

EA
SSP

PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y
REFLEXIÓN ESTRATÉGICA SOBRE
LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD DE
NAVARRA

INFORME GLOBAL

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	3
OBJETIVOS	4
RESULTADOS 1ª SESIÓN. 7 DE NOVIEMBRE	5
GRUPO I. ÁREA DE COMPETENCIAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA.....	8
GRUPO II. MODELO ASISTENCIAL Y DE ATENCIÓN	17
GRUPO III. MODELO ASISTENCIAL Y DE ATENCIÓN	25
GRUPO IV. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	34
GRUPO V. MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL	41
GRUPO VI. MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL. TECNOLÓGICO Y DE S.I	51
AVANCES DE RESULTADOS GLOBALES. 1ª SESIÓN.....	64
RESULTADOS 2ª SESIÓN. 27 DE NOVIEMBRE	77
GRUPO I. ÁREA DE COMPETENCIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA	79
GRUPOS II Y III. MODELO ASISTENCIAL Y DE ATENCIÓN.....	89
GRUPO IV. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA .	101
GRUPO V. MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL	110
GRUPO VI. MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL. TECNOLÓGICO Y S.I	120
AVANCES DE RESULTADOS GLOBALES. 2ª SESIÓN.....	133
PROPUESTA DE MEJORA	140
SUGERENCIAS DE LA EASP	211

1. PRESENTACIÓN

La Gerencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud ha elaborado un proyecto estratégico para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud en un horizonte temporal de tres años. La *Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra 2017-2019* tiene como objetivos básicos:

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

Dentro de la Estrategia se recogen además los siguientes objetivos 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.

Como resultado del proceso de reflexión llevado a cabo se han definido las siguientes líneas estratégicas en base a las cuales se pretende desarrollar la Estrategia con el fin de alcanzaran los objetivos anteriores:

- Rol de la AP. Atribuciones y perfiles profesionales.
- Modelo Territorial y Modelo de Urgencias Rurales.
- Plan de Mejora de la Capacidad Resolutiva.
- Refuerzo y desarrollo de los Nuevos Modelos Asistenciales.

- Modelo de Participación e Intervención Comunitaria.
- Modelo Organizativo y de RRHH de la AP.
- Modelo de Autonomía y Gestión Clínica. (Proyecto específico).
- Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información.

El éxito de estos proyectos pasa necesariamente por la **implicación de los profesionales** en su desarrollo e implantación, y el **convencimiento de la ciudadanía, gestores públicos y autoridades municipales** de que el modelo de Atención Primaria propuesto responde a sus necesidades de salud.

Es necesario el compromiso de los profesionales que son los que día a día, con sus decisiones, disponen de la utilización de los recursos. Para lograr este compromiso es necesario ejercer un liderazgo compartido transformador y sin duda, la relación entre gestores y clínicos debe estar sustentada en una confianza mutua.

En conclusión, la Estrategia de Desarrollo de Atención Primaria debe conseguir posicionar a su favor a los profesionales, haciéndolos protagonistas activos y devolviéndoles la ilusión de creer que es posible una atención primaria con un alto nivel de calidad, que asuma el protagonismo del sistema de Salud.

Para ello, ha de llevarse a cabo un **proceso de difusión** de los valores en los que se sustenta la Estrategia, al tiempo que se fomente **la participación, implicación** y reflexión estratégica de los profesionales en su definición, desarrollo e implantación de la misma.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

Proporcionar soporte metodológico a la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud en el desarrollo de espacio de participación y de reflexión sobre la Estrategia de Desarrollo de Atención Primaria de Navarra, que motive e implique a los profesionales y que contribuya a legitimar los valores y objetivos de la misma.



PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019

RESULTADOS 1ª SESIÓN 7 DE NOVIEMBRE DE 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA PRIMERA SESIÓN

- Reflexionar sobre el modelo de atención primaria del futuro.
- Identificar aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia.

3. GRUPOS DE TRABAJO Y PERFIL DE LOS INTEGRANTES

Se han constituido los siguientes grupos:

- GRUPO I. Área de competencias de la Atención Primaria.
- GRUPO II. Modelo asistencial y de atención (I).
- GRUPO III. Modelo asistencial y de atención (I).
- GRUPO IV. Promoción y prevención de la enfermedad. Intervención comunitaria. Participación ciudadana.
- GRUPO V. Modelo organizativo y modelo territorial.
- GRUPO VI. Modelo de formación y desarrollo profesional. Modelo tecnológico y de SSII.

El perfil de los integrantes se ha consensado con la Gerencia de Atención primaria del Servicio Navarro de Salud, atendiendo entre otros a los siguientes criterios:

- Profesionales de los EAP, Profesionales de la Junta Técnico Asistencial, Profesionales de los órganos colegiados (Colegio de Médicos, de Enfermeras, Trabajo Social), y representantes de Sociedades científicas.
- Multidisciplinar.
- Con paridad.

4. PLAN DE TRABAJO

7 de noviembre de 2017.

- 12:30 a 13:30 Presentación plenaria de la Estrategia de Desarrollo de la Atención Primaria.
- 14:00 a 15:00 TRABAJO EN GRUPO:
- Constitución de los grupos.
 - Reflexión sobre el modelo de atención primaria del futuro.
- 15:00 a 15:45 PAUSA (COMIDA).
- 15:45 a 18:00 TRABAJO EN GRUPO:
- Identificación de aspectos fuertes y aspectos mejorables de la estrategia.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO I

ÁREA DE COMPETENCIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y PERFILES PROFESIONALES

RESULTADOS

La sesión transcurrió con fluidez, en un clima distendido y con amplia participación por parte de las personas asistentes, generándose numerosas aportaciones en relación a los aspectos a tener en cuenta en la redacción final de la próxima Estrategia de Atención Primaria de Navarra.

El debate se generó de forma ordenada y muy respetuosa lo que facilitó la dinámica de la sesión.

Aunque el grupo contó con la presencia de un profesional de pediatría y otro de trabajo social, estuvo constituido mayoritariamente por personal de medicina y enfermería familiar y comunitaria, siendo todo los integrantes personal con contrato indefinido. En relación a este aspecto se consideró que de cara a futuras sesiones de trabajo, sería importante incluir en el grupo la visión de otros perfiles profesionales claves en el desempeño de la Atención Primaria como es el personal administrativo y personas empleadas en el Sistema Sanitario con contrato temporal.

Por último hay que señalar que en el momento de la sesión, el grupo no conocía en detalle el contenido de la Estrategia por lo que el trabajo de concreción de propuestas habrá que realizarlo en sesiones futuras.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO

En la primera parte de la sesión se les pidió a las personas participantes que respondieran a la pregunta ***¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?***

Los profesionales del ámbito de la Atención Primaria de Navarra confían que la nueva Estrategia suponga un impulso que ayude a ***visibilizar, reconocer y poner en valor la labor que se realiza*** desde este ámbito asistencial.

Se espera un plan diseñado y planificado para que en los próximos años responda ***a las necesidades reales de salud*** de una población más envejecida, con mayor demanda y con situaciones sociales que generan nuevas necesidades. Por otro lado, en opinión de las y los profesionales la nueva Estrategia debería ser una oportunidad para fomentar la ***implicación y la corresponsabilidad de la ciudadanía*** en el manejo de su salud y el uso de los recursos.

Una Estrategia en la que se planteen **objetivos realistas**, orientados hacia la mejora de la **calidad asistencial**, con **continuidad** en el tiempo y teniendo en cuenta la visión y **expectativas** de todos los agentes implicados.

En relación a las políticas de personal y Recursos Humanos la Estrategia debe potenciar la **motivación** de las y los profesionales, la **implicación**, el **sentido de pertenencia** y el **trabajo en equipo**. Se insiste en la necesidad de mejorar la **estabilidad laboral**, la **formación continuada**, la adecuación de **cargas de trabajo**, el **número de efectivos** y la revisión de las **competencias profesionales**. Finalmente se recoge la importancia que para el personal de Atención Primaria tiene contar con el reconocimiento y **respaldo de la Administración** en el desempeño de sus funciones.

En cuanto a los aspectos relativos a la gestión de servicios y profesionales, las expectativas se centran en que la nueva Estrategia consiga impulsar y/o conseguir los cambios organizativos necesarios para mejorar la **eficiencia** del sistema, la **satisfacción** de las y los profesionales y la **capacidad resolutive**. En este sentido se destaca la importancia de mejorar la **coordinación interniveles** y la **relación entre instituciones**. Por último, la estrategia deberá contar con una **asignación presupuestaria** que posibilite su puesta en marcha y continuidad. Además, deberá ser **evaluada** y en un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas, **comunicar los resultados** alcanzados a la ciudadanía.

A continuación, se incluye la relación de expectativas manifestadas por el grupo en cada dimensión.

La puesta en valor y el reconocimiento de la Atención Primaria

- Puesta en valor de la Atención Primaria ante Servicios Centrales, Atención Hospitalaria y la Ciudadanía.
- Reconocimiento de la calidad del trabajo realizado y la capacidad de los profesionales de cada centro.

El refuerzo del papel de la Atención Primaria como Servicio Público

- Recuperación y reconocimiento de la vocación de Servicio Público hacia la población.
- Implicación de todos los profesionales en la educación de la población.
- Refuerzo del modelo de atención integral en el que la Atención Primaria supone la puerta de entrada al Sistema Sanitario.
- Acercamiento de los servicios a la población.

Respuesta a las necesidades reales de la población y no sólo a la demanda

- Modelo orientado a dar respuesta a las necesidades de la población, incluyendo no sólo demandas sino acciones que supongan un impacto real en la salud y en su calidad de vida.
- Adecuación a las necesidades sociales actuales (envejecimiento de la población, pacientes con situaciones socio-sanitarias complejas, nuevos modelos de familia, etc.)
- Adaptación a la diversidad de Navarra y a su evolución futura.
- Resolución y tiempos de respuesta asistencial adaptados a los problemas personales.
- Priorización de medidas no farmacológicas frente a la medicalización de la vida.
- Planificación de la atención dando cobertura a las necesidades de la población.

El fomento del autocuidado y la corresponsabilidad en el uso de los recursos

- Educación y responsabilizar a la población en el uso del Sistema, ajustando sus expectativas a lo que realmente se les puede ofrecer.
- Puesta en valor del autocuidado en la población y corresponsabilizar al paciente en el manejo de sus patologías.

Definición de objetivos con continuidad en el tiempo.

- Ajuste realista de expectativas.
- Espero que esta estrategia se mantenga tras su implantación durante muchos años. Que se haga bien para que esto sea posible.

La mejora de la calidad asistencial y los resultados en salud de la población

- Planteamiento y desarrollo de las actuaciones que sirvan para mejorar la calidad de la Atención Primaria en Navarra.
- Definición de una serie de directrices para mejorar la atención y salud de la población.

Realización de un proceso participado en el que se tenga en cuenta la opinión de los profesionales y de la ciudadanía.

- Participación de profesionales y ciudadanía intentando obtener el mayor nivel de satisfacción e implicación.

El aumento de profesionales, estabilidad laboral y desarrollo profesional

- Planificación y cobertura de las necesidades de personal.

- Potenciación de la estabilidad laboral y la formación adecuada de profesionales sustitutos.
- Refuerzo de perfiles profesionales minoritarios como por ejemplo Trabajo Social.
- Incorporación de una política de personal que motive a los profesionales.
- Reconocimiento de la labor de cada profesional por los diferentes estamentos.
- Desarrollo y formación profesional.
- Reconocimiento, facilitación y obligatoriedad de la formación continuada.
- Ajustar las cargas de trabajo para evitar la saturación de los profesionales.

Recuperar la motivación, la implicación y el sentido de pertenencia

- Implicación de todos los estamentos y profesionales a la hora de llevar a adelante la estrategia.
- Recuperación del entusiasmo y el sentido de pertenencia
- Visibilización de Atención Primaria con la implicación de los profesionales, haciendo que todos y cada uno se sienta protagonista.
- Búsqueda de una seña de identidad común.
- Fomento del trabajo en equipo.

La adecuación de competencias, perfiles profesionales y reconocimiento de nuevos roles.

- Definición de las competencias y funciones profesionales.
- Ajuste de las competencias asignadas a la preparación de los profesionales.
- Adecuación de los diferentes perfiles profesionales reconociendo la actividad que realizan e incorporando nuevos roles.
- Identificación clara de cuál es el papel de cada profesional en el equipo.

El reconocimiento y respaldo de la Administración

- Valoración de la situación de los profesionales teniendo en cuenta su opinión y escuchando sus demandas.
- Tener en cuenta al profesional, sin que se trabaje únicamente por y para el paciente.
- Contar con el respaldo de la Administración y disponer de criterios unificados en el uso de recursos.

- Que los profesionales de Atención Primaria se vean representados y sus expectativas profesionales se vean reflejadas y asumidas como propias.
- No dejar a los profesionales de cada centro sin apoyo cuando lo necesitan.

Mejoras organizativas y de planificación

- Ayuda a la planificación y resolución de problemas reales.
- Simplificación del trabajo.
- Organización de la atención teniendo en cuenta la población del territorio, las nuevas tecnologías y el número de profesionales necesarios.
- Compatibilización de las necesidades inmediatas con los objetivos a medio plazo.

Coordinación interniveles y continuidad asistencial

- Mejora de la coordinación y comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- Disminución de duplicidades de trabajo entre la Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- Buscar que las listas de espera en Atención Especializada no sobrecarguen a la Atención Primaria.
- Unificación de la Historia Clínica.
- Mejoras en la coordinación entre los Servicios de Salud y Servicios Sociales.

Evaluación, mejora de la eficiencia y rendición de cuentas

- Respuesta ante la sociedad de los objetivos y logros planteados.
- Evaluación periódica de las actuaciones planteadas en la estrategia.
- Sostenible en el tiempo.
- Eficiente en el uso y gestión de recursos.

Con la dotación necesaria para su puesta en marcha, continuidad y evaluación

- Asignación del presupuesto adecuado para su implantación.
- Dotación de los recursos y herramientas necesarias.

ASPECTOS FUERTES Y ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA

En la segunda parte de la sesión se identificaron aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia, enfocándose especialmente en relación al ámbito de área de competencias de Atención Primaria.

A cada persona participante se le repartieron dos tarjetas de color azul para los aspectos fuertes y dos tarjetas de color amarillo para los aspectos mejorables. Se apuntó una idea en cada tarjeta y se leyeron en voz alta, permitiendo la intervención de los y las integrantes del grupo, el debate y organizando las ideas por áreas temáticas.

Si alguna persona necesitó más tarjetas se le facilitó para que pudieran incluir todos los aspectos que consideraran necesarios.

ASPECTOS FUERTES

Reconocimiento del profesional de Atención Primaria como agente clave del paciente en su paso por el Sistema de Salud. (Recoge la opinión de 9 personas)

- Empoderamiento de la Atención Primaria
- Apuesta del médico de familia como referente y agente clave del paciente en su recorrido por el Sistema Sanitario.
- Valoración como responsable de la prestación y promotor de calidad.
- Agente clave en la continuidad asistencial y seguimiento del paciente.
- Reconocimiento del Equipo de Atención Primaria de Salud (EAPS) como referente principal en los programas de intervención integral en la desigualdad, riesgo social, colectivos vulnerables e intervención sociosanitaria.

(Empoderamiento de la Atención Primaria: Reconocimiento de su importancia dentro del Sistema).

Consideración de nuevos roles de la Atención Primaria y reconocimiento formal de algunos que ya se están realizando. (Recoge la opinión de 5 personas)

- Reconocimiento de nuevos roles profesionales y valoración por parte de la Administración de otros que ya se hacían y que ahora se reconocen como tales, formalizándose y unificándose.
- Formación y actualización de los profesionales.
- Posibilidad de indicar un ingreso hospitalario directo de un paciente crónico
- Acceso a todo tipo de pruebas incluidas las que están sujetas a protocolo

Se tiene en cuenta el papel del paciente en relación a la responsabilidad en el manejo de su enfermedad y empoderamiento. (Recoge la opinión de 2 personas)

- Responsable principal de promover el empoderamiento del paciente y su capacitación e implicación activa en el autocuidado.

(Empoderamiento del paciente: capacidad de decisión del paciente mediante información y decisión).

Otras aportaciones. (Recoge la opinión de 3 personas)

- Actividad orientada a obtener resultados en salud
- Adecuación de los perfiles profesionales a la demanda
- Impulso de la atención integral multiprofesional y del trabajo en red.

ASPECTOS MEJORABLES

No se incluye cuáles son las competencias de cada perfil de Atención Primaria, la normativa que las regulará, ni el proceso por el que se llevará a cabo el proceso. (Recoge la opinión de 10 personas)

- No está claro cómo se definirán y se normativizarán las competencias de los diferentes perfiles.
- No hay coherencia entre los roles que se adjudican a los diferentes profesionales y la ausencia en el criterio de perfiles profesionales en política de personal.
- No se han contemplado importantes competencias específicas de determinados perfiles como es el caso de pediatría.
- Dificultad para homogeneizar e implantar roles/competencias en todas las Zonas Básicas de Salud.

- Así como en Medicina está la especialidad de Medicina de Familia, falta la especialización de los demás estamentos que trabajan en AP (enfermería de AP, administrativo de AP, etc...).
- Existe una segmentación en la propuesta de la estrategia al incluirse sólo los perfiles de Atención Primaria.
- Ni hay obligatoriedad para que se asuman nuevas competencias.

No se ha tenido en cuenta la disminución de profesionales, la desmotivación y la falta de una cultura de trabajo en equipo. *(Recoge la opinión de 5 personas)*

- Trabajo social referente principal de EASPS en los procesos de intervención en desigualdad, riesgo social, colectivos vulnerables. Mucho papel para tan pocos TTSS. Carga de trabajo. (Ejemplo CS 31 Sanitarios y T. Social 1 y ½).
- Dificultad para implantar la estrategia ante una situación de falta de profesionales.
- Es un plan estratégico más en una organización desmotivada.
- En líneas generales se trabaja más en grupo que en equipo.

No está contemplado el papel de otros perfiles. *(Recoge la opinión de 2 personas)*

- Falta el papel de la atención urgente rural.
- No se han incluido perfiles clave en la gestión de citas como es el Administrativo de Atención Primaria.

Otras aportaciones. *(Recoge la opinión de 3 personas)*

- Falta concretar la forma en la que se realizará el empoderamiento de la Atención Primaria.
- No hay una obligatoriedad para que las propuestas que recoge la estrategia se lleven a la práctica.
- En los últimos años el presupuesto no ha aumentado en proporción con el aumento de la carga de trabajo.



**PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO NAVARRO DE SALUD 2017-2019**

GRUPO II

MODELO ASISTENCIAL Y DE ATENCIÓN

A la pregunta **¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?**, las respuestas obtenidas en el grupo fueron:

- Que dé **respuestas** a las necesidades de salud de la población.
- Que mejore la **satisfacción de los profesionales** de Atención Primaria.
- Que mejoren las **necesidades sociosanitarias** de la población
- Que incrementen la **coordinación con los servicios comunitarios** para la promoción de la salud.
- **Que adecuen la organización** a las necesidades de la población.
- Que la figura del **pediatra que es “indivisible” en los centros de decisiones, no acabe siendo retirada de la atención directa del niño** y se vuelva a las inequidades de hace unos años en las que los niños en las familias más pudientes tenían mejor atención.
- Que no sea un poco más de lo mismo.
- Que hubiera un **cambio real** hacia dicha estrategia, priorizando algo, como la figura del **Auxiliar de AP** como sanitario, para que haga (y se le reconozca) una labor sanitaria de apoyo.
- Que se difunda de la forma más clara posible que cada persona implicada haga **lo que en realidad “puede hacer” y “no se” hace**.
- Que se materialice de forma **Práctica** para motivar una mejora.
- Que se dé a los profesionales el **lugar que nos corresponde**:
- Que la atención primaria sea la base del sistema Sanitario
- Que los profesionales estén capacitados con los roles bien definidos.
- Que los profesionales y los centros tengamos los medios adecuados y suficientes
- Que la dirección permita poner en marcha **proyectos de autoorganización** en los centros de salud.
- Que se desarrolle un sistema organizativo dinámico donde l@s profesionales puedan desarrollar todo su potencial, para dar una mejor atención.
- Que se facilite una **descentralización de la gestión**.
- **Que haya un cambio de modelo de atención**, con el desarrollo de perfiles profesionales que den **más importancia a las profesiones que ahora mismo no tienen**, que el **80% de los profesionales se la crean** y la pongan en práctica, que se sea capaz de **apoyar desde todos**

los ámbitos la puesta en marcha de esta Estrategia y que **se facilite un cambio cultural de la población** en cuanto a utilización de Servicios.

- Que la Estrategia siga avanzando en los cambios necesarios del modelo, no sólo a remolque de las demandas de la población y de los intereses de los ámbitos políticos.
- Que los/as profesionales seamos capaces de ir más allá de la pura continuidad rompiendo tabúes que se presentan como premisas de trabajo y que permitan auténticos cambios que den sostenibilidad al sistema y atención presente a quienes realmente lo necesiten.
- Que sean **propuestas realistas**, partiendo de la situación actual.
- Que los objetivos reúnan los intereses de la organización (políticos/profesionales/pacientes) y que todas estas partes consiguieran olvidarse de sus intereses particulares (proyecto centrado en el paciente)
- Que haya un desarrollo de la enfermería especializada en el ámbito de AP
- Que se concreten las ideas a **propuestas**. Que se materialice de forma Práctica para motivar una mejora.
- Que en el NUEVO MODELO DE AP, la enfermería sea el “eje”
- Que se estudien los perfiles profesionales, con una adecuación de puntuaciones y de funciones a su formación.
- Que se genere un cambio más radical y no vaya a remolque de la situación actual y de los diferentes intereses.
- Que no sea más de lo mismo
- Que ilusione
- Que sea capaz de reformar “de forma real” y que rompa rutinas
- Que todo el mundo conozca la estrategia
- Que cambie el modelo, con un cambio de papeles
- Que se crea a la gente
- Que se pueda llevar a la práctica
- Que facilite un cambio en la utilización de servicios por parte de la ciudadanía.
- Que sea un proyecto dinámico que permita desarrollar los diferentes perfiles.
- Que se genere una descentralización de la gestión.
- Que se faciliten procesos de innovación.

- Que se conozcan las necesidades ciudadanas y se rompa con la dinámica actual.
- Que dé más actividad a las personas.
- Que se rompa con la disyuntiva de atención en el día (BASICA) VS atención a crónicos.
- Que se le dé importancia a los temas de educación.
- Que todos los sectores lo creamos posible
- Que los profesionales estemos capacitados con roles bien definidos y con las medidas adecuadas.
- Que ayude a romper con la dinámica de escasez de profesionales.
- Que se retome lo que está mal (concretar)
- Que exista una continuidad en el modelo de atención y que no sea un modelo de 8 a 3, donde se trabaja de una manera y a partir de las 3 se cambia el modelo.
- Que permita una reflexión de cómo se organiza la atención.

Sobre los puntos fuertes:

- **Plan de mejora**
 - Es un plan que funciona
 - La organización se adapta al Plan
 - Las consultas presenciales contrastan con las consultas no presenciales.
 - El modelo es multidisciplinar con una atención diversificada
 - Con experiencia de equipo asistencial multidisciplinar
- **Trabajo en equipo (+ -)**
- **Estrategias destacadas:**
 - Estrategia crónicos
 - Desarrollo sociosanitario
- **Papel de los/as profesionales**
 - La profesionalidad de la mayoría de profesionales.

- La vocación de muchos profesionales
- La existencia de una mayor capacitación, en el marco de una atención cada vez más compleja y en la que se abarca más.
- Con una atención que permite la longitudinalidad y una alta resolubilidad.
- **Accesibilidad.**
 - La accesibilidad es al mismo tiempo un problema y una de las virtudes del modelo
 - La equidad y la eficiencia son dos competencias básicas del modelo.
- **Cercanía, Confianza y Relación profesional-paciente.**
 - Por ser puerta del sistema
 - Por la relación médico-paciente existente
 - Por la cercanía a población
 - Por la confianza del paciente en el equipo asistencial y en los profesionales
 - Por la personalización de la atención.
 - Por el grado de satisfacción del usuario
 - Por la inmediatez de la relación del paciente con los profesionales (confianza, intimidad, conocimientos)
 - Por la atención a una población concreta.
 - Por la atención estructurada en UBA.
 - Por la experiencia del equipo asistencial multidisciplinar.

- Por tener a paciente cada vez más formados.
- Por la orientación explícita hacia el cuidar
- **Condiciones laborales.**
- **Resultados.**
 - La obtención de buenos resultados es una muestra de buenos indicadores.

Sobre los **puntos débiles y/o mejorables**, tenemos:

- **Necesidades de mejora de la evaluación.**
 - Actualmente sólo se tienen datos de proceso o resultados intermedios: es una importante necesidad de mejora
 - Es fundamental, mejorar la política de Recursos Humanos para reclutar y fidelizar a los profesionales.
 - Es necesario mejorar la información a los nuevos profesionales de los objetivos y materiales existentes.
 - Es fundamental tener indicadores a medir en línea con la cartera de servicios.
 - Es importante mejorar la información a los pacientes de lo que pueden esperar de cada profesional.
- **Gestión de la demanda.**
 - Necesidad de mejorar los objetivos de interés para el paciente.
 - Necesidad de mejorar la atención por los profesionales más adecuados.
 - Necesidad de mejorar la atención según las necesidades.
 - Necesidad de gestión la demanda del paciente, sabiendo qué necesita y así poder derivar al profesional más adecuado.
- **Descentralizar.**

- Necesidad de descentralizar la gestión.
- Necesidad de reducir la estructura directiva.
- **Empatizar con los profesionales.**
 - Necesidad de mejorar la formación.
 - Necesidad de una mayor coordinación.
 - Necesidad de empatizar con los problemas del profesional.
- **Actividades Comunitarias. Prevención. Promoción.**
 - Necesidad de más intervenciones comunitarias.
 - Necesidad de mejorar el uso de los servicios.
 - Necesidad de mejorar la información sanitaria.
 - Necesidad de disminuir las demandas no justificadas.
 - Necesidad de programas de promoción y prevención de la salud.
 - Necesidad de dar respuesta a los problemas sociosanitarios.
 - Necesidad de mejorar la continuidad asistencial
- **Información.**
 - Necesidad de mejorar la información a la población.
 - Necesidad de reducir la burocracia.
 - Necesidad de aumentar la información en positivo
 - Necesidad de mejorar la información a los pacientes de lo que puede esperar de cada profesional
- **Desarrollo Enfermería.**
 - Necesidad de un mayor desarrollo de enfermería
 - Necesidad de mejorar la cartera servicios.

- Necesidad de una atención centrada en los profesionales, principalmente enfermería
- **Burocracia.**
 - Necesidad de evitar la burocracia
- **Formación.**
 - Necesidad de desarrollar una formación específica para el ámbito de AP, previa a la incorporación.
 - Necesidad de mejorar los planes de formación de los profesionales.
- **Coordinación AP-AE.**
 - Necesidad de cambiar la Atención Primaria y que no sea secundaria a la atención hospitalaria.
 - Necesidad de mejorar la coordinación con la atención hospitalaria, principalmente en el programa de crónicos.
- **Sistemas Informáticos.**
 - Necesidad de mejorar el cuadro de mandos.
 - Necesidad de mejorar el desarrollo de las nuevas tecnologías.
- **Motivación Incentivación.**
 - Necesidad de trabajar la motivación de los/as profesionales.
 - Necesidad de incentivar el trabajo bien hecho
 - Necesidad de conseguir el cumplimiento de los deberes, al igual que la exigencia de los derechos
 - Necesidad de mejorar la política de RRHH para reclutar y fidelizar a los profesionales.
 - Necesidad de trabajar el respeto entre profesionales.
 - Necesidad de mejorar el marco general del funcionariado del gobierno de Navarra, que está poco adaptado y no es ágil para las necesidades de los servicios de salud



**PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO NAVARRO DE SALUD 2017-2019**

GRUPO III

MODELO ASISTENCIAL Y DE ATENCIÓN

RESULTADOS

El grupo de trabajo estuvo integrado por 10 personas, frente a las 15 convocadas en el listado inicial. El perfil de los/as participante fue de personal directivo en Atención Primaria y en su mayoría profesionales médicos/as (7 médicos/as frente a 3 enfermeras).

La mayoría de los/as participantes manifestaron no conocer en profundidad la reforma de la Estrategia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, aunque sí declararon haber tenido acceso a un documento donde se presentaban las bases de dicha reforma. No obstante, algunos de los participantes dejaron patente un exhaustivo conocimiento de la reforma que sirvió para aclarar y precisar varios de los temas.

Finalmente, los participantes valoraron muy positivamente que dicha propuesta esté siendo sometida a un amplio proceso de participación, así como que su visión como profesionales sea tenida en cuenta en dicho proceso. Solicitaron tener acceso a las conclusiones y resultados de su grupo y del resto de los grupos.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO

En la primera parte de la sesión, se les pidió a las personas participantes que respondieran a una pregunta inicial: **¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?** La reflexión y respuestas se realizaron de forma individual y por escrito. A continuación destacamos las ideas agrupadas por temas.

Muchas de las expectativas de los y las participantes tienen que ver con el **cambio de modelo**. Se espera una **Atención Primaria que se configure como el eje del sistema sanitario**:

“Que la AP encuentre finalmente su lugar y su protagonismo”

“Que suponga un antes y un después, como supuso el Plan de Mejora en su día”

“Que por fin se reconozca el peso de la Atención Primaria”

“Que de verdad consigamos que la AP sea la base del sistema sanitario y para ello se dote de los recursos materiales, humanos y formativos necesarios”

“Que nos ayude a un cambio de modelo asistencial”

“AP centro del sistema real. Sostenibilidad del sistema”

También se hace hincapié en lograr una estrategia **realista, adaptada a necesidades de población, a los cambios de la sociedad y a los recursos:**

“Cambio actual de modelo de atención adaptándose a las necesidades poblacionales en base a los recursos existentes (tecnológicos y humanos)”

“Dar salida a la situación que nos viene encima”

“Encontrar soluciones a problemas habituales y comunes”

“Intentar que la estrategia no esté solo reflejada en un papel, si no que sea operativa en el día a día”

“La necesidad de hacer algo diferente a lo que estamos haciendo (...) teniendo en cuenta que las necesidades y los recursos han cambiado”

“Adecuación asistencial, formación, capacitación y revisión interprofesional”

“Que nos den habilidades y recursos para llevar a cabo adecuadamente nuestra labor”

“La AP del futuro debería disponer de todas las herramientas y recursos para ser más autónomos y resolutivos”

En la misma línea, el **paciente como centro del sistema sanitario**, así como la accesibilidad al mismo, es otro de los grandes grupos de expectativas planteadas:

“Que podamos ofrecer lo mejor a nuestros pacientes: accesibilidad real, equidad real y lo que los pacientes realmente demandan”.

“Poder dar respuestas a las necesidades de la población”

También son varias las ideas expresadas en torno a los **profesionales** que conforman la Atención Primaria en Navarra:

“Que se reconozca realmente la labor de los profesionales de Atención Primaria”

“Que se favorezca la coordinación entre los grupos”

“Que nos dé de verdad el papel y el valor que tenemos”

“Implicación de los profesionales para participar en la propia estrategia”

La **prevención y la promoción de la salud**, así como la **salud comunitaria**, son otro de los grandes puntos clave identificados en cuanto a expectativas de la Estrategia:

“Espero que la nueva estrategia permita a los EAP trabajar en un modelo de atención centrado realmente en la promoción y prevención de la salud, por la población, con normas, con la implicación de todos los profesionales de todos los estamentos, y con recursos eficaces para hacerlo. Para lograr una atención satisfactoria tanto para pacientes y comunidad, como profesionales”

“Que se dé importancia a la comunitaria realmente”

La participación fue también una de las expectativas más subrayadas:

“Participar y conocer lo que los compañeros piensan sobre el futuro de la AP”

“Participar en la elaboración de la Estrategia de la AP del futuro”

“Participar en el replanteamiento de los equipos de AP”

Finalmente, también se plantearon **dudas** en torno a la Estrategia, sobre todo en torno a los **recursos disponibles**:

“Dudas. El nuevo modelo no será lo que queremos, sino que estará supeditado a los recursos. Debe ser un modelo a largo plazo y que supere las dificultades a corto plazo. Debemos conocer lo que nos viene para conseguir un modelo útil, aunque no sé si será lo que queremos”

ASPECTOS FUERTES Y ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA

En la segunda parte de la sesión se identificaron **aspectos fuertes y aspectos mejorables** de la Estrategia, enfocándose especialmente el tema priorizado en el grupo: el modelo asistencial y de atención.

Antes de iniciar la dinámica, y debido a que la mayoría del grupo manifestó no conocer la Estrategia en profundidad, los y las profesionales, leyeron, en voz alta los objetivos estratégicos y específicos de la misma. Veámoslos a continuación:

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*
- *Desarrollar las previsiones del Plan de Mejora en relación con la Atención a Procesos Agudos Autolimitados*
- *Definir y desplegar la estrategia de Atención Sociosanitaria. (Elaborado)*
- *Garantizar una Atención Integral a la Infancia. (En elaboración)*
- *Desarrollar un Plan de Mejora de la Capacidad Funcional. (Elaborado)*
- *Mejorar la Continuidad Asistencial. (Grupos de Continuidad Asistencial)*

A cada persona participante se le repartieron dos tarjetas de color azul para los aspectos fuertes y dos tarjetas de color amarillo para los aspectos mejorables. Se apuntó una idea en cada tarjeta y se leyeron en voz alta, permitiendo la intervención de los y las integrantes del grupo, el debate y organizando las ideas por áreas temáticas.

Si alguna persona necesitó más tarjetas se le facilitó para que pudieran incluir todos los aspectos que consideraran necesarios.

ASPECTOS FUERTES

Estas fueron las **fortalezas**, agrupadas en áreas temáticas, identificadas en torno al modelo asistencial y de atención de la nueva Estrategia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud:

Empoderamiento de la Atención Primaria

- Hay una apuesta real por la Atención Primaria.
- La propia estrategia obliga a un cambio de modelo que la sitúa en el centro del sistema.

Recursos y equipos

- Ofrece un uso racional de los recursos: dirige los esfuerzos a aspectos claves (socio-sanitarios, continuidad asistencial) para lograr más equidad.
- Cuenta con equipos con funcionamiento común desde hace años.
- Cuenta con la implicación de muchos profesionales.

Adaptación a pacientes crónicos

- Nuevo modelo de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada centrado en pacientes crónicos, para una evaluación integral, ágil, resolutoria, centrada en el paciente y extensible a otras muchas acciones.
- Adaptación a la cronicidad (incorpora las alteraciones funcionales derivadas de la patología).
- Capacidad de redirigir y racionalizar la demanda.
- Integración social y comunitaria (Ayuntamientos y asociaciones).
- Apuesta por la accesibilidad
- Apuesta por la equidad
- Adecuar los modelos asistenciales a las necesidades.

Parte del Plan de Mejora

- Partimos de un Plan de Mejora establecido que contempla algunos de los puntos, y que aporta una visión global y del paciente.
- Plan de Mejora en Agudos depende del Propio EAP.

Continuidad asistencial

- Apuesta por poner en marcha un modelo de Continuidad Asistencial
- Integra a todos los grupos poblacionales y garantiza continuidad desde la infancia a la vejez
- Ofrece una atención integral (procesos agudos y crónicos)
- Cuenta con grupos de continuidad: Formación de grupos con personas de todos los niveles (AP, AE, Técnicos y coordinadores)

Rol de Enfermería

- Se da más valor a la atención de enfermería: con capacidad para trabajar en la resolución de procesos de agudos.
- Se da importancia de la labor de enfermería en educación sanitaria.

Geografía

- Las características y el tamaño de la comunidad y de su población facilitan el desarrollo rápido y sencillo de la Estrategia.

ASPECTOS MEJORABLES

A continuación, vemos las debilidades o **aspectos mejorables**, agrupadas en áreas temáticas, identificadas en torno al **modelo asistencial y de atención de la nueva Estrategia de Atención Primaria de Sistema Navarro de Salud**:

Recursos: Económicos, tecnológicos y humanos.

- Escasez de recursos, especialmente de personal: faltan profesionales médicos.
- Envejecimiento de los recursos humanos: el sistema de acceso y de selección de profesionales no está centrado en la continuidad médico pacientes.
- La rotación de personal de centro en centro genera despersonalización de la atención y no continuidad en los equipos de trabajo.
- La sobrecarga de trabajo conduce a la falta de motivación y dificulta que los profesionales puedan asumir cambios y adquirir nuevos roles.
- Faltan recursos de formación: faltan perfiles de enfermería con formación en temas comunitarios.

- Escasez de recursos tecnológicos (falta tecnología asistencial como Tablet para recogida de datos, sistemas de información que unifiquen las historias clínicas)

Rivalidad entre profesionales de Atención Primaria y Especializada

- Falta de prestigio generalizado entre profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria
- Diferencias salariales significativas entre profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria y otras especialidades.
- Falta de motivación general y desgaste de profesionales de Atención Primaria.
- Falta de reconocimiento social y visibilización de la labor de Atención Primaria.
- Necesidad de más control y auditorías para profesionales de Atención Primaria (gasto farmacéutico)

Continuidad Asistencial

- Complejidad en la coordinación de niveles de continuidad asistencial.
- Falta de sensibilidad hacia la necesidad de integración AP-AE, de hacer equipo y de continuidad asistencial.

Comunicación

- Necesidad de planificar la información e imagen que se transmite a través de la prensa.
- Peligro de crear expectativas en la población que no se cumplan.
- Objetivos ambiciosos: Necesidad de aterrizar, concretar y facilitar la Estrategia
- Necesidad de transmitir información sobre la Estrategia a Sociedades Científicas.

