

Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra

Resumen de la propuesta

Sometida a participación social y profesional.



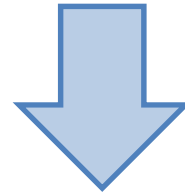
Prioridades de Salud Necesidades ciudadanas Expectativas profesionales

Una doble mirada



**Dar respuesta a los
Compromisos
Programáticos**

**Definir el horizonte
estratégico de la
Atención Primaria**



Un único objetivo

**Garantizar servicios de salud
integrados y centrados en la Persona**

MARCO CONCEPTUAL Y PRINCIPIOS



Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona

69.ª Asamblea Mundial de la Salud

INSTA A LOS ESTADOS MIEMBROS:

1. **Servicios de salud integrados y centrados en la persona**, teniendo más en cuenta sus necesidades
2. Garantizar la **Cobertura sanitaria universal**
 1. Invertir en los sistemas de salud y **fortalecer en particular la Atención Primaria de Salud**
3. **Corresponsabilidad de las persona** reconociendo al mismo tiempo sus derechos y responsabilidades respecto de su propia salud.
4. **Coordinación de los servicios de salud**
5. **Enfoque holístico y asignación de recursos equilibrada** de los servicios de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación y cuidados paliativos;
6. **Colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales** más amplios de la salud,
7. **Gestión del conocimiento** con un enfoque integral para garantizar la seguridad, la calidad y la eficacia de los servicios de salud;

Estrategias de Atención Primaria Ministerio y CCAA



SITUACIÓN Y ÁREAS DE MEJORA

Cambios Sociodemográficos

- El **envejecimiento poblacional**, especialmente en el medio rural, con despoblación.
- El **aumento de problemas crónicos de salud**, las enfermedades degenerativas, la pluripatología y la polifarmacia.
- La mayor relevancia de la **morbimortalidad asociada a estilos de vida** no saludable.
- El aumento de situaciones de **dependencia**.
- El aumento de **problemas psicosociales**.
- Los **cambios en la estructura familiar**.
- Las nuevas **necesidades y expectativas** por parte de los ciudadanos, más informados.
- Mayor exigencia respecto a la **calidad** de la atención por parte de los ciudadanos.
- Mayor **empoderamiento** de los pacientes, que va unido al deseo de ser partícipes en la toma de decisiones.
- Mayor preocupación por la **seguridad** de los pacientes.
- Avance exponencial en **tecnologías de la información y comunicación** con **desigual implantación** en el medio rural, pero también entre capas de la población.
- **Limitación de los recursos** económicos para la financiación de los servicios de salud.
- **Avances en tecnología médica y farmacológica** con importantes incrementos en los costes.
- **Menor disponibilidad de profesionales médicos**.
- **Despoblación** de áreas rurales, que incrementa la dispersión de sus habitantes.
- Mejora de la **red vial**.
- Mayor exigencia en el respeto a los **derechos lingüísticos**

Análisis DAFO

Fortalezas

- Buenos indicadores de salud
- Alto concepto de la población respecto a la atención sanitaria.
- Estructura de Atención Primaria consolidada.
- Profesionales expertos.
- Informatización generalizada de la Hª Clínica
- Red de centros de Atención a la Mujer y Salud Mental.
- Acciones de mejora del modelo asistencial en marcha (crónicos, etc)
- Plan de Salud
- Abundante existencia de estudios previos.
- Buena red de transporte sanitario.
- Buena red viaria.
- Red de recursos sociales extensa.
- Cobertura territorial de la atención a urgencias.
- Amplia red de farmacias.

Debilidades

- Escasa orientación a los aspectos comunitarios.
- Escasez de profesionales médicos.
- Dificultad para cubrir vacantes (pediatras).
- Escaso atractivo de la Especialidad y de la valoración social de la At. Primaria
- Escasas atribuciones para ejercer su rol
- Fragmentación de la atención sanitaria.
- Escasa coordinación sociosanitaria
- Modelo inadecuado de atención a urgencias.
- Alta dispersión red de consultorios y PAC's
- Insatisfacción con la formación y pérdida de competencia en situaciones de baja casuística
- Alto nivel de derivaciones a Especializada Hosp.
- Recursos financieros limitados.
- Escasa tecnología médica resolutiva.
- Trabajo en equipo dificultoso en ZB rurales.
- Dificultad para integrar al personal SUR en los objetivos del EAP.

Análisis DAFO

Oportunidades

- Parlamento motivado con la mejora del Sistema Sanitario
- Capacitación profesional, superior al de atribuciones y tareas realmente ejercidas.
- Nuevas tecnologías asistenciales adaptables a Atención Primaria
- Nuevas tecnologías de telefonía y comunicación
- Nuevas tecnologías en sistemas de información
- Concienciación ciudadana de necesidad de austeridad.
- Momento de participación.
- Desarrollo de redes viarias, medios de locomoción,

Amenazas

- Envejecimiento creciente de la población.
- Aumento de la patología crónica y pluripatología.
- Despoblación progresiva del medio rural
- Incremento de los costes en tecnología y nuevos fármacos.
- Impacto sobre la población de la crisis económica.
- Dificultades para consensuar modificaciones en la reorganización de la atención rural.
- Redes de telecomunicaciones insuficientes.

Principales Áreas de Mejora identificadas

- Necesidad de una mayor promoción de la salud e intervención comunitaria.
- Modelo asistencial muy mejorable.
- Capacidad resolutoria y agilidad limitada.
- Necesidad de adecuación del modelo de atención rural y de urgencias.
- Problemas de coordinación y continuidad de servicios
- Rol y atribuciones de los perfiles profesionales.
- Demanda de mayor participación y autonomía de gestión
- Desarrollo limitado en Formación e Investigación
- Escaso aprovechamiento de las nuevas tecnologías
- Necesidad de nuevos sistemas de información y apoyo
- Organización poco flexible y recursos humanos

Áreas de Mejora identificadas	
Promoción, participación e intervención comunitaria <ul style="list-style-type: none">- Escaso desarrollo de la promoción e intervención comunitaria.- Escasa participación e implicación social- Incremento de la oponibilidad asociada a los estilos de vida no saludables. Necesidad de potenciar los autocuidados.	<ul style="list-style-type: none">- Escasa presencia de médicos especialistas del ámbito hospitalario pasando consulta en los Centros de Salud.
Modelo Asistencial orientado a la persona <ul style="list-style-type: none">- Envejecimiento poblacional progresivo. Aumento de la prevalencia de patologías crónicas y/o degenerativas, discapacidades severas en una fase más precoz de la enfermedad.- Mayor exigencia por parte de los usuarios en la calidad de los servicios prestados.- Modelo biomédico hegemónico y puramente asistencial. Medicalización progresiva de la sociedad- Percepción en los profesionales de la necesidad de un refuerzo más efectivo de las estrategias de crónicos, agudos, plan de medicación, etc.- Necesidades sociopsicopatológicas crecientes y mal atendidas (fragilidad, dependencia)- Insuficiente y poco proactiva atención domiciliar, sociopsicopatológica, dirigida al mantenimiento en el medio familiar de los pacientes en situaciones de desamparación.- Aumento y variedad de los problemas psicosociales y de las enfermedades relacionadas con la salud mental.- Cambio de los cuidados informales por cambios en la estructura familiar, siendo cada vez más frecuente familias con uno o ningún hijo y personas mayores que viven solas.- Presencia relevante de población inmigrante, con distribución heterogénea según distintas localidades.- Mayor información por parte de los usuarios generando nuevas necesidades y expectativas en salud.- Mayor desánimo de los pacientes de ser partícipes en la toma de decisiones.	Coordinación y continuidad de servicios <ul style="list-style-type: none">- Fragmentación de procesos asistenciales, discontinuidad asistencial- La interacción entre generalistas y especialistas es manifiestamente mejorable.
Agilidad y capacidad resolutoria <ul style="list-style-type: none">- Demanda social de immediates y resolutorias- Mayor exigencia respecto a la calidad- Mayor presión social por la asistencia- Burocracia todavía no resuelta- Escaso desarrollo de tecnologías de apoyo a la asistencia de la atención primaria- Limitado equipamiento en los Centros de Salud- Escasa accesibilidad horaria para los pacientes- Formación poco orientada a la mejora de la capacidad resolutoria	Rol y atribuciones de los perfiles profesionales <ul style="list-style-type: none">- Escaso atractivo de la Especialidad de Medicina de Familia (nivel nacional e internacional)- Escasa comprensión de la utilidad y rol de la Familia por los estilos más jóvenes que soportan el acceso directo al especialista o el menor a esta resolución- Escasas atribuciones al médico para ejercer su responsabilidad como agente de paciente- Escasas atribuciones al personal de enfermería, trabajadores sociales, administrativos, etc. incoherentes con su nivel de formación/competencias
Atención territorial y urgencias <ul style="list-style-type: none">- Desdoblación de áreas rurales, que incrementa la dispersión y el aislamiento de sus habitantes- Demanda social y profesional de desigualdad en el acceso a los servicios del medio rural- Un sistema rural de urgencias insatisfactorio y sin conexión con el transporte sanitario- Ineficiencias en la organización de urgencias- Escasa estructura de fisioterapeutas y otros tienen dependencia funcional exclusiva de los médicos rehabilitadores.- Número de Consultorios rurales, en equilibrio, disminución o ausencia.- No se ha aprovechado la mejora de la red para reordenar los servicios- Mayor exigencia en el respeto a los derechos lingüísticos en las zonas vizcaínas.	Autonomía de gestión clínica <ul style="list-style-type: none">- Escasa autonomía de gestión- Limitación de los recursos económicos- Tecnología médica y farmacológica cada día más cara- Programas de Liderazgo, Implicación y Motivación
	Formación e Investigación <ul style="list-style-type: none">- Acceso limitado a la formación en particular en el medio rural- Actividad investigadora cualitativa/incoherente con el potencial que la AT ofrece para la investigación de base poblacional
	Nuevas tecnologías <ul style="list-style-type: none">- Escaso aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información y comunicación- Importante desarrollo científico y tecnológico y grandes avances en telecomunicaciones pero con desigual implantación.
	Sistemas de información y apoyo <ul style="list-style-type: none">- Ausencia de una historia Clínica Única- Insuficiente desarrollo de sistema de información de apoyo al clínico (planes de control, cuadros de mandos clínicos y de gestión clínica)- Insuficiente desarrollo de sistema de información de salud comunitaria- Sistemas informáticos y anchos de banda limitados
	Organización y recursos humanos <ul style="list-style-type: none">- Menor disponibilidad de profesionales médicos.- Carga de trabajo heterogénea- Modelo de organización Urga, poco flexible de Unidades Básicas Asistenciales (UBAs) compuestas por un médico o pediatra y una enfermera que atienden a un determinado "cupó" de pacientes.- Limitada oferta horaria- Discontinuidad en la presencia de médico y enfermera personal que ofrece pocos días de consulta al día y cambios frecuentes de médico. Especialmente relevante para pacientes terminales- Escasa flexibilidad temporal de los profesionales de salud en algunas zonas aisladas de las ciudades.- Actividad administrativa excesiva por los sanitarios en consultorios auxiliares

