la salud y de los programas de salud comunitaria, todo ello basado en los principios de proactividad y de potenciación de la responsabilidad ciudadana con su propia salud.

1.4 **Configurar las funciones del profesional sanitario responsable del servicio de atención primaria** (que ejercerá las funciones de dirección), con competencias amplias para dirigir todos los profesionales y los recursos que actúen en él,

al estilo de los cargos que ya existen en otras comunidades autónomas. Estas competencias deberían orientarse al prestigio clínico, la capacidad de liderazgo y de elaboración de un plan local de salud.

1.5 Convocar concursos para **elegir los profesionales más adecuados para ocupar el cargo de profesional sanitario responsable del servicio de atención primaria**, basándose en criterios profesionales y transparentes de prestigio clínico conseguido, capacidad demostrada de liderazgo y trabajo en equipo y contando con el requerimiento de la presentación de un plan local de salud que adapte la oferta de los servicios existentes a las necesidades y características específicas de cada territorio, inspirándose en los principios descritos en este mismo documento. Este profesional podrá gestionar las agendas con la colaboración de los profesionales haciendo las modificaciones necesarias para la mejor atención a los pacientes, con gestión de agendas adecuadas al profesional, las actividades que realice y la cartera de servicios existente en cada momento. Será conveniente desarrollar sistemas de incentivos que promuevan la asunción de estas nuevas responsabilidades entre los profesionales.

1.6 Reformular los organigramas de las Áreas Sanitarias para **elevar la atención primaria a su máximo nivel ejecutivo** (dirección), que cuente con presupuesto económico específico y que pueda reordenar las competencias y líneas de mando (en el marco de un plan único del Área Sanitaria), de manera que se preserven las que han sido concedidas a los profesionales sanitarios responsables del servicio de atención primaria.

1.7 Requerir a los profesionales de los servicios de atención primaria un ejercicio compartido de explicitación de su ***marco estratégico*** (plan único de cada área sanitaria, en clave de cuádruple meta, que involucre a todos los agentes prestadores de ese área sanitaria). Este marco integrará, en clave de Cuádruple Meta, las diferentes líneas de actuación que se estén llevando a cabo en el servicio, e identificará las prioridades de actuación, así como, los gaps que deberían ser trabajados. La idea detrás de esta acción es trabajar la orientación hacia el desarrollo de planes locales de salud en los servicios de atención primaria mientras se desarrollan las nuevas funciones del profesional sanitario responsable al frente de los equipos.

1.8 Requerir a las Direcciones de las Áreas Sanitarias para que elaboren un **programa específico de relevo generacional** de médicos y enfermeras que contemple la incorporación de los profesionales de atención continuada (PAC) como integrantes reales de los equipos de los centros de salud. Tal y como ha sido descrito en este documento será necesario, con carácter previo, definir **criterios técnicos** (como por ejemplo, tiempo mínimo de consulta, distribución por edad de la población atendida, distribución por complejidad, promedio de la tasa de mortalidad por todas las causas en los últimos 5 años, promedio de la tasa de ingresos hospitalarios por todas las causas, morbilidad evitable, dispersión, etc.) que faciliten el desarrollo de este proceso.

1.9. Trabajar por lograr una buena **estandarización de los procesos asistenciales**, incluido el acceso a pruebas complementarias, previa definición de procesos horizontales consensuados con todos los agentes clave involucrados en su prestación y con base en criterios de evidencia clínica y organizativa y de gestión disponibles:

- Designar profesionales consultores de referencia en atención hospitalaria, con disponibilidad horaria y accesos adecuados a la tecnología actual.
- Desarrollar la capacidad de enfermería de indicar productos sanitarios según establece el RD.

- Elaborar un catálogo común a todo el SERGAS de pruebas diagnósticas para atención primaria basadas en la evidencia, conforme a la práctica clínica y a la equidad del sistema.
- Aplicación de protocolos comunes para profesionales de hospital y de atención primaria en procesos en los que sea fundamental la asistencia compartida, garantizando que la atención primaria tenga el protagonismo que le corresponde en dichos protocolos.
- Recuperar el modelo básico médico-enfermera, como base del trabajo en equipo multidisciplinar.