Diversidad Geográfica

- Diferencias entre zonas básicas que dificultan la equidad en la asistencia sanitaria entre la población de la Comunidad Foral de Navarra.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO IV

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

RESULTADOS

El trabajo en grupo discurrió en un clima participativo, distendido y agradable. Se generó un espacio de reflexión que dio lugar a exponer distintos puntos de vista tanto de la estrategia en general como del área de Promoción y prevención de la enfermedad, Intervención comunitaria y Participación ciudadana.

A continuación se presentan las aportaciones literales del grupo.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO

En la primera parte de la sesión se les pidió a las personas participantes que respondieran a la pregunta ***¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?*** (transcripción literal de notas escritas por las personas participantes, distinguida cada una por un color distinto. Se han respetado las mayúsculas y minúsculas porque le dan significado al texto en algún caso).

Personal Formación

Reflexión 1.

1º Implicación de todos los profesionales que integran el C.S. para el cumplimiento de los objetivos
Así como formación para poder desarrollarlas
RRHH
No carga laboral pero dispersión geográfica
Especializada
Formación específica y obligada

Reflexión 2.

Gestión de las experiencias de los ciudadanos
Solucionar RRHH

Reflexión 3.

Información a la comunidad para el buen uso de los recursos sanitarios.
“Dejar de enviar el mensaje que ante cualquier problema acudir al centro”.
Dotación suficiente de equipos técnicos eficaces

Reflexión 4.

Buena comunicación entre AP y ESPECIALIZADA
Nº Pacientes por cupo (no excesivo)
Tener en cuenta zonas rurales con población envejecida para el cupo.
Desplazados en época de verano
Educación a la población de la utilización de los servicios

Reflexión 5.

Propuestas de cambios en el modelo actual y ...
Adecuación de discursos a necesidades
Coordinación como elemento ¿geográfico? De planificación
Que se plasme en acciones operativas
Herramientas y procesos

Reflexión 6.

Que se potencie el trabajo social en la nueva estrategia de A.P. dotando de RRHH suficientes (que ahora no está bien dotada)
Que la valoración social sea competencia del rol profesional de T.S., junto con el diagnóstico social
Que se desarrolle una estructura en el organigrama para T.S.
Que se ejecuten planes y programas
Que se le dé relevancia a lo comunitario.
Trabajo en equipo++
RRHH++
Autonomía organización
+Ilusión
Más personal
Formación urgencias
Decreto de atribuciones profesionales-REGALS DE JUEGO
+PROFESIONALES DE LO SOCIAL
Marco organizativo

Reflexión 7.

Mayor satisfacción profesional
Empoderamiento del médico, y herramientas para que la consulta diaria sea una mera dispensación (de analíticas, de F., de derivaciones,...)
Mayor cohesión en los equipos (que cada uno haga lo que más le gusta) no tan individualizado.
Confianza en el profesional con los objetivos marcados

Reflexión 8.

Plan que ilusione a los profesionales, que lo veamos como posible, como algo nuestro.
Que plantee objetivos concretos y factibles, paso a paso.
Que permita una organización en la que cada profesional aporte su especificidad → autonomía
Nueva organización ante falta profesionales de medicina.

Reflexión 9.

Quisiera más participación, en el plan de salud, no imposición.
Más comunicación con la especializada
Más tiempo para poder llevar a cabo el plan de salud

Reflexión 10.

Incentivación de los profesionales
TIEMPO
MEJOR COMUNICACIÓN CON ESPECIALIZADA

Reflexión 11.

Me gustaría que estuviese conectado con la realidad social tanto para usuarios pacientes como para profesionales y que articulase y reconociese la atención de forma integral → potenciando las aportaciones y espacio de la disciplina de trabajo social que fuera flexible y dinámico

Reflexión 12.

Espero un plan que facilite la evolución de la AP a ser el centro del sistema, que haga hincapié en:

- Mayor autonomía de la gestión de los centros y su organización
- Mayor integración con A.E.
- Propuestas para reducir la sobrecarga asistencial
- Apoyo a respuestas asistenciales más holísticas

Mi vinculación con la salud comunitaria y promoción viene de mi trabajo a este campo en el instituto de Salud Pública de Navarra

Reflexión 13.

Implicación de los profesionales en la estrategia

Que la formación sea una para importante para aumentar la resolución

Dar el protagonismo que tiene a la A.P. y reconocérselo, como puerta de entrada al sistema.

Que se tenga en cuenta a las bases, asistencia. Contar con ellos.

Reconocimiento de los equipos y su trabajo, evitando individualidades.

Implicación de la comunidad, entes locales.

Haya discriminación positiva de los centros rurales pequeños.

Acercamiento de los directivos a las zonas para conocerlas.

Reflexión 14.

Disminución de cargas de trabajo que sí se puede hacer

¿Intervención comunitaria?

Investigación

Docencia

Reflexión 15.

Formación específica y actualizada y racionalizada (no todo de golpe en los mismos meses)

Agenda flexible:

Tiempos de integración de los programas y planes estratégicos razonables, dar tiempo a que las cosas se asientan y se trabaje bien. Actualmente sensación de urgencia y de no llegar y de trabajar mal.

Comunicación real con la A.E. Que el esfuerzo de los nuevos programas recaiga en A.P. Y A.E. de la misma manera.

Que se adapte a la realidad de cada zona, con sus peculiaridades.

Mismos apoyos y servicios que la A.E. por ej.: servicio de docencia y promoción.

Servicio de hª Clínica

ASPECTOS FUERTES Y ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA

- En la segunda parte de la sesión se identificaron aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia, enfocándose especialmente en relación al ámbito de la Promoción y prevención de la enfermedad, intervención comunitaria y participación ciudadana.

A cada persona participante se le repartieron dos tarjetas de color azul para los aspectos fuertes y dos tarjetas de color amarillo para los aspectos mejorables. Se apuntó una idea en cada tarjeta y se leyeron en voz alta, permitiendo la intervención de los y las integrantes del grupo, el debate y organizando las ideas por áreas temáticas.

Si alguna persona necesitó más tarjetas se le facilitó para que pudieran incluir todos los aspectos que consideraran necesarios.

ASPECTOS FUERTES

TRABAJO EN EQUIPO

- Potencia trabajo en equipo

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

- Impulso a los autocuidados y a la receta de los estilos de vida saludables
- Estilos vida saludable
- En zona rural: el contacto con colegas para promoción de estilos de vida

BASES DE DATOS

- Importante bases de datos
- Buenos datos estadísticos de las zonas

SALUTOGÉNESIS

- Basar la promoción en aspectos positivos-activos- y no solo en problemas. Salutogénesis.
- Enfoque salud en positivo. Salutogénesis.
- Incorporar enfoques de salud positiva

EDUCACIÓN DE PACIENTES

- Educación para inmigrantes

EMPODERAMIENTO

- Existencia de escuela de pacientes
- Empoderamiento del paciente –autocuidado–
- Favorecer participación y empoderamiento para salud de las personas
- Empoderamiento-participación
- Empoderamiento

RESULTADOS EN SALUD

- Mejoras en resultados en salud

MEJORA DE LA COORDINACIÓN CON SALUD PÚBLICA

- Mejorar coordinación con Salud Pública

FORMAS DE PARTICIPACIÓN

- Impulso de actuaciones de coordinación con otros recursos de la comunidad
- Crear alianzas con la población
- Transversal y a nivel local
- Participación
- Participación ciudadana. Impulsar trabajo en red interdisciplinar e interinstitucional

CONSEJOS DE SALUD

- La existencia de consejos de salud con los diversos componentes
- Posibilidad de convocar. Apoyo ayuntamiento.
- Necesidad de implicación comunitaria para la transformación
- Vigencia de los consejos de salud
- Estructura de los consejos de salud

ASPECTOS MEJORABLES

RESULTADOS PLAN DE SLUD

- Evaluación de resultados del plan de salud

RECURSOS

- Dotación presupuestaria que facilite actividades de estilo de vida saludable
- Mayor utilización de recursos fuera del S.N.S.
- Crear un servicio de apoyo a los centros en las intervenciones comunitarias
- Envío periódico de información del observatorio de salud a las zonas básicas de salud

COMUNICACIÓN

- Comunicación con la comunidad
- Capacidad de promover procesos comunitarios
- Mejorar la comunicación entre la población y los profesionales
- Canales de comunicación entre profesionales de la salud y la comunidad

COORDINACIÓN

- Mejorar la coordinación entre los distintos estamentos
 - 1º en el propio centro (sobre todo con trabajo social)
 - 2º con salud Pública
 - 3º Con especializada
- Proponer una atención integrada sociosanitaria y psicosocial
- Coordinación interprofesional

MODELOS DE PARTICIPACIÓN

- Paternalismo de los profesionales sanitarios
- Participación de la comunidad en aspectos de la gestión del centro
- Romper muros de los profesionales-abrir las puertas a la ciudadanía
- Horarios de trabajo flexibles para hacer mejor intervenciones comunitarias
- Comodidad de usuarios/as
- Horarios para trabajar con la comunidad
- Conseguir la participación ciudadana-involucrarlos-

MEJORAS EN EL CONSEJO DE SALUD

- Cambios en los contenidos de los consejos de salud, no solo reivindicaciones
- Potenciar los consejos de salud para que sean conscientes de la importancia y no solo las quejas

FORMACIÓN

- Escuela de Paciente experto a nivel de zona básica
- Falta formación en Educación para la salud (2)
- Formación profesional en intervención comunitaria
- Escuelas de salud
- Talleres
- Formación de profesorado para mejorar la salud
- Formación a los profesionales

OTROS

- MOTIVACIÓN PROFESIONAL
- Falta motivación
- PRESIÓN ASISTENCIAL



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO V

MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL

RESULTADOS

El trabajo en grupo se desarrolló en un clima de orden, respeto y generalmente de consenso, aunque surgió cierto debate en torno a algunos temas, como el alcance de los servicios hospitalarios que deben ser ofertados por atención primaria o el ajuste de las propuestas sugeridas en la Estrategia a los recursos reales disponibles.

También en algunos momentos se puso de manifiesto la diferente experiencia entre profesionales del medio rural y urbano, distintas categorías profesionales, horarios de mañana y de tarde, etc., lo que enriqueció el intercambio de ideas entre los y las integrantes del grupo.

Todas las personas participantes permanecieron en el taller hasta su finalización y la sensación es que todo el mundo pudo expresar su opinión y aportar sus ideas, generando un diálogo rico y participativo.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO

En la primera parte de la sesión se les pidió a las personas participantes que respondieran a la pregunta ***¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?***

Se expusieron varias ideas que incidían en los conceptos de **accesibilidad** y **equidad**, especialmente pensando en las zonas rurales. Las personas integrantes del grupo esperan en Navarra una Atención Primaria ajustada a las necesidades reales de la población, que acerque los servicios a quien más lo necesita; pero también realista, adaptando los servicios ofertados a los recursos disponibles y co-responsabilizando a la ciudadanía de su salud.

“Un modelo que garantice una atención similar en cualquier punto de Navarra”.

“A nivel usuario mejor accesibilidad y equidad”.

“Equidad entre todas las zonas”.

“Transición desde la accesibilidad a la equidad, orientar el servicio sanitario hacia la atención de necesidades reales de la población, alineando dichas necesidades reales con las demandadas”.

“Intentar mantener el modelo de atención basada en las necesidades del paciente, siendo efectivos y no cayendo en burocracias”.

“Presentar a la sociedad el acceso a la salud de forma realista y menos política/electoralista”.

“Proceso de transformación para adaptarse a la realidad actual con los recursos humanos y económicos que disponemos, que han cambiado y deben actualizarse”.

“Atención centrada en el paciente, pero incidiendo en responsabilizar al paciente de su cuidado”.

Vinculado a esta primera idea -proporcionar a la población los servicios sanitarios que necesita- se plantean expectativas acerca del **aumento de la capacidad resolutive** de Atención Primaria.

“Mediante la mejora de la resolutive de los centros más alejados de atención especializada”.

“En el marco de un aumento de la capacidad resolutive”.

También son varias las ideas expresadas en torno a los profesionales que conforman la Atención Primaria en Navarra. Se expusieron conceptos como la **adecuación de roles**, el **ajuste de cargas** de trabajo, y sobre todo la **motivación** de las personas.

“Un proceso de renovación que posibilite la adecuación de roles y atribuciones profesionales”.

“Mejora de la sobrecarga asistencial de los centros urbanos”.

“A ser posible, sin sobrecargar al profesional”.

“Trabajo en equipo entre los distintos estamentos profesionales”.

“Necesidad de ilusionar a las y los profesionales”.

“Mejorar la motivación del personal”.

“Motivación del equipo humano que compone la Atención Primaria”.

Se espera una Atención Primaria que se configure como el **eje del sistema sanitario**, manteniendo sus roles tradicionales de trabajo basados en la **prevención** y la **promoción** de la salud, trabajo comunitario y centralidad en el paciente.

“Verdadero eje del sistema sanitario con reorganización y recursos”.

“Una Atención Primaria que siga en las líneas actuales de atención centrada en el paciente como persona y priorizando la prevención, el estilo de vida saludable”.

“Asentando la promoción, prevención y participación para responder a las necesidades de salud de los ciudadanos”.

“Espero a nivel profesional mejorar el trabajo comunitario y educativo”.

Por último, también se expuso la idea de que el modelo de Atención Primaria que surja de este proceso de reflexión estratégica sea más permanente.

“Conseguir una organización duradera en el tiempo”.

ASPECTOS FUERTES Y ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA

En la segunda parte de la sesión se identificaron aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia, enfocándose en relación al **ámbito del modelo organizativo y modelo territorial**.

La presencia de la Gerente de Atención Primaria en el grupo ayudó a enmarcar los principales contenidos de la Estrategia en el ámbito concreto que se quería debatir, expresando la mayoría de las personas participantes que desconocían hasta el momento (o no recordaban) el contenido concreto de la Estrategia.

A cada persona participante se le repartieron dos tarjetas de color azul para los aspectos fuertes y dos tarjetas de color amarillo para los aspectos mejorables. Se apuntó una idea en cada tarjeta y se leyeron en voz alta, permitiendo la intervención de los y las integrantes del grupo, el debate y organizando un panel con las ideas agrupadas por áreas temáticas.

Si alguna persona necesitó más tarjetas se le facilitó para que pudieran incluir todos los aspectos que consideraran necesarios.

ASPECTOS FUERTES

Entre los aspectos fuertes de la Estrategia destacados por el grupo están la potenciación de la **atención sociosanitaria y a domicilio**, así como **acercar servicios a la población** mejorando la capacidad de resolución, ya que se favorece la equidad, la accesibilidad y una atención más cercana e integral a las personas que más lo necesitan.

Atención sociosanitaria (7 aspectos fuertes)

- Planteamiento sociosanitario que incluye atención de día, rehabilitación a domicilio, servicios sociales de apoyo. Favorece la equidad, la integración y la accesibilidad.
- Utilización de servicios sociosanitarios, sobre todo residencias disponibles en la zona para convalecencia y rehabilitación.
- Potenciar la atención sociosanitaria al paciente, sobre todo convalecencia residencial, rehabilitación domiciliaria, etc.
- Cuidados al paciente crónico estable y atención tanto sanitaria como social en sus actividades básicas.
- Servicios sociosanitarios. Dirigidos a población anciana para incrementar la capacidad funcional. Hay necesidad de apertura de las modalidades de atención y en ámbito lo más cercano posible al domicilio, teniendo en cuenta la atención social.
- Atención a paliativos que facilite la equidad y disminuya las desigualdades, apoyando a familiares y pacientes.
- Dar respuesta a déficits sociales, por ejemplo, estancias de crónicos, rehabilitación, servicios a domicilio, etc.

Atención a domicilio (3 aspectos fuertes)

- Hospitalización a domicilio. Cuidados paliativos. Atención a la persona en su domicilio el máximo tiempo posible. Acercar recursos a la población.
- Acercar recursos a la población que le permita mantenerse en su domicilio.
- Cuidados y atención en su domicilio al paciente crónico estable.

Acercar servicios a la población (4 aspectos fuertes)

- Acercar servicios a zonas alejadas con personas con dificultad para el desplazamiento. Sobre todo, rehabilitación, pruebas complementarias, nutricionistas, etc.

- Apoyar la atención primaria aumentando la resolutivez: radiología, ecografía, fisioterapia, emergencias, atención continuada, etc.
- Facilitar servicios de radiología y ecografía con periodicidad fija quincenal o según necesidad de la zona.
- Acercar a la población servicios de fisioterapia, lo que disminuiría las listas de espera, ahorraría en desplazamientos, facilitaría la equidad y mejoraría la calidad de vida de los pacientes.

También la **atención integral a la infancia** ha aglutinado muchos de los aspectos fuertes de la Estrategia identificados por el grupo en relación al modelo territorial.

Atención multidisciplinar a la infancia (6 aspectos fuertes)

- Atención a la infancia que incluya servicios de atención primaria y salud comunitaria. Son necesarios nuevos profesionales en los equipos, como psicología o nutrición.
- Servicios integrados que valoren riesgos psicosociales y promuevan la parentalidad positiva.
- Atención temprana incluida en los servicios de atención integral a la infancia.
- Reorganización de servicios comarcales de pediatría.
- Acercar la pediatría a todas las ZBS, aunque no sea todos los días de la semana.
- Hay que prestar atención a las zonas rurales donde hay escasez de profesionales de pediatría.

Además, se identificaron aspectos fuertes relacionados con las urgencias, sobre todo en ámbito rural, la potenciación de la atención comunitaria y la propuesta de comarcalización.

Urgencias y emergencias

- Emergencias y atención continuada rural para garantizar la equidad en toda Navarra.
- Asegurar acceso a necesidades urgentes vitales en un tiempo adecuado y con mayores garantías de eficacia.

Atención comunitaria

- Reforzar la atención comunitaria importante para la promoción de la salud.

Comarcalización

- Comarcalización como modelo de gestión eficiente y para dar un servicio más cercano a la población.

ASPECTOS MEJORABLES

Ofertar ciertos servicios complementarios diagnósticos y especialmente del ámbito de atención hospitalaria se percibe como una potencial amenaza que podría generar un **aumento de la demanda**, **pérdida de protagonismo frente a atención hospitalaria** o incluso **una pérdida del papel** que juega la atención primaria en la atención de las personas.

Riesgos relacionados con una mayor oferta de servicios

- La mayor accesibilidad a servicios o pruebas complementarias provocará un aumento de la demanda y un posible abuso por parte de la ciudadanía.
- Riesgo de mayor demanda, sobre todo en pruebas complementarias.
- Una mayor demanda de servicios debe conllevar una priorización.
- Algunos servicios de atención hospitalaria se deberían priorizar en segundo lugar.
- Al ofrecer servicios hospitalarios se corre el riesgo de que los profesionales de atención hospitalaria adquieran el protagonismo en el proceso de atención y que la falta de casos en primaria origine una pérdida de habilidades.
- Al establecer una coordinación o integración entre atención primaria y hospitalaria se debe garantizar que los servicios pivoten sobre primaria.
- La incorporación de servicios de tercer nivel puede llevar a diluir el papel de la atención primaria.
- Más atención, pero con menor evidencia científica en los procesos.

Dentro de los aspectos mejorables de la Estrategia, las personas integrantes del grupo también identificaron la necesidad de **fidelizar a los profesionales**, de **adaptar la oferta a los recursos reales** y de **concretar** en líneas de acción.

Necesidad de fidelización de los profesionales

- Hay que fidelizar a los profesionales de las ZBS de zonas rurales.
- Fidelizar a los profesionales.

Adaptar la oferta a los recursos

- Necesidad de ser coherente en las necesidades de servicios en los distintos niveles. El ofertar ciertos servicios, como SUC, igual puede llevar a cerrar parcial o totalmente otros servicios, como puntos de atención continuada.
- Valorar la oferta rehabilitadora de forma realista. ¿Es más factible el uso de residencias que la atención domiciliaria?

Falta concreción

- Es necesario priorizar y establecer un cronograma.
- Poca definición, ¿cómo se va a organizar?, ¿quién lo va a llevar a cabo?
- ¿La atención continuada va a ser como la actual?

Surgen también ciertas dudas en torno a la implantación del modelo propuesto de **urgencias rurales**, uno de los pilares de la Estrategia de Atención Primaria de Salud en Navarra.

Urgencias rurales

- Cubrir las emergencias con un equipo de guardia en cada comarca puede suponer un excesivo uso de recursos y que la falta de casos provoque una pérdida de habilidades en los profesionales.
- Los problemas de acceso a los servicios de urgencias que se encuentren fuera de la localidad pueden mejorarse con la regulación de transportes, participación de los ayuntamientos, etc.

Aunque existe un bloque de la Estrategia dedicado al modelo de promoción de la salud y participación comunitaria en atención primaria -y un grupo de trabajo centrado en él-, se expresa como aspecto mejorable, también en la organización territorial, el poco protagonismo de estos pilares de la Atención Primaria: prevención y promoción.

Faltan propuestas relacionadas con la prevención y promoción

- La base de la Atención Primaria es la prevención y promoción. Faltan en la Estrategia acciones dirigidas a potenciar los estilos de vida saludables, nutrición, colaboración con centros deportivos para prescribir ejercicio físico, etc.

Por último, las personas del grupo de trabajo expusieron ciertos aspectos de la Estrategia que, aunque siendo importantes, no consideraban prioritarios y por tanto no es necesario fijar el foco en ellos.

Aspectos no prioritarios

- El personal de farmacia, técnicos de gestión, técnicos de apoyo, etc. no deberían dejar de existir, pero son servicios centralizados que no difieren entre ZBS y no merecen una atención especial.
- Sobraría incluir servicios de alta resolución y servicios a domicilio.
- No invertir en más personal técnico de gestión, si no favorecer que los equipos directivos tengan tiempo para desarrollar su tarea.
- Dentro de los servicios de atención integral a la infancia, la atención sociosanitaria en la escuela y la rehabilitación infantil en la escuela no son prioritarias.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO VI

**MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL.
MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.**

RESULTADOS

La dinámica de trabajo del grupo fue participativa, generándose un debate enriquecedor y un espacio donde compartir distintos puntos de vista en torno a la Estrategia en general, como a los temas específicos asignados en particular.

Se valoró de manera muy positiva la puesta en marcha de este proceso participativo, tanto por la posibilidad de recoger las aportaciones de los y las profesionales convocados, como por la generación de compromiso e implicación en el desarrollo de la misma.

La definición de competencias profesionales, la necesidad de contar con un modelo de formación y desarrollo profesional, establecer herramientas de reconocimiento profesional y de la especialidad, el ciudadano como centro del sistema, junto con otros elementos de contexto, como pueden ser las condiciones laborales, centraron el debate de esta jornada presencial.

Todas las personas convocadas a este grupo tuvieron ocasión de opinar y expresar sus ideas, que a continuación se presentan en este apartado de resultados.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO

En la primera parte de la sesión se les pidió a las personas participantes que respondieran a la pregunta ***¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?***

A continuación se recoge una síntesis de las expectativas agrupadas por áreas temáticas y ordenadas de mayor a menor número de aportaciones:

Los y las profesionales que participaron en el grupo esperan que la Estrategia de respuesta a las cuestiones que se han agrupado en las siguientes **áreas temáticas**:

- Empoderamientos de la ciudadanía.
- Condiciones laborales.
- Modelo de formación y desarrollo profesional.
- Reconocimiento de la especialidad.
- Capacidad de resolución de Atención Primaria.

- Desarrollo del marco de competencias profesionales.
- Respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Motivación y compromiso profesional.
- Hacer efectiva la Estrategia.
- Información – Comunicación.
- Promoción y prevención de la salud.
- Desarrollo de equipos de trabajo.
- Participación de profesionales.
- Relaciones interniveles.
- Reconocimiento profesional.
- Procedimientos de trabajo internos.
- Nuevas tecnologías y sistemas de información.
- Marco normativo.

EMPODERAMIENTO DE LA CIUDADANÍA

- *“Dar respuesta a las necesidades de los pacientes las 24 horas del día”.*
 - Una Estrategia orientada al paciente, donde el domicilio sea el centro de atención.
 - Empoderamiento de los y las pacientes/usuarios.
 - Importancia de la población infantil.
 - Una Atención Primaria que dé respuesta a los cambios y necesidades de la población.
 - Ajuste a las necesidades y expectativas de la población, teniendo en cuenta las diferencias y la diversidad cultural: idiomas, costumbres.
 - Impulso al autocuidado de la persona: protagonismo del paciente.
 - *“Que preste una verdadera atención integral e integrada a todos los pacientes”.*
 - Atención equitativa.
 - Atención humanizada *“que los profesionales seamos capaces de escuchar”.*
 - Espacio para potenciar los autocuidados, educando en prevención y promoción. Formación a la sociedad.
 - Una Estrategia que favorezca la participación comunitaria como elemento crucial en la consecución de los objetivos de salud.
 - Reactivación de los Consejos de Salud Comunitaria.
 - Participación socio-sanitaria.
- Mayor relación con la comunidad: *“Devolver el tema de la salud a la comunidad”.*

CONDICIONES LABORALES

- Mejorar las condiciones laborales de los trabajadores (contratos, oposiciones, desmotivación en general, estabilidad, sobrecarga, burocratización,...)
- Explorar y definir soluciones o respuestas para las dificultades organizativas, de escasez de profesionales, definición de perfiles profesionales,...
- Resolver la sensación de agravio comparativo ante la pérdida de poder adquisitivo.
- Sobrecarga asistencial derivada del aumento del número de cupos.
- Adecuar los equipos a los recursos existentes.
- Mejorar la gestión de las listas de espera.
- Sobrecarga en consultas: *“el día a día te come la actividad”*.
- Disminuir el nivel de estrés en todas las categorías.
- Escasez de médicos.
- Adecuación de cupos (número de TICs/profesional).
- Establecer mecanismos de compensación en la atención a cupos de otros profesionales.
- Anteponer los derechos laborales a las vacaciones a las supuestas *“necesidades del servicio”*.

MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL.

- Modelo de formación que contemple el desarrollo de competencias profesionales.
- Modelo de desarrollo que contemple el cambio generacional y las jubilaciones
- Recambio/Relevo profesional, apoyado por formación y mecanismos que favorezcan la gestión del conocimiento.
- Formación más específica por equipos. Estrategia de formación de formadores. Autogestión.
- Mejor formación de los MIR de familia, acompañada de una evaluación de competencias mediante pruebas de ECOE.
- Desarrollo y promoción profesional para las distintas categorías profesionales.
- Formación específica y tiempos suficientes para su realización.
- Plan de formación que dé respuesta a número y perfil profesional.
- *“Desarrollo profesional, relaciones y reconocimiento: elementos clave que deben de ser la base del sistema”*.

RECONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD

- Desmotivación genera por la expectativa e impulso inicial a la Atención Primaria: *“se ha complejizado y se ha descuidado”*.
- Demanda de *“mimar a la Atención Primaria”*.
- Necesidad de redefinir la Cartera de Servicios.
- Profesionales de Atención Primaria con sentido de orgullo y pertenencia: *“Que le den importancia al trabajo que se hace desde este nivel de atención”, “Que nos lo creamos, orgullo”*.
- Poner en valor los logros y el trabajo que se realiza desde la Atención Primaria: *“Potenciar y visibilizar las cosas que hacemos bien”, “Lo que tenemos vale mucho”*
- Trabajar en la mejora de la percepción que la población tiene sobre este nivel de atención.
- Revalorizar la especialidad. Prestigio. *“No se considera una especialidad atractiva”*.
- Avanzar en el conocimiento en AP.
- Cambios en el concepto de la AP. *“Somos la base del sistema”*, y eso debería de ir acompañado de acciones orientadas a mejorar el desarrollo profesional, los recursos y el reconocimiento.

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Establecer políticas de *“dejar de hacer”*.
- Fomentar la eficiencia y la competencia, con criterios de equidad.
- Fomentar la eficiencia en la gestión de recursos.
- La capacidad de resolución pasa por los profesionales: *“somos tecnología altamente especializada”*. Para ello es necesario aumentar la capacidad de resolución invirtiendo en profesionales: número, perfiles, formación.
- Potenciación de un sistema sostenible, que satisfaga a profesionales y ciudadanía.
- Reorganización de la Urgencia Rural.
- Incentivar los centros rurales. Diversidad.
- Aumentar la capacidad de resolución de las jefaturas.
- Actitud proactiva: *“hacer antes, sin esperar la demanda”*.

DESARROLLO DEL MARCO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

- Que reconozca las competencias profesionales de todas las categorías que integran los equipos de AP y les permita su desarrollo.

- Favorecer el desarrollo profesional en cuanto al trabajo por competencias.
- Redefinir funciones por categoría profesional.
- Desarrollo de la capacidad resolutoria, acompañado de un marco competencial.
- Desarrollo de las competencias profesionales, especialmente en enfermería.
- Enfermería: poder desarrollar acciones de prevención y promoción.
- Desarrollo de las competencias de enfermería *“adaptadas a las tareas que se piensan”*.
- Perfil administrativo específico para trabajar en el ámbito de la salud.

RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

- Que responda a las nuevas y cambiantes necesidades de la población: crónicos, inmigrantes, envejecimiento, nuevos problemas de salud o más prevalentes, como los trastornos adaptativos. Diferentes culturas adaptadas a diferentes zonas básicas de salud.
- Mejorar la accesibilidad, rapidez, dotar a la AP de un sistema sostenible donde se puedan ofertar unos servicios integrados, que den respuesta a las necesidades de pacientes, personas cuidadoras y sociedad en general.
- Una Atención Primaria que dé respuesta a los problemas de salud de la población global.
- Una Atención Primaria en constante renovación, para la integración de forma rápida de los problemas que surgen en la sociedad global.
- Búsqueda de equilibrio entre los cambios profesionales y los cambios en los pacientes.
- Conseguir resultados en salud.
- Invertir en un cambio de modelo: ponernos *“en lugar del paciente”*.
- Continuidad asistencial a lo largo de la vida.

ELEMENTOS DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO PROFESIONAL

- Modelo de trabajo que facilite y mejore la motivación e implicación profesional y personal.
- Mejorar la satisfacción, motivación, desarrollo profesional a través de la gestión de cargas de trabajo, autonomía, flexibilidad y desarrollo de competencias.
- *“Que sea incentivadora y motivadora para los profesionales y que conlleve la implicación de los mismos en el cambio de modelo”*.
- Que se contemple la compensación en la atención de los cupos.
- Adecuar los servicios a las expectativas y necesidades de los profesionales.
- Conseguir mayor satisfacción profesional y personal de los trabajadores, lo que repercutirá en la mejor atención al paciente.

- Prospectiva en la gestión y dotación de recursos.

HACER EFECTIVA LA ESTRATEGIA

- La Estrategia como oportunidad de *“Definir el modelo necesario, deseado y posible”*.
- La Estrategia como oportunidad para *“Reflexionar, definir sobre el modelo de AP necesario, deseable, posible en Navarra. Y sobre lo que necesitamos para alcanzarlo. Qué nos sirve de lo que tenemos y qué no”*.
- La Estrategia como oportunidad para *“Avanzar en el conocimiento de la Atención Primaria y colaborar en el desarrollo de la Estrategia para los próximos años, mejorando aspectos como la eficacia del sistema, la sostenibilidad, la mejoría del nivel de satisfacción de los profesionales y la adecuación de las expectativas de la población a la realidad del sistema sanitario”*.
- Desarrollar la Estrategia: *“Que seamos capaces de llevarla a la práctica”*.
- Protagonismo de los profesionales en la Estrategia. Que se sienta como un proyecto común y compartido.
- Realización de medidas y actividades efectivas.

INFORMACIÓN – COMUNICACIÓN

- Mejorar la comunicación interprofesional y de la dirección con los trabajadores (Plan de acogida y seguimiento)
- Mejorar la información sobre normativa, procesos, procedimientos, del marco legal.
- Favorecer la comunicación e información.
- Compartir la visión con el conjunto de profesionales del sistema: *“Compartir con los demás compañeros la visión actual y futura de la Atención Primaria”*.
- Comunicar y visibilizar las necesidades de Atención Primaria para poder avanzar.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

- Atención Primaria *“que potencie la prevención y promoción de la salud, que desarrolle las intervenciones comunitarias y profesionales que se acerquen más a la comunidad”*.
- Tiempo adecuado en los equipos de AP para la realización de cuidados y prevención de la salud.
- Apuesta por la formación en prevención y autocuidado
- Promoción de la salud: no tenemos tiempo.
- Promoción, prevención autocuidado.

DESARROLLO DE EQUIPOS DE TRABAJO

- Fomento del trabajo en equipo intercategorías.
- Potenciación de equipos multidisciplinares.
- Variedad y heterogeneidad de los equipos.
- Equipos de trabajo motivados.

PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES

- Posibilidad de colaborar en el desarrollo de la Estrategia.
- Participación real de los profesionales sanitarios en la puesta en marcha de la Estrategia.
- Promover la participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la gestión de los equipos de atención primaria.
- Representación de Pediatría en la dirección de los equipos de AP.

RELACIONES INTERNIVELES

- Mejorar la relación con otros niveles asistenciales. Por ejemplo, en el caso de los pacientes crónicos. Facilitar los circuitos.
- Trabajar en la continuidad asistencial a lo largo de la vida.
- Integración interniveles: *“Marco de colaboración centrado en la atención a una población común”*.
- Integración real de los equipos de Atención Primaria con los distintos servicios hospitalarios.

RECONOCIMIENTO PROFESIONAL

- Reforzar la figura del Director/a: reconocimiento, capacidad resolutoria y estilo de liderazgo.
- Sistema que reconozca a todos los profesionales: *“Todos somos importantes”*
- Reconocimiento de la labor y capacidad de gestión de los equipos directivos de Atención Primaria.

PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO INTERNOS

- Simplificación de la gestión y planes/grupos de mejora internos.
- Modificación de agenda, respetando la personalización de cada sanitario adecuada a su forma de trabajo.

NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Herramientas informáticas útiles para profesionales y pacientes. Por ejemplo, la Historia Clínica.
- Atención Primaria proactiva, acompañada de unos adecuados Sistemas de Información.

MARCO NORMATIVO

- Marco normativo que acompañe al desarrollo de la Estrategia.

ASPECTOS FUERTES Y ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA

En la segunda parte de la sesión se identificaron aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia, enfocándose especialmente en relación al ámbito del modelo de formación y desarrollo profesional y del modelo tecnológico y de sistemas de información.

A cada persona participante se le repartieron dos tarjetas de color azul para los aspectos fuertes y dos tarjetas de color amarillo para los aspectos mejorables. Se apuntó una idea en cada tarjeta y se leyeron en voz alta, permitiendo la intervención de los y las integrantes del grupo, el debate y organizando las ideas por áreas temáticas.

Si alguna persona necesitó más tarjetas se le facilitó para que pudieran incluir todos los aspectos que consideraran necesarios.

ASPECTOS FUERTES

Se han identificado las siguientes áreas temáticas, en relación a los elementos que se consideran como fortalezas del Modelo de formación y desarrollo profesional y del Modelo tecnológico y de Sistemas de Información que se propone en la Estrategia:

Historia Clínica

- Intentar desarrollar una Historia Única.
- Integración de la Historia Clínica.
- Calidad de la Historia Clínica informatizada (ATENEA+CAMIA), con desarrollo posterior y actualización.

- Situación de uso generalizado de la Historia Clínica informatizada con calidad de registro razonable.
- Historia Clínica única.
- Avance hacia una Historia única y compartida.

Adecuación de la organización a las competencias y nuevos perfiles profesionales.

- Definición de perfiles y competencias profesionales.
- Disposición para regular las competencias profesionales.
- Regulación de competencias por perfiles profesionales.
- Perfil profesional.
- Competencias.

Incorporación de nuevas tecnologías

- Incorporación de nuevas tecnologías en la relación con profesionales y pacientes (por ejemplo, telemonitorización)
- Utilización de nuevas tecnologías (carpeta personal de salud) para comunicarnos e informar a los pacientes.
- Reconocimiento de la importancia y necesidad en los avances tecnológicos.

Desarrollo del curriculum formativo.

- Establecimiento de un curriculum básico.
- Acceso a actividades docentes en base al perfil profesional.

Incorporación de innovaciones en la gestión de las agendas profesionales.

- Flexibilización en los horarios de las agendas de los profesionales.
- Inclusión de actividades asistenciales y de formación en la misma agenda.

Accesibilidad

- Acceso a la Historia Clínica del paciente.
- Acceso a la Historia hospitalaria.

Participación de los y las profesionales de Atención Primaria.

- Profesionales de Atención Primaria con un alto nivel de competencias y conocimientos, que pueden aportar a la implantación y desarrollo de la Estrategia.

Inclusión de un área de virtualización y herramientas digitales.

- Utilización de nuevas tecnologías para mejorar la formación específica de cada profesional.

Calidad en los procedimientos de intercambio de información

- Rapidez y seguridad de intercambio de información: comunicación, informe citaciones, herramientas profesionales, formación,...

Infraestructuras

- Mejora de anchos de banda en zonas rurales.

Cuadro de mandos y panel de control

- Desarrollo de cuadros de mando y paneles de control clínicos.

Plan de Gestión de Equipos Asistenciales.

Adaptación de cupos por TIS.

Inclusión del Modelo de Unidad Básica de Asistencia.

Implantación de la Receta electrónica

Enfermera de Consejo

ASPECTOS MEJORABLES

Se han identificado las siguientes áreas temáticas, en relación a los elementos que se consideran como aspectos mejorables del Modelo de formación y desarrollo profesional y del Modelo tecnológico y de Sistemas de Información que se propone en la Estrategia:

Equipos Informáticos

- Equipos informáticos adaptados a la capacidad de trabajo (vídeos, digitalización, etc.)
- Existencia de limitaciones formativas que afectan a la capacidad de trabajo.