¿Qué papel debiera jugar la AP y qué atribuciones precisa para ello?

ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y PERFILES PROFESIONALES.



British Journal of General Practice

bringing research to clinical practice

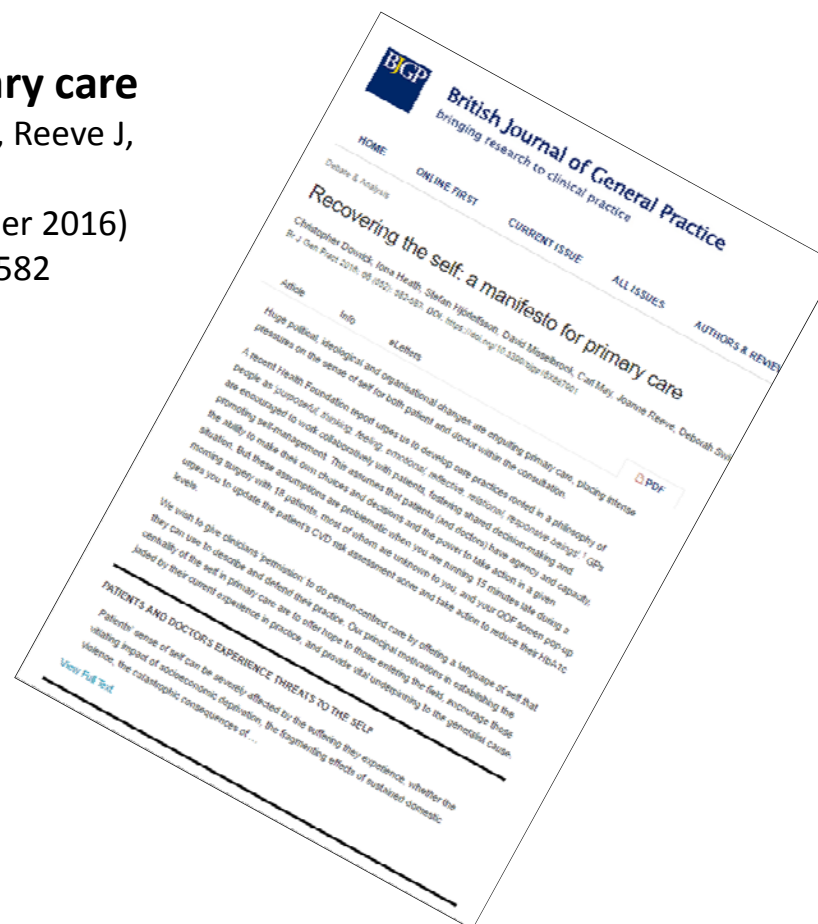
Recovering the self: a manifesto for primary care

Dowrick C, Heath I, Hjörleifsson, Misselbrook D, May C, Reeve J, Swinglehurst D, Toon P

(versión original publicada en : Br J Gen Pract, November 2016)

<http://d1ksgr6v5tsksf.cloudfront.net/content/66/652/582>

Recuperando la identidad: un manifiesto por la Atención Primaria.



“La Atención Primaria dispone de un arma fundamental, casi inalcanzable para el resto de las especialidades y niveles: la capacidad de construir relaciones personales duraderas con cada paciente, basadas en la confianza”.

Rol de la Atención Primaria

Responsable principal



Agente clave



Copartícipe



EJE 1. Promover la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud

Desarrollar Políticas Intersectoriales de Salud en todas las Políticas y Equidad

Intervención Comunitaria en todas las políticas a nivel local

Prevención de la discapacidad y promoción de la autonomía

Intervención Integral en la Infancia. Trabajo en Red

Priorizar la Prevención y la Promoción de la Salud

Promoción de la salud y autocuidados poblacional

Prevención y detección precoz

Protección de la Salud

EJE 2. Garantizar un sistema sanitario sostenible y de calidad que de respuesta a las necesidades de la población

Orientar los servicios al Ciudadano y Promover su Autonomía

Resolutividad y agilidad

Empoderamiento y autocuidado de paciente

Humanización

Prestar una Atención en Salud Integral, Efectiva, Segura y Orientada a Resultados

Atención integrada

Logro de objetivos del Plan de Salud

Atención efectiva y segura

Innovación, Evaluación y Mejora Continua

Innovación y Mejora Continua. Políticas de Calidad

Sistemas de Información y Evaluación de Resultados

I+D+i con visión poblacional

Eficiencia - Sostenibilidad

Eficiencia en las actuaciones

Cumplimiento presupuestario

Planificación y Ordenación

Implicación y Desarrollo Profesional

Gobernanza clínica, y reconocimiento

Desarrollo profesional y del conocimiento

Política de personal y participación

Responsabilidad Social

Participación y Comunicación social

Alianzas

Gestión Medioambiental

Nuevas responsabilidades y atribuciones

- **Medicina de Familia / Pediatría**

- Derivación a urgencias (con la clasificación de triaje ya realizada y en su caso con prescripción directa de pruebas complementarias)
- Indicación de consultas hospitalarias.
 - Establecer el motivo de la derivación (confirmación diagnóstica, valoración de indicación quirúrgica, revisar pauta terapéuticas, etc) señalando el nivel de responsabilidad que considera oportuno asumir en el tratamiento y seguimiento del paciente.
 - Definir la prioridad clínica de las derivaciones (atención en el día, preferente, normal, alta resolución)
 - **¿Indicar el seguimiento de los pacientes crónicos por parte del Especialista?**
 - Indicar la inclusión de pacientes en circuitos de alta resolución por sospecha fundada de cáncer y en otros procesos graves protocolizados.
- Indicación de todo tipo de pruebas, incluidas las sujetas a protocolo.
- Indicar un ingreso hospitalario directo de un paciente crónico (hosp. convencional o domiciliaria)
- Conciliación de la medicación y gestión racional del uso de la medicación crónica
- Actuar como agente del paciente ante el Sistema Sanitario para promover su empoderamiento y para conocer y asegurar el adecuado cumplimiento de las voluntades anticipadas del paciente
- Gestión racional de la Incapacidad Laboral como parte del proceso terapéutico
- Integración, ordenación y clasificación de la historia clínica para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del paciente y su análisis poblacional

Nuevas responsabilidades y atribuciones

- **Enfermería**

- Triage de urgencias en atención primaria
- Consejo sanitario y Puericultura
- Valoración y atención y de procesos agudos que demandan atención en el día
- Seguimiento de procesos crónicos e inmovilizados
- Responsable principal de los cuidados sanitarios
- Prescripción de fármacos que no exijan receta médica
- Capacitación y apoyo en autocuidados
- Capacitación y apoyo a las personas cuidadoras
- Gestión de casos
- Responsable principal en la evaluación periódica y promoción de la autonomía funcional de las personas y en la prevención de la dependencia.
- Responsable principal de promover el empoderamiento del paciente y su capacitación e implicación activa en el autocuidado.
- ¿Prácticas de enfermería avanzada?
- Integración de los cuidados en la Hª Clínica

- **Trabajo Social**

- Captación y seguimiento de la población infantil en riesgo
- Actuar como referente principal del EAP en los programas de: intervención integral en desigualdad, riesgo psicosocial, colectivos vulnerables e intervención sociosanitaria
- Gestión de Casos de alto riesgo social.
- Participar en los programa de Capacitación y Apoyo a la persona cuidadora.
- Impulso de la estrategia de trabajo en red para la atención integral
- Coordinar con DDSS en procesos de discapacidad, salud mental, demencia, ictus, pluripatológico y dolor.
- Promover red social de apoyo y de otros recursos comunitarios y activos en salud

- **Auxiliar de Atención Primaria**

- Identificación inicial de tipos de demanda
- Orientación inicial de los distintos tipos de demanda a los perfiles profesionales idóneos
- Gestión multicita cuando sea necesaria para garantizar alta resolución

¿Qué rumbo debiera seguir la AP en la próxima década?