1.10 Se propone que los servicios de atención primaria formen ***voluntariamente "comités de toma de decisiones colaborativas"*** con otros proveedores en su territorio (servicios hospitalarios, farmacias comunitarias, agentes sociales y otros agentes comunitarios) con el fin de identificar **oportunidades de colaboración local y actuar en consecuencia**. Estos comités deben ser ***voluntarios e iniciados de abajo arriba***. (A modo de ejemplo, llevar a cabo procesos de revisión entre pares de definición de vías clínicas o protocolos compartidos). Esto dará forma a la innovación local. No es necesario un nuevo marco para estos comités ya que existe estructuralmente el Área Sanitaria en Galicia. Se recomienda trabajar algún instrumento de incentivación orientado al desarrollo de este tipo de comités.

1.11 **Reforzar la actividad formativa e investigadora en atención primaria:**

- La Formación continuada se realizará, preferentemente, dentro del horario laboral, facilitando su acceso a todos los profesionales
- Promover y facilitar la actividad docente, de formación continuada e investigadora de los profesionales de los centros de salud, adaptando específicamente la agenda de los tutores y colaboradores docentes para favorecerla.
- Dotar del reconocimiento adecuado a tutores y colaboradores docentes. En este sentido, es imprescindible la publicación del Decreto de reconocimiento del tutor.
- Mayor participación en el diseño de los programas formativos por parte de los profesionales.

1.12 Desarrollar un **proyecto general dirigido a los ciudadanos y pacientes** que refuerce su papel en el uso responsable de los recursos del sistema de salud y fortalezca los programas de apoyo al autocuidado.

- Las expectativas que pueden tener los usuarios (pacientes y ciudadanos) con el sistema de salud en general deben clarificarse.
- Es difícil contemplar una mejora de la calidad y la demanda sobre la Atención Primaria mientras no se identifique mejor el papel y la responsabilidad del paciente en el uso de los servicios. Por ejemplo, es clave que los pacientes mantengan sus citas, las cancelen cuando ya no son necesarios, no acudan con problemas banales etc. Esto permitirá a los clínicos atender mejor a los que más lo necesitan.

1.13 Elaborar un programa de formación de líderes participativos/integradores a iniciar en 2020 (20 líderes por año).

2. LÍNEAS A DESARROLLAR A MEDIO PLAZO (en los próximos dos años)

2.1 **Trabajar el avance hacia la constitución de equipos multidisciplinares** en los servicios de atención primaria de un modo progresivo, con la finalidad de consolidar las reformas en la gestión de la demanda realizadas con carácter urgente, además de evaluar la marcha de las agendas específicas para irlas ajustando a las necesidades reales percibidas y a las características profesionales de sus miembros.

2.2 En lo referente a las **prácticas clínicas de valor**, pedir a los profesionales sanitarios responsables del servicio de atención primaria que elaboren proyectos *right care* (cuidado adecuado) ajustados a las características de cada centro, con la finalidad de reducir rutinas poco sustentadas, revisar pautas de seguimiento de ciertas patologías crónicas, combatir las prácticas clínicas documentadas como de escaso valor y promocionar las iniciativas de la Cuádruple Meta.

2.3 De acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, los profesionales sanitarios responsables del servicio de atención primaria deberían proponer la **ampliación paulatina de su cartera de servicios**, especialmente en las áreas de psicología, farmacia, salud buco-dental, podología, rehabilitación-fisioterapia, nutrición y otros. Es conocido que el 65% de presupuesto lo consumen el 4 % de la población. Una alta proporción de ese 4 % son personas mayores con pluripatologías así que convendría señalar a los servicios de rehabilitación – fisioterapia como los más prioritarios.

2.4 Generar **dinámicas propositivas de pacientes** a nivel de cada centro de salud para potenciar proyectos participativos y generar indicadores para evaluar la adaptación de los centros de salud a las experiencias relatadas por dichos pacientes (PREM) y a los resultados en salud percibidos (PROM). Apoyar el contacto vía e-mail seguro entre los pacientes, especialmente los crónicos, y sus equipos multidisciplinares.