- Fallos en el programa informático ATENEA: lentitud, bloqueos,...que impiden atender correctamente al paciente.
- Incluir mejoras de los soportes informáticos.
- Reforzar equipos informáticos
- Obsolescencia del aparataje
- Monitores con pantalla muy pequeña
- Deficiencias en aspectos básicos: videos en consulta, mejora de videoconferencia, portátil para domicilios y consultorios.

La Estrategia debería recoger la planificación de la oferta docente

- Establecimiento de criterios de priorización de la oferta docente.
- Oferta de formación alineada con los objetivos de la organización.
- Oferta de formación que incluya la identificación de necesidades de los profesionales.
- Oferta formativa organizada en base a la demanda.
- Incluir oferta de formación específica para determinados perfiles profesionales.
- No se contempla formación específica: no se evidencia el compromiso, no se prevén los tiempos, no se concreta el cómo, el dónde, etc.

Establecimiento de un programa de formación básica

- Concretar la formación periódica y obligatoria.
- Facilitar la formación básica de los profesionales que hacen sustituciones.
- Establecimiento de formación de carácter obligatorio, que sea considerada como un mérito.

Reconocimiento profesional

- Reconocimiento al liderazgo y a las tareas de gestión de los equipos directivos de un centro de salud.
- Reconocimiento de la labor docente (por ejemplo, tutorización de residentes)
- Inclusión de medidas de reconocimiento: menor carga asistencial, retribución económica,...

El modelo de formación y desarrollo profesional carece de acciones concretas

- La Estrategia carece de un plan concreto.
- En la Estrategia no se contemplan las fechas de puesta en marcha de los objetivos.

Marco normativo y contexto

- Normativa que acompañe al desarrollo de las competencias profesionales.
- Dificultad normativa y cultural que faciliten la implicación de los Equipos de Atención Primaria en nuevos modelos de gestión de equipos asistenciales.

Accesibilidad

- Organizar la información disponible para mejorar su accesibilidad.
- Intranet más intuitiva.

TIS

- No se especifica el cuándo y el cómo del reparto de las cargas de trabajo.

Recogida de necesidades y demandas de profesionales.

- Recogida sistemática de necesidades de profesionales: agendas, formación,...

Planes de Atención al Profesional

- Establecer un Plan de Acogida para profesionales de Atención Primaria que incluya información sobre competencias por perfiles, organización, procedimientos, etc.

Historia Clínica

- No disponer de Historia Clínica informatizada única y para ambos niveles asistenciales.

Redes sociales

- Poco aprovechamiento de las redes sociales para difundir mensajes.

Servicios de teleasistencia

- Escaso desarrollo de servicios de teleasistencia.

Insuficiente conocimiento de herramientas

- Herramientas desconocidas para profesionales que hacen sustituciones (por ejemplo, Historia Clínica y otros sistemas de información)

Interconsultas no presenciales

- Desarrollo de los sistemas que permitan las interconsultas no presenciales, dentro del ámbito de Atención Primaria y no sólo con atención hospitalaria, incluidas las interconsultas entre enfermeras.

Poder disponer de un panel de control de cupo.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

AVANCE DE RESULTADOS GLOBALES

1ª SESIÓN

7 DE NOVIEMBRE DE 2017

RESULTADOS

La dinámica de trabajo de los grupos, en general, fue participativa, generándose un debate enriquecedor y un espacio donde compartir distintos puntos de vista en torno a la Estrategia en general, como a los temas específicos asignados en particular. Los debates se generaron de forma ordenada y cumpliendo con la metodología planteada, lo que facilitó las dinámicas de trabajo.

Se valoró de manera muy positiva la puesta en marcha de este proceso participativo, tanto por la posibilidad de recoger las aportaciones de los y las profesionales convocados, como por la generación de compromiso e implicación en el desarrollo de la misma.

Señalar que en el momento de la sesión, los profesionales no conocían en detalle el contenido de la Estrategia, por lo que fue necesario dedicar un espacio de tiempo para revisar los elementos fundamentales que propone la Estrategia para cada ámbito de trabajo.

Todas las personas convocadas a estos grupos de trabajo tuvieron ocasión de opinar y expresar sus ideas tanto en la sesión presencial como a través del Campus Virtual. A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en esta primera fase.

REFLEXIÓN SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO

En la primera parte de la sesión se les pidió a las personas participantes que respondieran a la pregunta ***¿Qué esperáis de la Estrategia de Salud de AP de Navarra?***

A continuación se recoge una síntesis de las expectativas formuladas por los profesionales agrupadas por **áreas temáticas**:

1. Orientación a la ciudadanía:
 - ♦ Empoderamiento.
 - ♦ El paciente como centro del sistema sanitario.
 - ♦ Respuesta a las necesidades de salud de la población.

- ♦ Promoción y prevención de la salud. Salud comunitaria.
- ♦ Respuesta a las necesidades reales de la población y no sólo a la demanda.
- ♦ El fomento del autocuidado y la corresponsabilidad en el uso de los recursos.
- ♦ La mejora de la calidad asistencial y los resultados en salud de la población.
- ♦ Información-comunicación.

2. Gestión y desarrollo de profesionales:

- ♦ Mejora de las condiciones laborales.
- ♦ Modelo de formación y desarrollo profesional.
- ♦ Desarrollo del marco de competencias profesionales.
- ♦ Motivación y compromiso profesional.
- ♦ Desarrollo de equipos de trabajo.
- ♦ Favorecer la coordinación entre grupos profesionales.
- ♦ Participación de profesionales.
- ♦ Reconocimiento profesional.
- ♦ Procedimientos de trabajo internos.
- ♦ El aumento de profesionales, estabilidad laboral y desarrollo profesional.
- ♦ Recuperar la motivación, la implicación y el sentido de pertenencia.
- ♦ La adecuación de competencias, perfiles profesionales y reconocimiento de nuevos roles.
- ♦ En torno a los y las profesionales: adecuación de roles, ajuste de cargas de trabajo y, sobre todo, motivación de las personas.
- ♦ Clima organizacional.
- ♦ Información-comunicación.

3. Reconocimiento de la especialidad.

- ♦ La puesta en valor y el reconocimiento de la Atención Primaria.
- ♦ El refuerzo del papel de la Atención Primaria como Servicio Público.
- ♦ Refuerzo del modelo de atención integral en el que la Atención Primaria supone la puerta de entrada al Sistema Sanitario.
- ♦ El reconocimiento y respaldo de la Administración.
- ♦ Una Atención Primaria que se configure como el eje del sistema sanitario.

- ♦ Una Atención Primaria que siga manteniendo sus roles tradicionales de trabajo basados en la prevención y la promoción de la salud, trabajo comunitario y centralidad en el paciente.
4. Capacidad de resolución de Atención Primaria.
 - ♦ Aumento de la capacidad resolutoria.
 5. Desarrollo efectivo de la Estrategia.
 - ♦ Definición de objetivos con continuidad en el tiempo.
 - ♦ Mejoras organizativas y de planificación.
 - ♦ Marco normativo que facilite el desarrollo de la Estrategia.
 - ♦ Lograr una estrategia realista: adaptada a las necesidades de la población, a los cambios de la sociedad y a los recursos disponibles.
 6. Coordinación con otros niveles asistenciales.
 - ♦ Relaciones interniveles.
 - ♦ Coordinación interniveles y continuidad asistencial.
 7. Nuevas tecnologías y sistemas de información.
 8. Cultura de evaluación y seguimiento.
 - ♦ Evaluación, mejora de la eficiencia y rendición de cuentas.
 - ♦ Con la dotación necesaria para su puesta en marcha, continuidad y evaluación.
 9. Accesibilidad y equidad.
 - ♦ Accesibilidad y equidad, especialmente en zonas rurales. Ajustada a las necesidades reales de la población, que acerque los servicios a quien más lo necesita; pero también realista, adaptando los servicios ofertados a los recursos disponibles y co-responsabilizando a la ciudadanía de su salud.
 10. Participación profesional y de la ciudadanía en el diseño e implantación de la estrategia.
 - Realización de un proceso participado en el que se tenga en cuenta la opinión de los profesionales y de la ciudadanía en el desarrollo de la estrategia.

ASPECTOS FUERTES Y ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA

En la segunda parte de la sesión, los grupos identificaron aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia, enfocándose especialmente en cada uno de los ámbitos de trabajo asignados.

En cada grupo se trabajó con la siguiente dinámica: a cada persona participante se le repartieron dos tarjetas de color azul para los aspectos fuertes y dos tarjetas de color amarillo para los aspectos mejorables. Se apuntó una idea en cada tarjeta y se leyeron en voz alta, permitiendo la intervención de los y las integrantes del grupo, el debate y organizando las ideas por áreas temáticas.

Si alguna persona necesitó más tarjetas se le facilitó para que pudieran incluir todos los aspectos que consideraran necesarios.

ASPECTOS FUERTES

Se han identificado las siguientes **áreas temáticas**, en relación a los elementos que se consideran como fortalezas en los distintos **ámbitos de trabajo** que contempla la Estrategia. Se han unificado las aportaciones de los 2 grupos que trabajaron en el Modelo Asistencial de Atención y se han separado las aportaciones relativas al Modelo de Formación y Desarrollo Profesional y Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información, que se trabajaron en el mismo grupo.

ÁREA DE COMPETENCIA A.P.

- ♦ Reconocimiento del profesional de Atención Primaria como agente clave del paciente en su paso por el Sistema de Salud.
- ♦ Consideración de nuevos roles de la Atención Primaria y reconocimiento formal de algunos que ya se están realizando.
- ♦ Se tiene en cuenta el papel del paciente en relación a la responsabilidad en el manejo de su enfermedad y empoderamiento.
- ♦ Actividad orientada a obtener resultados en salud.
- ♦ Adecuación de los perfiles profesionales a la demanda.
- ♦ Impulso de la atención integral multiprofesional y del trabajo en red.

MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN

- ♦ Empoderamiento de la Atención Primaria.

- ♦ Recursos y equipos.
- ♦ Adaptación a pacientes crónicos.
- ♦ Punto de partida: existencia de un plan de mejora.
- ♦ Apuesta por la continuidad asistencial.
- ♦ Rol de enfermería.
- ♦ Adaptación a las características geográficas.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- ♦ Trabajo en equipo.
- ♦ Estilos de vida saludables.
- ♦ Bases de datos.
- ♦ Salutogénesis.
- ♦ Educación de pacientes.
- ♦ Empoderamiento.
- ♦ Resultados en salud.
- ♦ Mejora de la comunicación con salud pública.
- ♦ Formas de participación.
- ♦ Consejos de Salud.

MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL

- ♦ Atención sociosanitaria y a domicilio. Acercar los servicios a la población mejorando la capacidad de resolución. Se favorece la equidad, la accesibilidad y una atención más cercana e integral a las personas que más lo necesitan.
- ♦ Atención integral a la infancia: atención multidisciplinar, acercar servicios a zonas rurales, etc.
- ♦ Urgencias y emergencias: en tiempo y con garantías de eficacia. Especialmente en medio rural.
- ♦ Atención comunitaria: importancia de la promoción de la salud.
- ♦ Comarcalización: gestión eficiente y servicio cercano a la población.

MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

- ♦ Adecuación de la organización a las competencias y nuevos perfiles profesionales.
- ♦ Desarrollo del curriculum formativo.
- ♦ Incorporación de innovaciones en la gestión de las agendas profesionales.

- ♦ Participación de los y las profesionales de Atención Primaria.
- ♦ Plan de Gestión de Equipos Asistenciales.
- ♦ Inclusión del Modelo de Unidad Básica de Asistencia.
- ♦ Adaptación de cupos por TIS.
- ♦ Enfermera de Consejo.

MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- ♦ Historia Clínica.
- ♦ Incorporación de nuevas tecnologías.
- ♦ Accesibilidad.
- ♦ Inclusión de un área de virtualización y herramientas digitales.
- ♦ Calidad en los procedimientos de intercambio de información.
- ♦ Infraestructuras.
- ♦ Cuadro de mandos y panel de control.
- ♦ Implantación de la Receta electrónica.

ASPECTOS MEJORABLES

Se han identificado las siguientes **áreas temáticas**, en relación a los elementos que se consideran como aspectos mejorables en los distintos ámbitos de trabajo que contempla la Estrategia. Se han unificado las aportaciones de los 2 grupos que trabajaron en el Modelo Asistencial de Atención y se han separado las aportaciones relativas al Modelo de Formación y Desarrollo Profesional y Modelo Tecnológico y de Sistemas de Información, que se trabajaron en el mismo grupo.

ÁREA DE COMPETENCIA A.P.

- ♦ No se incluye cuáles son las competencias de cada perfil de Atención Primaria, la normativa que las regulará, ni el proceso por el que se llevará a cabo el proceso.
- ♦ No se ha tenido en cuenta la disminución de profesionales, la desmotivación y la falta de una cultura de trabajo en equipo.

MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN

- ♦ Asignación de recursos: económicos, tecnológicos y humanos.
- ♦ Percepción de rivalidad entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- ♦ Complejidad asociada a la continuidad asistencial.

- ♦ Margen de mejora en la comunicación y procesos de información.
- ♦ Diversidad geográfica que afecta a la equidad en la atención sanitaria.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- ♦ Evaluación de resultados del Plan de Salud.
- ♦ Mejorar la asignación de recursos.
- ♦ Mejorar la comunicación con la comunidad y con los profesionales.
- ♦ Mejorar la coordinación entre niveles.
- ♦ Avanzar en los modelos de participación.
- ♦ Mejoras en el Consejo de Salud.
- ♦ Reforzar las líneas de formación.
- ♦ Reforzar la motivación profesional.

MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL

- ♦ Ofertar ciertos servicios complementarios diagnósticos y especialmente del ámbito de atención hospitalaria se percibe como una potencial amenaza que podría generar un aumento de la demanda, pérdida de protagonismo frente a atención hospitalaria o incluso una pérdida del papel (dilución) que juega la atención primaria en la atención de las personas.
- ♦ Necesidad de fidelizar profesionales, especialmente en zonas rurales.
- ♦ Adaptar la oferta a los recursos reales, ser realistas y coherentes con las necesidades.
- ♦ Concretar líneas de acción, ¿quién y cómo?
- ♦ Dudas en torno a la implantación del modelo propuesto de urgencias rurales: excesivo uso de recursos, pérdida de habilidad por atender pocos casos, alternativas como la regulación de transporte sanitario, etc.

MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

- ♦ La Estrategia debería recoger la planificación de la oferta docente.
- ♦ Establecimiento de un programa de formación básica.
- ♦ El modelo de formación y desarrollo profesional carece de acciones concretas.
- ♦ Avanzar en el reconocimiento profesional.
- ♦ Acompañar el desarrollo de la Estrategia en base al contexto y al marco normativo.
- ♦ Revisar TIS.
- ♦ Recoger necesidades y demandas de profesionales.

- ♦ Establecer Planes de Atención al Profesional.

MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- ♦ Mejora de los Equipos Informáticos.
- ♦ Avanzar en la Accesibilidad.
- ♦ Avanzar en el desarrollo de la Historia Clínica.
- ♦ Potenciar las Redes sociales.
- ♦ Seguir desarrollando Servicios de teleasistencia.
- ♦ Insuficiente conocimiento de herramientas.
- ♦ Puesta en marcha de interconsultas no presenciales.
- ♦ Poder disponer de un panel de control de cupo.

EXPECTATIVAS

10 Dimensiones

• Orientación a la ciudadanía:

1. Empoderamiento.
2. El paciente como centro del sistema sanitario.
3. Respuesta a las necesidades de salud de la población.
4. Promoción y prevención de la salud. Salud comunitaria.
5. Respuesta a las necesidades reales de la población y no sólo a la demanda.
6. El fomento del autocuidado y la corresponsabilidad en el uso de los recursos.
7. La mejora de la calidad asistencial y los resultados en salud de la población.
8. Información-comunicación.

- Gestión y desarrollo de profesionales:

1. Mejora de las condiciones laborales.
2. Modelo de formación y desarrollo profesional.
3. Desarrollo del marco de competencias profesionales.
4. Motivación y compromiso profesional.
5. Desarrollo de equipos de trabajo.
6. Favorecer la coordinación entre grupos profesionales.
7. Participación de profesionales.
8. Reconocimiento profesional.
9. Procedimientos de trabajo internos.
10. El aumento de profesionales, estabilidad laboral y desarrollo profesional.
11. Recuperar la motivación, la implicación y el sentido de pertenencia.
12. La adecuación de competencias, perfiles profesionales y reconocimiento de nuevos roles.
13. En torno a los y las profesionales: adecuación de roles, ajuste de cargas de trabajo y, sobre todo, motivación de las personas.
14. Clima organizacional.
15. Información-comunicación.

- Reconocimiento de la especialidad.

1. La puesta en valor y el reconocimiento de la Atención Primaria.
2. El refuerzo del papel de la Atención Primaria como Servicio Público.
3. Refuerzo del modelo de atención integral en el que la Atención Primaria supone la puerta de entrada al Sistema Sanitario.
4. El reconocimiento y respaldo de la Administración.
5. Una Atención Primaria que se configure como el eje del sistema sanitario.
6. Una Atención Primaria que siga manteniendo sus roles tradicionales de trabajo basados en la prevención y la promoción de la salud, trabajo comunitario y centralidad en el paciente.

- Capacidad de resolución de Atención Primaria.

1. Aumento de la capacidad resolutive.

- Gestión y desarrollo de profesionales:

1. Mejora de las condiciones laborales.
2. Modelo de formación y desarrollo profesional.
3. Desarrollo del marco de competencias profesionales.
4. Motivación y compromiso profesional.
5. Desarrollo de equipos de trabajo.
6. Favorecer la coordinación entre grupos profesionales.
7. Participación de profesionales.
8. Reconocimiento profesional.
9. Procedimientos de trabajo internos.
10. El aumento de profesionales, estabilidad laboral y desarrollo profesional.
11. Recuperar la motivación, la implicación y el sentido de pertenencia.
12. La adecuación de competencias, perfiles profesionales y reconocimiento de nuevos roles.
13. En torno a los y las profesionales: adecuación de roles, ajuste de cargas de trabajo y, sobre todo, motivación de las personas.
14. Clima organizacional.
15. Información-comunicación.

- Desarrollo efectivo de la Estrategia.

- Definición de objetivos con continuidad en el tiempo.
- Mejoras organizativas y de planificación.
- Marco normativo que facilite el desarrollo de la Estrategia.
- Lograr una estrategia realista: adaptada a las necesidades de la población, a los cambios de la sociedad y a los recursos disponibles.

- Coordinación con otros niveles asistenciales.

- Relaciones interniveles.
- Coordinación interniveles y continuidad asistencial.

- Nuevas tecnologías y sistemas de información.
- Cultura de evaluación y seguimiento.
 1. Evaluación, mejora de la eficiencia y rendición de cuentas.
 2. Con la dotación necesaria para su puesta en marcha, continuidad y evaluación.
- Accesibilidad y equidad.
 1. Accesibilidad y equidad, especialmente en zonas rurales. Ajustada a las necesidades reales de la población, que acerque los servicios a quien más lo necesita; pero también realista, adaptando los servicios ofertados a los recursos disponibles y co-responsabilizando a la ciudadanía de su salud.
- Participación profesional y de la ciudadanía en el diseño e implantación de la estrategia.
 1. Realización de un proceso participado en el que se tenga en cuenta la opinión de los profesionales y de la ciudadanía en el desarrollo de la estrategia.

6 Líneas de mejora

- **ÁREA DE COMPETENCIA A.P.**

- No se incluye cuáles son las competencias de cada perfil de Atención Primaria, la normativa que las regulará, ni el proceso por el que se llevará a cabo el proceso.
- No se ha tenido en cuenta la disminución de profesionales, la desmotivación y la falta de una cultura de trabajo en equipo.

- **MODELO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN**

- Asignación de recursos: económicos, tecnológicos y humanos.
- Percepción de rivalidad entre profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- Complejidad asociada a la continuidad asistencial.
- Margen de mejora en la comunicación y procesos de información.
- Diversidad geográfica que afecta a la equidad en la atención sanitaria.

• **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

- Evaluación de resultados del Plan de Salud.
- Mejorar la asignación de recursos.
- Mejorar la comunicación con la comunidad y con los profesionales.
- Mejorar la coordinación entre niveles.
- Avanzar en los modelos de participación.
- Mejoras en el Consejo de Salud.
- Reforzar las líneas de formación.
- Reforzar la motivación profesional.

• **MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL**

- Ofertar ciertos servicios complementarios diagnósticos y especialmente del ámbito de atención hospitalaria se percibe como una potencial amenaza que podría generar un aumento de la demanda, pérdida de protagonismo frente a atención hospitalaria o incluso una pérdida del papel (dilución) que juega la atención primaria en la atención de las personas.
- Necesidad de fidelizar profesionales, especialmente en zonas rurales.
- Adaptar la oferta a los recursos reales, ser realistas y coherentes con las necesidades.
- Concretar líneas de acción, ¿quién y cómo?
- Dudas en torno a la implantación del modelo propuesto de urgencias rurales: excesivo uso de recursos, pérdida de habilidad por atender pocos casos, alternativas como la regulación de transporte sanitario, etc.

• **MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL**

- La Estrategia debería recoger la planificación de la oferta docente.
- Establecimiento de un programa de formación básica.
- El modelo de formación y desarrollo profesional carece de acciones concretas.
- Avanzar en el reconocimiento profesional.
- Acompañar el desarrollo de la Estrategia en base al contexto y al marco normativo.
- Revisar TIS.
- Recoger necesidades y demandas de profesionales.
- Establecer Planes de Atención al Profesional.

• **MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

- Mejora de los Equipos Informáticos.
- Avanzar en la Accesibilidad.
- Avanzar en el desarrollo de la Historia Clínica.
- Potenciar las Redes sociales.
- Seguir desarrollando Servicios de teleasistencia.
- Insuficiente conocimiento de herramientas.
- Puesta en marcha de interconsultas no presenciales.
- Poder disponer de un panel de control de cupo.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y
REFLEXIÓN ESTRATÉGICA SOBRE LA
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

RESULTADOS 2ª SESIÓN
27 DE NOVIEMBRE DE 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SEGUNDA SESIÓN

- Identificar acciones de la Estrategia que se consideran prioritarias para el trabajo del grupo y no están seleccionadas (añadir).
- Identificar acciones que no se recogen de manera adecuada (matizar).
- Priorizar las acciones consensuadas relacionadas con el grupo.

PLAN DE TRABAJO

27 de noviembre de 2017.

16:30 a 17:15 Presentación de los resultados de la primera sesión de trabajo (expectativas, aspectos fuertes y aspectos mejorables de la Estrategia.

Elección de portavoces (mínimo 2).

17:15 a 19:00 Validación de las propuestas de acción (añadir y matizar).
Priorización de las acciones consensuadas.

19:00 a 19:30 Espacio de reflexión y debate sobre los resultados.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO I

ÁREA DE COMPETENCIAS Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS

De los 15 profesionales incluidos en el listado del grupo asistieron 13 personas a la sesión. Al inicio de la jornada, se expuso el contenido del **informe de resultados de la reunión del día 7 de noviembre**, en él se incluían expectativas sobre la Estrategia y aspectos fuertes y mejorables en relación al Área de competencias de la atención primaria. El contenido de esta exposición está incluido en la presentación de la jornada disponible en el espacio virtual del grupo.

Esta información fue matizada por parte de los participantes. Respecto al aspecto mejorable que se refiere a la especialización de profesionales se señaló que:

En enfermería también existe la especialidad de Atención Primaria.

Es necesario considerar al personal administrativo con funciones que van más allá de la citación.

A partir de la exposición de los objetivos y la metodología de la sesión se modificó el plan de trabajo previsto para la actividad:

- En primer lugar, se expusieron por parte de los participantes ideas relacionadas principalmente con:
 - La propuesta de Estrategia.
 - La necesidad de profundizar en la definición de los perfiles y competencias profesionales que el desarrollo de la Estrategia requerirá.
 - El papel de los profesionales convocados.
 - La metodología de trabajo de la sesión.
- En la segunda parte de la sesión se identificaron líneas de acción de la Estrategia, vinculadas a las acciones propuestas para el trabajo del grupo, se añadió una línea nueva y se concluyó priorizando las líneas según la metodología planteada.

VALIDACIÓN DE LAS ACCIONES- IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS PARA LA PRIORIZACIÓN

El grupo no validó las acciones asignadas para el trabajo de la jornada (Tabla 1)

Tabla 1. Acciones previstas para su valoración por el Grupo 1.

Nº	ACCIÓN
1	Redefinición del Rol y Atribuciones de Atención Primaria de Salud.
2	Comisión del Plan Sociosanitario.
3	Coordinación sociosanitaria.
4	Espacio de información sociosanitaria.
5	Desarrollo del servicio de teleasistencia.
6	Acuerdos con centros residenciales.
7	Plan de mejora de la capacidad funcional.
8	Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.
9	Plan de atención integral a la infancia.
10	Plan de Salud infantojuvenil.
11	Garantizar el derecho prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI).
12	Pactos de Gestión alineados con el Plan de Salud.
13	Ajuste de plantillas para conseguir implementar las acciones no asistenciales y asistenciales con el nivel de calidad requerido y estudio de nuevos perfiles profesionales.
14	Desburocratización.
15	Mejora de la accesibilidad de la ciudadanía a la citación de los Centros de Salud.
16	Creación del Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria.
17	Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud.
18	Plan de formación continuada.
19	Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.
20	Favorecer y estimular la presencia de profesionales de atención primaria en grupos de trabajo y comités técnicos.

Tras el intercambio de diferentes opiniones de las personas presentes en la sesión y con el criterio de obtener un resultado coherente con el trabajo global de todos los grupos, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Agrupación de las acciones en las Líneas de acción en las que se enmarcan (Anexo II del documento “BASES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE NAVARRA 2017-2019”. PROPUESTA. Gerencia de Atención Primaria, Junio de 2017)
- Identificación de Líneas de acción que se eliminarían o añadirían para el trabajo del grupo.
- Priorización del conjunto de Líneas de acción resultante.

Los participantes consideraron:

Añadir la línea de acciones relativa a la “Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos” por tener un papel relevante entre las competencias de la Atención Primaria.

Tener en cuenta la línea “Procesos agudos autolimitados”, con las acciones relacionadas: Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia y Potenciación del papel de la enfermería en atención a pacientes con problemas agudos/autolimitados

El listado de líneas de acción que fueron sometidas a valoración se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Líneas de acción sobre las que se realizó la priorización por el Grupo 1.

Nº	LÍNEA DE ACCIÓN
1	Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud
2	Atención sociosanitaria
3	Plan de mejora de la capacidad funcional
4	Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos
5	Atención a procesos agudos autolimitados
6	Atención integral a la infancia
7	Modelo organizativo y de profesionales
8	Modelo de innovación y autonomía
9	Modelo de formación y desarrollo profesional

El detalle de las acciones vinculadas a cada línea se desarrolla en el documento de propuesta de la Estrategia y está contenido en la presentación de la jornada disponible en el espacio virtual del grupo.

PRIORIZACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

Antes de la priorización de cada línea se hizo una revisión del contenido de cada una de ellas mediante la exposición de diapositivas. Tras mostrar y leer el contenido de cada línea, se dio un tiempo para que cada participante realizara la priorización de la misma en unas plantillas de papel previamente distribuidas.

Para la priorización se utilizó la técnica del Modelo Horizonte, en la que cada participante asigna en una plantilla un valor de **importancia** y **factibilidad** para cada una de las líneas de acción, según las siguientes preguntas y escalas:

- ¿Cómo de **importante** es esta línea para el desarrollo de las competencias de la Atención Primaria? -Se mide de 1 (poco importante) a 10 (muy importante)-.
- ¿Cómo de **factible** es el desarrollo de esta línea teniendo en cuenta el contexto real? -Se mide de 1 (poco factible) a 5 (muy factible)-.

Las hojas de respuesta se recogieron una vez finalizada la adjudicación de valores y se han mecanizado con posterioridad a la sesión. Se recogieron 10 plantillas cumplimentadas con la priorización propuesta. Los resultados de esta valoración de líneas se muestran a continuación.

IMPORTANCIA

La mediana de los valores de importancia del conjunto de las líneas valoradas fue de 83 sobre 100, mientras que el percentil 75 se situó en 86 puntos.

Así, las líneas de acción que se han considerado más importantes por parte del grupo -aquellas con una valoración por encima del percentil 75- son:

- (1) Redefinición del rol y atribuciones de la atención primaria.
- (7) Modelo organizativo y de profesionales de atención primaria.

En el percentil 75 se han situado las puntuaciones de las líneas:

- (4) Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos.

- (6) Atención Integral a la Infancia.

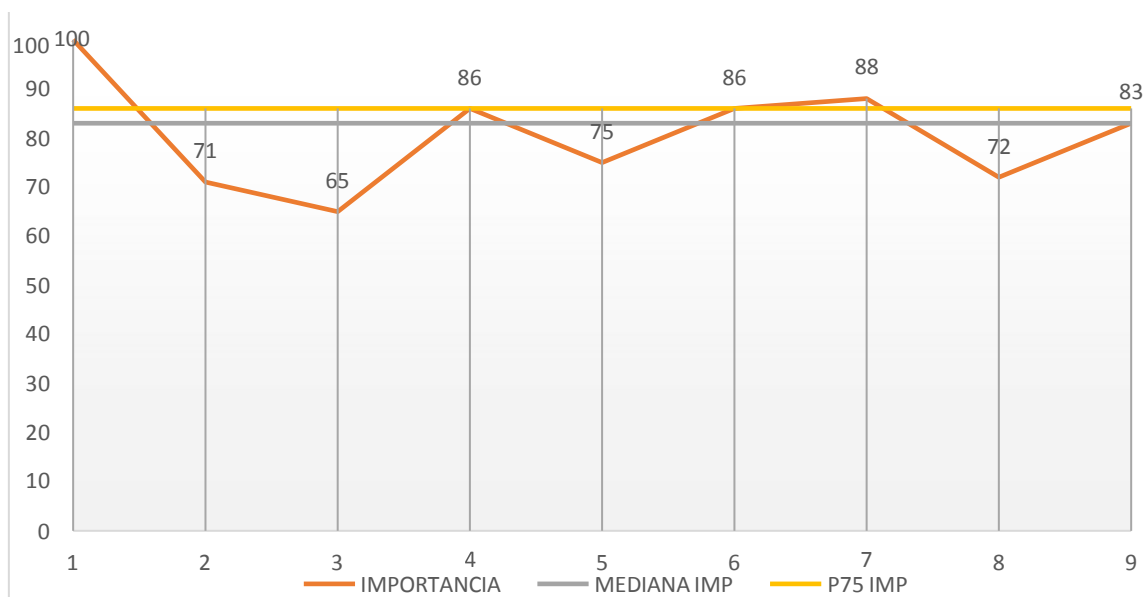
La línea considerada menos importante por su puntuación ha sido (3) Plan de mejora de la capacidad funcional.

La tabla 3 y el gráfico 1 muestran los resultados comentados respecto al criterio importancia.

Tabla 3. Líneas valoradas por importancia

Nº	ACCIÓN	IMP
1	Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud	100
2	Atención sociosanitaria	71
3	Plan de mejora de la capacidad funcional	65
4	Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos	86
5	Atención a procesos agudos autolimitados	75
6	Atención integral a la infancia	86
7	Modelo organizativo y de profesionales	88
8	Modelo de innovación y autonomía	72
9	Modelo de formación y desarrollo profesional	83

Gráfico 1. Líneas valoradas por importancia



FACTIBILIDAD

La mediana de los valores de factibilidad del conjunto de las líneas valoradas fue de 72 sobre 100, mientras que el percentil 75 se situó en 74 puntos. Así, las líneas consideradas más factibles por el grupo -aquellas con una valoración por encima del percentil 75- han sido:

- (9) Modelo de formación y desarrollo profesional.
- (4) Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos.
- (5) Atención a procesos agudos autolimitados.

En el percentil 75 se ha situado la factibilidad percibida para las líneas:

- (6) Atención integral a la infancia.
- (7) Modelo organizativo y de profesionales.
- (8) Modelo de innovación y autonomía.

En opinión de los participantes, las líneas con mayor dificultad para ser puestas en marcha serían (de menor a mayor factibilidad):

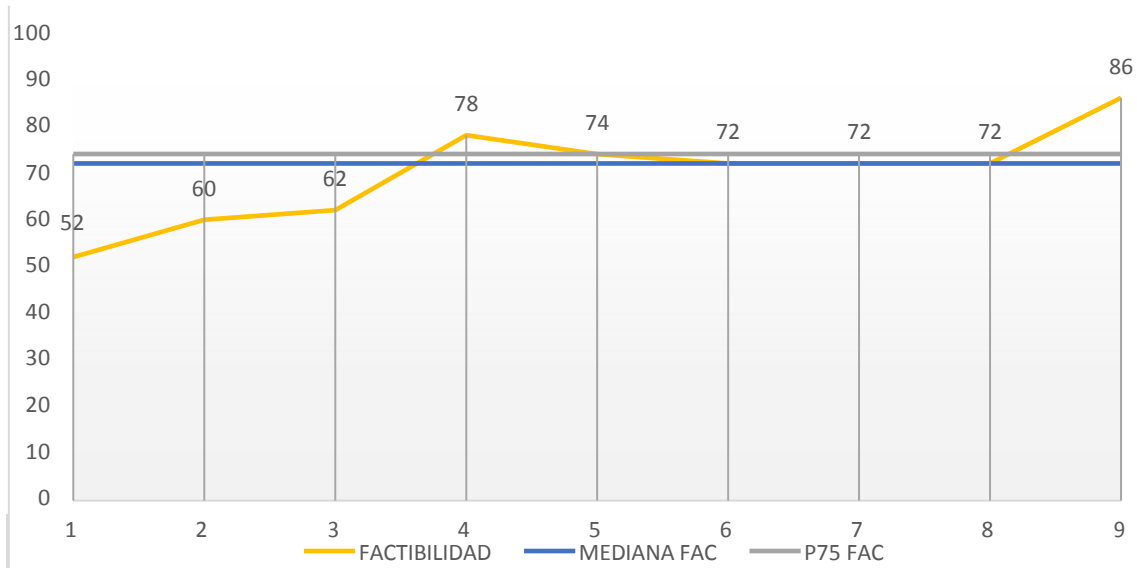
- (1) Redefinición del rol y atribuciones de la atención primaria de salud.
- (2) Atención sociosanitaria
- (3) Plan de mejora de la capacidad funcional.

La tabla 4 y el gráfico 2 muestran los resultados comentados respecto al criterio factibilidad.

Tabla 4. Líneas valoradas por factibilidad

Nº	LÍNEA	FACT
1	Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud	52
2	Atención sociosanitaria	60
3	Plan de mejora de la capacidad funcional	62
4	Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos	78
5	Atención a procesos agudos autolimitados	74
6	Atención integral a la infancia	72
7	Modelo organizativo y de profesionales	72
8	Modelo de innovación y autonomía	72
9	Modelo de formación y desarrollo profesional	86

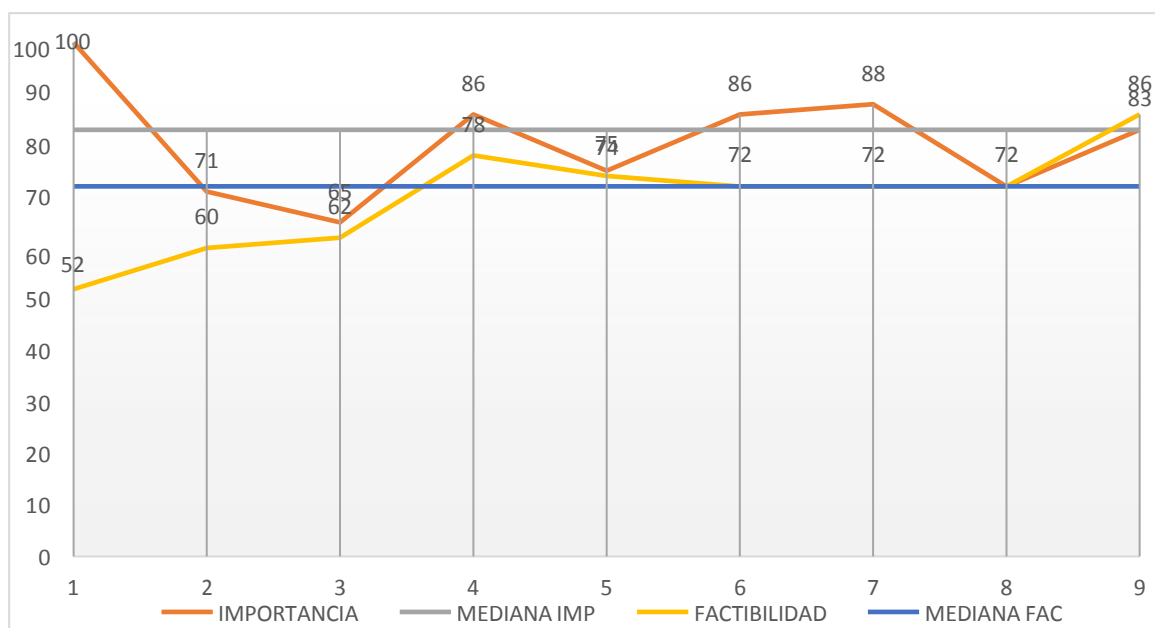
Gráfico 2. Líneas valoradas por factibilidad



IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD

Al combinar ambas variables, importancia y factibilidad, se obtiene un gráfico (Gráfico 3) que permite reflexionar sobre el desarrollo de las líneas de acción.