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivos Estratégicos del Departamento de Salud

EJE 1.

Promover la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud

PRIORIZAR LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

DESARROLLAR POLÍTICAS INTERSECTORIALES DE SALUD Y EQUIDAD

EJE 2.

Garantizar un sistema sanitario sostenible y de calidad que de respuesta a las necesidades de la población

MEJORAR LA EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

MEJORAR LA CALIDAD TÉCNICA DE LOS CUIDADOS

EFICIENCIA - SOSTENIBILIDAD

IMPLICACIÓN, SATISFACCIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Objetivos Estratégicos de Atención Primaria

Finalistas

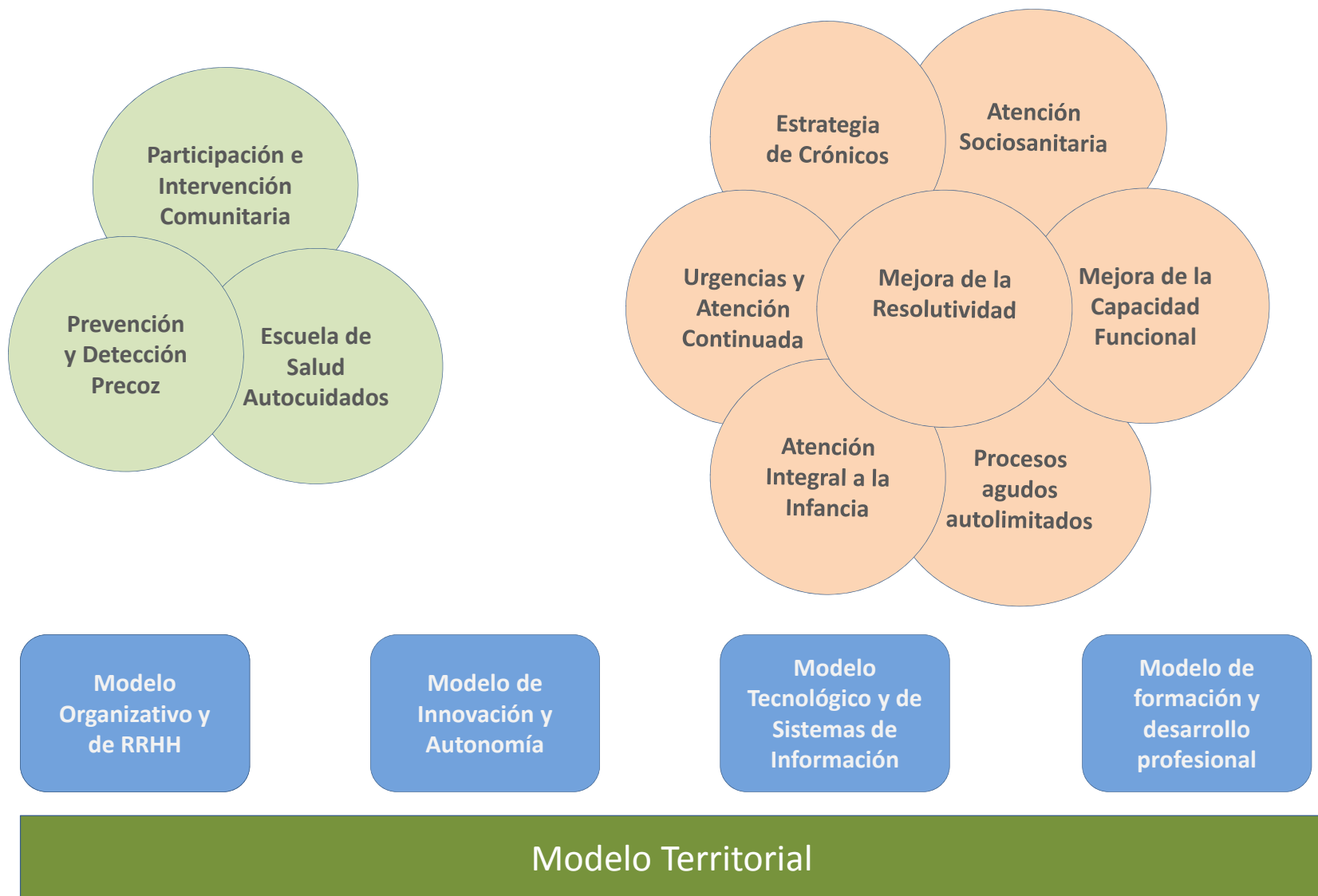
- Impulsar las estrategias de prevención y **promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria** a nivel local.
- Mejorar la **equidad territorial** para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural.
- Priorizar la atención a las **urgencias rurales**.
- Incrementar la **agilidad y capacidad resolutive** de la atención primaria dotándola de los medios precisos.
- Adecuar los **modelos asistenciales** y reforzar las estrategias de intervención y **atención integrada orientadas a la persona**: Estrategia de Crónicos, Agudos, Sociosanitarios, Capacidad Funcional, Plan de Mejora, Atención Integral a la Infancia, etc.

Instrumentales

- Definir y reforzar **el rol de la Atención Primaria** de Salud como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario.
- Regular y ampliar las competencias y atribuciones de los distintos **perfiles profesionales**.
- Impulsar la **innovación y la autonomía** profesional y organizativa.
- Reforzar la **formación** e impulsar la investigación
- Aprovechar las oportunidades que brindan las **nuevas tecnologías** para mejorar la accesibilidad, la continuidad de la atención y la formación.
- Desarrollar **sistemas de información** de apoyo al clínico y de evaluación de resultados

Desarrollo de la Estrategia

Rol y atribuciones de la Atención Primaria



Proyectos Estratégicos

- Modelo de Participación e Intervención Comunitaria.
- Modelo Territorial y Modelo de Urgencias Rurales
- Plan de Mejora de la Capacidad Resolutiva.
- Modelo de Atención Sociosanitaria. (elaborado)
- Modelo Organizativo y de RRHH (pendiente)
- Modelo de Autonomía y Gestión Clínica. (Borrador elaborado)
- Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información (pendiente)
- Modelo de Formación y Desarrollo Profesional (pendiente)
- Plan de Atención Integral a la Infancia. (pendiente)

Comarcalización

MODELO TERRITORIAL

Objetivos del Modelo Territorial

Objetivo Estratégico

Mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, priorizando la atención a las urgencias.

Objetivos Generales

- Garantizar un sistema de urgencias que otorgue seguridad a la población rural
- Apoyar a los Equipos de Atención Primaria
- Promover la salud y la intervención comunitaria sobre sus determinantes
- Promover la autonomía de las personas, impulsar el ejercicio terapéutico, la rehabilitación orgánica y funcional y prevenir la dependencia
- Apoyar la estrategia de crónicos.
- Ofertar un modelo de atención sociosanitario integral a las personas dependientes que favorezca su permanencia en el hogar prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente
- Ofertar un modelo de atención integral a la infancia en el ámbito local
- Mejorar la accesibilidad a los servicios hospitalarios.
- Reducir las desigualdades en salud

Principios del Modelo Territorial

- Desarrollo de distintos tipos de servicios locales, subcomarcales y comarcales en función del nivel de especialización, coste y frecuentación de los servicios
- Plantear conjuntamente las demarcaciones para la atención primaria social y de salud
- Características socio-económicas homogéneas de las comarcas y subcomarcas
- Evitar el dividir zonas básicas con sus municipios al hacer la distribución por comarcas y subcomarcas
- Los centros y servicios de atención socio-sanitaria comarcal deben estar en un isocrona razonable del domicilio del paciente.
- Tomar en consideración el flujo natural de la población.
- Las comarcas han de seguir una distribución según un número de población total comprendido en unos rangos, teniendo en cuenta también la población >65 años.
- Coherencia con el mapa local y adecuación terminológica.

Tipos de Servicios Comarcales

- Servicios de **Urgencia y Emergencia**
- Servicios de **Atención Primaria y Salud Comunitaria.**
- Servicios **Sociosanitarios.**
- Servicios de **Atención Integral a la Infancia.**
- Servicios de **Atención Hospitalaria.**

Tipos de Servicios Comarcales o Subcomarcales

- **Servicios de Urgencia y Emergencia**
 - Servicios de Emergencia
 - Puntos de Atención Continuada Rural
 - Transporte Sanitario
- **Servicios de Atención Primaria y Salud Comunitaria**
 - Radiología, Ecografía
 - Fisioterapia
 - Farmacéutico
 - Técnicos de Gestión
 - Técnicos de apoyo a la Salud Comunitaria
 - Otros ¿Enfermería de práctica avanzada, etc?
- **Servicios Sociosanitarios**
 - Convalecencia Residencial
 - Atención de Día Rehabilitadora
 - Rehabilitación Ambulatoria y Domiciliaria
 - Atención Domiciliaria Sociosanitaria
 - Otros Servicios Sociales de Apoyo...
 - Servicios a domicilio (catering, lavandería, etc)
- **Servicios de Atención Integral a la Infancia**
 - Estructuras de Trabajo en Red
 - Atención Sociosanitaria en la Escuela
 - EAIAS
 - Atención Temprana
 - Rehabilitación infantil en la escuela
 - Riesgo psicosocial y parentalidad positiva
 - ¿Servicios comarcales de Pediatría?
- **Servicios de Atención Hospitalaria**
 - Salud Mental
 - Salud Sexual y Reproductiva
 - Medicina Interna
 - Geriatría
 - ¿Rehabilitación, Traumatología, ORL, Oftalmología, Odontología?
 - ¿Alta Resolución?
 - Telemedicina, Consultas no Presenciales,
 - Hospitalización a Domicilio
 - Paliativos
 - Otras especialidades previa valoración de los perfiles de salud

Objetivos en materia de Urgencias

Objetivo Estratégico

Priorizar la atención a las urgencias en el medio rural

Objetivos Generales

- Priorizar la atención a la Emergencia con visión comarcal de manera que para el año 2020 el 75 % de la población se sitúe en la isócrona de 15 minutos de un Servicio Médico Específico de Emergencias.
- Mantenimiento a corto y medio plazo de los actuales PAC's, adecuando eso sí las tipologías y horarios según la frecuentación observada.
- Flexibilizar la evolución organizativa adaptándola a las necesidades de cada comarca y con participación social y profesional y de acuerdo con proyecto de Autonomía organizativa de los Equipos.
- Integración orgánica y funcional progresiva del personal de los SUR en la actividad ordinaria de los Equipos de Atención Primaria
- Eliminación de las microguardias.
- Integración de los servicios de urgencia con los recursos de transporte sanitario.