2.5 **Revisar las trayectorias clínicas transversales** a la luz de visualizar la atención primaria como el eje trazador del sistema sanitario, además de adoptar más medidas para mejorar la colaboración con los servicios especializados de los hospitales de referencia en todas las líneas. Potenciar con mayor fuerza **plataformas telemáticas que den apoyo a las interconsultas asíncronas** y otros medios visuales para hacer viables sesiones clínicas multidisciplinares online. Incluir en estos procesos la formación, autoevaluación y mejora continua necesarios para un avance sólido. Los puntos 2.1 a 2.5 se pueden enmarcar como primeras áreas de focalización para los "comités de toma de decisiones colaborativas" creadas en la Atención Primaria (punto 1.7). Se entiende que el Área Sanitaria también promocionarán y apoyarán estas líneas de trabajo (2.2-2.6).

2.6 Crear un **foro de servicios de atención primaria** para compartir experiencias y planes de salud locales. Esta línea además de servir para obtener una foto general actualizada, ajustar las carencias y dificultades observadas; permitirá desencadenar un **benchmarking entre servicios de atención primaria,** con especial énfasis en la resolución de la accesibilidad y en los resultados de salud.

2.7 Fomentar la formación de los profesionales clínicos en **entrevista motivacional** y en **decisiones clínicas compartidas**, y generar planes de promoción de la implicación de los pacientes en sus propios procesos clínicos. Favorecer una mayor implantación de é-saude para que los pacientes incrementen el acceso a sus historias clínicas y, cuando sea conveniente, puedan compartir las notas clínicas.

2.8 **Incorporar nuevas enfermeras comunitarias al sistema y formar más enfermeras**, en actividades comunitarias, para asumir competencias más amplias, especialmente en lo referente a salud comunitaria, gestión de la demanda y atención a los pacientes crónicos, frágiles y vulnerables.

2.9 Realizar, a nivel de SERGAS, un plan para apuntalar de manera más consistente las **unidades docentes** de medicina y enfermería familiar y comunitaria y pediatría (reforzando su estructura y poniendo en marcha un plan de calidad de las unidades docentes, con las actuaciones de mejora que correspondan); además de lanzar una política clara de apoyo a la investigación en efectividad clínica en el mundo real y en la evaluación de resultados en salud, especialmente en PREM y PROM.

2.10 Realizar, a nivel de SERGAS, procesos de **acreditación de competencias profesionales, planes formativos y de actividad investigadora** adecuados a dicha acreditación y a los principios y retos que el presente plan de fortalecimiento de la atención primaria plantea.

2.11 Apoyo a la innovación local. Fomentar la **innovación** a través de mecanismos de prueba-error, o de otras metodologías como el proceso de los consejos o el sistema mínimo de innovación viable, con programas formativos y creación de los climas propicios en los centros de salud, especialmente en las unidades docentes, las cuales deberían asumir el papel de fuente inspiradora. Favorecer, también, la incorporación de las iniciativas machine learning e inteligencia artificial, utilizando para ello la puerta de entrada de los grupos que estén mostrando mayor anhelo en la innovación.

3. LÍNEAS A DESARROLLAR A LARGO PLAZO (en los próximos 4 años).

3.1 Ampliar el campo de gestión de los centros de salud generando un **nuevo modelo de gobernanza amplia** (al estilo de los networkings ingleses), el cual debería abarcar todas las redes sanitarias que actúan en un mismo territorio: servicios de salud, salud mental, atención a las adicciones, salud sexual y reproductiva y equipos territoriales de salud pública.

3.2 Fomentar propuestas de colaboración más intensa que la actual o, aun mejor, de **integración entre servicios sociales comunitarios y atención primaria**, con la finalidad de posibilitar la creación de equipos multidisciplinares de atención a los pacientes con necesidades sociales y sanitarias complejas en el ámbito familiar y comunitario. Abrir una línea de financiación específica, en la línea de los presupuestos personalizados (*personal health budget en Inglaterra*), para generar suficientes servicios en el ámbito comunitario que eviten hospitalizaciones innecesarias.