Gráfico 3: Líneas valoradas por importancia y factibilidad



Al clasificar las acciones en cuadrantes, como se observa en el gráfico 4, se obtiene una priorización que puede influir en la planificación temporal de la Estrategia. Las líneas más importantes y factibles se podrían realizar a corto plazo, también podrían emprenderse líneas calificadas como menos importantes pero con gran factibilidad; abordándose con un horizonte de corto-medio plazo aquellas que siendo importantes se consideran difíciles de poner en marcha y para el largo plazo se propondrían las líneas valoradas como menos importantes y poco factibles.

Así, las líneas de acción que deberían emprenderse a corto plazo por considerarse importantes y factibles serían:

- (9) Modelo de formación y desarrollo profesional.
- (4) Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos.
- (6) Atención integral a la infancia.

La línea de acción calificada como más importante, “Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud” (1) se ha estimado como poco factible, lo que apuntaría al abordaje en el corto medio plazo de las acciones necesarias para su desarrollo.

Se podrían trabajar igualmente en el corto plazo líneas que han sido calificadas con importancia baja pero con una factibilidad alta:

- (8) Modelo de innovación y autonomía.
- (5) Atención a procesos agudos autolimitados.

Por último, a medio-largo plazo deberían considerarse las líneas de acción valoradas con baja importancia y factibilidad:

- (2) Atención sociosanitaria.
- (3) Plan de mejora de la capacidad funcional.

Gráfico 4: Líneas priorizadas por importancia y factibilidad

	Importancia +					Importancia -				
Factibilidad +	9					8				
4						5				
6										
7										
Factibilidad -	1					2				
						3				

PROPUESTA DE NUEVA PRIORIZACIÓN

Se propuso durante la sesión la posibilidad de iniciar otra fase de priorización on line, puntuando las acciones de manera independiente sin relación con la línea en la que se enmarcan.

Para poder llevar a cabo esta propuesta se remitió la plantilla de priorización de acciones a las personas participantes a través del foro del grupo para ser cumplimentada y devuelta hasta el 11 de diciembre.

Antes de finalizar la sesión se identificaron dos personas que actuarán como **portavoces** del grupo.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO II y III

MODELO ASISTENCIAL Y DE ATENCIÓN

RESULTADOS

El trabajo en grupo se desarrolló según el cronograma previsto y se generó un clima participativo y de intercambio de ideas y puntos de vista. El hecho de juntar los dos grupos que trabajaban sobre el mismo tema no generó ningún problema añadido, al contrario, la unión de los dos grupos ayudó a avanzar más. La dinámica de trabajo propició que un espacio para expresar su opinión y aportar sus ideas, generando un diálogo rico y participativo.

Todas las personas permanecieron en el taller hasta su finalización.

En la primera parte de la sesión se presentó un resumen de los resultados de la primera sesión de trabajo, en la que se incluían las expectativas sobre la Estrategia y los aspectos fuertes y mejorables en relación al ámbito del modelo organizativo y territorial. Tras revisarlos de manera conjunta, sólo se consideró necesario realizar pequeñas **modificaciones**.

Una vez recogida estas aportaciones, el grupo dio por cerrada esta primera fase de análisis de situación.

VALIDACIÓN DE LAS ACCIONES

En primer lugar, se hizo una breve presentación de las acciones incluidas en la Estrategia de Salud de Atención Primaria de Navarra que se corresponden con los Proyectos Estratégicos.

El listado de estas acciones se incluye a continuación:

1. Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.
2. Extensión territorial de la radiología simple.
3. Mejora de la visualización de la imagen radiológica.
4. Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.
5. Potenciar la interconsulta no presencial.
6. Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.
7. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
8. Extensión de la Hospitalización a Domicilio.
9. Dotación de retinógrafos.
10. Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.
11. Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
12. Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.
13. Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.
14. Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.
15. Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.
16. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.
17. Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
18. Mejora y reordenación del transporte sanitario.
19. Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.
20. ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.
21. Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.
22. Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
23. Plan de formación continuada.
24. Modelo de autogestión y evaluación clínica.

Tras la exposición del contenido de cada una de las acciones, se pidió a las personas participantes que realizaran matizaciones a los enunciados y contenidos de las acciones o bien que propusieran acciones que no se hubieran incluido y que, considerándose prioritarias, estuvieran relacionadas con el Modelo Asistencial y de atención. A las propuestas iniciales, se añadieron 5 más, que fueron explicadas por las personas que las propusieron:

25. Telemonitorización
26. Revisión de la Historia Clínica
27. Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales
28. Nuevos roles de profesionales en AP
29. Capacitación del paciente

PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES

Una vez incorporadas las modificaciones oportunas, se presenta a continuación el listado final de las acciones sometidas a priorización.

Tabla 2. Acciones a valorar por el grupo 2 y 3, incluidas las propuestas del grupo de trabajo.

1. Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.
2. Extensión territorial de la radiología simple.
3. Mejora de la visualización de la imagen radiológica.
4. Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.
5. Potenciar la interconsulta no presencial.
6. Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.
7. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
8. Extensión de la Hospitalización a Domicilio.
9. Dotación de retinógrafos.
10. Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.
11. Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
12. Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.
13. Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.
14. Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.
15. Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.
16. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.
17. Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
18. Mejora y reordenación del transporte sanitario.
19. Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.
20. ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.
21. Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.
22. Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
23. Plan de formación continuada.
24. Modelo de autogestión y e+B8:B28valuación clínica.
25. Telemonitorización
26. Revisión de la Historia Clínica
27. Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales
28. Nuevos roles de profesionales en AP
29. Capacitación del paciente

Una vez cerrada la lista de acciones, se realizó la priorización de estas a través de una dinámica de Modelo Horizonte, en la que cada persona participante asignó en una hoja de respuestas un valor de **importancia** y **factibilidad** según la siguiente escala:

- ¿Cómo de importante es esta idea clave? -Se mide de 1 (poco importante) a 10 (muy importante)-.
- ¿Cómo de posible es llevar esta idea a cabo? -Se mide de 1 (poco factible) a 5 (muy factible)-.

Las hojas de respuesta se mecanizaron aprovechando una breve pausa en la sesión y se realizó una lectura final del panel de acciones según su importancia, su factibilidad y su clasificación teniendo en cuenta ambas variables, lo que genera una propuesta de planificación a corto plazo, en segundo lugar, a medio/largo plazo y en último lugar.

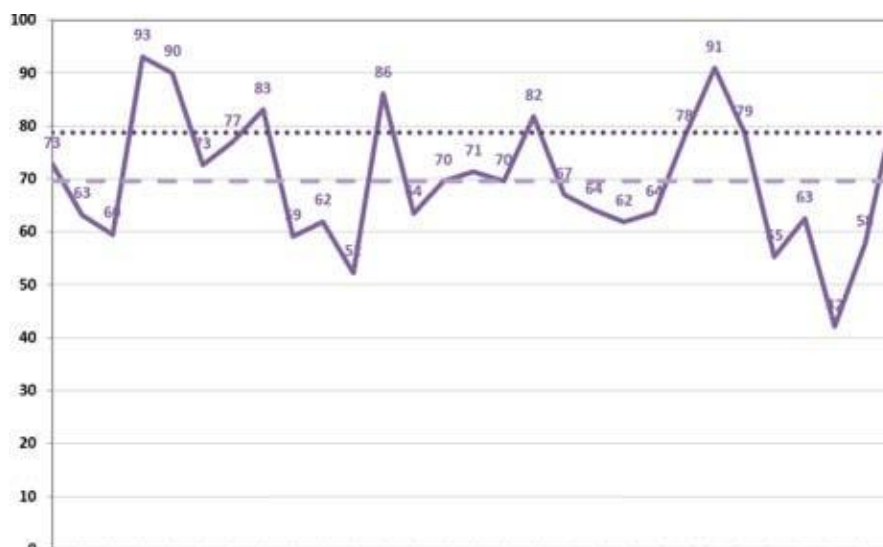
IMPORTANCIA

En la siguiente tabla podemos ver la valoración de las distintas acciones:

Tabla 3. Acciones valoradas por importancia

1	Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.	160
2	Extensión territorial de la radiología simple.	139
3	Mejora de la visualización de la imagen radiológica.	125
4	Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.	214
5	Potenciar la interconsulta no presencial.	207
6	Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.	167
7	Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.	177
8	Extensión de la Hospitalización a Domicilio.	191
9	Dotación de retinógrafos.	130
10	Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.	130
11	Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.	115
12	Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.	198
13	Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.	127
14	Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.	160
15	Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.	164
16	Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.	160
18	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	188
19	Mejora y reordenación del transporte sanitario.	154
20	Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.	141
21	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.	136
22	Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.	140
23	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.	179
24	Plan de formación continuada.	209
25	Modelo de autogestión y e+B8:B28valuación clínica.	181
26	Telemonitorización	116
27	Revisión de la Historia Clínica	125
28	Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales	80
29	Nuevos roles de profesionales en AP	110

Gráfico 1. Acciones valoradas por importancia.



Las acciones más valoradas son:

4	Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.	214
24	Plan de formación continuada.	209
5	Potenciar la interconsulta no presencial.	207
12	Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.	198
8	Extensión de la Hospitalización a Domicilio.	191
18	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	188

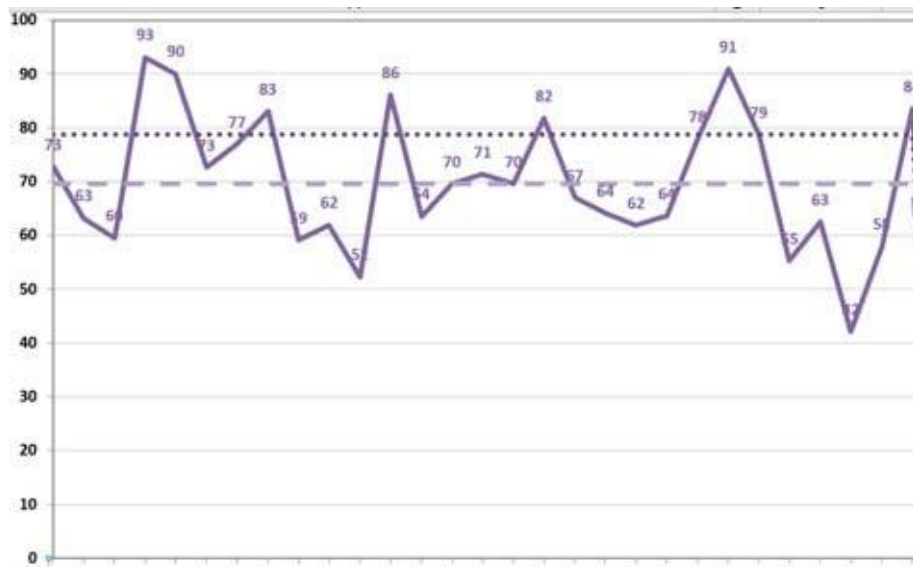
FACTIBILIDAD

Por tanto, las acciones que se consideraron más factibles fueron:

Tabla 4. Acciones valoradas por factibilidad

1	Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.	79
2	Extensión territorial de la radiología simple.	75
3	Mejora de la visualización de la imagen radiológica.	79
4	Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.	66
5	Potenciar la interconsulta no presencial.	92
6	Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.	80
7	Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.	82
8	Extensión de la Hospitalización a Domicilio.	87
9	Dotación de retinógrafos.	81
10	Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.	81
11	Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.	83
12	Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.	84
13	Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.	92
14	Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.	85
15	Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.	86
16	Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.	84
18	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	68
19	Mejora y reordenación del transporte sanitario.	70
20	Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.	87
21	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.	72
22	Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.	69
23	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.	81
24	Plan de formación continuada.	94
25	Modelo de autogestión y e+B8:B28valuación clínica.	72
26	Telemonitorización	56
27	Revisión de la Historia Clínica	63
28	Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales	40
29	Nuevos roles de profesionales en AP	42

Gráfico 2. Acciones valoradas por factibilidad.



Las acciones más valoradas son:

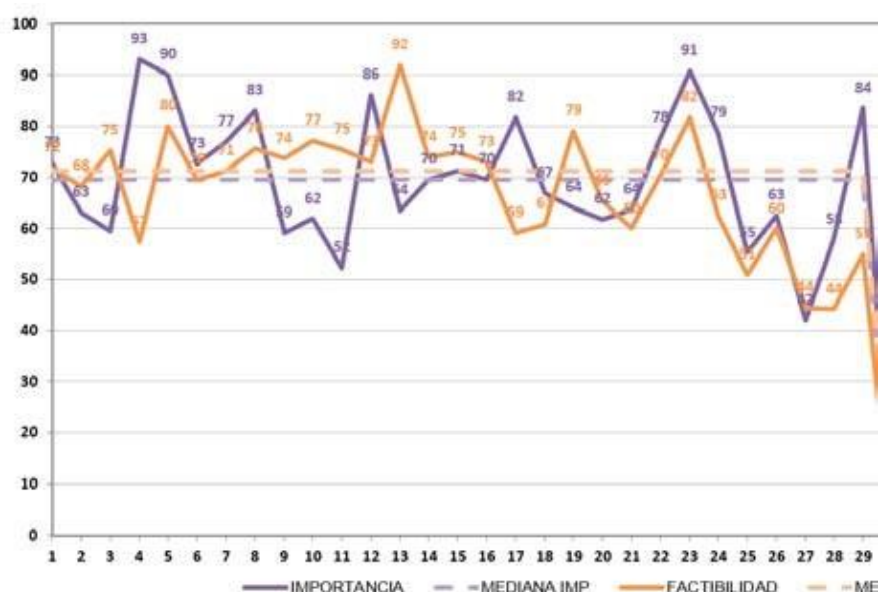
24	Plan de formación continuada.	94
5	Potenciar la interconsulta no presencial.	92
13	Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.	92
8	Extensión de la Hospitalización a Domicilio.	87
20	Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.	87

IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD

Al cruzar ambas variables se obtiene una tabla y un gráfico como el que aparece a continuación:

ACCIÓN / IDEA CLAVE / FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	Nº	IMPORTANCIA	MEDIANA IMP	FACTIBILIDAD	MEDIANA FAC
Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.	1	73	70	72	71
Extensión territorial de la radiología simple.	2	63	70	68	71
Mejora de la visualización de la imagen radiológica.	3	60	70	75	71
Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.	4	93	70	57	71
Potenciar la interconsulta no presencial.	5	90	70	80	71
Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.	6	73	70	70	71
Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.	7	77	70	71	71
Extensión de la Hospitalización a Domicilio.	8	83	70	76	71
Dotación de retinógrafos.	9	59	70	74	71
Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.	10	62	70	77	71
Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.	11	52	70	75	71
Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.	12	86	70	73	71
Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.	13	64	70	92	71
Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.	14	70	70	74	71
Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.	15	71	70	75	71
Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.	16	70	70	73	71
Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	17	82	70	59	71
Mejora y reordenación del transporte sanitario.	18	67	70	61	71
Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.	19	64	70	79	71
ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.	20	62	70	65	71
Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.	21	64	70	60	71
Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.	22	78	70	70	71
Plan de formación continuada.	23	91	70	82	71
Modelo de autogestión y e+B8:B28valuación clínica.	24	79	70	63	71
Telemonitorización	25	55	70	51	71
Revisión de la Historia Clínica	26	63	70	60	71
Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales	27	42	70	44	71
Nuevos roles d eprofesionales en AP	28	58	70	44	71
Capacitación del paciente	29	84	70	55	71

Gráfico 3 Acciones valoradas por importancia y factibilidad.



Y al clasificar las acciones en cuadrantes, como se observa en el siguiente gráfico, se obtiene una priorización temporal en la que las acciones más importantes y factibles se proponen para realizar a corto plazo, luego las menos importantes -aunque factibles-, dejando para un medio o largo plazo las que aun siendo importantes son menos factibles.

Gráfico 4 Acciones priorizadas por importancia y factibilidad.

		A corto plazo				En segundo lugar			
		Importancia +				Importancia -			
Factibilidad +	1	8	15	23					
			16		3	9			
	5	12				10			
Factibilidad -	7	14				11			
						13	19		
				22	29				
	4		17	24				18	25
	6					2			26
								20	27
								21	28
		A medio/largo plazo				En último lugar			

A corto plazo, destacan:

1. La incorporación de la ecografía clínica
8. Extensión de la hospitalización a domicilio
15. Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP
16. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso
23. Plan de formación continuada
5. Potenciar la interconsulta no presencial
12. Extensión del Programa de Planificación al Alta desde el Trabajo Social Sanitario
7. Extensión y afianzamiento de la Estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico
14. Creación de la Comisión de seguridad del paciente en AP

ACCIÓN / IDEA CLAVE / FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	Nº
Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.	1
Extensión territorial de la radiología simple.	2
Mejora de la visualización de la imagen radiológica.	3
Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.	4
Potenciar la interconsulta no presencial.	5
Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.	6
Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.	7
Extensión de la Hospitalización a Domicilio.	8
Dotación de retinógrafos.	9
Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.	10
Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.	11
Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.	12
Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.	13
Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.	14
Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.	15
Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.	16
Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	17
Mejora y reordenación del transporte sanitario.	18
Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.	19
ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.	20
Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.	21
Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.	22
Plan de formación continuada.	23
Modelo de autogestión y e+B8:B28valuación clínica.	24
Telemonitorización	25
Revisión de la Historia Clínica	26
Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales	27
Nuevos roles d eprofesionales en AP	28
Capacitación del paciente	29

También habría que tener en cuenta las acciones importantes y menos factibles, ya que requieren de un esfuerzo especial para poder llevarse a cabo y por tanto su planificación se plantea **a medio o largo plazo**.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO IV

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

RESULTADOS

En la segunda sesión de trabajo participaron 14 personas. El trabajo se llevó a cabo en el tiempo previsto y contó con la colaboración y participación de todos los miembros.

En la primera parte de la reunión se presentaron los resultados obtenidos en la sesión anterior y se pudo comprobar la correcta recogida de las expectativas y de los puntos fuertes y mejorables identificados por las personas participantes.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA SESIÓN ANTERIOR

EXPECTATIVAS

Las expectativas de las personas participantes se organizaron por áreas temáticas: Marco organizativo e institucional, Participación, Gestión, organización y recursos, Clima organizacional, Trabajo social y Ciudadanía.

Entre los **ASPECTOS FUERTES** se incluyeron el trabajo en equipo, estilos de vida saludables, bases de datos, salutogénesis, educación de pacientes, empoderamiento, resultados en salud, mejora de la comunicación con salud pública, formas de participación y Consejos de Salud.

Los **ASPECTOS MEJORABLES DE LA ESTRATEGIA** incluyeron, en la visión de las personas participantes: resultados del Plan de Salud, recursos, comunicación, coordinación, modelos de participación, mejoras en el Consejo de Salud, formación y la motivación.

A continuación, se pasó a la elección de representantes/ portavoces grupales. Aunque estaba prevista la selección de dos personas, sólo se realizó el nombramiento de María José Galán Espinilla.

VALIDACIÓN DE LAS ACCIONES

La segunda parte de la sesión se inició con un debate acerca del esquema de Desarrollo de la Estrategia, donde se debatieron el rol y las atribuciones de la Atención Primaria.

Las principales ideas recogidas, que sirven de propuestas de mejora y reflexión son:

- El esquema separa el bloque de Participación y Prevención del resto de dimensiones, por lo que se sugiere una organización esquemática que visibilice la transversalidad del bloque de Participación y Prevención, así como los nexos con el resto de bloques.
- El esquema no recoge elementos de aplicabilidad que permitan ver en qué se traducirá la Estrategia.
- Se requiere más información acerca del Desarrollo de la Estrategia. Literalmente se expresa: “A mí esto no me dice nada. ¿qué va a significar para mí y para la población? No sé lo que es, no puedo opinar”.
- Surgen dudas sobre cuáles serían los elementos de cambio e innovación que se recogen en el esquema, dado que muchos aspectos se corresponden con el modelo actual.

PRESENTACIÓN DE LAS ACCIONES

A continuación, se presentaron y debatieron cada una de las 10 acciones a evaluar. Se discutieron el nombre y contenido de cada acción, recogiendo las siguientes propuestas.

1. Integración de la salud en todas las acciones.
 - El nombre de la acción se considera muy general. Aunque las personas participantes lo consideran adecuado, se hace la sugerencia de considerar su ampliación a: *Integración, promoción y prevención en todas las acciones y por parte de todos los agentes sociales.*

- Con respecto a los contenidos de la Acción, surgen dudas sobre la atribución de responsabilidad y la localización y emplazamiento de los proyectos comunitarios.
“¿Quién hace los proyectos? A nivel local... ¿dónde?”.
 - Se sugiere la necesidad de hacer contactos y buscar colaboraciones con activos de salud, servicios sociales, Observatorio, contando con la comunidad desde el principio. Reactivación de los Consejos de Salud.
 - No hay cambios ni comentarios que aportar.
 - Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
 - Se comenta sobre el cuadro de mando de cupo integrado, surgiendo dudas sobre su puesta en marcha.
2. Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.
 - No hay cambios ni comentarios que aportar.
 3. Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
 - Para esta acción, las personas participantes consideran que el contacto con la Federación no estaría entre sus competencias profesionales y que sería responsabilidad de la Consejería y Gerencia.
 4. Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.
 - Se propone usar el término *satisfacción ciudadana*, para evitar el uso del masculino *ciudadano*.
 5. Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.
 - No hay cambios ni comentarios que aportar.
 6. Garantizar el derecho a la atención en euskera.
 - No hay cambios ni comentarios que aportar.
 7. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.

Para los contenidos de la acción se propone añadir el test auditivo y la ecografía de caderas para la población neonata.

8. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
 - Surge la duda sobre la definición del nivel comarcal, sobre las necesidades de la población atendida y sobre la decisión de iniciar el programa en Tafalla.

Se añadió una undécima acción que, de manera consensuada, se propuso bajo el nombre:

9. Gestión de las expectativas de la ciudadanía.

PRIORIZACIÓN DE ACCIONES CONSENSUADAS Y GENERACION DE NUEVAS ACCIONES

En la última parte de la sesión, se realizó la priorización de las 11 acciones, a través del Modelo Horizonte. Cada participante asignó en una hoja de respuestas un valor de **importancia** y **factibilidad** para cada acción:

¿Cómo de importante es esta idea clave? -Se mide de 1 (poco importante) a 10 (muy importante)-

¿Cómo de posible es llevar esta idea a cabo? -Se mide de 1 (poco factible) a 5 (muy factible)-

Las hojas de respuestas se transcribieron y se realizó una lectura final del panel de acciones según importancia y factibilidad, clasificadas en: a corto plazo, en segundo lugar, a medio/largo plazo y en último lugar.

A continuación se adjuntan las tablas y los gráficos obtenidos de importancia y factibilidad de las acciones.

Tabla de importancia de las acciones

ACCIÓN / IDEA CLAVE / FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	Nº	IMPORTANCIA	MEDIANA IMP	P75 IMP
Integración de la salud en todas las acciones.	1	81	79	81
Reactivación de los Consejos de Salud.	2	81	79	81
Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.	3	79	79	81
Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.	4	69	79	81
Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.	5	41	79	81
Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.	6	65	79	81
Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.	7	71	79	81
Garantizar el derecho a la atención en euskera.	8	56	79	81
Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.	9	83	79	81
Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.	10	82	79	81
Gestión de las experiencias de la ciudadanía	11	81	79	81

Gráfico de importancia de las acciones

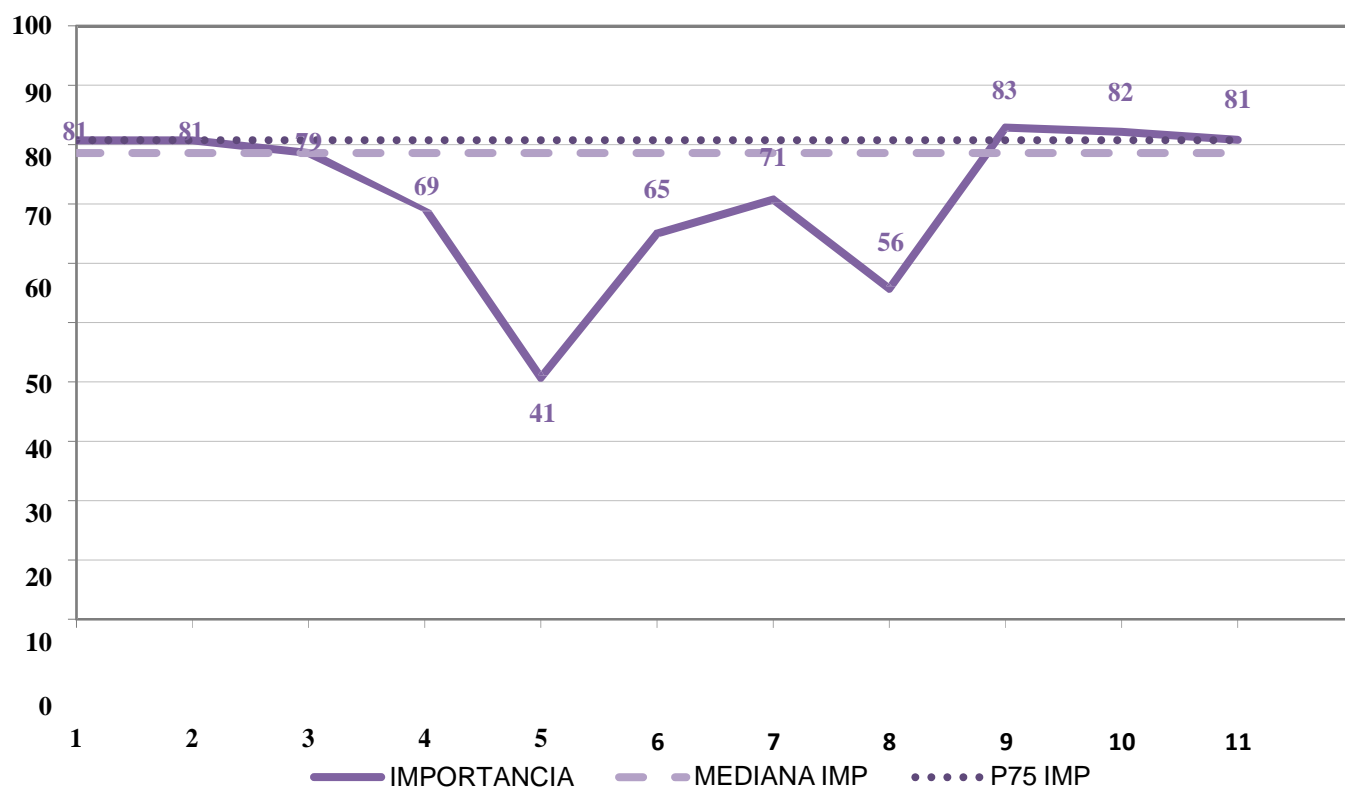


Tabla de factibilidad de las acciones

ACCION / IDEA CLAVE / FACTOR CRITICO DE EXITO	Nº	FACTIBILIDAD	MEDIANA FAC	P75 FAC
Integración de la salud en todas las acciones.	1	77	74	78
Reactivación de los Consejos de Salud.	2	74	74	78
Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.	3	80	74	78
Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.	4	70	74	78
Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.	5	44	74	78
Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.	6	79	74	78
Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.	7	73	74	78
Garantizar el derecho a la atención en euskera.	8	51	74	78
Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.	9	79	74	78
Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.	10	76	74	78
Gestión de las experiencias de la ciudadanía	11	54	74	78

Gráfico de factibilidad de las acciones

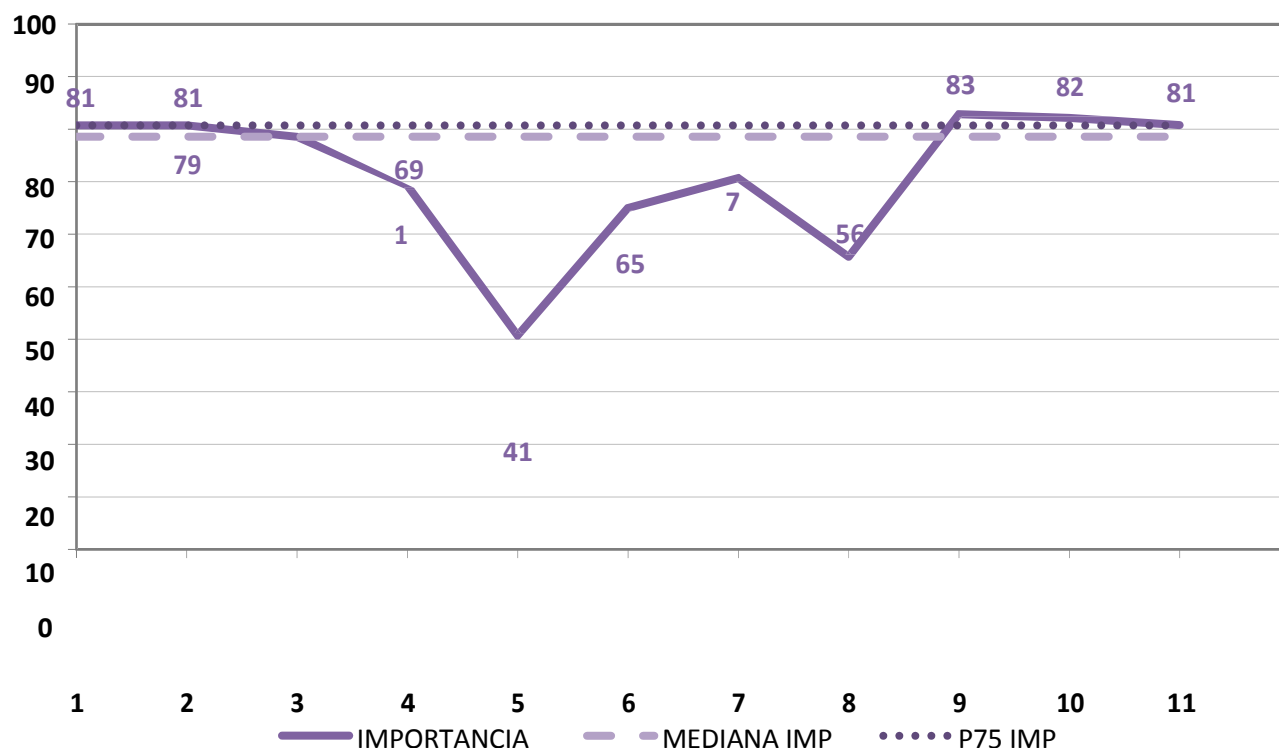


Gráfico conjunto de importancia y factibilidad de las acciones

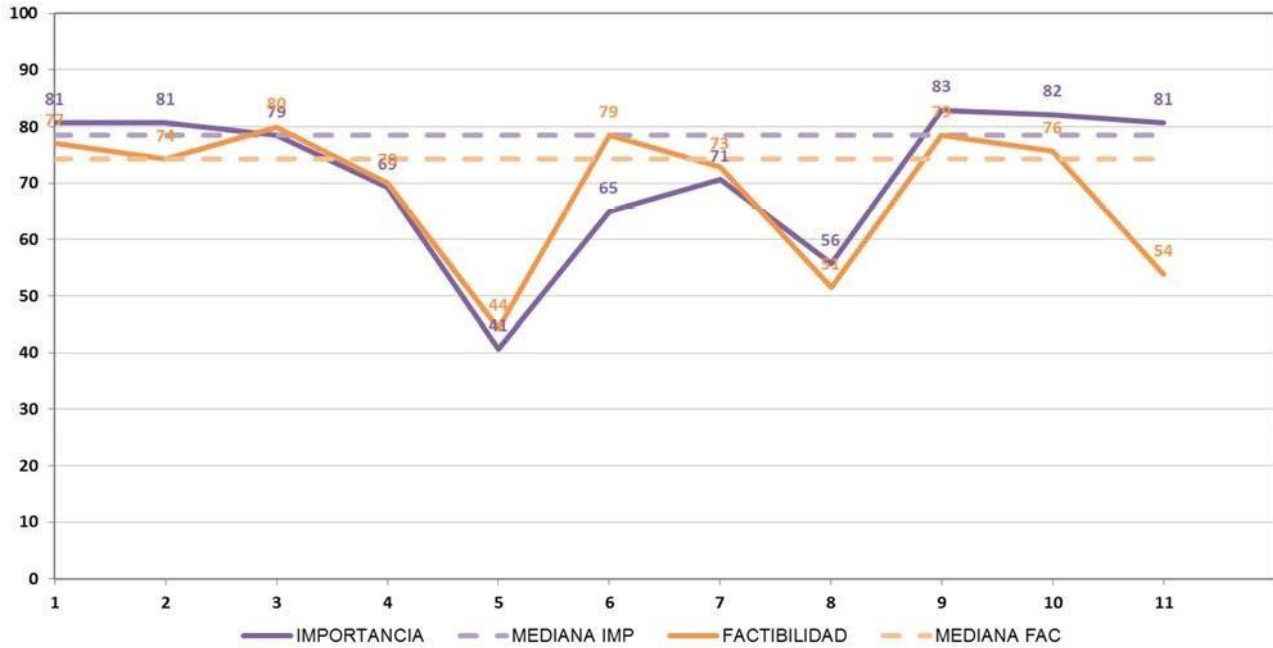


Gráfico cuadrante de importancia y factibilidad de las acciones



5. CONCLUSIONES

En general, se observa una buena aceptación de las acciones propuestas, con algunas sugerencias de cambio de los contenidos.

El principal debate se genera en torno al nombre de la primera acción, para la cual se hace una propuesta de denominación alternativa: “Integración, promoción y prevención de la salud en todas las acciones y por parte de todos los agentes sociales”.

El grupo crea una 11ª línea de acción denominada: “Gestión de las expectativas de la ciudadanía”.

Las acciones con mayor grado de importancia y factibilidad son, según la priorización efectuada a nivel grupal:

1. Integración de la salud en todas las acciones.
2. Reactivación de los Consejos de Salud.
3. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
9. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
10. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.

Muy importante, aunque menos factible se considera la acción emergente:

11. Gestión de las experiencias de la ciudadanía.

Menos importante, pero muy factible es la acción:

6. Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.

Las acciones 4, 5, 7 y 8 se consideran menos importante y menos factibles.

4. Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.
5. Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
7. Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.
8. Garantizar el derecho a la atención en euskera.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO V

MODELO ORGANIZATIVO Y MODELO TERRITORIAL

1. RESULTADOS

El trabajo en grupo se desarrolló según el cronograma previsto y en un clima de orden y respeto. Faltaron participantes que habían estado presentes en la primera sesión y se incorporaron dos nuevas personas al grupo, contando al final con la participación de 11 profesionales.

Todas las personas participantes permanecieron en el taller hasta su finalización, salvo dos que se ausentaron de manera justificada antes de la exposición final, y la sensación es que todo el mundo pudo expresar su opinión y aportar sus ideas, generando un diálogo rico y participativo.

En la primera parte de la sesión se presentó un resumen de los resultados de la primera sesión de trabajo, en la que se incluían las expectativas sobre la Estrategia y los aspectos fuertes y mejorables en relación al ámbito del modelo organizativo y territorial.

Ante la falta de voluntarios o voluntarias se procedió a elegir a las dos portavoces del grupo mediante sorteo, resultando elegidas Patricia Alfonso Landa y Lourdes Echeverría Lizárraga.

VALIDACIÓN DE LAS ACCIONES

En primer lugar, se hizo una breve presentación de las 22 acciones incluidas en la Estrategia de Salud de Atención Primaria de Navarra que se corresponden con el Proyecto Estratégico del Modelo Territorial, además de otras que en el documento de la Estrategia se consideran complementarias al ámbito de trabajo del grupo, aunque quedan enmarcadas en otros proyectos estratégicos.

El listado de estas acciones se incluye a continuación:

Tabla 1. Acciones a valorar por el grupo 5.

Nº	ACCIÓN
1	Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
2	Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.
3	Reactivación de los Consejos de Salud.
4	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
5	Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.
6	Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
7	Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.
8	Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.
9	Garantizar el derecho a la atención en euskera.
10	Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
11	Extensión territorial de la radiología simple.
12	Dotación de retinógrafos.
13	Plan de mejora de la capacidad funcional.
14	Mejora y reordenación del transporte sanitario.
15	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
16	Dotación de banda ancha de alta capacidad.
17	Comisión del Plan Sociosanitario.
18	Coordinación sociosanitaria.
19	Espacio de información sociosanitaria.
20	Desarrollo del servicio de teleasistencia.
21	Acuerdos con centros residenciales.
22	Plan de atención integral a la infancia.

Tras la exposición del contenido de las acciones se pidió a las personas participantes que realizaran matizaciones a los enunciados de las acciones o bien que propusieran acciones que no se hubieran incluido y que, considerándose prioritarias, estuvieran relacionadas con el Modelo Territorial.

Hubo varias intervenciones en las que se expresó dificultad por parte de los y las profesionales para valorar la importancia y especialmente la factibilidad de ciertas acciones, motivado por la falta de conocimiento acerca de los detalles de determinados contextos específicos, como por ejemplo el estado de la red de banda ancha en la Comunidad Foral.

También se expresó el escaso valor añadido de la validación de acciones que en algunos casos ya están puestas en marcha, aunque sea de forma parcial.

No obstante, al final se realizó la valoración del listado de acciones según importancia y factibilidad sin alterar el listado inicial.

PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES

Una vez cerrada la lista de acciones, se realizó la priorización de estas a través de una dinámica de Modelo Horizonte, en la que cada persona participante asignó en una hoja de respuestas un valor de **importancia** y **factibilidad** según la siguiente escala:

- ¿Cómo de importante es esta idea clave? -Se mide de 1 (poco importante) a 10 (muy importante)-.
- ¿Cómo de posible es llevar esta idea a cabo? -Se mide de 1 (poco factible) a 5 (muy factible)-.