Estudios de Accesibilidad y Actividad la Atención Continuada por Zonas

OLITE

Población

Total TIS Z.B.	8.002
Total TIS < 15 años	1.142 (14,3%)
Total TIS > 75 años	1.059 (13,2%)

Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea
Gerencia de Atención Primaria
Oinarrizko Osasun Laguntzako Kudeatzailtza

ALLO

Población

Total TIS Z.B.	4.482
Total TIS < 15 años	497 (11, 6%)
Total TIS > 75 años	730 (17,03%)

Distancia al PAC

Origen	Destino	Km	min
Allo	Arellano	6,9	13
	Arroniz	7,8	11
	Barbarin	10,4	13
	Dicastillo	4,5	9
	Lerín	12,5	14
	Luquin	11,7	15

NOAIN

Población

Total TIS Z.B.	14.193
Total TIS < 15 años	2.965 (20,9%)
Total TIS > 75 años	846 (5,96%)

Promedio actividad Z.B.
de 22.00 a 08.00: 4,11

Plantilla EAP			Plantilla SUR	
M.F.	Ped	Enf	Méd.	Enf.
6.7	3	9.7	3	3

Promedio actividad Z.B.
de 22.00 a 08.00: 0,87

Plantilla EAP			Plantilla SUR	
M.F.	Ped	Enf	Méd.	Enf.
4	0,5	4.5	3	3

Distancia al PAC

Origen	Destino	Km	min
Noain	Monreal	12,7	11
	Campanas	8,2	8
	Tiebas	7,8	10
	Unzue	16,2	16
	Biurrun	14,1	12
	Berriain	3,9	7
	Salinas	16	13
	Esquiroz	3,6	6
	Esparza	5	10
	Galar	6,7	14
	Cordovilla	6,8	9
	Imarcoain	3,1	5
	Echagüe	18,9	18
	Oloriz	17,8	16
	Izco	23,7	18

Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea
Gerencia de Atención Primaria
Oinarrizko Osasun Laguntzako Kudeatzailtza

Nuevos Servicios de Urgencias Comarcales SUC (Emergencias)

Nuevos SUC

- Tafalla-Zona Media
- Sangüesa-Pirineos
- Sakana-Alsasua
- Bidasoa-Santesteban

Funcionamiento

- **Abiertos 24 horas.**
- Un médico y una enfermera con experiencia en Emergencias.
- Radiología
- Química seca, Ecógrafo.
- Vehículo identificado.
- Ambulancia de SVA.
- Apoyo a comarca en emergencias.
- ¿Turno rotatorio con ASVA de Pamplona?

Tipologías de Puntos de Atención Urgente

SUC: Servicio Comarcal de Urgencias (Nuevo Servicio Rural de Emergencias)

PAC tipo 1: Modelo actual sin cambios. (Guardia de Presencia física).

PAC tipo 2: Modelo en situación de disponibilidad. (Se abonaría como si fueran guardias de presencia física pero no generaría libranza al día siguiente).

PAC de Zonas de Actuación Especial: Modelo actual sin cambios.

Posible Agrupación con SUC. ¿Los profesionales de las localidades señaladas podrían reforzar y agruparse al SUC correspondiente a partir de determinada hora?

Tipologías de Puntos de Atención Urgente Rural (SUC y PAC)

SUC	Posible agrupación con SUC	Tipo 1	Tipo 2	Especiales (sin cambios)
Sakana-Alsasua	Etxarri Aranatz	Irurtzun	Leitza	Urdax
Bidasoa-Santesteban	Ornoz	Lesaka	Burguete	Valcarlos
Tafalla-Zona Media	Olite	Elizondo	Ezcároz	Goizueta
Sangüesa-Pirineos		Noáin	Isaba	Arribe-Atallu
Estella (SNU)	Villatuerta	Puente la Reina	Larraintzar	Cabredo
Tudela (SNU)		Lodosa	Los Arcos	
		Mendavia	Ancín	
		Huarte	Aoiz	
		Orcoyen	Zudaire	
		Viana	Abárzuza	
		San Adrián*	Allo	
		Peralta		
		Andosilla		
		Larraga		
		Caparroso		
		Carcastillo		
		Corella		
		Cintruénigo		
		Milagro		
		Valtierra		
		Buñuel		
		Fustiñana		
		Cascante		

SUC: Servicio de Urgencia Comarcal (Emergencias)

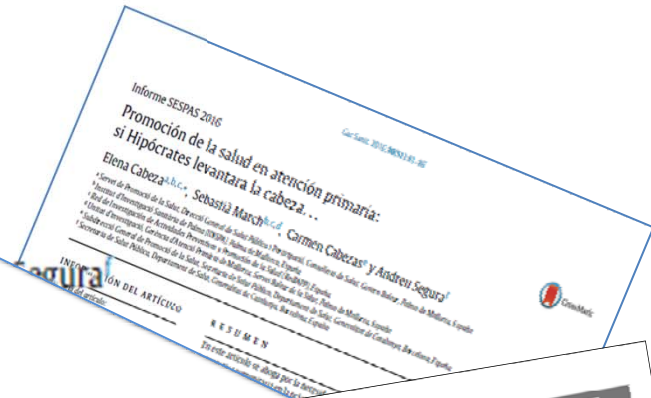
PAC tipo 2. Localidades con menos de 2 avisos de 20 h a 8 horas

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Informe SESPAS 2016

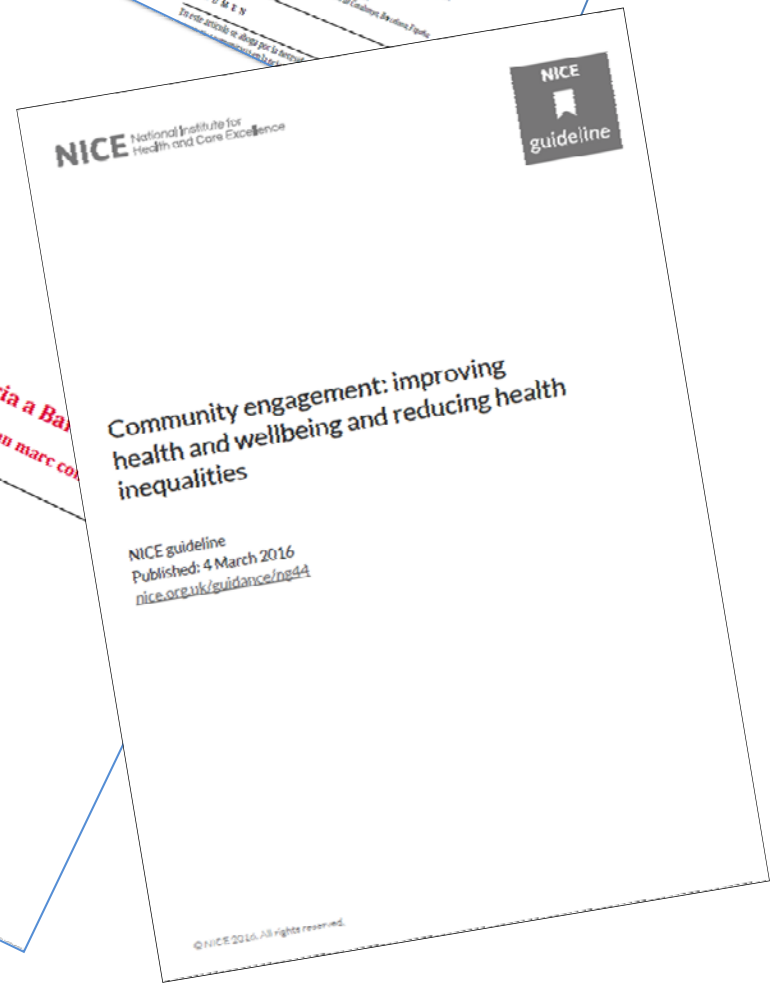
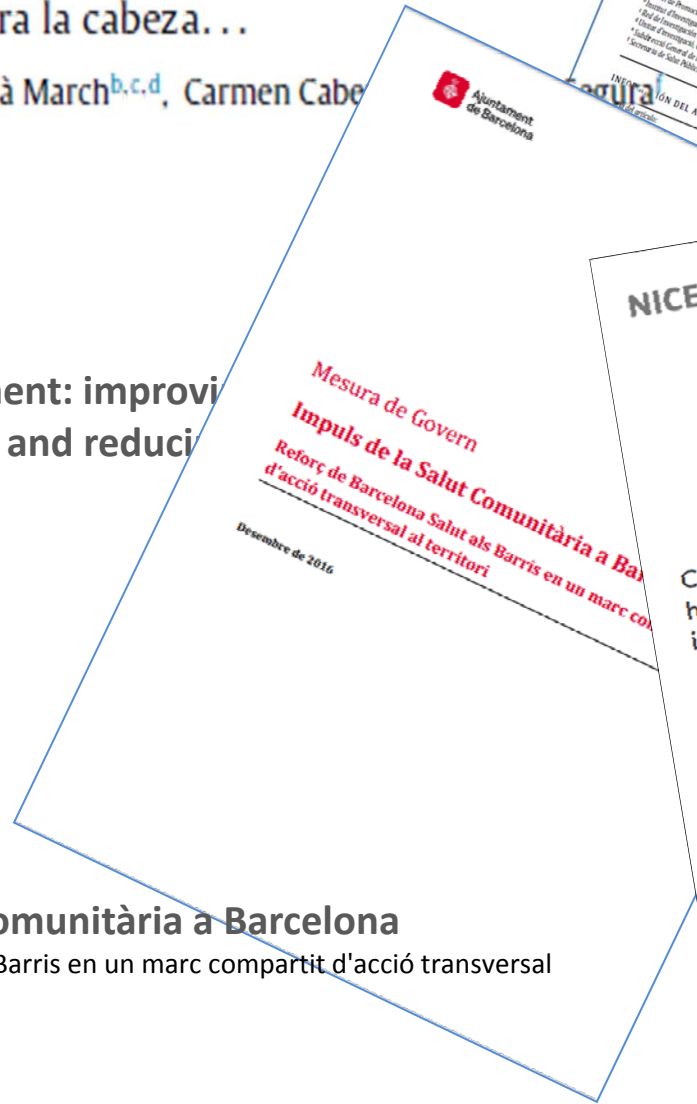
Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza...