A continuación, se presentan a modo de síntesis y organizadas según el horizonte temporal propuesto y el nivel del sistema sanitario que tendría que liderar, impulsar/apoyar y desarrollar o implementar localmente, el conjunto de medidas propuestas para el avance.

▼ Organización de las medidas según agentes que deberían liderarlo y horizonte temporal para su desarrollo

Agente que lidera las medidas	Medidas urgentes (a 6 meses)	Líneas a desarrollar a medio plazo (a 2 años)	Líneas a desarrollar a largo plazo
MACRO **(Consellería Y SERGAS)**	1.1 Condiciones de trabajo y acceso. 1.2 Corregir la sobredemanda. 1.3 Adopción de la Cuádruple Meta como marco estratégico general. 1.4 Configurar funciones del profesional sanitario responsable servicio de AP. *(Conjuntamente con los otros 2 niveles). 1.6 Reformular los organigramas de las Áreas Sanitarias. 1.8 Requerir a las Áreas Sanitarias un programa específico de relevo generacional. 1.11 Reforzar la actividad formativa e investigadora. 1.12 Incorporar línea trabajo pacientes. 1.13 Elaborar un programa de formación de líderes.	2.1-2.5 Ofrecer, a modo de guía, especificaciones generales o áreas de contenidos referentes: • 2.1 Constitución equipos multidisciplinares. • 2.2 Prácticas clínicas de valor. • 2.3 Cartera de servicios. • 2.4 Dinámicas positivas de pacientes. • 2.5 Trayectorias clínicas transversales. 2.6 Crear un foro de servicios de AP. 2.7 Desplegar la formación de los profesionales clínicos en entrevista motivacional y decisiones clínicas colaborativas. 2.8 Incorporar nuevas enfermeras comunitarias y formar más enfermeras. 2.9 Plan unidades docentes e investigación. 2.10 Acreditación de competencias profesionales y planes formativos.	3.1 Nuevo modelo de gobernanza amplia. 3.2 Propuestas de integración de servicios sociales comunitarios y AP.
MESO **(Equipo directivo de las Áreas Sanitarias)**	1.2 Corregir la sobredemanda. 1.5 Convocar concursos para ocupar la función de profesional sanitario responsable del servicio de AP. 1.7 Requerir a los profesionales servicio AP un ejercicio de explicitación de su marco estratégico. 1.8 Trabajar un programa específico de relevo generacional. 1.9 Trabajar la buena estandarización de los procesos asistenciales. 1.10 Requerir a los servicios de AP la formación comités de toma de decisiones colaborativas. 1.11 Reforzar la actividad formativa e investigadora. 1.12 Incorporar línea trabajo pacientes.	2.1-2.5 Pedir/Exigir, a los servicios de atención primaria locales, avanzar en el marco de la Cuádruple Meta y apoyarles, en el desarrollo de este trabajo: • 2.1 Constitución equipos multidisciplinares. • 2.2 Prácticas clínicas de valor. • 2.3 Cartera de servicios. • 2.4 Dinámicas positivas de pacientes. • 2.5 Trayectorias clínicas transversales. 2.7 Desplegar la formación de los profesionales clínicos en entrevista motivacional y decisiones clínicas colaborativas. 2.8-2.9-2.10 Apoyar el despliegue: • 2.8 Enfermería. • 2.9 Unidades docentes e investigación. • 2.10 Acreditación de competencias profesionales y planes formativos. 2.11 Apoyar la innovación local.	