Las hojas de respuesta se mecanizaron aprovechando una breve pausa en la sesión y se realizó una lectura final del panel de acciones según su importancia, su factibilidad y su clasificación teniendo en cuenta ambas variables, lo que genera una propuesta de planificación a corto plazo, en segundo lugar, a medio/largo plazo y en último lugar.

IMPORTANCIA

Tal y como se observa en la tabla y gráficos siguientes, el valor medio en importancia del conjunto de las acciones valoradas fue de 79 sobre 100, mientras que el percentil 75 fue 84.

Así, las acciones que se consideraron más importantes por parte del grupo -aquellas con una valoración por encima del percentil 75- fueron:

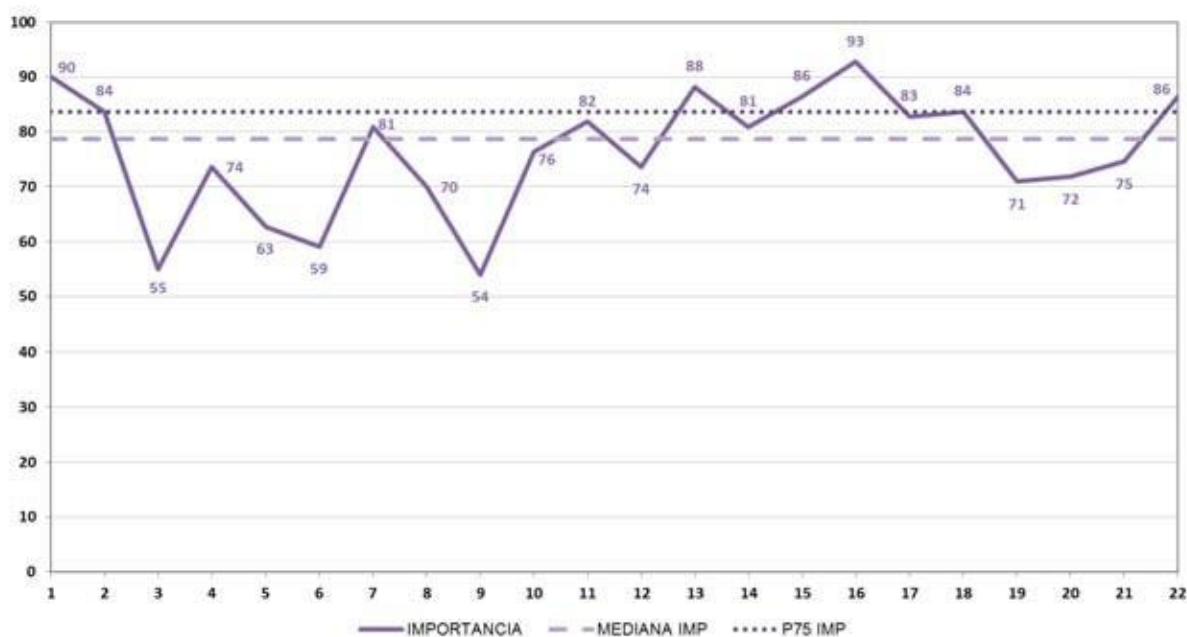
- Dotación de banda ancha de alta capacidad.
- Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
- Plan de mejora de la capacidad funcional.
- Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
- Plan de atención integral a la infancia.

En cambio, se consideraron menos importantes las acciones “Garantizar el derecho a la atención en euskera”, “Reactivación de los Consejos de Salud”, “Contacto permanente con la Federación Navarra de Municipios y Concejos” y “Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21”.

Tabla 2. Acciones valoradas por importancia.

Nº	ACCIÓN	IMP
1	Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.	90
2	Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.	84
3	Reactivación de los Consejos de Salud.	55
4	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo <u>integrado en la historia clínica.</u>	74
5	Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.	63
6	Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.	59
7	Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.	81
8	Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.	70
9	Garantizar el derecho a la atención en euskera.	54
10	Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.	76
11	Extensión territorial de la radiología simple.	82
12	Dotación de retinógrafos.	74
13	Plan de mejora de la capacidad funcional.	88
14	Mejora y reordenación del transporte sanitario.	81
15	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	86
16	Dotación de banda ancha de alta capacidad.	93
17	Comisión del Plan Sociosanitario.	83
18	Coordinación sociosanitaria.	84
19	Espacio de información sociosanitaria.	71
20	Desarrollo del servicio de teleasistencia.	72
21	Acuerdos con centros residenciales.	75
22	Plan de atención integral a la infancia.	86

Gráfico 1. Acciones valoradas por importancia.



FACTIBILIDAD

En el caso de la valoración de la factibilidad, el valor medio observado para el conjunto de las acciones fue de 71 sobre 100, ligeramente inferior a la valoración de la importancia, mientras que el percentil 75 alcanzó 79 puntos sobre 100.

Por tanto, las acciones que se consideraron más factibles fueron:

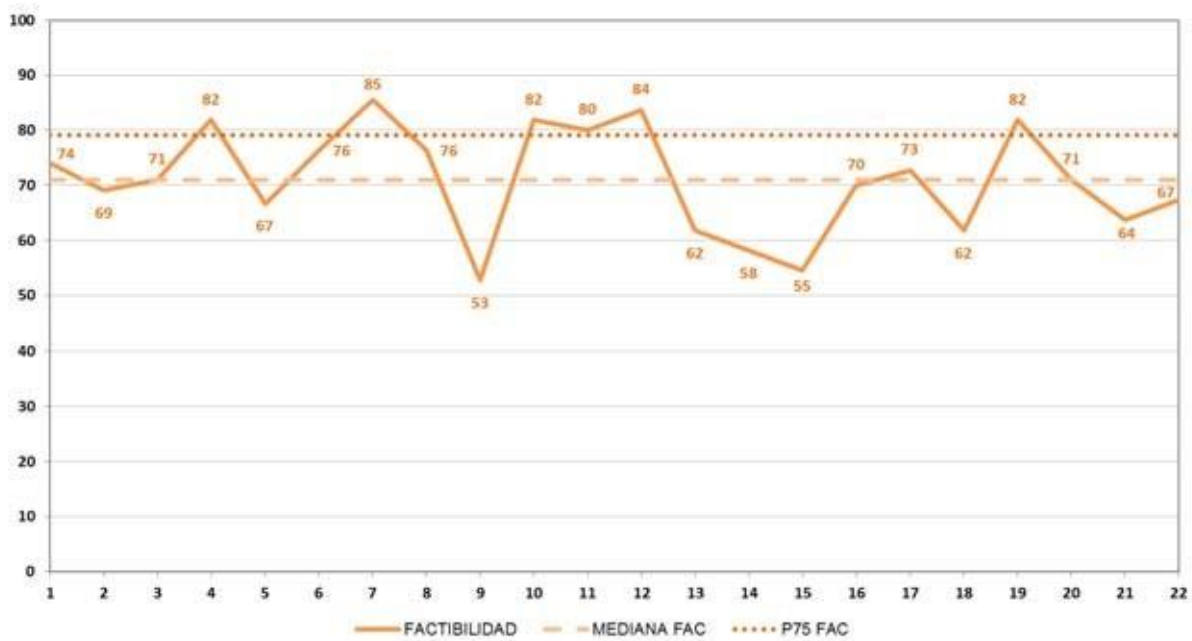
- Valoración continuada de la satisfacción de la ciudadanía.
- Dotación de retinógrafos.
- Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando.
- Promoción y difusión de las escuelas de pacientes.
- Espacio de información sociosanitaria.
- Extensión territorial de la radiología simple.

Las acciones que en cambio se consideran menos factibles fueron “Garantizar el derecho a la atención en euskera”, “Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural” y “Mejora y reordenación del transporte sanitario”.

Tabla 3. Acciones valoradas por factibilidad.

Nº	ACCIÓN	FACT
1	Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.	74
2	Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.	69
3	Reactivación de los Consejos de Salud.	71
4	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo <u>integrado en la historia clínica.</u>	82
5	Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.	67
6	Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.	76
7	Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.	85
8	Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.	76
9	Garantizar el derecho a la atención en euskera.	53
10	Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.	82
11	Extensión territorial de la radiología simple.	80
12	Dotación de retinógrafos.	84
13	Plan de mejora de la capacidad funcional.	62
14	Mejora y reordenación del transporte sanitario.	58
15	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.	55
16	Dotación de banda ancha de alta capacidad.	70
17	Comisión del Plan Sociosanitario.	73
18	Coordinación sociosanitaria.	62
19	Espacio de información sociosanitaria.	82
20	Desarrollo del servicio de teleasistencia.	71
21	Acuerdos con centros residenciales.	64
22	Plan de atención integral a la infancia.	67

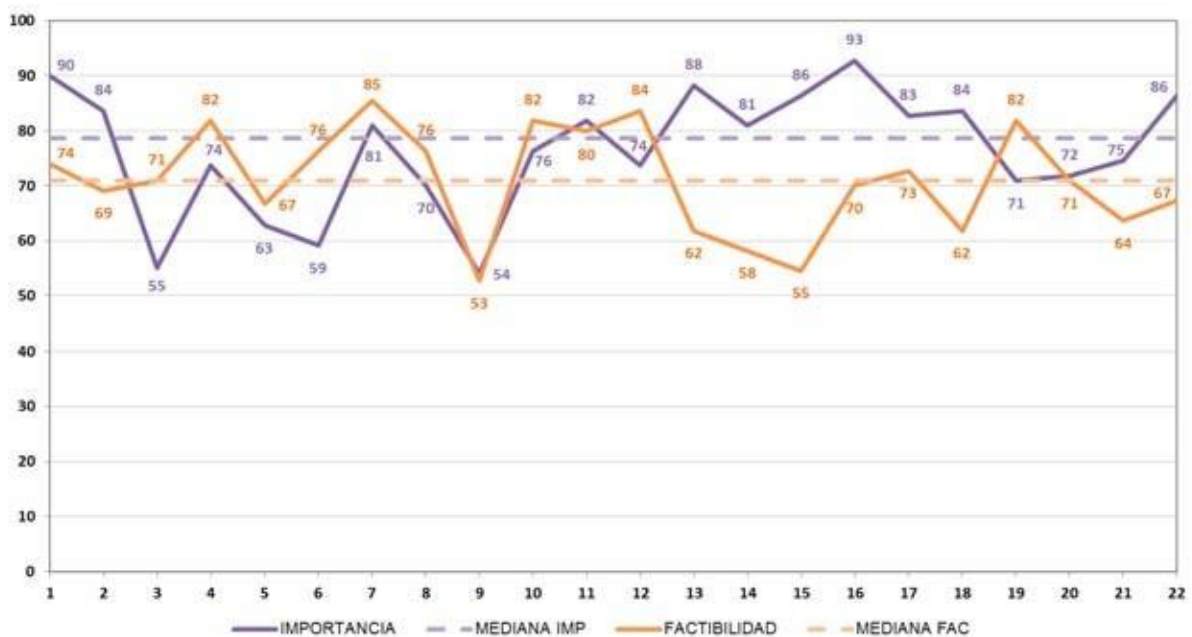
Gráfico 2. Acciones valoradas por factibilidad.



IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD

Al cruzar ambas variables se obtiene un gráfico como el que aparece a continuación:

Gráfico 3 Acciones valoradas por importancia y factibilidad.

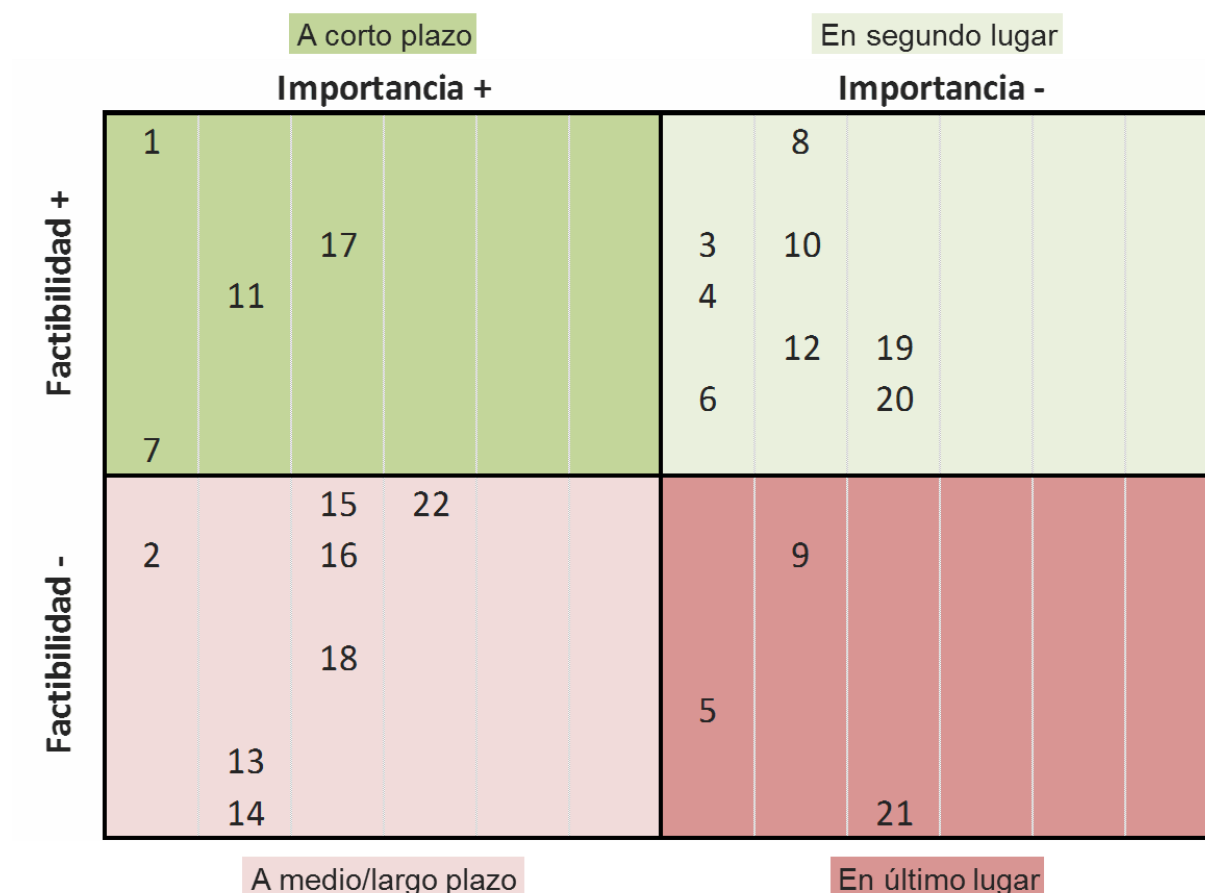


Y al clasificar las acciones en cuadrantes, como se observa en el siguiente gráfico, se obtiene una priorización temporal en la que las acciones más importantes y factibles se proponen para realizar a corto plazo, luego las menos importantes -aunque factibles-, dejando para un medio o largo plazo las que aun siendo importantes son menos factibles.

Así, las acciones relativas al Modelo Territorial que deberían implementarse **a corto plazo**, si no se ha hecho ya, al considerarse importantes y factibles serían:

- Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
- Valoración continuada de la satisfacción de la ciudadanía.
- Extensión territorial de la radiología simple.
- Comisión del Plan Sociosanitario.

Gráfico 4 Acciones priorizadas por importancia y factibilidad.



También habría que tener en cuenta las acciones importantes y menos factibles, ya que requieren de un esfuerzo especial para poder llevarse a cabo y por tanto su planificación se plantea **a medio o largo plazo**. En este caso destacan las siguientes acciones:

- Dotación de banda ancha de alta capacidad.
- Plan de mejora de la capacidad funcional.
- Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
- Plan de atención integral a la infancia.



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

GRUPO VI

MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL
MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

RESULTADOS

El trabajo en grupo se desarrolló según el cronograma previsto y se generó un clima participativo y de intercambio de ideas y puntos de vista. La dinámica de trabajo propició que un espacio para expresar su opinión y aportar sus ideas, generando un diálogo rico y participativo.

Faltaron dos participantes que habían estado presentes en la primera sesión y se incorporó una nueva persona al grupo, contando al final con la participación de 13 profesionales. Todas las personas permanecieron en el taller hasta su finalización, salvo una persona que se tuvo que ausentar de manera justificada antes de la exposición final.

En la primera parte de la sesión se presentó un resumen de los resultados de la primera sesión de trabajo, en la que se incluían las expectativas sobre la Estrategia y los aspectos fuertes y mejorables en relación al ámbito del modelo organizativo y territorial. Tras revisarlos de manera conjunta, sólo se consideró necesario realizar **modificaciones** en el apartado de **ASPECTOS DE MEJORA DE LA ESTRATEGIA EN RELACIÓN AL MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL:**

- CARRERA PROFESIONAL, no vinculada a las necesidades formativas. Aunar en la propuesta formativa las necesidades de la organización y las de los profesionales.
- FORMACIÓN HOMOGÉNEA por categorías profesionales. Trabajar en una adecuada estructura de formación que de la mejor respuesta a los profesionales del Servicio Navarro de Salud. Asunción de formación de equipos.
- RECONOCIMIENTO PROFESIONAL. Por ejemplo, plantear una estrategia de evaluación de los médicos en formación, o estrategias de evaluación conjunta (MIR, formadores)
- FORMACIÓN ESPECÍFICA para enfermería de Atención Primaria.
- Reforzar líneas de FORMACIÓN orientadas a la GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO y el RELEVO GENERACIONAL.
- BOLSA DE SELECCIÓN DE PROFESIONALES que incorpore criterios de discriminación en relación al conocimiento específico del ámbito asistencial al que se incorpora.

Una vez recogida estas aportaciones, el grupo dio por cerrada esta primera fase de análisis de situación.

Posteriormente, se procedió a la asignación de portavoces del grupo, que recayó de manera voluntaria en Luis Serrano y Arantxa Artazcoz.

VALIDACIÓN DE LAS ACCIONES

En primer lugar, se hizo una breve presentación de las 14 acciones incluidas en la Estrategia de Salud de Atención Primaria de Navarra que se corresponden con los Proyectos Estratégicos del MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN y del MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL, además de otras que en el documento de la Estrategia se consideran complementarias al ámbito de trabajo del grupo, aunque quedan enmarcadas en otros proyectos estratégicos.

El listado de estas acciones se incluye a continuación:

Tabla 1. Acciones a valorar por el grupo 6.

Nº	ACCIÓN
1	Creación de la Carpeta Personal de Salud.
2	Dotación de banda ancha de alta capacidad.
3	Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
4	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
5	Digitalización de las historias clínicas.
6	Envío de consejos de salud vía mail y SMS.
7	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
8	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.
9	Espacio de información sociosanitaria.
10	Desarrollo del servicio de teleasistencia.
11	Plan de formación continuada.
12	Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.
13	Favorecer y estimular la presencia de profesionales de atención primaria en grupos de trabajo y comités técnicos.
14	Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud.

Tras la exposición del contenido de cada una de las acciones, se pidió a las personas participantes que realizaran matizaciones a los enunciados y contenidos de las acciones o bien que propusieran acciones que no se hubieran incluido y que, considerándose prioritarias, estuvieran relacionadas con el

MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN y del MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL.

Del resultado de esta reflexión, se consideraron las siguientes sugerencias y propuestas:

- **Acción 1. Creación de la Carpeta personal de Salud.**
 - Se trata de una acción que ya se ha puesto en marcha y que en estos momentos está en pilotaje.
 - **Se propone** la inclusión de un apartado de “Recursos personalizados”, es decir, incluir un espacio de recomendaciones y consejos individualizados para la salud, en función de la patología que se atiende.

- **Acción 3. Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.**
 - Se trata de una acción que ya se ha puesto en marcha en algunos centros.
 - **Se propone** el desarrollo de un procedimiento de comunicación de la puesta en marcha de esta herramienta, para dar a conocer su existencia, funcionalidad y procedimiento para solicitarla.

- **Acción 4. Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.**
 - **Se propone** cambiar en la descripción de la acción los destinatarios, sustituyendo los facultativos por profesionales.
 - **Se propone** incluir otros contenidos en la historia clínica, como por ejemplo, información sobre vacunas, información sobre salud escolar u otra que se pudiera considerar de interés.

- **Acción 6. Envío de consejos de salud vía mail y SMS.**
 - **Se propone** trasladar esta acción también a los representantes de los Consejos de Salud de la zona.
 - **Se propone** compartir estos consejos también en las redes sociales: Facebook y Twitter.
 - **Se propone** la instalación de monitores en las salas de espera de los Centros de Salud donde se emitan estos Consejos.

- **Acción 7. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.**
 - **Se propone** eliminar la parte relativa a la “Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria”, por entender que no estaría dentro del ámbito de trabajo de este grupo.

- **Acción 11. Plan de formación continuada.**
 - **Se propone** revisar la descripción y contenidos de esta acción, orientándola a las necesidades formativas de todas las categorías profesionales de los equipos de Atención Primaria.
 - **Se propone** ampliar los destinatarios de esta acción, incluyendo a todas las categorías profesionales.
 - **Se propone** incluir formación básica y profunda.
 - **Se propone** el diseño e impartición de una formación básica, que asegure el curriculum básico formativo para nuevos profesionales, previa a su incorporación.
 - **Se propone** una formación que dé respuesta a las especificidades de los equipos de trabajo.

Los profesionales, consideraron además, la incorporación de 2 acciones al listado a priorizar, argumentando su relación con el ámbito de la formación y el desarrollo profesional.

- **Acción 15. Implantación de Historia Clínica Única.**
- **Acción 16. Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales.**

PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES

Una vez incorporadas las modificaciones oportunas, se presenta a continuación el listado final de las acciones sometidas a priorización.

Tabla 2. Acciones a valorar por el grupo 6, incluidas las propuestas del grupo de trabajo.

Nº	ACCIÓN
1	Creación de la Carpeta Personal de Salud.
2	Dotación de banda ancha de alta capacidad.
3	Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
4	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
5	Digitalización de las historias clínicas.
6	Envío de consejos de salud vía mail y SMS.
7	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
8	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.
9	Espacio de información sociosanitaria.
10	Desarrollo del servicio de teleasistencia.
11	Plan de formación continuada para todos los profesionales
12	Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.
13	Favorecer y estimular la presencia de profesionales de atención primaria en grupos de trabajo y comités técnicos.
14	Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud.
15	Implantación de Historia Clínica Única
16	Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales

Una vez cerrada la lista de acciones, se realizó la priorización de estas a través de una dinámica de Modelo Horizonte, en la que cada persona participante asignó en una hoja de respuestas un valor de **importancia** y **factibilidad** según la siguiente escala:

- ¿Cómo de importante es esta idea clave? -Se mide de 1 (poco importante) a 10 (muy importante)-.
- ¿Cómo de posible es llevar esta idea a cabo? -Se mide de 1 (poco factible) a 5 (muy factible)-.

Las hojas de respuesta se mecanizaron aprovechando una breve pausa en la sesión y se realizó una lectura final del panel de acciones según su importancia, su factibilidad y su clasificación teniendo en cuenta ambas variables, lo que genera una propuesta de planificación a corto plazo, en segundo lugar, a medio/largo plazo y en último lugar.

IMPORTANCIA

Tal y como se observa en la tabla y gráficos siguientes, el valor medio en importancia del conjunto de las acciones valoradas fue de 77 sobre 100, mientras que el percentil 75 fue 83.

Así, las acciones que se consideraron más importantes por parte del grupo -aquellas con una valoración por encima del percentil 75- fueron:

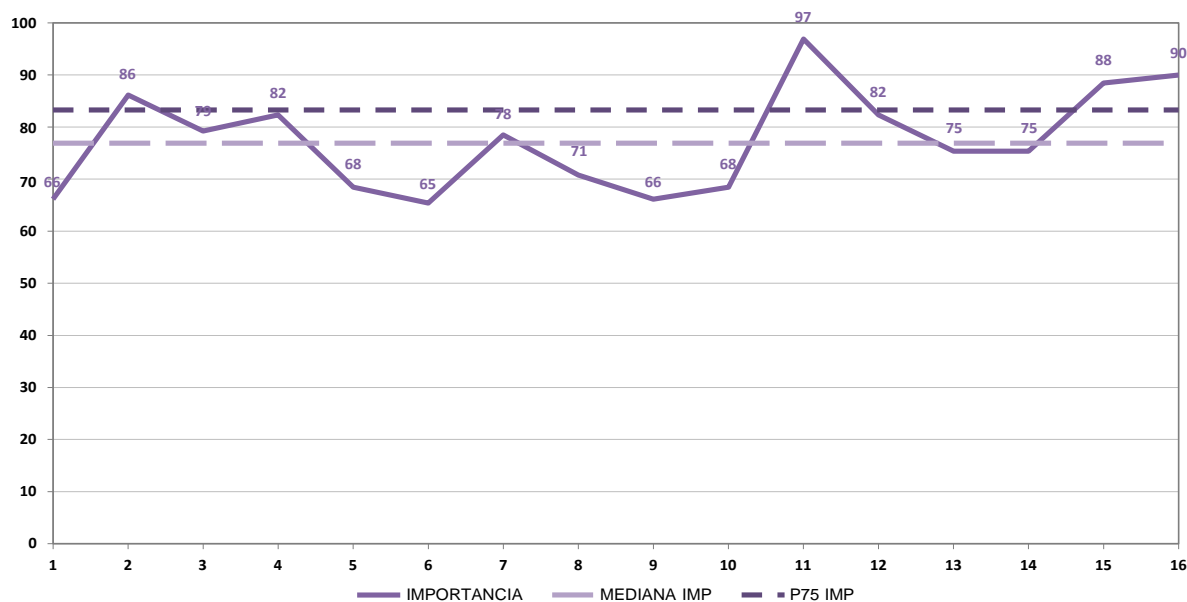
- Acción 11. Plan de formación continuada para todos los profesionales (97)
- Acción 16. Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales (90)
- Acción 14. Implantación de la Historia Clínica Única (88)
- Acción 2. Dotación de banda ancha de alta capacidad (86)

En cambio, se consideraron menos importantes las acciones “Envío de consejos de salud vía mail y sms”, “Creación de la Carpeta Personal de Salud”, “Espacio de información sociosanitaria”, “Desarrollo del servicio de teleasistencia” y “Digitalización de las Historias Clínicas”.

Tabla 3. Acciones valoradas por importancia

Nº	ACCIÓN	IMPOR
1	Creación de la Carpeta Personal de Salud.	66
2	Dotación de banda ancha de alta capacidad.	86
3	Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.	79
4	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.	82
5	Digitalización de las historias clínicas.	68
6	Envío de consejos de salud vía mail y SMS.	65
7	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.	78
8	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.	71
9	Espacio de información sociosanitaria.	66
10	Desarrollo del servicio de teleasistencia.	68
11	Plan de formación continuada para todos los profesionales	97
12	Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.	82
13	Favorecer y estimular la presencia de profesionales de atención primaria en grupos de trabajo y comités técnicos.	75
14	Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud.	75
15	Implantación de Historia Clínica Única	88
16	Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales	90

Gráfico 1. Acciones valoradas por importancia.



FACTIBILIDAD

En el caso de la valoración de la factibilidad, el valor medio observado para el conjunto de las acciones fue de 63 sobre 100, cifra inferior a la valoración de la importancia, mientras que el percentil 75 alcanzó 73 puntos sobre 100.

Por tanto, las acciones que se consideraron más factibles fueron:

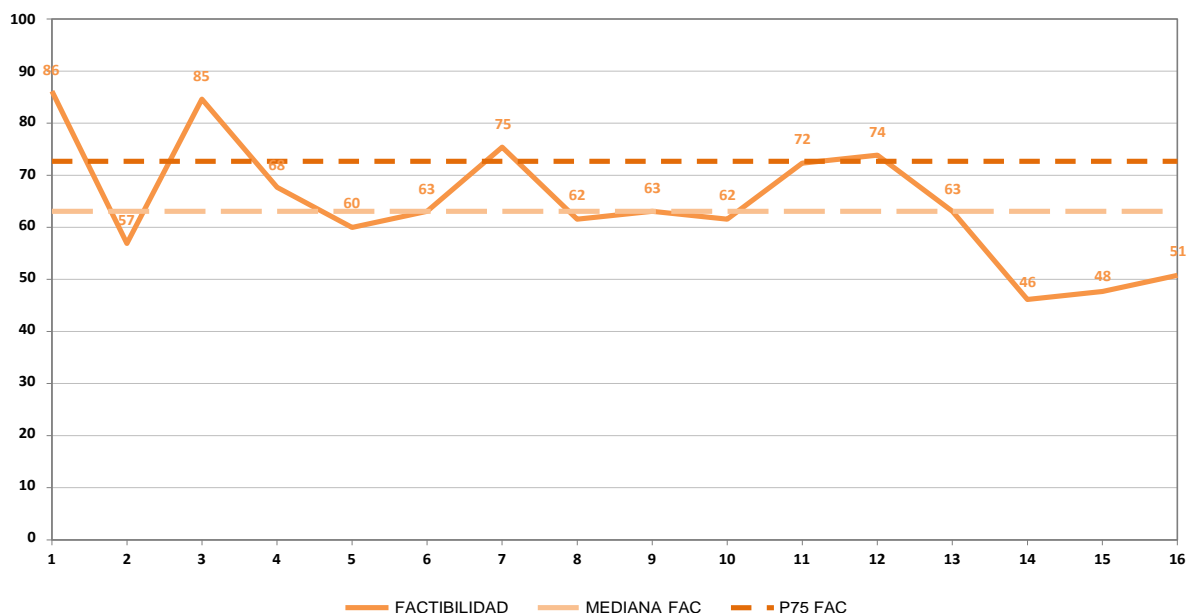
- Acción 1. Creación de la Carpeta Personal del Salud (86)
- Acción 3. Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo (85)
- Acción 7. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica (75)
- Acción 12. Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria (74)

Las acciones que en cambio se consideran menos factibles fueron “Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud”, “Implantación de Historia Clínica Única” y “Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales”.

Tabla 4. Acciones valoradas por factibilidad.

Nº	ACCIÓN	FACT
1	Creación de la Carpeta Personal de Salud.	86
2	Dotación de banda ancha de alta capacidad.	57
3	Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.	85
4	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.	68
5	Digitalización de las historias clínicas.	60
6	Envío de consejos de salud vía mail y SMS.	63
7	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.	75
8	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.	62
9	Espacio de información sociosanitaria.	63
10	Desarrollo del servicio de teleasistencia.	62
11	Plan de formación continuada para todos los profesionales	72
12	Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.	74
13	Favorecer y estimular la presencia de profesionales de atención primaria en grupos de trabajo y comités técnicos.	63
14	Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud.	46
15	Implantación de Historia Clínica Única	48
16	Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales	51

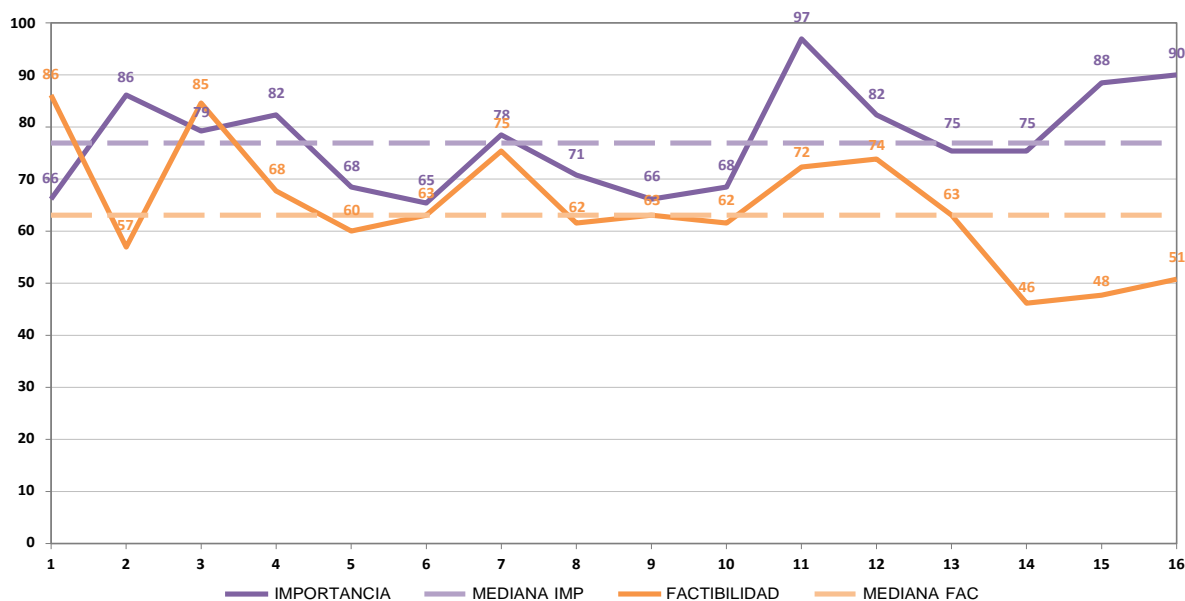
Gráfico 2. Acciones valoradas por factibilidad.



IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD

Al cruzar ambas variables se obtiene un gráfico como el que aparece a continuación:

Gráfico 3 Acciones valoradas por importancia y factibilidad.

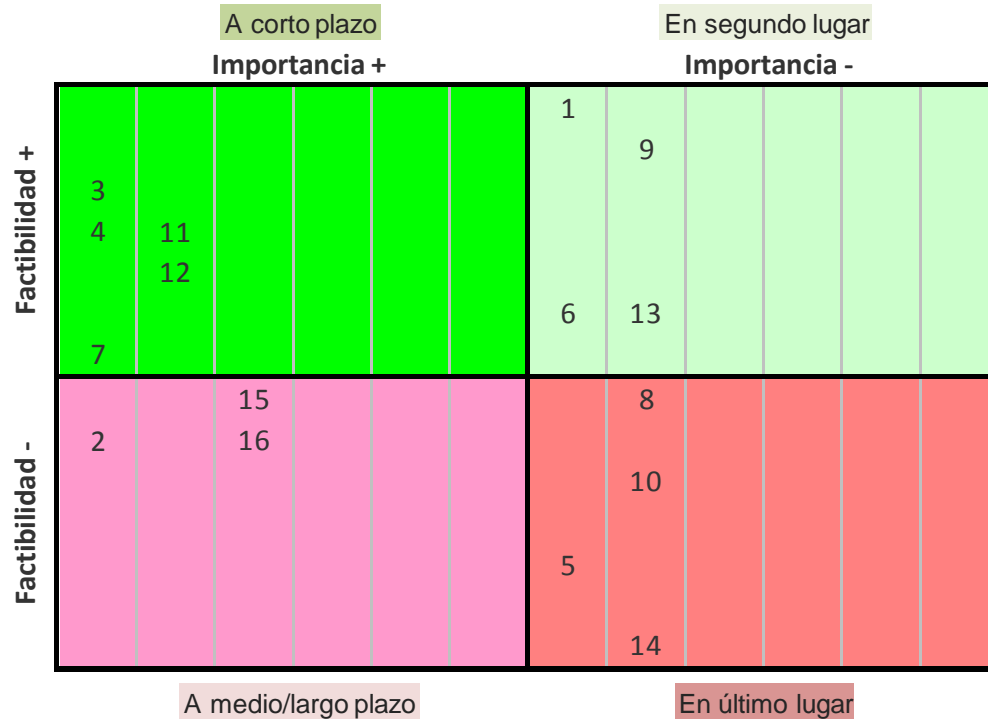


Y al clasificar las acciones en cuadrantes, como se observa en el siguiente gráfico, se obtiene una priorización temporal en la que las acciones más importantes y factibles se proponen para realizar a corto plazo, luego las menos importantes -aunque factibles-, dejando para un medio o largo plazo las que aun siendo importantes son menos factibles.

Así, las acciones relativas MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN y del MODELO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL que deberían implementarse **a corto plazo**, si no se ha hecho ya, al considerarse importantes y factibles serían:

- Acción 3. Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
- Acción 4. Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.
- Acción 7. Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
- Acción 11. Plan de formación continuada.
- Acción 12. Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.

Gráfico 4 Acciones priorizadas por importancia y factibilidad.



También habría que tener en cuenta las acciones importantes y menos factibles, ya que requieren de un esfuerzo especial para poder llevarse a cabo y por tanto su planificación se plantea **a medio o largo plazo**. En este caso destacan las siguientes acciones:

- Acción 2. Dotación de banda ancha de alta capacidad.
- Acción 15. Implantación de la Historia Clínica Única.
- Acción 16. Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales.