Elena Cabeza^{a,b,c,*}, Sebastià March^{b,c,d}, Carmen Cabe



Community engagement: improving health and wellbeing and reducing inequalities

NICE guideline
Published: 4 March 2016
nice.org.uk/guidance/ng44



Impuls de la Salut Comunitària a Barcelona

Reforç de Barcelona Salut als Barris en un marc compartit d'acció transversal al territori

Objetivos de Participación y Promoción de la Salud

Objetivo Estratégico

Impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud y la participación e intervención comunitaria a nivel local.

Objetivos Generales

- Identificar prioridades de intervención comunitaria en el ámbito local.
- Favorecer la participación y el empoderamiento para la salud de las personas y los colectivos sociales.
- Participar en el desarrollo de condiciones y entornos favorables para la salud, colaborando en la acción local sobre los determinantes de la salud con entidades y asociaciones de la comunidad.
- Impulsar los autocuidados para ganar salud y prevenir y/o tratar enfermedades, lesiones y discapacidad.
- Avanzar en la promoción de estilos de vida saludable especialmente en la infancia y el envejecimiento, abordando en conjunto los principales factores de salud/riesgo y sus interacciones.
- Articular el trabajo del centro de salud con el de otros recursos de la comunidad. Aumentar la derivación a recursos comunitarios e impulsar el Trabajo en Red.
- Impulso de actuaciones de coordinación sociosanitaria y prevención de la dependencia
- Progresar en la intervención integral, física, mental y social, en la práctica profesional.
- Incorporar enfoques de salud positiva, salutogénesis, potenciando las fortalezas y los factores protectores y facilitadores.
- Aumentar la utilización de la receta de estilos de vida, en primera instancia frente a la medicación, y en cualquier caso integrar la prescripción de estilos de vida con la de medicación.
- Potenciar la colaboración y coordinación entre Atención Primaria y Salud Pública.

Nueva Composición y Funciones de los Consejos de Salud

(Promover acuerdo con la Federación de Municipios)

Funciones: (Prioriza la intervención comunitaria)

- Identificar prioridades de intervención comunitaria en el ámbito local.
- Establecer los objetivos de salud comunitaria de la Zona Básica y participar en la formulación de objetivos del EAP.
- Promover condiciones y entornos favorables para la salud y la autonomía de las personas, incorporando enfoques de salud positiva que potencian las fortalezas y los factores protectores y facilitadores. (salutogénesis)
- Impulsar el Trabajo en Red interdisciplinar e interinstitucional.
- Promover la participación de la comunidad, incluidas instituciones y organizaciones sociales, abordando en conjunto los principales factores de salud/riesgo que intervienen sobre los determinantes de la salud.
- Proponer y promover soluciones a problemas de salubridad.
- Participar en el desarrollo y evaluación de los programas de salud.
- Favorecer la participación y el empoderamiento para la salud de las personas y los colectivos sociales.
- Promover estilos de vida saludable.
- Promover una Atención Integrada, sociosanitaria y psicosocial, especialmente en la infancia y el envejecimiento.
- Articular el trabajo del centro de salud con el de otros recursos de la comunidad.
- Promover y facilitar la utilización de recursos comunitarios.
- Evaluar los Objetivos de Salud Comunitaria de la Zona Básica y los objetivos de calidad percibida del EAP.

Funcionamiento:

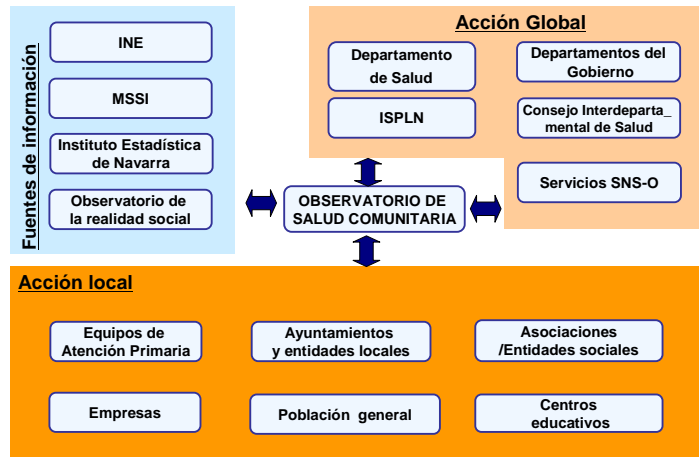
- Incrementar la frecuencia de las reuniones. Reunión ordinaria una vez al trimestre.

Revisar la Composición:

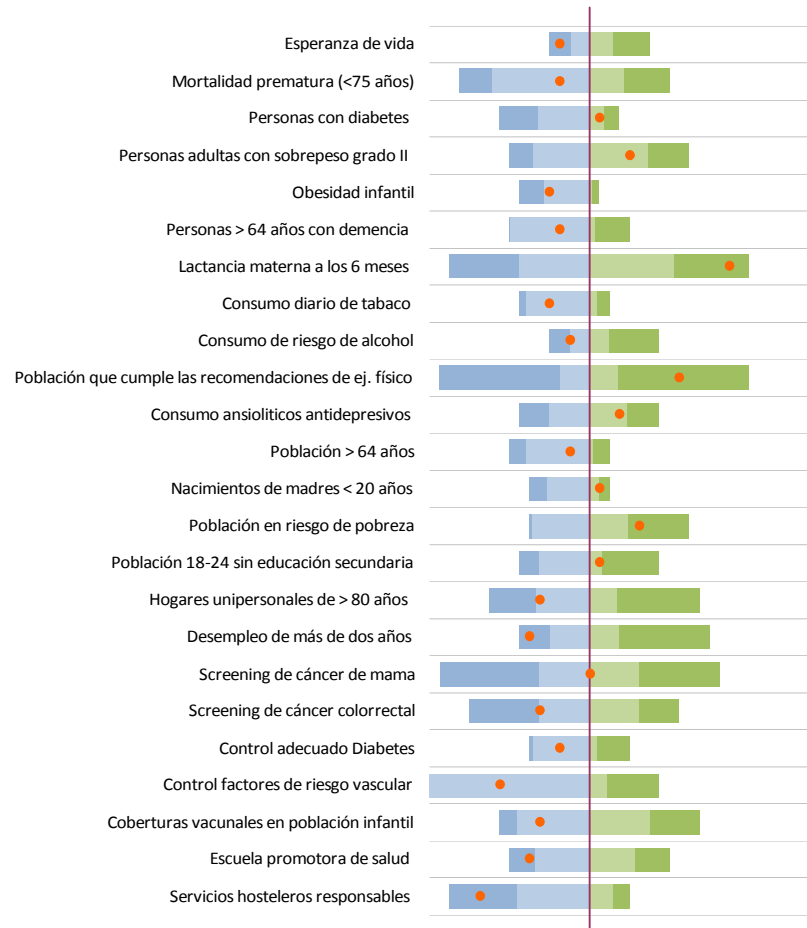
- Representantes de: Ayuntamientos, Servicios Sociales de Base, Administración Sanitaria, Director y Equipo de AP, Organizaciones Empresariales y sindicales, Consejos Escolares, Asociaciones de ciudadanos, Asociaciones de Consumidores y Usuarios, Asociaciones de Vecinos.