Agente que lidera las medidas	Medidas urgentes (a 6 meses)	Líneas a desarrollar a medio plazo (a 2 años)	Líneas a desarrollar a largo plazo
MICRO **(Servicios de atención primaria)**	1.2 Corregir la sobredemanda. 1.7 Trabajar conjuntamente el ejercicio de explicitación de su marco estratégico. 1.9 Trabajar la buena estandarización de los procesos asistenciales. 1.10 Trabajar la formación de comités de toma de decisiones colaborativas. 1.11 Reforzar la actividad formativa e investigadora.	2.1-2.5 Deciden "el cómo" localmente apoyándose en el marco de los comités de toma de decisiones colaborativas: • 2.1 Constitución equipos multidisciplinares. • 2.2 Prácticas clínicas de valor. • 2.3 Cartera de servicios. • 2.4 Dinámicas positivas de pacientes. • 2.5 Trayectorias clínicas transversales.	

En relación a la naturaleza del conjunto de medidas propuestas, es necesario subrayar la existencia de dos tipologías diferenciadas:

- De un lado, medidas de bajo conflicto y poca ambigüedad. Este tipo de medidas se podrán ejecutar mediante una óptima gestión de proyectos, como procesos lineales y racionales marcando, monitorizando y gestionando, objetivos claros.
- De otro lado, se incluyen medidas más complejas e innovadoras, en tanto en cuanto, requieren de enfoques menos racionales y precisan de una lógica de experimentación local.

En este sentido, tal y como ha sido descrito al principio de este apartado de implementación, se recomienda contar con un Fondo de **Transformación ad-hoc** y **Equipos de Apoyo y Capacitación** que incorporen mayores garantías para el éxito de la transformación descrita.

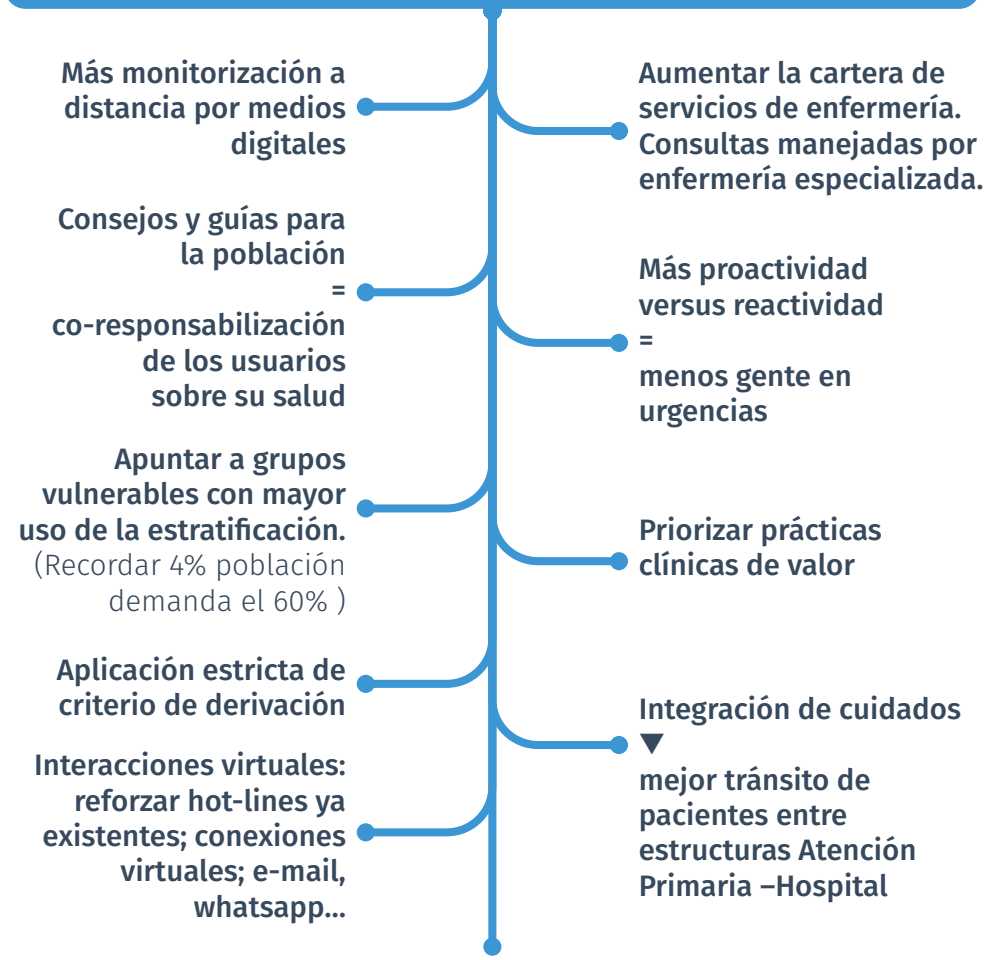
Estos equipos de apoyo deberían facilitar el acceso a expertos en desarrollo organizativo y gestión de proyectos. En términos de liderazgo, no deben ser un centro con jerarquía sobre la implementación propuesta, sino equipos de facilitación técnica.