PRIORIZACIÓN

PUNTUACIONES

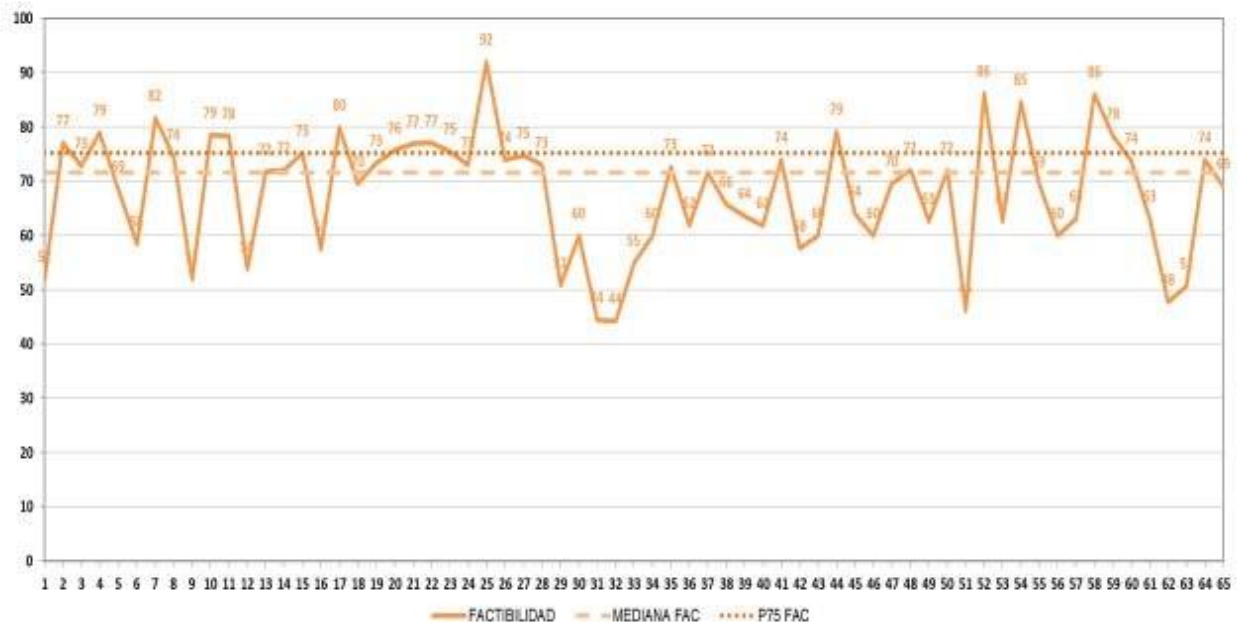
- El valor medio en **importancia** del conjunto de las 65 acciones valoradas fue de **75 sobre 100**, mientras que el percentil 75 fue 83.
- Las acciones que se consideraron **más importantes** por parte del grupo con una valoración por encima del percentil 75 fueron:
 - Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud.
 - **Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.**
 - Potenciar la interconsulta no presencial.
 - **Extensión de la Hospitalización a Domicilio.**
 - Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.
 - **Nuevos roles de profesionales en AP.**
 - Coordinación sociosanitaria.
 - **Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.**
 - Atención integral a la Infancia.
 - **Modelo organizativo y de profesionales de AP.**
 - Dotación de banda ancha de alta capacidad.
 - **Plan de formación continuada para todos los profesionales.**
 - Implantación de Historia Clínica Única.
 - **Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales.**
 - Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
 - **Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.**



En el caso de la valoración de la **factibilidad**, el valor medio observado para el conjunto de las 65 acciones fue de **72 sobre 100**, mientras que el percentil 75 alcanzó 75 puntos sobre 100.

Las acciones que se consideraron más factibles fueron:

- Integración de la salud en todas las acciones.
- Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
 - Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.
- Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
 - Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
 - Potenciar la interconsulta no presencial.
 - Extensión de la Hospitalización a Domicilio.
 - Dotación de retinógrafos.
 - Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.
 - Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
 - Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.
 - Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.
 - Creación de la Carpeta Personal de Salud.
- Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
 - Modelo de formación y desarrollo profesional.
- Plan de formación continuada para todos los profesionales.



Al cruzar ambas variables se pueden destacar aquellas acciones **MÁS IMPORTANTES** (con una puntuación por encima del percentil 75 de importancia) que además son **MODERADAMENTE FACTIBLES** (por encima de la mediana de factibilidad), obteniéndose un manejable conjunto de seis acciones:

- **Potenciar la interconsulta no presencial.**
- **Extensión de la Hospitalización a Domicilio.**
- **Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.**
 - **Modelo organizativo y de profesionales de AP.**
 - **Plan de formación continuada para todos los profesionales.**
 - **Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.**

		A corto plazo Importancia +					En segundo lugar Importancia -							
Factibilidad +	2	11			41			21						
	4		24			54	64	3	13	22			52	
		17		35				7	14	23		44		
		19			48	58		8	15	25	26			
	10	20				60				27	37			
									28			50		
Factibilidad -	1					51	61							
		12			42						31			
				33		53	63				32			
											34		43	
						55	65		5			45		
		16		36					6			46	56	
					47								57	
				39	49				9	18		38		
			40							29				
										30				
		A medio/largo plazo					En último lugar							



**PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA
SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD DE NAVARRA 2017-2019**

AVANCE DE RESULTADOS GLOBALES

2ª SESIÓN

27 DE NOVIEMBRE DE 2017

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL DOCUMENTO

Presentar de forma sintética un avance sobre los resultados del trabajo realizado por los diferentes grupos de profesionales en torno al consenso y priorización de acciones para desarrollar la Estrategia.

CONJUNTO DE LOS GRUPOS

Las diferentes acciones incluidas en la Estrategia se asignaron a los grupos de trabajo en función de la temática de estos e intentando conseguir un (difícil) equilibrio en el volumen de acciones propuestas. Así, hay acciones valoradas por un único grupo y otras que han sido discutidas en varios.

En la siguiente tabla se recogen todas las acciones valoradas, indicando qué grupos trabajaron cada acción (marcado con una “x”) y cuáles fueron acciones nuevas propuestas por los propios profesionales (marcadas con una “p”).

Más adelante, se recogerá un apartado en el que se presenten por separado los resultados del trabajo de cada uno de los grupos.

Tabla 1. Acciones a valorar.

Nº	ACCIÓN	GRUPO 1	GR. 2 Y 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
1	Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud.	x				
2	Integración de la salud en todas las acciones.			x		
3	Reactivación de los Consejos de Salud.			x	x	
4	Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.			x	x	x
5	Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.			x	x	
6	Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.			x	x	
7	Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.			x	x	
8	Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.			x	x	
9	Garantizar el derecho a la atención en euskera.			x	x	
10	Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.			x		
11	Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.			x	x	
12	Gestión de las experiencias de la ciudadanía.					p

Nº	ACCIÓN	GRUPO 1	GR. 2 Y 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
13	Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en Atención Primaria.		x			
14	Extensión territorial de la radiología simple.		x		x	
15	Mejora de la visualización de la imagen radiológica.		x			
16	Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.		x			
17	Potenciar la interconsulta no presencial.		x			
18	Extensión del servicio de cirugía menor a todos los EAP de Navarra.		x			
19	Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.	x	x			
20	Extensión de la Hospitalización a Domicilio.		x			
21	Dotación de retinógrafos.		x		x	
22	Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.		x			
23	Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.		x			
24	Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.		x			
25	Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.		x			
26	Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en AP.		x			
27	Sistema de notificación de incidentes y eventos de AP.		x			
28	Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.		x			
29	Modelo de autogestión y evaluación clínica.		p			
30	Telemonitorización.		p			
31	Revisión de la Historia Clínica.		p			
32	Aumento y diversificación de profesionales con abordaje de problemas emocionales.		p			
33	Nuevos roles de profesionales en AP.		p			
34	Atención sociosanitaria.	x				
35	Comisión del Plan Sociosanitario.				x	
36	Coordinación sociosanitaria.				x	
37	Espacio de información sociosanitaria.				x	x
38	Desarrollo del servicio de teleasistencia.				x	x
39	Acuerdos con centros residenciales.				x	
40	Plan de mejora de la capacidad funcional.	x			x	
41	Atención a procesos agudos autolimitados.	x				
42	Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.		x		x	
43	Mejora y reordenación del transporte sanitario.		x		x	
44	Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.		x			
45	ECG con conexión a unidad coronaria para su consulta telemática en caso de urgencia.		x			x
46	Dotación de vehículos en los PAC y dotación de vestuario.		x			
47	Atención integral a la Infancia.	x			x	
48	Modelo organizativo y de profesionales de AP.	x				
49	Modelo de autogestión y evaluación clínica.		x			
50	Modelo de innovación y autonomía.	x				
51	Incentivación de la investigación e innovación en Atención Primaria de Salud.					x

Nº	ACCIÓN	GRUPO 1	GR. 2 Y 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
52	Creación de la Carpeta Personal de Salud.					x
53	Dotación de banda ancha de alta capacidad.				x	x
54	Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.					x
55	Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.		x			x
56	Digitalización de las historias clínicas.					x
57	Envío de consejos de salud vía mail y SMS.					x
58	Modelo de formación y desarrollo profesional.	x				
59	Plan de formación continuada para todos los profesionales.		x			x
60	Creación de un portal de conocimiento de Atención Primaria.					x
61	Favorecer y estimular la presencia de profesionales de atención primaria en grupos de trabajo y comités técnicos.					x
62	Implantación de Historia Clínica Única.					p
63	Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales.					p
64	Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.				x	
65	Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.				x	
		9	29	11	22	16

IMPORTANCIA

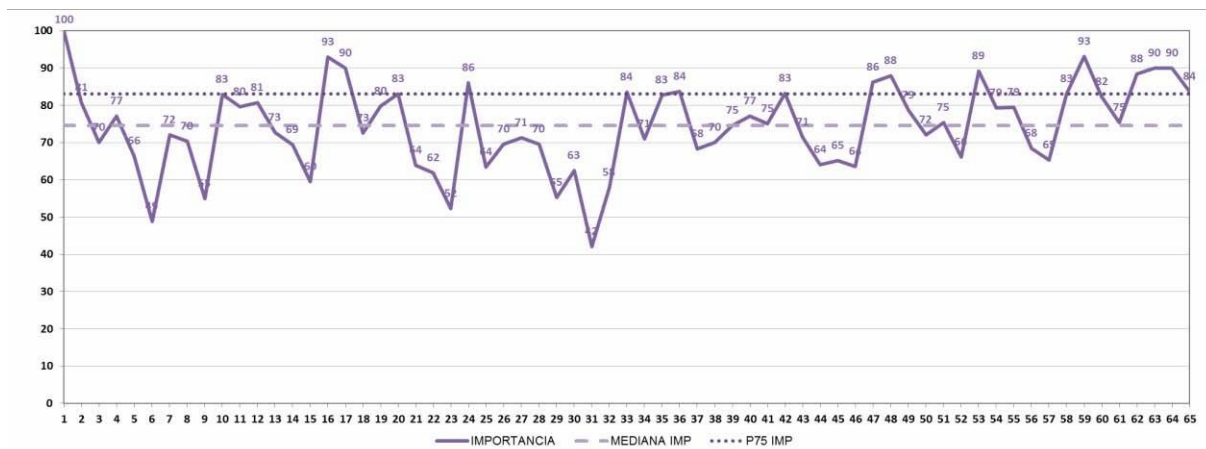
El valor medio en importancia del conjunto de las acciones valoradas fue de 75 sobre 100, mientras que el percentil 75 fue 83.

Así, las acciones que se consideraron más importantes por parte del grupo -aquellas con una valoración por encima del percentil 75- fueron:

- Redefinición del rol y atribuciones de Atención Primaria de Salud.
- Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre Atención Primaria y Especializada.
- Potenciar la interconsulta no presencial.
- Extensión de la Hospitalización a Domicilio.
- Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.
- Nuevos roles de profesionales en AP.
- Coordinación sociosanitaria.
- Reorganización de la atención continuada y urgente en el medio rural.
- Atención integral a la Infancia.
- Modelo organizativo y de profesionales de AP.

- Dotación de banda ancha de alta capacidad.
- Plan de formación continuada para todos los profesionales.
- Implantación de Historia Clínica Única.
- Modelo de formación que contemple el desarrollo de nuevas competencias profesionales.
- Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.
- Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.

Gráfico 1. Acciones valoradas por importancia.



FACTIBILIDAD

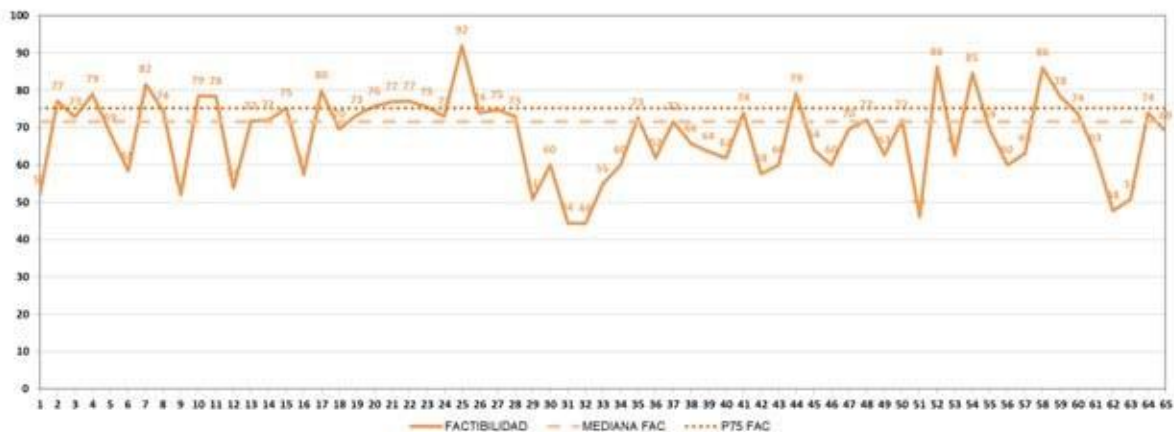
En el caso de la valoración de la factibilidad, el valor medio observado para el conjunto de las acciones fue de 72 sobre 100, ligeramente inferior a la valoración de la importancia, mientras que el percentil 75 alcanzó 75 puntos sobre 100.

Por tanto, las acciones que se consideraron más factibles fueron:

- Integración de la salud en todas las acciones.
- Potenciar la actuación a nivel comunitario y favorecer la proactividad. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria y cuadro de mando de cupo integrado en la historia clínica.
- Valoración continuada de la satisfacción del ciudadano.
- Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
- Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
- Potenciar la interconsulta no presencial.
- Extensión de la Hospitalización a Domicilio.

- Dotación de retinógrafos.
- Control domiciliario de INR en pacientes tratados con acenocumarol o warfarina.
- Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
- Mejora en la seguridad del material para pacientes y profesionales.
- Disponibilidad química seca y test de diagnóstico rápido.
- Creación de la Carpeta Personal de Salud.
- Posibilitar el empleo de la videoconferencia para las reuniones de grupo.
- Modelo de formación y desarrollo profesional.
- Plan de formación continuada para todos los profesionales.

Gráfico 2. Acciones valoradas por factibilidad.



IMPORTANCIA Y FACTIBILIDAD

Por último, al cruzar ambas variables se pueden destacar aquellas acciones **MÁS IMPORTANTES** (con una puntuación por encima del percentil 75 de importancia) que además son **MODERADAMENTE FACTIBLES** (por encima de la mediana de factibilidad), obteniéndose un manejable conjunto de seis acciones:

- **Potenciar la interconsulta no presencial.**
- **Extensión de la Hospitalización a Domicilio.**
- **Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.**
- **Modelo organizativo y de profesionales de AP.**
- **Plan de formación continuada para todos los profesionales.**

● **Plan de Comarcalización de los Servicios de Salud.**

En el siguiente gráfico se muestra la clasificación completa de las acciones por cuadrantes. Se puede trabajar con distintos puntos de corte en ambas variables en función del número de acciones que se quieran priorizar y los objetivos de dicha priorización.

Se obtiene una temporalización en la que las acciones más importantes y factibles se proponen para realizar a corto plazo, luego las menos importantes -aunque factibles-, dejando para un medio o largo plazo las que aun siendo importantes son menos factibles.

Gráfico 3. Acciones priorizadas por importancia y factibilidad.

		A corto plazo						En segundo lugar									
		Importancia +						Importancia -									
Factibilidad +	2	11				41			21								52
	4		24				54	64	3	13	22				44		
				35						14	23						
			17			48	58			15	24						
							59			7	25	26					
		10	20				60			8	27	27	37				
Factibilidad -	1						51	61									
			12				42	62					31				
						33	53	63					32				
							55	65					34	43			
										5				45			
			16							6				46	56		
						39	49							47	57		
						40						18					
		A medio/largo plazo						En último lugar									



PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE NAVARRA 2017-2019

PROPUESTA DE MEJORA



GRUPO I. Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos.

I. Modelo asistencial para una Atención Primaria renovada.

1. ¿Identificamos el actual modelo de atención con el modelo propuesto en la estrategia del paciente crónico?

Si. El papel de la atención primaria tiene que ser el de agente de salud y vertebrador de toda la asistencia de los pacientes crónicos. Debe ser la que constituyan los equipos multidisciplinares y la que lidere los planes individualizados de atención de los pacientes crónicos complejos.

2. ¿Cómo debería ser el abordaje para los autocuidados en pacientes leves, moderados y graves? ¿Para la desmedicalización?

Leve: principal peso debe recaer sobre paciente.

Moderado: principal peso debe recaer sobre enfermería y trabajo social.

Grave: Peso principal sobre medicina, enfermería y trabajo social AP.

PACIENTE LEVE

1. Pasos	2. Médico de Familia	3. Enfermera UBA	4. Enfermera gestora de caso	5. T. Social	6. Asistencia Hospitalaria	7. Otros
1º Diagnóstico de los pacientes	8.	9.	10.	11.	12.	13.
Diagnóstico social:	14.	15.	16.	17.	18.	19.
Identificación y categorización de los pacientes	20.	21.	22.	23.	24.	25.
Plan de atención personalizado	26.	27.	28.	29.	30.	31.
Seguimiento del paciente	32.	33.	34.	35.	36.	37.
.....	38.	39.	40.	41.	42.	43.

3. ¿Cómo plantear la gestión de la atención en pacientes moderados?

Debe recaer sobre enfermería y trabajo social de AP. Médico de UBA como consultor.

4. ¿Cómo plantear la gestión del caso en pacientes severos?

Peso principal sobre medicina, enfermería y trabajo social AP. Especialista hospitalario como consultor.

5. *¿Es útil y funciona la habilitación de la cita en el área de admisión?*

En general no se detecta problemas de funcionamiento tanto con el sistema de habilitación en admisión como en el sistema de aviso al alta. La percepción general es que estos pacientes cuando piden cita son atendidos por su UBA de referencia. Tienen dudas de si hay un correcto funcionamiento cuando no está el médico o la enfermera de referencia. Se supone que si no hay incidencias es porque el sistema está funcionando tanto en un caso como en el otro.

Ven positivo el sistema de garantía de atención.

No refieren que es un sistema de sobrecarga para el profesional.

En base al modelo de atención que se proponga, la respuesta es si el modelo de habilitación de cita es flexible para dar respuesta al modelo de atención. Por ejemplo, si la enfermería va a tener un papel predominante en algunos de los pasos en la atención a pacientes crónicos, sería fundamental que el paciente pudiera pedir cita a demanda para la Enfermera o si existen tramos en las agendas con citas diferenciadas y adaptadas (en tiempo, compartida con otros profesionales, etc..) para la atención a crónicos complejos.

6. *¿Cómo podemos mejorar la accesibilidad?*

¿Turno deslizante? Papel de nuevas tecnologías. Educación y promoción para la salud. Apuesta por la equidad (dar respuesta a las necesidades reales de salud. Igual respuesta a igual necesidad y distintas respuestas a distintas necesidades) > accesibilidad.

Agendas a demanda para enfermería

Consultas no presenciales (telefónica, internet, etc..)

Consultas preferentes desde el Médico de Familia a otras especialidades hospitalarias.

Asignación de citas preferentes desde las urgencias hospitalarias a consultas de especialidades hospitalarias

7. *¿Cómo debe ser el modelo de relación entre profesionales: dentro de Atención Primaria, con Atención Hospitalaria, con otras Unidades (hospitalización a domicilio, cuidados paliativos)?*

Que sea AP la que decida qué paciente es subsidiario de beneficiarse de los circuitos específicos (cubo rojo).

Para la hospitalización a domicilio copiar el modelo de atención domiciliar de cuidados paliativos. Comunicación y toma de decisiones compartidas.

8. *¿Cómo debería ser el modelo de Atención sociosanitaria para dar respuesta a la estrategia?*

Existe una gran complicación ya que existen distintas consejerías. Se duplican trabajos. Es algo que se arrastra de mucho tiempo atrás y seguimos sin hacer mucho al respecto.

Se echan en falta medidas rápidas, atenciones sociales Express en el propio domicilio que eviten reingresos

Existe un problema de equidad: ¿La estrategia acoge igualmente a los pacientes sin recursos con situaciones sociales muy complejas? No se atiende en el lado hospitalario la situación social como criterio de activación de cubos rojos. A fecha de hoy para algunos pacientes no existen más recursos que el ingreso.

NO existen alianzas con las residencias. Hay que mejorar el tema de la estrategia en residencias.

Podrían hacerse reuniones periódicas del equipo social del ayuntamiento-TS con médico y enfermera de AP.

Debe existir un sistema de apoyo más allá de la familia (por ejemplo en hospitalización a domicilio, se pasa de tener las necesidades cubiertas las 24 horas a darle el alta e ir a hospitalización a domicilio recayendo todo el cuidado en la familia).

Elaborar un programa de coordinación con servicios sociales: Metodología, aspectos en los que coordinarse, comisión de seguimiento, etc., orientado a la atención de los pacientes más vulnerables.

Desarrollo de un Sistema de información que de soporte a la continuidad de atención a las personas entre el Sistema Sanitario y el Sistema Público de Servicios Sociales.

II. **Modelo de roles y atribuciones de Atención primaria. Competencias y formación de profesionales.**

1. *¿Cuál tiene que ser el papel de la Atención Primaria?*

Es el responsable del paciente, por lo tanto es el que tiene el poder de decisión. Por ejemplo, deberíamos tener la potestad de decidir el ingreso en circuitos específicos.

2. *¿Qué competencias (conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona en su ámbito laboral) y atribuciones (entendido como funciones que la organización le otorga y posibilita) tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales?*

Definir un mínimo de competencias para disminuir la variabilidad en la práctica.

3. *¿Cómo podemos mejorar la Seguridad del Paciente? (Específicamente en relación a la conciliación de la medicación y transiciones asistenciales)*

Se dan casos de pacientes dados de alta del hospital que no tienen informes de alta de enfermería en situaciones en las que se necesitan cuidados de enfermería específicos al alta (Lo refieren profesionales del grupo de las zonas de Estella y Pamplona. No parece un problema en Tudela).

Deberían homogeneizarse las técnicas que se usan en hospitalización a domicilio. Si hay cambios de materiales/técnicas que AP va a tener que asumir al alta deberían asegurarse antes que los profesionales de AP saben usarlos.

Los viajes múltiples por una mala gestión de citas suponen un trastorno para los pacientes y un riesgo (sobretudo para aquellos pacientes que viven en zonas más alejadas). Respecto al tema de la gestión de citas, debería tenerse en cuenta los horarios de citas (por ejemplo si el paciente viene de Tudela intentar no darle una cita en Pamplona a las 8 de la mañana)

Ha mejorado la seguridad en referencia al tema de medicación con desde que los médicos hospitalarios prescriben en Atenea. Pero se considera que es un arma de doble filo (por ejemplo se evitan duplicidades pero muchas veces el profesional de AP se entera cuando el paciente acude a consulta por algún motivo y le llama la atención cambios en el tratamiento)

Se necesitan más fluidez de comunicación AP-hospitalaria para ver al paciente globalmente y evitar situaciones de riesgo. Se vive una situación de “secuestro de pacientes por parte del lado hospitalario”. La desinformación puede llevar a situaciones de riesgo.

Respecto a la comunicación AP-hospitalaria en el grupo se piensa que no hay una relación bidireccional.

En Tudela no se han unificado procesos (se duplican as, ecg, pruebas...) con el riesgo y trastorno que supone. En AP hay que estar pendiente para evitarlo.

Se detectan muchos problemas respecto a la inclusión en la Estrategia. Los profesionales de Ap se sienten poco escuchados. “Como no te incluyen a los pacientes, te ponen pegas... al final sólo te queda la opción de derivar a Urgencias. Esta opción es la que la Estrategia quiere evitar y la atención en Urgencias puede suponer una posible situación de riesgo para el paciente, lo mismo que los ingresos innecesarios).

Se necesita una normativa que permita una mayor capacidad resolutoria de AP para que AP tenga capacidad de decidir sobre los pacientes y en concreto sobre los cubos rojos (asignación de cubos rojos, capacidad de decisión de ingreso, prescripción de tratamientos...).

El personal de las unidades asimila la pertinencia de cubo rojo con el paciente necesite una atención por parte de su unidad. No miran por el paciente sino por su tasa de reingresos....

Impresiona de una posible no coordinación paliativos –hospitalaria en los pacientes crónicos paliativos. “¿De quién es el paciente?” No está claramente definida la línea de actuación de paliativos /crónicos y quizás su plan y su manera de actuar puede diferir (Lo comentan en el Área de Tudela)

Las altas no son acordadas ni consensuadas con AP. Las altas en viernes pueden ser un problema de seguridad para el paciente.

La rotación de profesionales en las Unidades de referencia es un problema de seguridad. El cambio de profesional puede implicar cambios fundamentales y trascendentes en el plan planteado anteriormente para el paciente (cambios de pautas de medicación....) (En Tudela hay servicios con gran rotación de personal; por ejemplo Geriatria)

Eunate/Andia no refleja lo que se hace en la unidad, lo que puede suponer un riesgo para el paciente.

Eunate/Andia no visualiza los datos del paciente más actualizados puede llevar a equívocos (por ejemplo, en el caso de valores analíticos)

Los problemas con respecto a la atención de crónicos son parecidos a otras CC.AA, tales como la gran diversificación en la asistencia con gran dificultad para ordenar la atención de pacientes pluripatológicos con distintos tratamientos. La solución (aunque no es fácil) pasa por la integralidad en la atención vs coordinación en la

atención, especialmente en el paciente crónico complejo, mediante la instauración de un plan de atención personalizado único, elaborado y compartido por todos los implicados en el proceso asistencial del paciente complejo (*Médico de Familia, DUE, Trabajadora social, especialista y enfermera del ámbito hospitalario*)

Para esto es necesario que AP tenga acceso a toda la información clínica (incluido los tratamientos) de los pacientes y que se constituyan equipos multidisciplinares para la atención de los crónicos complejos donde un profesional es el referente para el paciente con herramientas que faciliten el trabajo en equipo como pueden ser la videoconferencia para consensuar el Plan de atención Individualizada, el cual tiene que estar accesible para todos los profesionales.

Para esto es fundamental mejorar las TIC's de forma que permita compartir toda la información clínica y facilitar la comunicación entre profesionales.

Para la conciliación de la medicación también ayuda la instauración de un único módulo de tratamiento en la historia clínica (Tanto para AP como para AE) y un programa informático que detecte interacciones y repeticiones de medicación.

Todo esto también es válido para el apartado de mejora de la continuidad asistencial.

4. *¿Qué atribuciones concretas (entendido como funciones que la organización le otorga y posibilita) tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales?*

Debería de existir una normativa que avalara el papel de AP como gestor de la atención del paciente (asignación cubo rojo, etc...) El que decide es el que tiene la responsabilidad.

El especialista de referencia debería de tener un papel más de consultor, proveedor y de soporte en la atención hospitalaria.

Enfermera enlace comunitaria: Los asistentes creen que en la actualidad la EEC funciona como figura mediadora. No ven que las EEC tengan otras funciones a fecha de hoy, aunque creen que otros papeles como el de coordinación/promoción de la estrategia es muy positivo e importante. Quizás estamos en una fase todavía inicial de la implantación de la estrategia.

La población no visualiza el papel de la EEC. Los pacientes solo creen que su atención puede ser resulta por su médico o enfermera.

Las atribuciones generales deberían darlas el modelo asistencial que por el que se opte.

Algunas atribuciones específicas:

Director del centro de Salud (o profesional en el que delegue):

- Coordinación del Plan en su centro
- Configuración de los grupos multidisciplinares para una atención integral (ayuda del equipo directivo de AP para la inclusión de los profesionales de la asistencia hospitalaria).
- Gestión de los conflictos que existan en los equipos multidisciplinares.

UBA:

- Uno de los miembros de la UBA tiene que ser el referente de cada paciente y el que haga la primera propuesta del Plan de atención Individualizado (PAP) para su discusión con el equipo y el seguimiento y actualización del mismo.

Trabajadora Social:

- Aporta los aspectos sociales a la historia del paciente y coordina las actuaciones individuales de cada paciente con los Servicios sociales.

EEC:

- Seguimiento y resolución de la logística (material, citas, información, etc..) dentro del equipo de AP, con AE y servicios sociales.

Internista:

- Asistencia hospitalaria y consultor de AP para los pacientes crónicos complejos.
- Participar en la elaboración y aprobación del PAP.

III. Modelo organizativo de Atención Primaria

1. *¿Es positiva la comarcalización como ámbito de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico?*

Es deseable buscar una mayor homogeneidad en la atención al paciente crónico. De acuerdo con la descentralización siempre bajo una supervisión que asegura la equidad.

Financiación según necesidades reales de salud y financiación caritativa.

2. *Criterios para la determinación del tamaño del cupo por UBA Nº TIS/Profesional. Plantillas.*

Valorar otros factores para reconversión de TIS (renta, distancia a hospital, inmigración, edad-jóvenes demandantes-).

3. *Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería? ¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación? ¿Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?*

Valorar las necesidades de cada cupo para precisar que ratio enfermería-medicina es más adecuado para responder a las necesidades.

4. *¿Es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?*

Los turnos deslizantes plantean conflictos en el grupo.

5. *¿Cómo se está organizando la UBA para las valoraciones? ¿Cómo se debería hacer?*

Las UBAs se organizan bien. La dificultad aparece al intentar reunirse con la TS. En muchos CS se hace lo que se puede (comunican por ejemplo los pacientes prioritarios con CNP al TS pero no hay una reunión como tal). Habría que hacer la Estrategia más operativa.

Algunos centros se han propuesto obligatoriamente valoraciones (“x” número de valoraciones a la semana, que se incluyen en la agenda de los profesionales).

Todos los asistentes coinciden en que las valoraciones son laboriosas. Si fuera más sencilla quizás se simplificaría la inclusión. “La valoración tiene muchas trabas cuando tienes claro lo que quieres para tu paciente.

El panel de control es laborioso: obliga a valoraciones de pacientes que tú ya ves de antemano que no se van a beneficiar de la estrategia (por ejemplo, los leves).

Un tema pendiente es ¿qué pasa con los pacientes que no son valorados por medicina porque el profesional de Ap no tiene tiempo para realizar las valoraciones o no cree en la Estrategia y enfermería o Trabajo social detectan que son pacientes que se beneficiarían de ser incluidos?

Da la sensación de que la valoración se complejiza (incluye muchos ítems) para facilitar la atención del lado hospitalario (Eunate y Andia es poco útil para AP).

La respuesta la podemos concretar en los siguientes pasos:

- Selección de la LISTA NOMINAL de PACIENTES COMPLEJOS
- Creación de Agendas Específicas para los PACIENTES COMPLEJOS
- Constitución formal EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION (*EQUIPO FUNCIONAL PRESTADOR BÁSICO: UBA, T. Social. EEC, Internista, ...*)
- Elaboración del Plan de Actuación Personalizado para cada paciente complejo (PAP)

6. *¿Cómo se organizan los tiempos de la enfermera de enlace comunitario?*

No hay EEC en el grupo. Habría que reforzar su papel más allá de la mediación.

7. *Tiempos dedicados a atención en domicilio/Intervención comunitaria*

Medicina está perdiendo la atención domiciliaria. El domicilio se vive como una carga extra además de la atención que llega a la consulta. El peso de la actividad domiciliaria recae en enfermería.

El seguimiento del crónico por medicina se mantiene de más reglada y de manera proactiva en los pacientes que vienen a consulta, pero se diluye en los pacientes en domicilio. La atención a domicilio se hace cada vez más a demanda.

Todo lo anterior es cierto, una opción es que la atención domicilio por parte del médico de familia sea ordenada por la enfermera de la UBA, cuando la misma lo considere necesario.

8. *Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería?*

La libre elección de enfermería genera una falta de continuidad en la asistencia importante al igual que la libre elección de médico. Aunque esta situación suponga un conflicto importante entre dos derechos de los pacientes, libre elección de profesional por una parte y el derecho a una asistencia integral y de calidad por otra, considero que lo más adecuado sea la libre elección de UBA.

La ruptura de la UBA que se ha producido a lo largo del tiempo, sobre todo en algunos centros de las grandes ciudades, desde mi punto de vista a generado un empeoramiento de la asistencia sanitaria y de forma especial de la atención comunitaria.

Otro aspecto a discutir es el modelo organizativo basado en la sectorización geográfica de la UBA. Este concepto que un principio se consideró más eficiente sobre todo en las zonas de salud de las grandes ciudades donde las distancia a la hora de atender la atención domiciliaria son grandes, se fue diluyendo con el tiempo al colisionar con el derecho a la libre elección de médico de familia. La sectorización obliga a los ciudadanos de un área geográfica pequeña (calles o manzanas de una zona básica) a no tener elección de UBA. En este sentido, consideramos que en este caso debe prevalecer el derecho a la libre elección, salvo en aquellas zonas básicas que por su situación geográfica haga que la atención domiciliaria sea muy ineficiente por la lejanía entre un extremo y otro de la zona o bien por las condiciones de las comunicaciones de la zona.

9. *¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación?*

Los criterios para determinar el número de profesionales que debe atender una población determinada considero que debe venir ser determinado por una tasa bruta de población por profesional, si no que esta debe ser ajustada por la complejidad de la población a atender (n.º de crónicos complejos, población

especialmente vulnerable, dispersión geográfica, morbilidad, condiciones socioeconómicas, etc..). Por tanto, el número de profesionales de cada categoría no tiene que ser igual en cada zona básica. Por ejemplo, a igual número de población de dos zonas básicas, en una zona básica por sus condiciones socioeconómicas es suficiente con que una T. Social vaya 2 días en semana y en la otra sean necesaria 2 T. Sociales todos los días, no siendo válida el criterio de una T. Social por Zona Básica. Igual ocurriría con las Enfermeras, así es posible que en una zona básica muy envejecida igual tiene que haber más de una enfermera por médico y en una muy joven con poca necesidad de cuidados no es necesario que haya una enfermera por cada médico.

10.¿Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?

Se puede y se debe, sobre todo para actividades que requieren cierto nivel de experiencia.

GRUPO II. Atención a procesos agudos autolimitados.

IV. Modelo asistencial para una Atención Primaria renovada.

1. *¿Identificamos el actual modelo de atención con el modelo propuesto en la estrategia de atención a personas con procesos agudos autolimitados?*

Hay **mucha heterogeneidad** en los distintos centros de salud, con **grandes diferencias** entre ellos en cuanto a este modelo asistencial.

En **algunos centros solo** se aplica cuando el **aumento de la demanda** obliga a ello.

No se aplica en las **urgencias extrahospitalarias**

Existe un modelo que funciona en algunos centros.

En los que no funciona, las principales causas son:

- la **alta rotación de profesionales** de admisión y enfermería que conlleva no estar formado y
- la **“voluntariedad”** de aplicar este modelo

2. *¿Identificas mejoras en la puesta en marcha de este proceso?*

Los Perfiles profesionales con listas específicas con perfiles de enfermería y administrativo de AP, con una formación específica en esta área.

Los Administrativos con incentivo económico por perfil

Es necesario mejorar la privacidad en las áreas de admisión para que no dificulte la comunicación con el administrativo.

Para mejorar la información a la población, es necesario montar campañas en medios de comunicación y redes sociales y educación individual en las consultas de enfermería y medicina con derivación desde éstas últimas a enfermería.

Es importante aplicar el modelo como política de empresa

3. *¿Cómo debería ser el abordaje para los autocuidados en pacientes para pacientes con procesos agudos autolimitados? ¿Para la desmedicalización?*

La clave sería mejorar el algoritmo de citación desde admisión: para ello es necesario un perfil de administrativo sanitario con capacidad de realizar alguna pregunta con contenido clínico.

Además, debería existir una herramienta informática que ayude a discriminar los pacientes con enfermedades crónicas, que no deberían entrar en este circuito

El abordaje de los autocuidados en pacientes debe de ser asumido por los tres estamentos (*medicina, enfermería y admisión*)

Para abordar el tema de la desmedicalización la colaboración con las oficinas de farmacia es fundamental, así como el botiquín casero.

4. *¿Se ve factible contar con la participación de las farmacias comunitarias en este modelo?*

Es factible y necesario. Para conseguirlo, es necesario que el mensaje sea uniforme, que ayude a mejorar el autocuidado y con él, el buen uso de los recursos, y la seguridad del paciente.

Para ello, la Subdirección de Farmacia en colaboración con la Gerencia de Atención Primaria debería elaborar un plan con objetivos claros en línea de homogenizar mensajes tanto en la atención a procesos agudos como crónico

Además, es importante la formación y la capacitación de los usuarios al objeto de disponer de un adecuado botiquín casero.

También sería necesario potenciar la remisión de mensajes al farmacéutico sobre precaución en la dispensación de fármacos de libre dispensación en determinados pacientes.

Además, cabe destacar el explicar a las oficinas de farmacias la cartera de servicios que tenemos, para que redireccionen adecuadamente a los pacientes que acuden a las farmacias.

Por tanto, se debe buscar una relación de confianza y colaboración con las farmacias.

5. *¿Se tiene que aplicar este modelo en la atención de la urgencia extrahospitalaria?*

Sin duda es fundamental aplicar el mismo modelo para no crear flujos de demanda en la urgencia extrahospitalaria.

En la urgencia hospitalaria se ve más complicado, aunque deberían conocerlo, para respaldarlo o por lo menos no atacarlo.

6. *¿Cómo podemos mejorar la accesibilidad?*

Mejorando la formación de todo el equipo, en especial de los administrativos

7. *¿Cómo podemos mejorar la Seguridad del Paciente?*

Hay tres medidas: la prescripción enfermera, la colaboración con las oficinas de farmacia y el botiquín casero

8. *¿Existen actuaciones que no aportan valor que habría que “DEJAR DE HACER”?*

Si, sobre todo hay que evitar la medicalización de procesos banales.

Utilizar la receta de estilos de vida para ayudar a conseguirlo

9. *Participación Ciudadana/pacientes: ¿En qué aspectos? ¿Cómo implicar a la población para el uso adecuado de los servicios sanitarios en estos procesos?*

Colaboración con las oficinas de farmacia.