Observatorio de Salud Comunitaria

El Observatorio de salud Comunitaria del Instituto de Salud Pública y Laboral proveerá a cada zona de su “Perfil de Zona Básica de Salud” como elemento base para la priorización de las actividades de intervención comunitaria un análisis de la situación de salud de zona



Perfil de Salud de una Zona Básica



Incrementar la agilidad y capacidad resolutiva de la Atención Primaria

PLAN DE MEJORA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

Objetivos de mejora de la Capacidad Resolutiva

Objetivo Estratégico

Incrementar la agilidad y capacidad resolutiva de la atención primaria dotándola de los medios precisos.

Objetivos Generales

- Formar a sus profesionales en los procesos priorizados por los Grupos de Continuidad Asistencial.
- Dotar a los Equipos de AP de recursos diagnósticos y terapéuticos.
- Consensuar los protocolos e implementar las guías y vías de práctica clínica priorizadas
- Potenciar las interconsultas no presenciales con otros especialistas
- Aplicar el Programa de MFyC en cuanto a competencias propias del MF y formación (Las 5 Causas más frecuentes de derivación vs Competencias propias de AP)
- Impulsar la telemedicina (Ver modelo tecnológico)

Nuevos medios previstos para mejorar la Capacidad Resolutiva de la Atención Primaria

- Ecografía
- Radiología simple
- Pantalla de alta resolución, para lectura de radiología
- Test de diagnóstico rápido: microbiología, analizadores de bioquímica seca, analizadores hematológicos
- Retinógrafos
- ECG con conexión a unidad coronaria
- Medidores domiciliarios de INR
- Medidores de HbA1c
- Material para cirugía menor
- Telemedicina
- Videoconferencia/ Streaming
- Telemonitorización
- Carpeta personal de salud

Procesos propios de Primaria priorizados por los Grupos de Continuidad Asistencial

- **Dematología**
 - Dermatoscopia
 - Verrugas virales
 - Queratosis seborreicas
 - Mulluscum contagiosum
- **Digestivo**
 - Enf. Inflam. Intestinal (Estr. Crónicos)
 - Pólipos vesiculares
 - Hiperbilirrubinemia indirecta
 - Halitosis
 - Seguimiento
 - Familiares Cáncer de Colon
 - Reflujo Gastro esofágico
 - Pólipos de Colon
 - Esteatosis hepática
- **Alergología**
 - Urticaria aguda
 - Asma infantil (Estr. Crónicos)
 - Asma del adulto (Estr. Crónicos)
 - Procesos cutáneos (No presencial)
 - Alergia Medicamentosa (No presencial)
- **Oftalmología**
 - Retinografía no midiátrica
 - ¿Graduación vista. Convenio con Ópticas?
- **Cardiología**
 - Insuficiencia Cardiaca (Estr. Crónicos)
 - IAM (Estr. Crónicos)
 - Ecocardiografía
 - Holter
 - Ecoscopia
 - Seguimiento de varios procesos
- **Neumología**
 - EPOC (Estr. Crónicos)
 - Asma del adulto (Estr. Crónicos)
 - Asma Infantil (Estr. Crónicos)
 - Espirometría
 - Teleespirometría
 - Abandono del tabaco
 - Manejo de inhaladores
- **Endocrino**
 - Diabetes Adulto (Estr. Crónicos)
 - Diabetes infantil (Estr. Crónicos)
 - Hipotiroidismo
 - Hippetiroidismo
 - Ecografía Tiroidea
- **Urología**
 - ¿PSA?
 - Disfunción eréctil
 - Seguimiento Hipertrofia Benigna de Próstata

Formación en Capacidad Resolutiva

- Áreas priorizadas de formación por áreas de salud, según la tasa de derivaciones por 1.000 habitantes serían las siguientes:
 - Ribera: Dermatología, Digestivo, ORL y Salud Mental
 - Estella: Dermatología, Neumología, ORL
 - Tafalla-Olite: ORL, y Traumatología-Rehabilitación
 - Sangüesa: Rehabilitación
 - Centro: Salud Mental
- Ecografía
 - Formación en Radiología.
 - Indicaciones para cada una de las pruebas
- Semiología de Radiología simple
- Las 5 Causas más frecuentes de derivación vs Competencias propias de Primaria del Programa Nacional de la Especialidad
 - Responsabilidad Primaria
 - Responsabilidad Secundaria (Criterios consensuados con el especialista pero la responsabilidad fundamental recae en el MF)
 - Responsabilidad Primaria/Secundaria. Procesos compartidos.

Atención integrada y sostenible orientada a la persona.

NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN INTEGRADA

Objetivos del Modelo Asistencial

Objetivo Estratégico

Reforzar las estrategias de intervención orientadas a la persona para adecuar los modelos asistenciales a las necesidades:

Objetivos Generales

- Garantizar la extensión de la Estrategia de Crónicos a 100% de la población de Navarra (La estrategia se acabará de implantar en 2017)
- Desarrollar las previsiones del Plan de Mejora en relación con la Atención a Procesos Agudos Autolimitados (Incluido en el Plan de Mejora)
- Reforzar las medidas previstas para garantizar una adecuada gestión del cambio
- Definir y desplegar la estrategia de Atención Sociosanitaria. (Modelo ya acordado)
- Garantizar una Atención Integral a la Infancia. (Pendiente)
- Desarrollar un Plan de Mejora de la Capacidad Funcional. (Borrador elaborado)
- Mejorar la continuidad de la asistencia. (Grupos de Continuidad Asistencial)

Tipos de necesidades asistenciales

- **Procesos Agudos** que requieren una valoración o diagnóstico en un plazo de 24 horas (pueden ser procesos simples que tienden a la auto resolución).
- **Procesos Subagudos:** Complejas y/o Severas físicas o psíquicas que requieren un diagnóstico clínico preciso
- **Procesos Crónicos:** Procesos ya conocidos en los que prevalece la continuidad e integralidad de los cuidados y el cumplimiento terapéutico
- **Problemas SocioSanitarios:** Pacientes de intervención social prioritaria, o con altas necesidades de atención sanitaria y social
- **Problemas Adaptativos, Emocionales y Relacionales** no patológicos

Medidas clave para consolidar los cambios de los Modelos Asistenciales.

- Atribuciones de Enfermería en atención a procesos agudos y crónicos
- Perfil y atribuciones del personal de Admisión de los Centros de Salud
- Consenso del Modelo Hospitalario de Atención a Pacientes Pluripatológicos
- Especialistas de referencia comarcales de Medicina Interna y Geriatria
- Historia Clínica Única
- Adecuar las plantillas y el sistema de cálculo de TIS Estandarizadas teniendo en cuenta los nuevos perfiles profesionales, la necesidad de dedicar más tiempo a gestión de casos, a prestar atención socio-sanitario con más visitas en domicilio.



Modelo
acordado con
Políticas
Sociales

Atención Sociosanitaria Integrada

NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN
INTEGRADA

Objetivos de Atención Sociosanitaria Integrada

Objetivo Estratégico

Reforzar y acercar los servicios sanitarios y sociales al entorno habitual de la persona para lograr mejorar /mantener su capacidad funcional y mejora la autonomía y calidad de vida de la persona afectada y de su cuidador principal para que desee y pueda permanecer en su hogar, previniendo con ello la institucionalización y la necesidad de ingreso hospitalario.

Objetivos Generales

- Promover la autonomía y el autovalimiento y prevenir la dependencia.
- Potenciar la detección e intervención precoz en situaciones de fragilidad y/o riesgo psicosocial.
- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de las personas mayores, enfermos crónicos y personas con diversidad funcional.
- Prevenir la institucionalización.
- Prevenir el ingreso y el reingreso hospitalario y evitar su prolongación.
- Garantizar la continuidad de los cuidados.
- Evaluar sus necesidades, capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su propia salud y ayudarles a mantener un cuidado efectivo
- Promover el voluntariado.
- Garantizar un uso más racional de los recursos.

Perfiles de las Personas a incluir en Atención Sociosanitaria Integrada

		Necesidad de Cuidados				
		No	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
Severidad Clínica	Sin enfermedad	0-0	0-1	0-2	0-3	0-4
	Leve	1-0	1-1	1-2	1-3	1-4
	Moderado		2-1	2-2	2-3	2-4
	Grave		3-1	3-2	3-3	3-4
	Muy Grave		4-1	4-2	4-3	4-4