F. ¿Cómo conseguir un mayor impacto?

Este documento describe áreas de intervención para lograr una atención primaria vertebradora del sistema de salud.

En las tablas subsiguientes se describen aquellas intervenciones que, ejecutadas de forma conjunta, lograrán un impacto mayor sobre las siguientes prioridades: Gestión de la demanda, liderazgo de los profesionales, pacientes y refuerzo de lo poblacional y comunitario.

La gestión de la demanda



Corregir el impacto de la actual "demanda bloqueante":

- Procedimiento para la resolución de demanda no programada o urgente.
- Adecuar demanda y capacidad de respuesta (disponibilidad de personal).
- Adecuar tiempo de atención y funciones clave necesarias en atención primaria.

Liderazgo compartido con los profesionales

El cambio que se describe para la Atención Primaria se tiene que realizar CON los profesionales.

Abre espacios para la innovación local, bottom-up, como un motor para el cambio: Planes locales de salud, Comités de Toma de Decisiones Compartidas. Diseño de los programas formativos por parte de los profesionales.

La Consellería y el SERGAS como catalizadores de la innovación local.

Propone cambios profundos en la forma de trabajar en atención primaria:

- Profesional sanitario responsable del servicio de atención primaria (funciones directivas).
- Concursos para seleccionar a estos profesionales.

Propone mayores dosis de colaboración y trabajo juntos entre los niveles de la planificación, gestión y la clínica (macro, meso y micro).

Los pacientes

Más protagonismo a los pacientes como principales proveedores de su salud y autocuidado.

Propone dar forma a programas de responsabilidad compartida y a las decisiones clínicas compartidas.

Recibir, de modo organizado, prescripción social.

Incorpora nuevas métricas que ponen el foco en los resultados en salud y la experiencia para el paciente (PROM y PREM).

Diferencia pacientes y poblaciones por razón de sus necesidades sanitarias, sociales y comunitarias.

Un equipo referente

Propone planes de salud locales, pegados al territorio y con recursos y financiación propios.

Relevancia de lo poblacional y comunitario
Adopción de la Cuádruple Meta como marco estratégico.
Plan local de salud que va más allá de la actividad asistencial.
Comités de tomas de decisiones compartidas, de ámbito local.
Refuerzo de actuaciones de prescripción social y derivación a la comunidad.
Propone analizar de forma experimental nuevas formas de relación entre los servicios sanitarios y sociales.

G. Bibliografía

[1] Berwick D, Nolan T, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 2008; 27(3):759-769.

[2] Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med 2014; 12:573–6.

[3] D. R. R. S. M. S. L. P. C. P. P. R. S. B. A. M. R. K. R. C. a. J. A. A. James A. Wiley, «Managing Chronic Illness: Physician Practices Increased The Use Of Care Management And Medical Home Processes,» Health Affairs, vol. 34, nº 1: VARIETY ISSUE, p. 78–86, 2015.

[4] «Buurtzorg's model of care,» Buurtzorg Netherland, [En línea]. Available: https://www.buurtzorg.com/. [Último acceso: 16 Septiembre 2019].

[5] WHO, «People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report,» OMS, 2015.

[6] G. o. Sweden, «Good quality, local health care – A primary care reform,» Statens offentliga utredningar (SOU), 2018.

[7] R. Bengoa, A. Stout, B. Scott, M. McAlinden y M. A Taylor, «Systems, not structures: changing health&social care,» Department of Health_Northen Ireland, 2016.