Utilización de los medios de comunicación, de las redes sociales, pantallas en las salas de espera.

Charlas en clubs de jubilados, escuelas, asociaciones de barrio etc

Consejo de salud

10. Modelo de roles y atribuciones de Atención primaria. Competencias y formación de profesionales.

1. *¿Cuál tiene que ser el papel de la Atención Primaria?*

Reeducación

Trabajar el afrontamiento y evitar conductas alarmistas

Enseñar a detectar signos y síntomas de alarma

2. *¿Qué competencias (conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona en su ámbito laboral) y atribuciones (entendido como funciones que la organización le otorga y posibilita) tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales?*

- **Profesionales de medicina**

Reforzar, apoyar, delegar y confiar en el trabajo de enfermería

Educación sanitaria, afrontamiento, autocuidados

- **Profesionales de enfermería adultos e infancia**

Triage, intervención educativa, prescripción enfermera, uso del protocolo

Empoderamiento de enfermería con regulación administrativo-legal

- **Profesionales de pediatría**

Reforzar, apoyar, delegar y confiar en el trabajo de enfermería

Educación sanitaria, afrontamiento, autocuidados

- **Profesionales de admisión**

Competencia sanitaria con preguntas clínicas para mejorar la citación.

- **Otros perfiles profesionales: Oficinas de farmacia**

Mensaje coherente con el dado en las consultas

3. *¿Cuál tiene que ser el papel de la Atención Primaria?*

Reeducación

Trabajar el afrontamiento y evitar conductas alarmistas

Enseñar a detectar signos y síntomas de alarma

4. *¿Qué líneas de formación incluirías en el Plan de Formación continuada específico de Atención Primaria para los siguientes perfiles profesionales?*

- **Profesionales de enfermería adultos e infancia**

Manejo de estos procesos

Entrevista clínica para detectar problemas de afrontamiento

Exploración dirigida a detectar signos y síntomas de alarma

Manual de acogida que incluya información de cómo llevar a cabo este modelo

- **Profesionales de admisión**

Formación en la citación que conlleve el acceso a listas especiales de contratación.

Formación interna, “sesiones administrativas”, dependiendo del tamaño del centro.

Reuniones interdepartamentales, médico-enfermera-admisión-TS.

Manual de acogida que incluya información de cómo llevar a cabo este modelo

- **Profesionales de medicina**

Formación en afrontamiento y en estilos de vida

- **Otros perfiles profesionales: Oficinas de farmacia**

Información del modelo de atención y colaboración en el mensaje y en mejorar la seguridad del paciente

11. **Modelo organizativo de Atención Primaria**

5. *¿Qué es necesario en la organización del EAP para que se pueda aplicar este modelo?*

Definir competencias y atribuciones de manera legal que posibilite y garantice el desarrollo de las atribuciones

Evaluación de la actividad

Formación de listas especiales de contratación de enfermería y administrativos con fidelización de estos últimos (*distinta denominación y complemento económico*) para dar estabilidad

6. *Criterios para la determinación del tamaño del cupo por UBA Nº TIS/Profesional. Plantillas.*

Cargas epidemiológicas que tengan en cuenta diferentes elementos además de la edad

Bajar el máximo de TIS reales por cupo

7. *Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería? ¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación?, ¿Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?*

En cuanto a la libre elección de enfermera hay diversidad de opiniones.

Por un lado, dificultaría la comunicación entre la UBA (*sería más difícil realizar reuniones de UBA con distintos profesionales y no sería posible que las consultas de medicina y enfermería estuvieran comunicadas*), pero por otro lado es demandado por pacientes debido a la confianza depositada en los profesionales de enfermería. Ayudaría a reforzar el papel de enfermería.

Tenemos dudas de si incluso está regulado legalmente como un derecho del paciente.

La proporción debería ser ajustada a las necesidades según las características del cupo.

Si se pueden plantear actividades en pull ante situaciones que hagan que sea más efectivo. También organizaciones con cupos “espejo” que puedan cubrirse (*por ejemplo cuando enfermería de uno está en domicilio la otra está en el centro*)

8. *¿Es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?*

Si, aunque se plantea que sea voluntario e incentivado. Se puede plantear que sea flexible (*por ejemplo, atención al propio cupo hasta las 18:00 y atención continuada hasta las 20:00*)

En la zona rural donde no existen cupos de tarde, mejoraría la accesibilidad, pero solo se puede aplicar en zonas donde haya más de un cupo en la localidad.

Para poder aplicar este modelo en las ZBS rurales a partir de las 15:00 horas se tiene que aplicar al igual que en la mañana, para ello deberíamos empezar por el 112, para que no derive directamente al médico cuando tiene que derivar a la enfermera.

Si ve a estos pacientes primero el médico puede pasarlo con enfermera para que se le expliquen los autocuidados. Así el paciente asimila que la aplicación de este modelo es la misma que en la mañana, no se les atiende de manera diferente.

Ahora el 112 deriva estos procesos como “paciente al centro”, así el paciente acude al centro y lo ve en primer lugar el médico. Para que le vea la enfermera en primer lugar se podría implantar triaje en el horario de 15 a 20 horas. Si el mensaje es directo, sin pasar por el médico coordinador, que el mensaje vaya directamente a la enfermera, para que haga el triaje. Los avisos a domicilio tienen que seguir siendo para los dos.

Desarrollo del modelo en la estrategia en los ZBS rurales.

9. Recursos necesarios para mejorar la capacidad de resolución/Resultados (Recursos Humanos, Acceso a la información clínica y social, TIC's, material fungible, acceso a pruebas diagnósticas, incorporación de equipos diagnósticos al centro de salud...)

Sobre todo, es necesario una mejora en la política de recursos humanos.

Acceso a más información en la red.

Transparencia/publicación indicadores por profesional.

Facultar a enfermería para prescribir determinados fármacos y gestión IT de menos de tres días, por estos procesos.

Si no fuese posible se puede habilitar una “propuesta de IT” que haga la enfermera y después refrende la médica.

Normatizar las funciones de los distintos profesionales de Atención de Primaria.

En Recursos Humanos, perfil profesional de enfermería y de admisión para estar en listas de Atención Primaria, que se considere Atención Primaria una lista especial.

Lograr la menor rotación posible de los profesionales. Listas cortas para todo el año, tener un número de sustitutos concreto para todas las sustituciones cortas que vayan a surgir en un determinado tiempo en un centro, *¿contratos estructurales?*

10. Tiempos dedicados a atención en domicilio/Intervención comunitaria

Aumentar el tiempo de intervención comunitaria, con disponibilidad de tiempo real, apoyo para las sesiones y reconocimiento de la actividad: Incentivos, compensación horaria etc.

Aumentar el tiempo de domicilios con más proactividad

GRUPO III. Capacidad Resolutiva.

12. Modelo asistencial para una Atención Primaria renovada.

1. *¿Cómo podemos mejorar el modelo de coordinación entre APS y Hospitalaria para favorecer la resolución de la APS?*

2. *¿Cómo debe ser el modelo de relación entre profesionales:*

dentro de atención primaria,

entre atención primaria y otras especialidades hospitalarias, y entre atención primaria y salud mental?

- Identificar referentes dentro de la atención primaria para los distintos temas y establecer mecanismos de comunicación con ellos.
- Que existan personas de referencia a nivel hospitalario para cada zona básica y realizar reuniones periódicas con ellos en los centros de salud.
- Utilización de teléfono y correo electrónico, además de la INP, para dudas concretas para que sea más ágil y cercano.
- Evaluar la calidad de la derivación y de la respuesta a nivel individual.

3. *¿Funciona la interconsulta no presencial? ¿Cómo podría fomentarse?*

- Depende de las especialidades. Seguir el modelo de digestivo. Consensuar criterios de derivación. Evaluación de los resultados en ambos ámbitos para utilizarlos en la mejora.
- Tras establecer criterios claros de derivación, presentación de la herramienta en los centros y que haya un personal de referencia en cada servicio.

4. *¿Qué otras alternativas de mejora de relación entre equipos y ámbitos asistenciales favorecerían la resolución de los procesos de atención?*

También es importante una INP para enfermería (curas, dudas en aplicación correcta de las técnicas, etc.)

13. Modelo de roles y atribuciones de Atención primaria. Competencias y formación de profesionales.

1. *¿Cuál identifica que debe ser el papel de la Atención Primaria en relación a la cirugía menor y el uso de la ecografía?*

- ECOGRAFÍA: Está por definir las indicaciones en atención primaria.
- CIRUGÍA MENOR: En todas las zonas básicas debe ofertarse ese servicio para unas patologías bien definidas.

2. *¿Deberían implantarse otro tipo de intervenciones además de las ya activas, que mejoraran la capacidad resolutive? ¿Cuáles?*

- Formación en radiografía simple.
- Poder solicitar el estudio neurofisiológico desde atención primaria en la sospecha del síndrome del túnel carpiano.

3. *¿Qué competencias y atribuciones tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales para la potenciación de la cirugía menor y la implantación de la ecografía?*

Definir que procedimientos ecográficos pueden ser realizados por enfermería. (*Pie diabético, complementario a doppler, visualizar globo vesical para sondajes...*)

En principio debería ser una tarea de dos profesionales.

Definir procedimientos de cirugía menor que puede realizar enfermería: desbridamiento abscesos, fibromas péndulos, queratosis seborreica, verrugas, uña encarnada.

4. *¿En qué aspectos concretos desarrollarían formación específica en relación con el uso de ecografía y el desarrollo de la cirugía menor?*

En el caso de la ecografía se debería tender a un programa de formación reglado para los profesionales.

Del mismo modo, debería hacerse para cirugía menor.

5. *¿Cómo debemos organizar los tiempos de dedicación a ecografía?*

Se debe definir cuáles son los procedimientos de ecografía que se van a incluir en cartera de servicios.

La dificultad mayor está en organizar la atención a los procedimientos no demorables.

Incluir agenda programada de ECO y definir en el centro los planes de contingencia para caso urgentes.

6. *¿Para qué perfiles desarrollarían formación específica en relación con el uso de ecografía y el desarrollo de la cirugía menor? ¿En qué aspectos concretos?*

Tanto para medicina y enfermería de los EAP (incluido el personal del SUR).

7. *¿Cómo debemos organizar los tiempos de dedicación a cirugía menor?*

Se debe definir cuáles son los procedimientos de cirugía menor que se van a incluir en cartera de servicios. Incluir agenda programada de CIRUGIA MENOR. Posibilidad de dos citas: una de valoración y consentimiento informado y otra de intervención.

8. *¿Sería útil la derivación a fisioterapia de cara a aumentar la capacidad resolutive?*

Si, si partidos de una cartera de servicios bien definida que permita una derivación adecuada directa de atención primaria.

9. *¿Qué pruebas complementarias y que nuevas competencias (como dermatoscopia), necesitaría AP para aumentar su capacidad resolutive?*

Es una técnica necesaria en todos los centros. Se debe dotar a los centros de material de la misma calidad de imagen que los utilizados en dermatología.

Realización de Infiltraciones en todos los centros. Agenda.

Acceso a estudios neurofisiológicos (túnel carpiano).

14. Modelo organizativo de Atención Primaria

1. *¿Qué es necesario en la organización del EAP para que se pueda aplicar este modelo?*

Agenda, organización interna y reparto de tareas. Profesionales. Realizar las distintas organizaciones en función de las peculiaridades de cada zona básica. Hay tareas que son de cada UBA y hay tareas que son comunes del centro.

2. *¿Es positiva la comarcalización como ámbito de la ecografía clínica y la cirugía menor?*

Si. Compartir servicios entre zonas básicas colindantes.

3. *Criterios para la determinación del tamaño del cupo por UBA Nº TIS/Profesional. Plantillas.*

Es muy difícil determinar el tamaño ideal. Estandarizar no sólo por edad, también por patologías, dispersión geográfica y otros criterios.

4. *Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería? ¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación? ¿Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?*

Creemos que es conveniente mantener el modelo de UBA actual.

Creemos que no se deberían plantear más actividades de pull.

Creemos que se debe fidelizar al personal y que el personal que vaya a los centros esté formado adecuadamente.

5. *¿Es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?*

Es positivo. Creemos que debería ser voluntario e incentivado.

GRUPO IV. Atención Sociosanitaria.

15. Modelo asistencial para una Atención Primaria renovada.

1. *Identificación de los problemas actuales y propuestas de mejoras en relación a la atención sociosanitaria.*

Problemas actuales

- Dificultad en la identificación, captación de pacientes con problemática social. Esto es debido entre otros factores a la falta de formación en aspectos sociales y desconocimiento de los recursos existentes que dan cobertura a esta problemática.
- Duplicidad de enfoque (doble visión de los problemas sociales) desde salud y desde los servicios sociales de base (SSB).
- Carencia de un sistema de comunicación eficaz entre “Políticas sociales” y “Salud”. No existe posibilidad de acceso a la historia social (SSB) desde salud, aumento de la burocracia.
- Falta de información social que pueda facilitar el trabajo en salud (nivel de dependencia, listados de personas con nivel bajo de recursos, ayudas económicas...).
- Falta de cultura acerca del trabajo del trabajador social, tanto por parte de los profesionales como de la población.
- Resistencia de la población a la derivación a trabajo social.
- Falta de desarrollo de planificación al alta en las personas con déficit de apoyo social, falta de recursos de urgencia.
- Déficit de recursos sociales que condicionan derivación a urgencias por falta de apoyo. Falta de alternativas a los centros residenciales(instituciones), existencia de escasos recursos intermedios y en su entorno, así cómo de urgencia.
- Deformación en temas sociosanitarios (maltrato, apoyo...).

Propuestas de mejora

- Desarrollo de sistemas de información compartidos (Sistemas compartidos).
- Profesionales proactivos para identificar población de riesgo y derivación de TS.
- Visibilizar la figura del trabajador social.
- Posibilidad de extrapolar los recursos destinados a pacientes con trastornos mentales graves, teniendo en cuenta la falta de recursos y coordinación.
- Aumentar los recursos sociosanitarios.

2. *¿A quién va dirigida la estrategia? ¿Existen subpoblaciones prioritarias que requieran acciones específicas?*

Dirigido a la población de riesgo y en riesgo

Subpoblaciones prioritarias:

- Ancianos frágiles
- Personas en riesgo social: menores desatendidos, adolescentes con consumos, minorías étnicas, familias desestructuradas, trastornos mentales graves, desempleados ...

3. *¿Cómo podemos mejorar la continuidad asistencial/atención integral entre la atención sanitaria y la atención social?*

- Estableciendo una coordinación intersectorial (salud-social) protocolizada
- Desarrollo de protocolos de comunicación con objetivos claros
- Gestión de casos; dónde trabajo social sea el responsable.
- Desarrollo de una herramienta que permita una valoración global (del tipo a la del paciente crónico en ATENEA)
- Reuniones regladas (Unidad básica de atención y trabajador social), con tiempos en agenda.
- Mejorar los circuitos de comunicación que permitan dar respuesta rápida y eficaz a los problemas.
- Establecimiento de alianzas con “políticas Sociales”.
- Respuestas a las valoraciones que permitan intervenciones ágiles y eficaces. En la actualidad se realiza la valoración pero tenemos dificultades en la intervención (formación en este aspecto).

- Planes de trabajo conjuntos (multidisciplinar), cada profesional acorde a sus competencias.

4. *Responsable de coordinación trabajo social. ¿Cómo debería ser el modelo de Atención sanitaria en los centros sociosanitarios con profesionales de medicina de la zona básica?*

- Necesidad de una legislación que regule las necesidades profesionales y de la atención. En la actualidad legislación muy antigua y ambigua. Se precisa mayor definición.
- Formación abierta del SNS- O a las enfermeras de las residencias (garantía de continuidad de cuidados en base a los protocolos, guías, estrategias... utilizadas en AP).
- Desarrollo de un estudio minucioso que determine los perfiles de las residencias (Salud responsable de los sanitarios).
- Establecimiento de unos mínimos que todas las residencias deban garantizar.

5. *¿Qué recursos serían necesarios para mejorar esta atención?*

- Estudio pormenorizado de los recursos existentes y necesidades.
- Desarrollo de recursos intermedios, residenciales, de urgencia y ocupacionales para mantener a las personas en su entorno (cuidadoras, manutención, lavandería...).
- Incorporación de "teletrabajo de ATENEA" a todos los centros sociosanitarios.

6. *¿Cómo puede participar la población en la atención sociosanitaria?*

- Voluntariado.
- Incorporando a la población a los grupos de trabajo (participación activa)
- Establecimiento de relaciones colaborativas con los agentes de la comunidad (ayuntamiento, asociaciones....)

16. Modelo de roles y atribuciones de Atención primaria. Competencias y formación de profesionales.

1. *¿Cuál tiene que ser el papel de la Atención Primaria?*

Estudio de recursos y necesidades.

2. *¿Qué competencias (conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona en su ámbito laboral) y atribuciones (entendido como funciones que la organización le otorga y posibilita) tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales?*

Todos los profesionales deben tener las mismas competencias que para el ámbito sanitario con el valor añadido del aspecto social. Proactivos para la captación de la población de riesgo (habilidades sociales).

Capacidad de identificar, valorar e intervenir (desarrollo de planes de intervención)

Se valora como positivo la incorporación de otros perfiles profesionales (fisioterapeuta y terapeuta ocupacional).

3. *¿Qué líneas de formación incluirías en el Plan de Formación continuada específico de Atención Primaria para los siguientes perfiles profesionales?*

Formación en la problemática social más frecuente que nos permita:

- Detención de riesgos (factores que los ocasionan)
- Desarrollo de planes de intervención individualizados adaptados a cada perfil profesional.
- Manejo de situaciones de riesgo, no solo identificación y valoración, sino intervenir en ellos de forma eficaz.

4. *¿Podéis concretar los aspectos de una nueva legislación que planteáis que regule las necesidades profesionales y de la atención?*

- Se propone realizar una revisión y regulación de dotación de personal en los centros socio-sanitarios, residenciales... tanto públicos como privados. Teniendo en cuenta los perfiles profesionales (enfermería, trabajo social, medicina) como las intensidades de atención (horarios).
- Revisión de conciertos con entidades con establecimiento de requisitos mínimos.
- Regular condiciones de trabajo de los profesionales en recursos socio-sanitarios.

5. *¿En qué se precisa mayor definición?*

- Criterios y contenidos de servicios de Ayuda a Domicilio. Unificación de criterios.
- No ser tan rígidos en las atribuciones profesionales en la atención socio sanitaria, (¿Qué es social y qué es sanitario?).
- Formación para cuidadores.
- Supervisión sobre ayudas económicas para el cuidado de atención domiciliaria, seguimiento y adecuación de las mismas al cometido por las que se designan.

6. *¿Qué atribuciones deberían tener cada uno de los profesionales implicados en los Planes de trabajo conjuntos (multidisciplinar)?*

Se valora y discute sobre la posible ampliación de atribuciones a algunos perfiles como trabajadores familiares y farmacéuticos.

7. *¿En qué servicios planteáis la incorporación de otros perfiles profesionales (fisioterapeuta y terapeuta ocupacional)?*

- En centros socio-sanitarios, centros de salud, domicilio, centros de día, centros cívicos.
- Estableciendo perfiles de pacientes (EPOC, cardiovascular, pérdida de masa muscular, envejecimiento...)
- Fisioterapeuta con autonomía en prescripción (no necesariamente con derivación de médico rehabilitador).
- Conjuntamente con ayuntamientos en la promoción de participación social y de ocio, contando con los recursos y actividades existentes.

17. Modelo organizativo de Atención Primaria

1. *¿Se ve positiva la comarcalización como ámbito de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico?*

Positivo, siempre que la comarcalización este bien definida y exista implicación de los ayuntamientos.

La comarcalización favorece la comunicación entre los entes sociosanitarios de la comunidad y al tratarse de algo mancomunado será más económico (ahorro de dinero).

2. *¿Cómo puede organizarse el centro para coordinarse la atención a pacientes con necesidades sociales?*

Desarrollando intervenciones comunitarias haciendo uso de los recursos de que dispone en su comunidad.

3. *Criterios para la determinación del tamaño del cupo por UBA Nº TIS/Profesional. Plantillas.*

Los criterios que se consideran más adecuados e influyentes en las cargas de trabajo son los grupos etarios y la dispersión geográfica.

Si que pueden existir otros factores de corrección como los colectivos con necesidades especiales.

4. *Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería? ¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación? ¿Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?*

5. *¿Cómo se está organizando la UBA para las valoraciones? ¿Cómo se debería hacer? ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual?*

Es necesario cambiar el modelo actual, posibilidad de UBAs de acuerdo a los grupos etarios y necesidades de cuidados

Por ejemplo: A mayor población envejecida, más necesidades de cuidados lo que conllevaría que se precisara más personal de enfermería que medicina.

¿libre elección de enfermería?

Tienen connotaciones positivas, pero sería preciso pilotarlo. Falta de operatividad en todas las UBAs (consultorios), lo que ocasionaría la convivencia de ambos sistemas.

¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación?

Tendría que existir otras posibilidades; cada UBA debería contar con los profesionales de acuerdo a los grupos de edad que atiende.

Es preciso hacer un buen uso de las competencias de cada profesional, modelo adaptado a las necesidades.

¿Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?

Si, en aquellas ocasiones en las que la intervención no conlleva valor añadido

6. *¿Es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?*

SI, de lunes a jueves. Eliminaría la inestabilidad de los turnos de tarde.

6. Recursos necesarios para mejorar la capacidad de resolución/Resultados (Recursos Humanos, Acceso a la información clínica y social, TIC's, material fungible, acceso a pruebas diagnósticas, incorporación de equipos diagnósticos al centro de salud...)

Cartera de servicios con la formación adecuada.

Recursos nuevos acompañados de formación, sino van acompañados de plan docente hace que se infrutilicen. Lo mismo pasa para aquellas tareas que llevan mucho tiempo sin utilizarse o bajo uso, se requiere formación.

7. Tiempos dedicados a atención en domicilio/Intervención comunitaria.

Tiempos diferentes según los perfiles profesionales.

Domiciliaria e intervenciones comunitarias, enfermería más tiempo de dedicación que medicina.

Necesidad de incorporar espacios en agenda.

8. ¿Qué tipo de desarrollo de protocolos de comunicación tiene que ponerse en marcha? ¿Qué circuitos hay que mejorar?

- Hay que mejorar los circuitos de coordinación y comunicación de la organización, principalmente con Servicios Sociales de Base.
- Disponer de sistemas de información compartidos a través de Historia Clínica compartiendo según que espacios de la misma. (Aplicación de filtros para Servicios Sociales. Disponer de algunos datos del área social como expedientes de valoración de dependencia y similares en Hª Clínica...).
- Mayor pro actividad en atención socio sanitaria desde Servicios Sociales de Base (no actuar solo ante demanda).
- Espacios comunes. Formación común ámbito socio-sanitario
- Establecer circuitos de urgencia social para las 24 horas del día y con creación de recursos necesarios.

GRUPO V. Participación Comunitaria.

17. Modelo asistencial para una Atención Primaria renovada.

1. *Participación Ciudadana/pacientes: Aspectos en los que debe haber participación ciudadana (gestión y distribución de los recursos, organización de la asistencia, evaluación de los resultados, en el proceso de atención, etc...)*

Participación ciudadana:

- Preguntar si pero teniendo en cuenta la capacidad de respuesta. ¿tenemos posibilidad de responder a sus demandas?
 - Parte del grupo participación ciudadana siempre.
 - Otros componentes piensan que hay que tener en cuenta a los profesionales y los recursos disponibles.
- Órganos válidos: Consejo de Salud, asociaciones, grupos de activos de la población.
- Evaluación de resultados sí a través de encuestas.

2. *¿Qué fórmulas para conseguir una participación ciudadana real? Pasos a dar de forma práctica para la implantación de la estrategia.*

- Actualizar normativa y composición del Consejo de Salud. Reactivarlo.
- Figura de Responsable de Atención Comunitaria en cada zona para valorar las demandas (Trabajadora Social, etc)
- Buzón de sugerencias en el centro y en el ayuntamiento.
- Comisiones de Parlamento....

3. *¿Cómo podemos mejorar la representatividad de los ciudadanos?*

- Uso de nuevas tecnologías.
- Preguntas a través de encuestas.
- Crear grupos de trabajo comunitario en el municipio.
- Profesionales implicados.

4. *¿Qué papel tienen que tener las asociaciones de pacientes?*

- Detectan y sufren las necesidades derivadas de su grupo. Dan visibilidad a su problema.
- Sensibilizan a la sociedad ayudándonos a conseguir demandas.
- Tienen acceso a recursos económicos a los que nosotros como ente público no podemos acceder.

5. *¿Con que funciones se podrían reactivar los consejos de salud? ¿Qué enfoque deberían de tener?*

- Actualizando la normativa.
- Aunque no sean vinculantes debe tenerse muy en cuenta sus decisiones.
- Importante que desde el Centro/subdirección se dinamice.
- Problema la temporalidad.

18. Modelo de roles y atribuciones de Atención primaria. Competencias y formación de profesionales.

1. ¿Cuál tiene que ser el papel de la Atención Primaria?

Dinamizador, facilitador, sensibilizador, participativo

Coordinación con otros grupos (ayuntamientos, Servicio Social de base asociaciones...)

2. ¿Qué competencias (conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona en su ámbito laboral) y atribuciones (entendido como funciones que la organización le otorga y posibilita) tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales?

Profesionales de medicina: Detección activa, conocimiento de las actividades ofertadas, apoyo docente, consejo sistematizado, aprovechar la referencialidad de su médico.

Profesionales de enfermería adultos e infancia. El eje de la educación.

Enfermera de Enlace Comunitaria. No existe. ¿Cuáles son las atribuciones? ¿Interna o coordinación externa?

Profesionales de pediatría. Detección activa, conocimiento de actividades ofertadas, apoyo docente, consejo sistematizado, aprovechar la referencia de médico. Trabajo en red. prevención

Profesionales de trabajo social. Participar y coordinarse con los recursos de la comunidad. Trabajo en red.

Profesionales de admisión. Receptores y gestores de la demanda, informar, participar en las diferentes formaciones.

Otros perfiles profesionales: Formadores externos.

3. ¿Qué líneas de formación incluirías en el Plan de Formación continuada específico de Atención Primaria para los siguientes perfiles profesionales?

Profesionales de medicina: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

Profesionales de enfermería adultos e infancia: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

Enfermera de Enlace Comunitaria: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

Profesionales de pediatría: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

Profesionales de trabajo social: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

Profesionales de admisión: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

Otros perfiles profesionales: Formación de contenidos, de cómo impartirlos, y cómo captar

4. *¿En qué aspectos tiene que renovarse la normativa de los consejos de salud?*

Consejo de Salud:

¿Para qué sirven? Ágiles, operativos, con capacidad de trabajo

¿Hacia dónde ir? Participación en la comunidad, flexibilidad en tiempo y número, comisión de trabajo para la solución de problemas, cambio de la normativa y actualización, utilización de las redes sociales actualizado al día actual.

5. *¿Podrías concretar el cómo debemos organizarnos en el equipo para participar en proyectos de intervención comunitaria?*

Trabajadora social como persona de referencia del equipo

Buscar el profesional más idóneo y disponible

6. *¿Podrías concretar la respuesta sobre si es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?*

Para la comunidad podría ser positivo sobre todo en zonas urbanas, para los profesionales en estos momentos inviable.

7. *¿Qué recursos hay que potenciar de la comunidad para que se fomente la promoción de la salud?*

Educativos

Asociaciones

Creación grupos con intereses

19. Modelo organizativo de Atención Primaria

1. *¿Cómo debemos organizarnos en el equipo para participar en proyectos de intervención comunitaria?*

- Según determine la Dirección de AP
- En función de las demandas de la población.
- En función de los recursos del equipo.

2. *¿Cómo se puede impulsar la intervención comunitaria?*

- Con tiempo y recursos.
- Con medicina basada en la evidencia.

3. *¿Es positiva la comarcalización como ámbito de los proyectos de intervención comunitaria?*

- Según zonas.
- Fundamental el transporte.

4. *Criterios para la determinación del tamaño del cupo por UBA Nº TIS/Profesional. Plantillas*

- 1250 TIS máximo (según estándar internacional)
- Depende del modelo que queramos.
- Estabilizar plantillas.
- Fidelizar a los centros rurales.

5. *Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería? ¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación? ¿Se pueden*

plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?

Lo primero es regular las competencias de enfermería.

Depende del modelo y de la población.

6. *¿Es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?*

¿Para quién? Se puede plantear como conciliación familiar.

7. *Recursos necesarios para mejorar la capacidad de resolución/Resultados (Recursos Humanos, Acceso a la información clínica y social, TIC's, material fungible, acceso a pruebas diagnósticas, incorporación de equipos diagnósticos al centro de salud...)*

Humanos, económicos con capacidad de decisión (horas realizadas por la tarde)

8. *Tiempos dedicados a atención en domicilio/Intervención comunitaria.*

Depende de las zonas

Necesidad de tener capacidad de los profesionales para decidir.

9. *Tiempos dedicados a atención en domicilio/Intervención comunitaria.*

Atención domiciliaria necesaria

Intervención comunitaria la que se puede.

GRUPO VI. Atención Integral a la Infancia.

20. Modelo asistencial para una Atención Primaria renovada.

1. *¿Qué cartera de servicios debe incluir el Plan de Atención Integral a la infancia?*

Programas preventivos directos en la consulta y en el marco escolar.

Programas asistenciales directos en Agudos, crónicos, urgentes, domiciliaria, con:

- Intervenciones comunitarias.
- Intervención prevención promoción a nivel escolar
- Sociosanitario
- Trabajo en red

Junto a ello, programas preventivos directos en la consulta y en el marco escolar.

Asimismo, los TT.SS. hemos elaborado y la Dirección de Atención Primaria ha aprobado la Cartera de Trabajo Social con Adultos en APS. Faltaría por elaborar la **Cartera de TS en APS con población infantil.** (MA)

2. *Identificación de problemas actuales en la atención a la infancia.*

- Dificultad para cobertura de plazas de pediatras especialmente en ámbito rural
- Insuficiente número de profesionales de enfermería formadas en pediatría
- Lentitud incorporación de modificaciones en las agendas.
- Exceso de componente agudo y de poca significación clínica en la actividad cotidiana.
- Variabilidad de la práctica clínica entre Pediatras
- Dificultad de coordinación entre niveles.
- Detección e intervención del infante en especial situación de riesgo de desamparo....
- Atención continuada y urgencia con problemas de sobreutilización

- Hiperfrecuentadores
- Altas precoces post parto

El análisis DAFO realizado por un grupo muy significativo de pediatras de Navarra, indica un escenario con fuertes debilidades propias (16 de las 19 debilidades detectadas son sentidas como un problema MUY IMPORTANTE) asociadas a unas amenazas externas MUY RELEVANTES (las 12 amenazas detectadas se consideran problemas MUY IMPORTANTES).

Las debilidades más fuertes detectadas, tienen que ver con:

- riesgos de seguridad y falta de calidad provocadas por sobrecargas de trabajo
- demanda excesiva y poco cualificada, y
- condiciones administrativas/gestión que amenazan esa seguridad tales como políticas restrictivas de sustituciones, coberturas de plazas por médicos no pediatras, altos niveles de interinidad, dificultades para la estabilidad de las plazas,
- así como algunas instalaciones inadecuadamente dotadas.
- En este escenario de fuertes debilidades, la Pediatría de Atención Primaria se encuentra encuadrada en una estructura administrativa y de gestión en la que no se identifican intereses propios ni específicos de la atención infantojuvenil. Se detecta una minimización de la importancia de los profesionales de la atención infantojuvenil frente a los profesionales que atienden a los adultos.
- No existe una política definida que sea capaz de vertebrar adecuadamente los recursos, para hacer frente a los nuevos retos que presenta la sociedad en ese estrato etario (inmigración, multiculturalidad, TIC's, acoso, trastornos alimentación, obesidad...).
- Específicamente la asistencia pediátrica ha obtenido un desarrollo muy notable, con unos parámetros de calidad, seguridad y satisfacción entre los mejores del estado.
- Por razones de tipo demográfico, en el entorno de lo que queda de la década, se van a producir importantes procesos de recambio generacional, tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo. Estos recambios, van a ahondar

los problemas, comprometiendo de forma sensible la calidad y seguridad de la atención.

- La escasa consideración que ha tenido la Pediatría en los ámbitos de gestión, hace que el problema no tenga una solución prevista.
- La escasa flexibilidad normativa, e incluso la carencia de ésta, no permiten visualizar una línea de soluciones posibles a medio plazo

3. *¿A quién va dirigida la estrategia? ¿Existen subpoblaciones prioritarias que requieran acciones específicas?*

La estrategia va dirigida a la población infantojuvenil de 0 a 15 años de Navarra.

Debería evaluarse la conveniencia de extender la atención por parte del pediatra hasta la edad adulta, es decir hasta los 18 años.

Requieren acciones específicas los grupos poblacionales de niños y jóvenes con especial riesgo y vulnerabilidad:

- Entre las subpoblaciones prioritarias que requieren acciones específicas tenemos a:
 - Nuevas formas de familia (por ejemplo: monoparentales)
 - Familias recién llegadas a Navarra, sin conocimientos de castellano, con hábitos y maneras culturales muy diferentes, que requieren intervenciones específicas. Por ejemplo: con familias subsaharianas (abordaje de problemas relacionados en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, incluido dificultades de aprendizaje, TDAH, educación sexual, hábitos de consumo...
 - Otro Ejemplo: la campaña que en su día se realizó desde Médicos Del Mundo en relación al protocolo de prevención de la Mutilación Genital Femenina.

4. *¿Cómo debería ser la atención al niño con problemas agudos?.*

Dentro de este capítulo, ¿cómo abordar la atención al niño con problemas agudos autolimitados? ¿Cómo potenciar los autocuidados?

La atención debería ser proporcional a su importancia, con un abordaje institucional colectivo, grupal, e individual.

Sería importante la elaboración de un check para uniformizar la selección, a partir de la definición de proceso autolimitado (proceso que tiende a la resolución espontánea, y es de bajo riesgo) vs (el proceso que no debería acudir a la consulta).

La selección de la derivación debería ser por parte del personal de administración con formación específica para ese personal, con una clara especificación de la casuística susceptible, y un claro protocolo de atención

Realización de la atención por parte de profesional de enfermería formado.

Sobre *¿Cómo potenciar los autocuidados?*, lo ideal es que se haga a nivel comunitario (institucional, medios de comunicación...), individual en la consulta, colectiva en el centro de salud, además de en el ámbito escolar.

5. *¿Cómo debería ser el abordaje de un niño con patología crónica?*

Atención multidisciplinar (personal sanitario y trabajo social), y a nivel escolar (formación a la comunidad educativa).

Debe disponer de un espacio propio en la agenda, interdisciplinaria.

Educación colectiva, coordinación entre niveles (evitando que el nivel hospitalario fagocite el paciente)

Coordinación entre niveles.

Es fundamental en niños/as con patologías crónicas, contemplar la EpS individual, familiar y grupal: (inicialmente a padres, luego también a niñ@; ejemplo: asma y manejo inhaladores,)

Fomento de los autocuidados en familia y escuela.

6. *¿Cómo debe ser el abordaje de un niño con necesidades sociosanitarias?*

Debe realizarse una adecuada y precoz detección de los niños con necesidades sociosanitarias. Especialmente en el periodo neonatal.

- El abordaje de los casos detectados debe realizarse a través de Trabajo en red. (Justicia, D. Social, salud...).

- Trabajo en red: Favorecer y potenciar el trabajo en equipo multiprofesional (pediatra, enfermera, trabajo social, matronas, etc...) , con integración del trabajo de los distintos profesionales que tienen relación con la población infantil en el ámbito familiar social y educativo, compartiendo información de forma sistematizada y ágil. Potenciar la capacitación e implicación de todos los componentes del equipo.

Debe ser una ATENCIÓN INTEGRAL, incorporando también en su Hª Clínica la Valoración / Intervención Social (coordinación con otros servicios sanitarios, servicios sociales, educación, justicia), y en donde la metodología de TRABAJO EN RED adquiere especial relevancia.

7. *¿Cómo debe ser la atención a un niño sano en el contexto del Programa Salud Infantil y de la adolescencia?*

El Diseño del Programa de Salud Infantil y Adolescencia está en general bien estructurado y aborda aspectos adecuados, otra cosa es que podamos mejorar en la puesta en marcha.

Es de interés plantearse actividades de **EpS grupales en el propio CS** y también en colaboración con los Centros Educativos. Existen experiencias con trayectoria de años.

Temas: estilos educativos, promoción de hábitos saludables (prevención consumos, ejercicio físico, utilización de pantallas, ocio familiar, normas, límites, sobreprotección, habilidades parentales...

Debería estar orientada a la prevención, promoción de la salud y autocuidados y hábitos saludables y de carácter multidisciplinar.

8. *¿Cómo debe ser la atención a un niño con necesidad de cuidados paliativos si permanece en domicilio?*

Debe estar basado en el apoyo emocional, la conciliación de la vida familiar y laboral y una buena coordinación con equipos y las unidades especializadas (*Equipo de Paliativos, Asociaciones de Salud, etc.*)

Afortunadamente esos casos son poco frecuentes, y en consecuencia los equipos profesionales (pediatra y enfermera) no disponen de una casuística propia lo suficientemente numerosa como para mantener unas competencias y destrezas idóneas. Por ello el equipo de profesionales que vaya a realizar el seguimiento en AP (pediatra y enfermera), debe trabajar bajo las instrucciones y colaboración con las unidades especializadas.