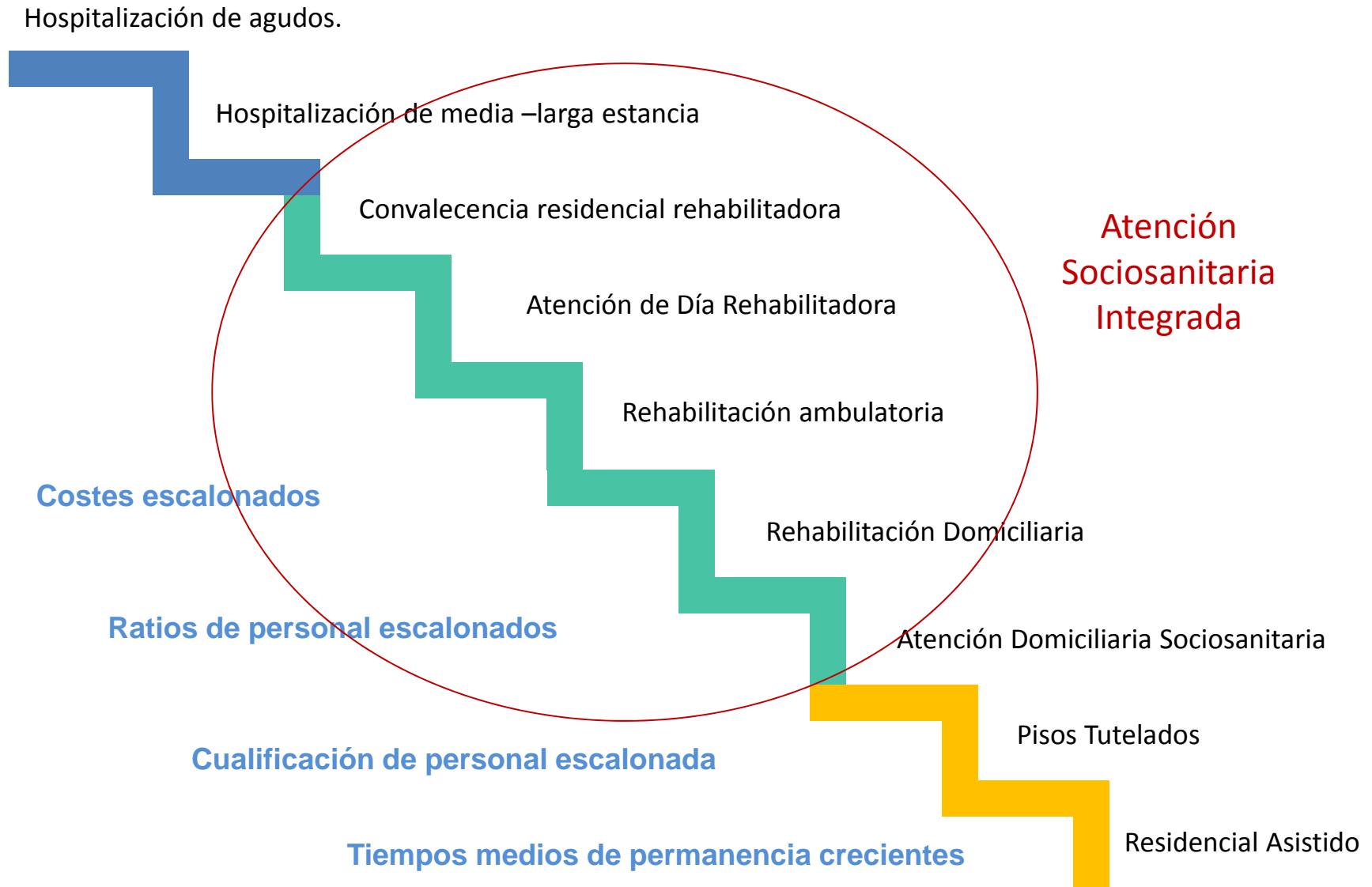
	Prioridad 1
	Prioridad 2
	Prioridad 3
	Prioridad 4
	Prioridad 5

Atención Sociosanitaria Integrada

Cordinación Sociosanitaria

PERSONAS CON ALTAS NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES

Oferta escalonada de modalidades de atención



Metodología de Atención Sociosanitaria Integrada

- Instrumento común de detección e identificación precoz de posibles candidatos a incluir en el programa (RIA)
- **Historia Sociosanitaria Compartida.**
- **Diagnóstico conjunto de necesidades**, integral y multidisciplinar basado en la necesidades de cuidados sanitarias y sociales que presente la persona y ello con independencia del grado de dependencia reconocido.
- **Plan integral y personalizado de atención (PIA)** que incluya actividades de prevención, educación, curación, cuidados sanitarios y sociales y rehabilitación.
 - Objetivos de resultados compartidos y medibles
 - Trabajo por procesos
 - Asignación de responsabilidades y tareas periódicas y bien definidas.
 - Seguimiento personalizado
 - Gestión de Casos
- **Capacitación y apoyo a las Personas Cuidadoras**
- **Evaluación periódica de resultados** con especial atención a la mejora de capacidad funcional.
- Planes de formación y actualización conjuntos.

Despliegue

- Despliegue Comarcal.
- Prevista la implantación en 2017 en la Comarca de Tafalla.
- Grupos de Trabajo en marcha
 - Sistemas de Información (Instrumentos de Valoración, Historia Sociosanitaria, etc)
 - Planificación Territorial Conjunta
- Se complementa con el Plan de Mejora de la Capacidad Funcional elaborado por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea



Borrador ya
disponible

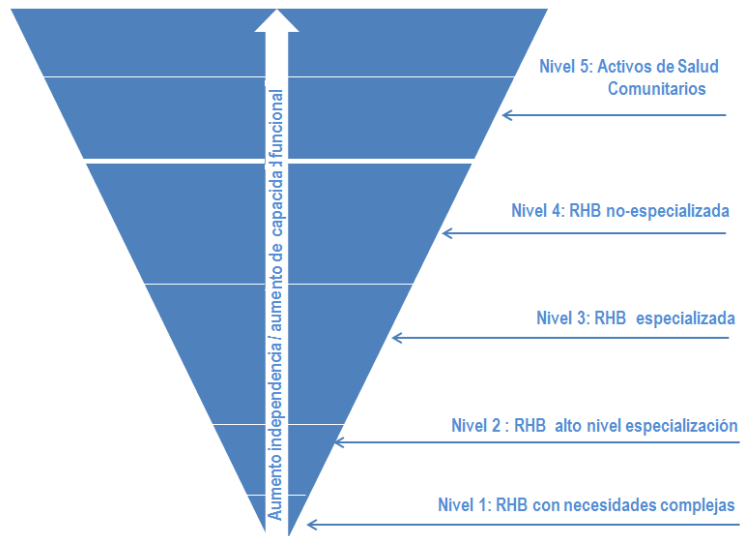
Proyecto de Mejora de la Capacidad Funcional

MODELO DE ATENCIÓN Y MODELOS
ASISTENCIALES

Objetivos del Plan de Mejora de la Capacidad Funcional

(Ver documento Específico)

Niveles de Actuación Rehabilitadora

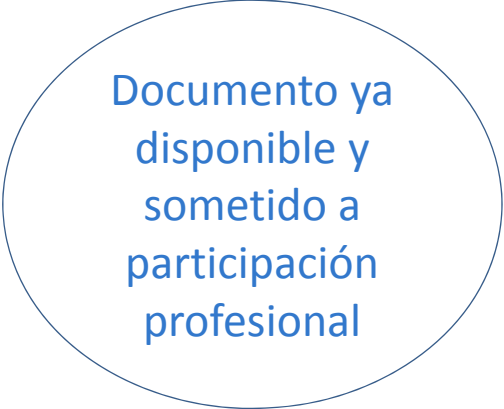


- Definir un modelo de atención para que las personas con discapacidad puedan alcanzar y mantener los mejores niveles de capacidad funcional posibles durante el mayor tiempo y en el entorno en el que viven, con criterios de equidad y de calidad en la asistencia.
- Mejorar la calidad global de la asistencia rehabilitadora que se presta a los ciudadanos/as de todo el territorio de Navarra.
- Disminuir la dependencia del hospital como centro de la atención especializada rehabilitadora.
- Promover la activación, empoderamiento y corresponsabilidad de pacientes, familias y personas cuidadoras en la toma de decisiones relacionadas con la mejora y mantenimiento de la capacidad funcional.
- Optimizar la utilización de todos los recursos existentes en los diferentes ámbitos, asistenciales y no asistenciales, e implementar nuevos recursos cuando sea necesario, con criterios de eficiencia.

Plan de Mejora de la Capacidad Funcional

Acciones previstas

- Promoción y prescripción de ejercicio físico integrando recursos de la Comunidad
 - Prescripción de ejercicio
 - Activos comunitarios
- Mejora de la accesibilidad a la asistencia rehabilitadora
 - Evitar desplazamientos mayores de 20 minutos desde cualquier punto de la ZBS
 - Implementación de unidades periféricas, **con médico rehabilitador** y fisioterapeuta en de CHN-A, CHN-B, CHN-D, Hospital de Estella, Hospital de Tudela, Conde Oliveto, Centro San Martín, Alsasua, Elizondo, Lesaka, Sangüesa,, Tafalla, Lodosa, San Adrián, Tudela, así como en **Corella. Lecumberri**
- Mejora de la capacidad de resolución en Atención Primaria y garantía de atención homogénea
 - Talleres grupales educativos
 - Derivación directa desde médico de AP a fisioterapia
- Rehabilitación domiciliaria (**médico rehabilitador**, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda).
 - Para un 0,5%-1% de la población mayor de 65 años y un 0,025% de las personas menores de 65 años.
 - ¿Implantación inicial en el Área de Tudela, Área de Estella y/o en una comarca de Pamplona?
- Convalecencia Residencial
- Definición de procesos de atención integrada en EMEs
- Definición de indicaciones y circuitos en terapias intervencionistas: bloqueos, punción-aspiración calcificaciones hombro y ondas de choque.
- Unidad funcional multidisciplinar para resolución de casos complejos
- Rehabilitación Cardíaca y Respiratoria
- Rehabilitación Neurológica
- Mejoras tecnológicas.
 - Telerehabilitación
 - Robótica y rehabilitación



Documento ya
disponible y
sometido a
participación
profesional

Por una organización orientada al paciente, basada en la profesionalidad y la confianza

NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE EQUIPOS ASISTENCIALES (Gestión Clínica)

Estrategia de Implicación, Satisfacción y Desarrollo Profesional Despliegue de Proyectos en el SNS-O



En elaboración.
Precisa amplio
debate y
participación
profesional y
sindical.

MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN DE PERSONAL

Previsión de jubilaciones en Atención Primaria 2016-2023

EMPLEO	PREVISIONES								TOTALES
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
ADMINISTRATIVO			2	3	7	8	5	8	33
ENFERMERO	19	7	17	14	19	34	29	21	160
MEDICO	8	21	17	30	27	30	35	40	208
PEDIATRA	4	6	3	5	5	2	5	3	33
TRABAJADOR SOCIAL		1			1	1			3
TOTALES	31	35	39	52	59	75	74	72	437

Criterio: jubilación por edad a los 65 años.

Fuente Servicio de Profesionales, Gerencia de Atención Primaria

Objetivos en Política de Personal.

- Convocar el mayor número posible de plazas en OPE para competir con otras CCAA
- Revisar la norma de jubilación obligatoria a los 65 años
- Estrategia de retención de MIR's
- Revisión de los criterios de ponderación de TIS estandarizadas y la adecuación del criterio del número máximo de TIS reales y TIS estandarizadas por cupo.
- Reducir el número de contratos cortos o muy cortos. Agrupar los contratos en contratos estructurales de más larga duración. Convertir en vacantes los contratos estructurales de larga duración.
- Incentivar la ampliación de los horarios de atención y nuevas fórmulas de organización para evitar la discontinuidad en la presencia del médico y enfermera personal (Plantilla cerrada)
- Promover e incentivar la atención continuada personalizada a pacientes terminales o crónicos descompensados
- Reconocer la fidelización temporal de los profesionales de salud en algunas zonas alejadas de las ciudades y ¿la actividad administrativa asumida por los sanitarios en consultorios auxiliares?
- Refuerzos en ZBS con carga de trabajo estacional
- Reordenación de Consultorios (complementos a cargo de los Municipios). No se ha aprovechado la mejora de la red vial para reordenar los servicios
- Perfilar las plazas con requisitos lingüísticos
- Valorar la necesidad de refuerzos más efectivo de las estrategias de crónicos, agudos, plan de mejora, etc.
- Revisar los modelos de pago capitolativo, dispersión, etc.
- Adecuar el tamaño de los cupos a la realidad del trabajo requerido a los profesionales de los EAP a lo largo del año,
- Estudiar fórmulas para corregir el escaso atractivo de la Especialidad

Adecuación de plantillas EAP

- **Redistribución de tareas de unos/as profesionales a otros/as** (aplicación del Plan de Mejora de AP en Navarra y potenciar papel de administrativos y enfermería en la atención a procesos banales agudos). Papel fundamental de enfermería y TS en atención a crónicos.
- **Redistribución de proporción profesionales para una población** ¿Asignar a cada dos enfermeras la población de dos UBAS para organizar mejor el trabajo?. ¿modelo 2M/3E u otros? La referente para una población de unas 1500 TIS siempre sería una enfermera, pero varias puede compartir y organizarse trabajos comunes (curas, visitas domiciliarias etc. compartidas cuando una esté sobrecargada).
- **Nuevos perfiles profesionales** en el EAP

MODELO DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Áreas Prioritarias e Instrumentos de Formación

Área Prioritarias

- Formación derivada de nuevas capacidades resolutive ([Ver Plan de Mejora](#))
- Nuevas atribuciones y competencias
- Urgencias
- Formación en gestión asistencial e innovación organizativa. Formación en gestión de la demanda, gestión de tiempos y trabajo en equipo.
- Nueva tecnologías
- Trabajo en Red
- Gestión de Casos
- Sistemas de información
- Promoción e intervención comunitaria
- Rotación de residentes de pediatría por AP y formación en salud comunitaria

Instrumentos

- Videoconferencia para las reuniones de equipo.
- Formación por streaming
- Portal de conocimiento de Atención Primaria

Objetivos de Formación e Investigación

- Oferta formativa dirigida a las prioridades de actuación
- Oferta formativa a Directores y Jefaturas
- Oferta formativa para la formación de expertos en determinadas materias: imagen, cirugía menor, cardiovascular, salud mental, pediatría, diabetes y tiroides, , urgencias y emergencias, etc, que sirvan de referente a sus compañeros de EAP.
- Establecimiento de un curriculum formativo básico y plurianual para cada estamento profesional

MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Servicios de Apoyo y Sistemas de Información

Nuevo Paradigma

Actual. Centrado en **actos...**

Jerarquizado
Staf Técnico de Control



Futuro. Centrado en **resultados...**

Liderazgo clínico
Apoyo Técnico



CPNA del paciente	Categoría de paciente	Global			Diagnóstico - Valoración				Plan Intervención				
		Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido
Paciente 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paciente 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Paciente 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Paciente 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Paciente 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Paciente 6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Paciente 7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Paciente 8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Paciente 9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Paciente 10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Paciente 11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Paciente 12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Paciente 13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13

Paneles Clínicos



CUADRO DE MANDOS DE CRÓNICOS											
ZONA: ESTRELLA											
Diagnóstico - Valoración						Plan Intervención					
	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido
Nº de Pacientes Identificados en CPNA	1	26	453			% con Plan de Actuación de Urgencia	82,3%	74,6%	83,6%		
% con Nivel de Severidad Clínica	100,0%	74,6%	92,7%			% con diagnóstico de necesidad clínica	100,0%	83,3%	97,2%		
% Diagnóstico Inicial evaluado	82,2%	75,0%	85,5%			% con metas autoevaluadas	82,2%	80,0%	85,5%		
% con Diagnóstico de Calidad	82,2%	75,0%	85,5%			% con diagnóstico de necesidad clínica	100,0%	92,0%	93,8%		
% con Calidad de Vida	82,2%	75,0%	85,5%			% con diagnósticos temáticos	82,2%	80,0%	85,5%		
						% con diagnóstico de valoración global	100,0%	97,0%	99,0%		
Ingreso Hospitalario						Uso de Recursos Clínicos 12 meses					
	Atendido	Atendido	Atendido			% con diagnóstico como severo	100,0%	97,4%	94,8%		
% de ingresos con un plan de seguimiento	82,2%	75,0%	85,5%			% clasificados como moderados	0,0%	20,0%	27,2%		
% de los ingresos en Hosp. al Hospital	82,2%	75,0%	85,5%			% clasificados como leves	0,0%	0,0%	2,4%		
% de ingresos con planificación de alta	82,2%	75,0%	85,5%			% clasificados como patológicos	0,0%	0,0%	1,5%		
% con continuidad de la atención de alta	82,2%	75,0%	85,5%			% con plan terapéutico integral	100,0%	88,4%	93,8%		
Continuidad						Uso de Recursos Clínicos 12 meses					
	Atendido	Atendido	Atendido			% con especialistas de referencia	82,2%	75,0%	85,5%		
% con especialistas de referencia	82,2%	75,0%	85,5%			Nº Consultas en EP	150	638	779	177	
% con atención por EP en 24 h. tras alta hospitalaria	82,2%	75,0%	85,5%			Nº de ingresos en EP	150	638	779	177	
% de ingresos de alta hospitalaria por especialistas	82,2%	75,0%	85,5%			Nº Consultas en EP	150	638	779	177	
% de consultas con planificación	82,2%	75,0%	85,5%			Nº de ingresos en EP	150	638	779	177	
						Nº de ingresos en EP en el último año	150	638	779	177	
						Nº de Medicamentos	150	638	779	177	
						Coste de Medicamentos	150	638	779	177	
						Coste total en el último año	150	638	779	177	

Cuadros de Mando Clínicos

Acciones previstas

- Anchos de banda de alta capacidad
- Pantalla de alta resolución, para lectura de radiología
- Historia Clínica móvil y en las Residencias
- Volante electrónico con posibilidad de adjuntar imagen
- Interconsulta no presencial, con imagen y por videoconferencia.
- Videoconferencia para las reuniones de equipo.
- Formación por streaming
- Portal de conocimiento de Atención Primaria
- Digitalizar las historias clínicas de papel
- Observatorio de salud comunitaria
- Paneles de Control

ESCENARIO PRESUPUESTARIO

Escenario Presupuestario

- Establecimiento de una financiación “suelo” de la Atención Primaria en la Ley de Salud.
- Incremento progresivo del % destinado a At Primaria y Salud Comunitaria hasta alcanzar el ¿20%? en 5 años.
- Financiación específica del Plan de Acción.
- Incluir en el presupuesto de At Primaria todos los Servicios de Salud Comunitaria, los Sociosanitarios y los Comarcales, excepto los dependientes del Hospital
- Reducir el % destinado a recetas al ?__%

CONCLUSIONES

¿Qué aporta a la ciudadanía?

- Centrar el Sistema Sanitario en las necesidades de la ciudadanía (**centrado en la persona**)
- **Integrar los servicios** sanitarios, sociales y comunitarios
- Mejorar la **equidad territorial** en el acceso a los servicios
- Mejorar la **seguridad**. Atención a la urgencia y emergencia coordinada, rápida y efectiva.
- Aumentar la **capacidad de resolver problemas** en At Primaria
- Mejorar la **accesibilidad**, reduciendo la necesidad de desplazamiento
 - Descentralizar la realización de pruebas complementarias
 - Posibilidad de interactuar a nivel telemático
- Reforzar la prevención y la **promoción comunitaria** de la salud
- Promover la **autonomía** del paciente
- Mayor **coordinación** entre profesionales y con el hospital
- Atención integral y **trabajo en red** para infancia y adolescencia