[8] Departamento de Sanidad del País Vasco, Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en el Euskadi., Vitoria Gasteiz: Gobierno Vasco, 2010.

[9] OECD, «OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom,» OECD, 2016.

[10] Patient Protection and Affordable Care Act, EEUU, 2010.

[11] Regionalization and local health systems, Francia, 2019.

[12] G. Periera, D. Sudeawat-Lee, E. White y e. al., «Continuity of Care - a matter of life and death? a systematic review of continuity of care and mortality,» BMJ Open, p. 8:e021161, 2018.

[13] L. Sonola, V. Thiel, N. Goodwin y D. Kodner, «South Devon and Torbay: proactive case management using the community virtual ward and the Devon predictive model,» The King's Fund, 2014.

[14] A. MAsson, M. Goddard y H. Weatherby, «Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review,» CHE research. Centre for Health Economics. University of York, York, 2014.

[15] Frimley Health NHS Trust (England).

[146] A. Smith, N. Hex y M. Taylor, «Patient-Reported Experience Measures (PREMS). A Scoping Document to Inform the Evaluation of the NHS Vanguard Sites,» YHEC. York Health Econocimcs Consortium, 2015.

[17] Department of Health and Social Care, «Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in England: The case-mix adjustment methodology,» GOV.UK, 10 April 20112. [En línea]. Available: https://www.gov.uk/government/publications/patient-reported-outcome-measures-proms-in-england-the-case-mix-adjustment-methodology. [Último acceso: 15 Juny 2018].

[18] T. Weldring y S. Smiith, «Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs),» Health Services Insights, vol. 6, pp. 61-68, 2013.

[19] K. Lorig, D. Sobel, A. Stewart y et al, «Evidence suggesting that a chronic disease self-managenment program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial,» Med Care, vol. 37, pp. 5-14, 1999.

[20] C. Dayson y E. Benett, «Evaluation of the Rotherham Carers Resilience Service,» Sheffield Hallam University, UK, 2016.

[21] C. Dayson y E. Bennett, «Evaluation of Doncaster Social Prescribing Service: understanding outcomes and impact,» Sheffield Hallam University, UK, 2016.

[22] C. Dayson y E. Bennet, «Evaluation of the Rotherham Mental Health Social Prescribing Pilot,» Sheffield Hallam Universtiy, UK, 2016.

[23] A. Ramalho, P. Castro, M. Gonçalves-Pinho, J. Teixeira, J. Santos , J. Viana y et al, «Primary health care quality indicators: An umbrella review,» PLoS One, vol. 16, nº 14, p. 8, 2019.

[24] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2019. Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving Upstream to Improve the Nation's Health. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25467.

[25] Xunta de Galicia «Modelo ARIADNA; Atención Integral a la Cronicidad» EOXI Lugo, Cervo e Montforte, Febrero 2019.

[26] R. Fisher, R. Thorlby y H. Alderwick, «Briefing: Understanding primary care networks. Context, benefits and risks.,» The Health Foundation, 2019.

[27] R. Cofiño, M. Prieto, O. Suárez y et al., «The art of drawing numbers and stories in the air: epidemiology, information, emotion and action,» J Epidemiol Community Health, vol. 0, pp. 1-3, 2014.

[28] «Geriatric community care for the future - the Borgholm model».

[29] M. R. S. K. P. B. West, « Developing cultures of high quality care.,» The Kings Fund, 2014.

[30] «"Salubrizate" (Be healthy, my friend), a community intervention. First wave results,» Libro de Abstracts del 89 Meeting EGPRN, Vigo (Spain), en línea.

[31] P. Thomas, T. Burch, E. Ferlie, R. Jenkins, F. Wright y et al, «Community-oriented integrated care and health promotion - views from the street,» London Jounal of Primary Care, vol. 7, nº 5, pp. 83-88, 2015.

[32] J. Gold, «International delivery. Centres of government and the drive for better policy implementation,» Institut for government, 2014.

[33] Xunta de Galicia «Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021» Santiago de Compostela, 2019.