9. *¿Cómo podemos mejorar la continuidad asistencial/atención integral dentro del equipo de Atención Primaria y con la Atención Hospitalaria?*

En un escenario ideal, el paciente debería recibir una atención personalizada, de calidad y continua sin percibir la división entre niveles. Con los recursos a su alcance, el pediatra de AP resuelve la mayoría de las demandas asistenciales de este nivel, con la ventaja de hacerlo en su propio entorno familiar y comunitario.

Para obtener este desiderátum:

- Desarrollo de guías de práctica clínica/ procesos asistenciales integrados específicos de pediatría que establezcan qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo, dónde intervenir y quién debe hacerlo. Establecer las funciones y capacidades de cada nivel y los criterios de derivación en ambos sentidos. Impulsar el desarrollo y la implantación de modelos de gestión por procesos asistenciales.
- Incrementar los recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del pediatra de AP que aseguren una alta capacidad resolutive. Establecer circuitos para la utilización de los recursos de AE sin utilizar los dispositivos de urgencia. Asegurar la capacitación en el uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del pediatra de AP que permita una adecuada utilización del recurso. Disponibilidad de tiempo para el uso de los recursos. Sin tiempo para el paciente, todo es discontinuidad
- Aunque las CNP en Pediatría están funcionando bastante bien, se pueden considerar diferentes situaciones o tipos de interconsultas:
 - a. El pediatra de AP debería tener acceso directo telefónico a los especialistas de referencia con los que ha elegido trabajar para la realización “consultas telefónicas puntuales”. Accediendo a él de forma directa para hacerle la consulta clínica en cuestión y acordar conjuntamente la pauta a seguir. De especial relevancia el uso de las nuevas tecnologías para zonas de gran dispersión geográfica.
 - b. Es de interés el desarrollo de la “consulta presencial con posibilidad de resolución en acto único” para la práctica de una técnica, valoración clínica puntual, etc. Esta modalidad de consulta puede estar precedida por una consultoría telefónica que se concrete en una cita dada sobre la marcha por el propio especialista. El pediatra de AP cumplimenta el documento clínico de la consultoría y lo entrega al paciente con las pruebas complementarias que puedan ser necesarias. Este proceso estaría facilitado con la implantación de la historia de salud única. Con semejantes características se desarrollarían la “consulta presencial con carácter preferente” y la “consulta presencial con carácter ordinario”.
- La existencia de una historia clínica única es muy importante, o cuando menos la posibilidad de que desde el Hospital tengan acceso directo a la Historia de AP, con la posibilidad de que se puedan incorporar comentarios clínicos en ambas direcciones.
- En la recepción de los pacientes derivados de forma urgente al Hospital por un Pediatra de AP o del SUE, se priorizará la atención médica en función de la valoración clínica realizada por el pediatra de AP previa a su envío. Sería deseable

y proporcionado que estos pacientes, que ya han sido valorados por un pediatra de AP, fueran atendidos por médicos con un perfil competencial acorde.

- Informes de continuidad de cuidados entre equipo de mañana y equipo de SUR en los cupos que no disponen de SUE.
- Reportes diarios de los pacientes atendidos en el SUE de cada cupo con informes de continuidad de cuidados entre equipo de mañana y equipo de SUE.
- Trabajo en red para la integralidad

10. ¿Existen actuaciones que no aportan valor que habría que “DEJAR DE HACER”?

De índole clínica, todas aquellas no sustentada en la MBE (Existen recomendaciones de la AEPap.) que suponen aumento de los recursos (diagnósticos y terapéuticos) y visitas.

De índole administrativa, informes médicos deportivos, informes para situaciones de separación matrimonial.

En ambos casos, aunque cualitativamente se trata de actividades cuya eliminación es muy importante, de acuerdo al impacto cuantitativo en la actividad, tienen escasa relevancia, y por lo tanto no parece que su eliminación suponga un aporte de tiempo adicional para absorber otras carencias de la programación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTOS fuera de eficacia.

11. Participación Ciudadana: ¿Cómo tiene que ser la relación con la escuela? ¿Qué relación tiene que tener el centro de salud con escuelas de padres y madres y APYMAS?

Debe primar la colaboración (por ejemplo, en la coordinación socio-sanitaria; detección/intervención de indicadores de riesgo de desprotección que se detectan en el ámbito educativo o en el de salud).

Tengo la impresión que en ocasiones el CS adquiere demasiado protagonismo y las Escuelas de Padre y Madres y APYMAS cuentan con trayectoria suficiente para asumir, también, iniciativas de salud (por ejemplo en colaboración con Asociaciones de Salud, contratación profesionales con fondos propios, etc.)

Trabajar en red.

Promoción en la escuela.

Planes de acción en el ámbito escolar de los procesos crónicos.

21. Modelo de roles y atribuciones de Atención primaria.

Competencias y formación de profesionales.

1. ¿Cuál tiene que ser el papel de la Atención Primaria?

La Dirección de Atención Primaria debe establecer los roles y competencias de los diferentes perfiles profesionales implicados. Y además fijarlos como marco normativo, con respaldo legal.

2. ¿Qué competencias (conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona en su ámbito laboral) y atribuciones (entendido como funciones que la organización le otorga y posibilita) tendrían que asumir los distintos perfiles profesionales?

Profesionales de medicina

Atención continuada y urgente.

Detección de situaciones de riesgo físico y psicosocial (a través de la familia)

Profesionales de enfermería adultos e infancia

Enfermería adultos:

Atención continuada y urgente.

Detección de situaciones de riesgo físico y psicosocial (a través de la familia)

Enfermería pediátrica:

Las explicitadas en el programa de la especialidad

Las expuestas en el curriculum europea.

Las descritas en el ANEXO I

Programa formativo de la enfermería pediátrica. competencias más relevantes y específicas de la enfermería de pediatría, así como de las habilidades.

2.1 Las competencias más relevantes descritas en el programa oficial de la especialidad de enfermería pediátrica

2.2 Competencias de intervención avanzada para asegurar el bienestar del recién nacido, niño o adolescentes sano:

2.3 Competencias de intervención enfermera pediatría avanzada para niños y adolescentes con problemas de salud.

Profesionales de pediatría

Las descritas en el Curriculum de Formación en Pediatría de Atención PRIMARIA. Anexo II.

Competencias de AREAS específicas de Atención PRIMARIA

- Pediatría comunitaria y preventiva
 - o Pediatría Comunitaria
 - o Pediatría preventiva
- Desarrollo
 - o Conducta y salud mental
 - o Crecimiento y desarrollo
 - o Nutrición
 - o Trastornos del lenguaje, aprendizaje y sensoriales
 - o Funcionamiento psicosocial
- Adolescencia
 - o Medicina del Adolescente
 - o Abuso de sustancias
- Maltrato
 - o Maltrato infantil y negligencia

Profesionales de admisión

Información y cribaje

A definir adicional a las expuestas en el plan de mejora

Trabajador/a Social:

Resolución conflictos, Detección problemas

El perfil profesional de TS es la descripción de competencias (conocimientos, habilidades y destrezas), y capacidades requeridas para el desempeño de una ocupación, aquellas propias del rol (función que una persona ocupa en lugar o

situación), que es la función (actividades que describen las responsabilidades en el puesto que ocupa) y que en este caso vienen prefijadas en el Programa de Salud Infantil.

Las Funciones más destacadas serían: Atención Directa (individual, familiar, grupal); Preventiva; Promoción e Incorporación Social; Planificación; Evaluación; Supervisión; Coordinación; Mediación; Docencia; Investigación.

Otros perfiles profesionales: Enfermera Escolar, Enfermera de consejo

Enfermería de consejo: Atención continuada y urgente.

Detección de situaciones de riesgo físico y psicosocial (a través de la familia)

3. *¿Qué líneas de formación incluirías en el Plan de Formación continuada específico de Atención Primaria para los siguientes perfiles profesionales?*

Profesionales de medicina

Manejo de farmacoterapia

Manejo del lactante enfermo

Profesionales de enfermería adultos e infancia

Autocuidados en crónicos pediátricos

Profesionales de pediatría:

Habilidades: actitudes y comportamientos descritos en el curriculum formativo de Pediatría de atención primaria. Anexo II

- Ética
- Colaboración
- Conciencia universal de la salud
- Seguridad del paciente y mejora de la calidad
- Investigación y medicina basada en la evidencia
- Actividad docente
- Liderazgo y gestión
- Comunicación y habilidades interpersonales
- Promoción de la salud y derechos de los niños
- Profesionalismo.

- Trabajo en equipo
- Liderazgo
- Competencias avanzadas

Profesionales de admisión

Otros perfiles profesionales: Enfermera Escolar, Enfermera de consejo

TRABAJADOR/a SOCIAL: En línea con el contenido asignado a la intervención social establecida en el Programa de Salud Infantil.

Temas: identificación de factores de riesgo psico-social (relación de indicadores), estilos educativos y habilidades parentales, promoción de hábitos saludables (prevención consumos, ejercicio físico, utilización de pantallas), ocio familiar, normas, límites, sobreprotección, promoción del buen trato, ...

22. Modelo organizativo de Atención Primaria

1. ¿Cómo debemos organizar los espacios temporo-espaciales que destinamos a estos pacientes (en centro de salud, domicilio, escuela)?

Haciendo un estudio de la cartera de servicios de la ZB de forma que la agenda quede adecuada a lo que realmente “se hace” en la misma.

Destinar un tiempo adecuado y realista a cada entorno y tipo de atención.

Destinar un tiempo o distribuir las agendas de forma flexible para poder adaptarlas al trabajo en las escuelas o reuniones de la red. (IG)

Considero que debe haber tiempos diseñados en agenda para ESALU, consultas crónicas, visitas domiciliarias al recién nacido, consultas educativas y trabajo comunitario.

Si se realiza alguna actividad fuera de horario laboral, pienso que debería ser compensada

En cuanto al espacio, tenemos que disponer de consulta para poder trabajar de forma independiente pero comunicada con el compañero/a de UBA, También de una sala para trabajo de EpS grupal.

Creo que deberíamos dedicar más tiempo a la salud escolar para trabajar la promoción y prevención en el ámbito escolar.

Las agendas deben incluir: actividades a desarrollar en el centro de salud,

A) PROGRAMADAS:

A1 ESALUD, INCLUIDOS ERN en combinación Pediatra y Enfermería

A2 ATENCION A CRONICOS (Pediatría)

A3 SOPORTE EDUCACIONAL CRONICOS (Pediatría y Enfermería)

A4 PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO ESPECIFICO/Investigación Pediatría (Obesidad, -SENDO- Lactancia Materna. LAYDY- Proyectos PAPen RED...) . Estas citas pueden figurar adicionales a la programación habitual, pero deben tener su cita y reserva de espacio.

A5. Programas comunitarios. Sesiones de trabajo conjunto con TS, enfermería y recursos municipales o de otros departamentos del GN

A6. PROGRAMAS ESCOLARES. Actividades con y en el ámbito escolar de PROMOCION Y EDUCACION para la SALUD (Pediatra y Enfermera) y de COORDINACION CON ORIENTADORES ESCOLARES (Pediatra).

B). Citas DIA y Citas Ordinarias

En el domicilio: Consulta RN en los primeros 6 días de vida.

Dejar un espacio en la agenda de las profesionales de enfermería de pediatría para la visita domiciliaria al recién nacido (60 minutos) y para actividades en la escuela (vacunaciones, intervenciones comunitarias) (1 hora y media a la semana a utilizar en función de las necesidades y las actividades planificadas).

En relación con las intervenciones comunitarias están:

-Talleres de autocuidados en procesos agudos para profesores y padres en procesos banales en guardería y escuela infantil/primaria.

-Talleres de estilo de vida saludables para el alumnado y profesores en secundaria.

-Talleres de autocuidado de procesos crónicos para el desarrollo de habilidades del profesorado y alumnado.

Si se realiza alguna actividad fuera de horario laboral, debería ser compensada

2. *¿Cómo organizar la atención para favorecer la accesibilidad?*

El objetivo es que todo aquel niño que precise una atención por parte de pediatría pueda recibirlo con la mínima demora adecuada al problema que presente. Para ello, orientar la atención de procesos agudos fomentando los autocuidados por parte de las familias y la atención por parte de enfermería cuando sea posible. Una adecuada distribución de los roles entre pediatra y enfermería pediátrica. Adecuada formación de enfermería para ello. Adecuada citación desde el área de admisión. Disminuir los picos de demanda que colapsan las centralitas. Adecuada organización de agendas, con huecos para crónicos en pediatras y enfermeras.

Pediatra de referencia a nivel comarcal.

Jornadas deslizantes en las que al menos 1 día a la semana cada pediatra atiende en horario de tarde.

(Algunas medidas que aumentan la accesibilidad son incompatibles con la disminución de profesionales y van a producir mayor insatisfacción de los profesionales implicados .

La accesibilidad NO ES un problema crítico en la atención pediátrica en Navarra. Es más importante la inadecuada utilización de los recursos, que de forma habitual se hace en Pediatría. Lo que se traduce además en un problema más de inequidad que de accesibilidad

SI que existen problemas de accesibilidad general a la atención por Pediatra en algunas zonas rurales y de especial aislamiento.

Para afrontarlo se ha elaborado un documento con 18 propuestas sometidas a consenso de un grupo focal de 16 pediatras. SE ADJUNTA COMO ANEXO III.

En estos momentos las consultas están demasiado colmatadas de procesos banales que no requieren una atención inmediata (sobreaccesibilidad) y que de forma habitual tienen más facilidad para acceder a la consulta en tiempo record que otros problemas más relevantes que pasan a esperar. Estos problemas se solucionan con actividades individuales e institucionales de promoción del uso racional del recurso, escalonamiento de la oferta (consulta de enfermería antes que consulta de pediatría), con promoción de los autocuidados a través de consultas específicas o sesiones grupales para abordaje de patologías de nula relevancia clínica, y aumentando las horas dedicadas a actividades programadas,

de educación para la salud o de programas comunitarios que actualmente tienen infra-accesibilidad. Programa específico atención al hiperfrecuentador.

3. ¿Cómo organizar la atención cuando no hay pediatra en el centro de salud?

Existe consenso mayoritario en que:

Todos los niños deben tener un pediatra de referencia. Bien a nivel de centro de salud, bien a nivel de comarca en caso de que la atención deba ser prestada por médicos de familia si no hay pediatra por un periodo largo, es necesario tener planificado cómo se va a realizar esta atención para no improvisar en cada ZBS cuando surge esta dificultad.

Cuando no hay pediatra debería haber un profesional de referencia a una distancia que garantice la equidad con otras zonas. La atención la asumirían los médicos de familia teniendo la posibilidad de derivación dicho profesional de referencia.

Si no existe la posibilidad, de médico de familia, pensar en un pediatra territorial con una agenda de servicios específica y participación de otros profesionales (médico de familia y/o enfermera pediatría) sólo en los servicios que puedan asumir y coordinado con el pediatra territorial.

A este respecto se realiza una propuesta que no ha podido ser consensuada:

La profesional de referencia puede ser la enfermera de pediatría que atenderá:

- La demanda aguda de procesos autolimitados a partir de la edad que se decida. Tendrá un profesional de referencia médico de familia en el centro de salud y ambos dos contarán con un pediatra consultor bien de la ZBS colindante o de área.
- Las revisiones del PSI que estén definidas que pueden ser realizadas por enfermería en la cartera básica a garantizar.

Será necesario asegurar la atención por un pediatra para:

- Las revisiones del PSI que se defina que en una cartera básica tienen que ser realizadas por un pediatra, y que tendrán que ser garantizadas en toda Navarra.
- Así como las revisiones de los niños con procesos crónicos, junto con enfermería.
- La atención a la demanda de un niño enfermo, por debajo de la edad que se decida y/o con unos criterios.

También de forma que no ha podido ser consensuada, se indica que. La realización de cambios que modifiquen la calidad de la atención, debe ser la última opción ante la falta de pediatras. Son variadas las razones y por lo tanto las soluciones no pueden caminar en un único sentido. En el documento del anexo I se proponen un conjunto de medidas para corregir la pérdida de atractivo de algunas plazas y la dificultad para ser cubiertos por pediatras.

Entre ellas, la figura del Pediatra de área sería una de las opciones ante el fracaso de otras previas.

4. ¿Es positivo para la atención pediátrica un modelo territorial?

Existe consenso en que el modelo territorial -entendido como la agrupación de recursos de atención pediátrica (pediatras y enfermeras de pediatría) correspondientes a varias zonas básicas, obviamente colindantes, que se reúnen en torno a una población infantil a la que atienden de forma integrada y completa, corrigiendo las inequidades, puede resultar positivo al aplicarse a territorios específicos, con mayor dispersión y mayor dificultad de cobertura.- puede ser una respuesta organizativa ante la falta prolongada y de corta duración (bajas cortas, formación continuada...) de profesionales especializados en Pediatría.

Sin renunciar al modelo actual de ZB, una agrupación funcional de UBA pediátricas de centros de salud colindantes, con objetivos comunes, actividades docentes comunes y gestión de recursos común, sería muy adecuada. El ámbito de organización dejaría de ser el Equipo de Atención Primaria y pasaría a ser el EAP Infantojuvenil (equipo de atención primaria infantojuvenil)

También sería muy adecuado un modelo de organización y GESTIÓN integrada de los recursos pediátricos del ÁREA, con integración funcional de recursos hospitalarios y de atención primaria.

5. Criterios para la determinación del tamaño del cupo por UBA Nº TIS/Profesional. Plantillas.

Existe consenso en que el tamaño del cupo debe ser estimado por variables relacionadas con la carga de trabajo.

- Parece que la edad es la variable más estudiada y por lo tanto más adecuada. No obstante los ratios de complejidad actuales (2,083 a la población de 0-2 años, de

1,080 a la de 3 a 6 y de 0,613 a la de 7 a 14), deberían ser evaluados en su adecuabilidad puesto que la atención a población infantojuvenil está requiriendo más atención por parte de la UBA pediátrica, y debería ser corregida con otras variables (poco estudiadas) como:

- Complejidad de casuística especial (patologías especiales) crónicos.
- Complejidad social (inmigración, multiculturalidad, desempleo)
- Tasa de hiperfrecuentadores.
- Dispersión geográfica que obligue a desplazamientos
- Trabajo de tarde
- Cartera de servicios

Dos notas individuales:

Por otra parte, los objetivos deberían ser específicos de pediatría, orientados a la seguridad y a resultados en salud. El cumplimiento de esos objetivos podría tener como premio tasas más altas de cobertura de sustituciones o docencia.

No se tiene en cuenta el número de TIS en pediatría respecto a TS. Existen zonas donde el nº de TIS es muy elevado (Por ejemplo Sarriguren 5.406), otras en cambio (Alsasua tienen 1.234 TIS).

6. Concepto de UBA. ¿Es conveniente mantener el modelo de UBA actual o se puede plantear la libre elección de enfermería? ¿La proporción medicina-enfermería es 1:1 o tendría que haber otra relación?

Se pueden plantear más actividades en pull cuando faltan profesionales, teniendo en cuenta la inexperiencia en ocasiones del personal que realiza las sustituciones?

NO existe un consenso significativo en este aspecto.

Parece mayoritaria la opinión (al menos entre los miembros del grupo con atención directa en consulta) de que la libre elección de enfermería, que rompe el concepto de UBA, no es conveniente por el momento y su aplicación debe ser objeto de análisis previo. En este aspecto, debe ser tomada en cuenta el tamaño de los Centros de Salud de nuestra Comunidad (el abanico de elección se reduce, en el mejor de los casos a 3 profesionales) y que en Pediatría solamente se puede plantear la libre elección a partir de una igualdad cualitativa en la oferta, es decir, que todas las enfermeras de pediatría tengan credenciales (obtenidas por experiencia o por formación especializada) en pediatría.

En momentos de sustitución, las enfermeras de pediatría podrían trabajar en pool para asegurar siempre la presencia de una enfermera con credenciales en las tareas de mayor especificidad

También se indica que Probablemente, la atención a determinados procesos agudos no requieren una atención personaliza y podrán ser atendidos en pull y otras podrán ser atendidas en consulta grupal (lactancia, familias hiperfrecuentadoras por problemas agudos autolimitados...)

7. ¿Es positivo plantear jornadas deslizantes en las que un profesional puede trabajar un día en un horario diferente al habitual?

Existe consenso en que la jornada deslizante se considera positiva, pero el nivel de aceptabilidad por los pediatras que tienen jornada de mañana se supone medio/bajo, muy probablemente contrarrestable con un incentivo económico.

8. Recursos necesarios para mejorar la capacidad de resolución/Resultados (Recursos Humanos, Acceso a la información clínica y social, TIC's, material fungible, acceso a pruebas diagnósticas, incorporación de equipos diagnósticos al centro de salud...)

Existe consenso en considerar la unificación de la Historia Clínica y la posibilidad de su uso en domicilio unos de los recursos más necesarios. También la mejora de las gestiones de la información clínica y administrativa en relación con el RN para facilitar la visita conjunta en el domicilio (con TS&Enfermería)

La incorporación de medios diagnósticos como dermatoscopia, bilirrubina transcutánea, ecografía y otras tecnologías de bajo coste tienen el inconveniente del consumo de tiempo que suponen, y de la necesidad de concentrar la casuística en determinados profesionales, pues si no es imposible mantener una adecuada capacidad.

En el caso de enfermería se plantea la necesidad de que su capacitación en pediatría se produzca mayoritariamente en el ámbito primario y no en el hospital (como hasta ahora ocurre), si bien periódicamente debían propiciarse stages en determinadas especialidades pediátricas hospitalarias. También la conveniencia de CNP de enfermería con otras profesionales de enfermería.

9. Tiempos dedicados a atención en domicilio/Intervención comunitaria.

Existe consenso en que los tiempos de dedicación a asistencia domiciliaria, fundamentalmente de enfermería (pediatra subsidiariamente), se concentran en la visita del Recién Nacido.

También existe consenso en que esa actividad disponga de registro adecuado con tiempo adecuado en la agenda. (60 minutos)

Garantizar la participación de la enfermera de pediatría y trabajo social en la preparación maternal y grupos de puerperio.

Se debe incrementar el tiempo dedicado a actividades ESCOLARES INDIVIDUALIZADAS, Y DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA (Enfermería y TS, pediatra subsidiariamente), adecuadamente contempladas en las agendas.

Anexo I

Programa formativo de la enfermería pediátrica. competencias más relevantes y específicas de la enfermería de pediatría, así como de las habilidades.

1) Las competencias más relevantes descritas en el programa oficial de la especialidad de enfermería pediátrica:

1.1 La enfermera pediátrica debe ser competente en:

C.1. Establecer una interacción profesional con el recién nacido, niño, adolescente y familia, demostrando habilidades, conocimientos y actitudes para la relación terapéutica, teniendo en cuenta la diversidad cultural, con la finalidad de identificar áreas de cuidados, contribuir a la adquisición de habilidades de autocuidado, favorecer el bienestar y acompañar en los procesos que conlleven una pérdida o un cambio de vida.

C.7. Realizar educación para la salud al niño, adolescente, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, diseñando, planificando y llevando a cabo intervenciones para promover, fomentar y mantener estilos de vida saludables, prevenir riesgos y lograr el mayor nivel de autocuidado posible o de cuidado a otros, en los diversos ámbitos de actuación en calidad de asesor-experto.

C.11. Valorar de forma integral y contextualizada al recién nacido, niño, adolescente y familia detectando cualquier anomalía y posibles déficits en sus necesidades, elaborando juicios clínicos profesionales, planificando las intervenciones y resolviendo de forma autónoma los problemas identificados y/o derivando a otro profesional.

C.12. Gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades, derivadas de los problemas de salud del recién nacido, niño, o adolescente, y a la prevención de complicaciones, garantizando una práctica segura y de calidad.

C.13. Prestar cuidados integrales al recién nacido, niño, adolescente y familia desde una perspectiva ética y legal, con respeto, tolerancia, sin enjuiciamientos, con sensibilidad a la diversidad cultural, garantizando el derecho a la intimidad, la confidencialidad, la información, la participación, la autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones.

C.14 Detectar y actuar en situaciones de sospecha de abuso sexual o maltrato infantil siguiendo los protocolos de actuación establecidos para asegurar el bienestar del recién nacido, niño o adolescentes.

C.20. Valorar al recién nacido, niño y adolescente con un proceso crónico, y/o con discapacidad, a su familia y su entorno social, identificando su grado de dependencia, los cuidados que requiere, los recursos y apoyos sociales disponibles, así como, los servicios de salud necesarios para cubrir sus necesidades. Resolver los problemas identificados de manera autónoma y/o con el equipo de salud y en caso necesario derivando a otro profesional, asegurando una actuación compartida y coordinada entre atención primaria y el hospital.

C.21. Aplicar diferentes estrategias de educación para la salud al niño o adolescente con un proceso crónico y/o con discapacidad, de manera autónoma, teniendo en cuenta el entorno, para promover y/o mantener la autonomía del niño/adolescente y familia.

1.2 Competencias de intervención avanzada para asegurar el bienestar del recién nacido, niño o adolescentes sano:

Realizar una valoración integral al niño, adolescente y/o familia, analizar e interpretar los datos recogidos, identificando precozmente las desviaciones de la normalidad en el crecimiento y desarrollo, los factores de riesgo para la salud y planificando los cuidados adaptados a cada situación específica, de acuerdo con los estándares de calidad establecidos y evaluando los resultados.

Identificar a la familia con posibles dificultades para el desempeño del rol parental y poner en marcha estrategias para prevenir problemas.

Hacer partícipes a los padres/tutores y al niño/adolescente en el cuidado de su salud, educando para la autonomía, manteniendo una comunicación efectiva que posibilite iniciar, mantener y concluir una relación profesional con resultados de calidad.

Llevar a cabo los programas de salud en el recién nacido, niño y adolescentes de cada comunidad con eficacia y eficiencia.

Realizar, de forma autónoma todas y cada uno de las exploraciones de cribaje (exploración de visión, audición, somatometría, desarrollo psicomotor, estadio según test de Tanner, introducción de alimentos,...) siendo el profesional de

referencia del programa de actividades preventivas del recién nacido, niño y adolescente.

Conocer y participar en los programas de salud en el recién nacido, niño y adolescentes con eficacia y eficiencia.

Planificar y realizar el seguimiento de los programas de salud individuales y grupales (Atención domiciliaria al recién nacido, Salud escolar, Grupos de Lactancia Materna, Masaje infantil, Prevención de accidentes, Golpe de calor, Vacunaciones ordinarias y extraordinarias, etc.), dirigidos al recién nacido, niño y adolescente, protocolizados en cada centro. Efectuar la evaluación de los mismos, el impacto de su intervención y transferir los resultados a la administración correspondiente.

Realizar screening neonatal de enfermedades endocrino y metabólicas.

Promocionar como experta la lactancia materna. Asesorar y apoyar en el inicio y en el mantenimiento, explicar la técnica y actuar ante las dificultades.

Enseñar a la madre las técnicas de extracción, conservación y congelación de la leche materna.

Instruir sobre la preparación y administración de fórmulas adaptadas y la introducción de la alimentación complementaria, advertir de los riesgos asociados a los errores en la técnica y verificar su correcta realización.

Ejecutar las técnicas de apoyo al diagnóstico así como el tratamiento o derivación ante los procesos patológicos agudos, siguiendo los algoritmos definidos ante las patologías ya protocolizadas para su atención por la enfermera.

Promover estilos de vida saludables en el niño, adolescente y familia, fomentado el autocuidado y la autoestima, implementando programas de educación para la salud, coordinando actividades formativas y actuando conjuntamente con las personas e instituciones implicadas.

Tener en cuenta los factores individuales, familiares, económicos, culturales y ambientales, que pueden influir en la adquisición o mantenimiento de hábitos saludables y planificar acciones adaptadas que permitan un nivel óptimo de salud.

Llevar a cabo, de manera cooperativa o autónoma, el diseño y realización de programas educativos en materia de salud en escuelas infantiles y otros centros educativos, (alimentación saludable, estilos de vida, promoción de la autoestima, detección de maltrato, acoso escolar, prevención del abuso de sustancias nocivas

para la salud, información y detección de los trastornos del comportamiento alimentario, etc.).

Realizar educación sanitaria a los niños y adolescentes sobre las dimensiones físicas y psicosociales del desarrollo sexual e identidad de género, detectar dificultades y problemas de adaptación, e intervenir de manera autónoma y/o derivar a otros profesionales.

Prevenir, detectar y abordar, las situaciones de desprotección o maltrato infantil y carencias afectivas, garantizando los derechos de los niños en defensa de su integridad y dignidad, educando a los padres, niños y a la población, trabajando en equipo con otros profesionales e instituciones para asegurar la protección del menor.

Fomentar conductas responsables en los niños, adolescente y familia para prevenir riesgos asociados a los accidentes infantiles, trastornos de la alimentación, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción y enfermedades emergentes para este grupo poblacional.

Asesorar y apoyar a la familia ante conductas y/o situaciones de riesgo en el niño y adolescente proporcionándoles pautas de actuación que faciliten un afrontamiento eficaz.

1.3 Competencias de intervención enfermera pediatría avanzada para niños y adolescentes con problemas de salud.

Dar información sobre los cuidados de enfermería realizados y responder a las preguntas del niño, adolescente y familia con respeto, honestidad y un lenguaje adecuado al contexto.

Demostrar habilidad y destreza en la realización de los diferentes procedimientos, técnicas, pruebas y tratamientos derivados de los diferentes problemas de salud.

Conocer y utilizar las estrategias para disminuir el estrés del niño y adolescente durante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Identificar de manera autónoma las variaciones en el cuidado de los niños y adolescentes con una enfermedad crónica según la edad, el contexto, la situación familiar, la dependencia, autonomía, etc., para adaptar sus intervenciones como enfermera especialista a las diferentes situaciones.

Valorar la repercusión de la enfermedad crónica en el crecimiento y desarrollo del niño así como las repercusiones en la familia.

Valorar las necesidades de los padres en relación a la educación sobre los cuidados a realizar en el domicilio manteniendo contacto con el centro hospitalario de referencia para coordinar los cuidados, hacer educación sanitaria y promover conductas generadoras de salud.

Favorecer y apoyar la integración y adaptación del niño y adolescente, con un proceso crónico y/o discapacidad, en los diferentes ámbitos: familia, colegio, grupo de amigos, etc.

Planificar cuidados de manera autónoma y/o con otros profesionales para prevenir las complicaciones derivadas de un proceso crónico con el fin de mantener y promover un nivel óptimo de salud en el niño.

Apoyar al niño, adolescente y familia ante el diagnóstico de una enfermedad oncológica para que la adaptación al proceso se realice de una manera adecuada

Demostrar habilidades, de intervención enfermera avanzada, adecuadas a las distintas situaciones de cambio o crisis en que se encuentre el niño y adolescente con problemas de salud mental y familia, actuando como agente de cambio para crear condiciones que favorezcan la salud mental, colaborando o derivando a otros profesionales en caso necesario.

Intervenir de manera autónoma con el niño, adolescente y familia para mantener la conexión con la realidad, proporcionando mecanismos de defensa contra el temor y la ansiedad, ante una enfermedad grave o un proceso crónico.

Asesorar y apoyar a la comunidad educativa ante conductas y/o situaciones de riesgo en el niño y adolescente proporcionándoles pautas de actuación que faciliten el autocuidado, detección y actuación ante la aparición de signos y síntomas de alarma.

Informar a los padres y/o cuidadores principales asegurándose de que cuentan con las redes de apoyo de las diferentes instituciones ante una enfermedad grave o un proceso crónico.

Planificar y llevar a cabo los cuidados de enfermería teniendo en cuenta la situación del niño o adolescente con una enfermedad terminal.

Ayudar al niño o adolescente a reducir sus molestias físicas y a afrontar la muerte con dignidad, asegurándose que él y su familia reciben la ayuda que quieren y necesitan.

Comprender las fases por las que puede pasar el niño, adolescente y familia durante el período terminal de la enfermedad, apoyando en cada una de ellas.

Llevar a cabo actividades, junto al resto del equipo, para ayudar a «bien morir»: respetar y ayudar a la familia ante los problemas emocionales, sociales, ambientales, etc., controlar los síntomas, preparar para la muerte y realizar seguimiento posterior del duelo.

2) Las competencias más relevantes descritas en el programa oficial de la especialidad de la enfermera familiar y comunitaria son:

En relación a la atención en la infancia:

- a) Valorar sistemáticamente, dentro del contexto familiar y comunitario, el desarrollo infantil en sus aspectos físicos, psicológicos, culturales, ambientales y sociales.
- b) Promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela.
- c) Prevenir la enfermedad de los niños y las niñas en el contexto familiar y comunitario.
- d) Prestar cuidados especializados en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso, en las situaciones de: alteraciones del desarrollo infantil, problemas de salud de tipo agudo, discapacidades y problemas crónicos de salud.

En relación a la atención en la adolescencia:

- a) Valorar el desarrollo del adolescente en sus aspectos biológico, psicológico y social.
- b) Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente.

- c) Prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social.
- d) Prevenir los accidentes de los adolescentes y sus secuelas.
- e) Prestar cuidados especializados al adolescente con problemas de salud en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso.
- f) Fomentar el desarrollo sexual y la identidad de género, detectando posibles dificultades.
- g) Contribuir a que las familias aborden eficazmente la crisis de la adolescencia.

Descripción de los contenidos, actitudes y habilidades en:

Procesos de desarrollo del niño y herramientas de valoración (escalas, exploración, métodos y sistemas). Dinámicas y adaptaciones familiares en relación al niño y a su estado de salud. Métodos de educación para la salud adaptados al entorno escolar. Programas de vacunación.

Abordaje integral de la salud del niño en su entorno/unidad sociofamiliar.

Respeto con los derechos de los niños.

Aplicación de escalas y sistemas de valoración. Técnicas de educación para la salud infantil. Aplicación y adaptación de las pautas de vacunación.

Procesos de desarrollo global del adolescente, instrumentos y estrategias de valoración. Educación para la salud del adolescente, con especial atención a la salud sexual y de gestión de riesgos. Dinámicas y adaptaciones familiares en relación al adolescente.

Integralidad de la salud de los adolescentes y sus familias. Empatía y relación terapéutica hacia este grupo de edad.

Comunicación eficaz con adolescentes. Relación de confianza y ayuda. Negociación. Manejo del Método de Resolución de Problemas

Anexo II

CURRICULUM DE FORMACION EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

© ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCION PRIMARIA 2015

© EUROPEAN CONFEDERATION OF PRIMARY CARE PAEDIATRICIANS 2015

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/curriculo_europeo_traducido.pdf

Anexo III



2.- CUESTIONARIO. RESULTADOS

PRIMERA PARTE.

En relación con el texto de la CONTEXTUALIZACIÓN.

Valoración:

MI NIVEL DE ACUERDO con el CONTENIDO ES del 1 al 4:

(1: no estoy de acuerdo, 2 parcialmente de acuerdo y creo que faltan cosas importantes, 3 parcialmente de acuerdo y faltan cosas de menor importancia, 4 de acuerdo completamente)

RESULTADO: 3,77 SOBRE 4

COMENTARIOS ADICIONALES: (texto libre)

SEGUNDA PARTE:

OBJETIVO GENERAL DEL TRABAJO
PARA MANTENER Y MEJORAR LA CALIDAD, SEGURIDAD, EQUITAD Y SOSTENIBILIDAD DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE NAVARRA.

CONSIDERACIÓN:

Se considera que los horarios de difícil conciliación, reducen la posibilidad de cobertura por pediatras.

PROPUESTAS

Para ello se propone:

a.- Ajustar el horario de tarde (por ejemplo hasta las 17:30)

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,08 sobre 5

Aceptabilidad: Alta 3,69 sobre 5

b.- En los CS en los que haya más de dos pediatras, todos los cupos trabajarán un día a la semana de forma rotatoria, en horario extendido de tarde (por ejemplo 10 a 17:30.)

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,08 sobre 5

Aceptabilidad: Media 2,77 sobre 5

c.- Reajustar el horario del SUE para reducir el número de fines de semana incluidos.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,46 sobre 5



Acceptabilidad: Muy Alta 4,38 sobre 5

d.- Primar económicamente horarios de difícil conciliación.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,69 sobre 5

Acceptabilidad: Muy Alta 4,54 sobre 5

VALORACION

Valorar para cada uno de ellos, del 1 a 5 :

Pertinencia: esta medida va a tener resultados (1 ningún resultado, 5 resultados óptimos)

Acceptabilidad: esta medida va a ser aceptada (1 nada aceptada, 5 totalmente aceptada)

CONSIDERACION:

Se considera que los profesionales de nueva incorporación tras la finalización del MIR, tienen predilección por la actividad hospitalaria. Las convocatorias de OPE suponen un atractivo para los pediatras de otras CC.AA. y fijan la cobertura de plazas.

PROPUESTAS

Para solucionarlo se propone:

a.- Incremento de las plazas MIR de Pediatría

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,46 sobre 5

Acceptabilidad: Muy Alta 4,15 sobre 5

b.- Aumento significativo de la rotación de los MIR por AP

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,46 sobre 5

Acceptabilidad: Muy Alta 4,15 sobre 5

c.- Cobertura inmediata de las plazas de pediatría hospitalaria con vacantes perfiladas según necesidades.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,38 sobre 5

Acceptabilidad: Alta 3,92 sobre 5

d.- Control de la puerta de entrada a plazas del Hospital a través de las plazas de Primaria.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,15 sobre 5



Aceptabilidad: Muy Alta 3,31 sobre 5

e.- Procesos de selección y OPEs bien perfiladas para Primaria.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,69 sobre 5

Aceptabilidad: Muy Alta 4,46 sobre 5

f.- Tasa de renovación de Pediatras del 100%. OPE anuales con incorporación de las vacantes que se generen durante el periodo en el que la OPE se está desarrollando.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,85 sobre 5

Aceptabilidad: Muy Alta 4,54 sobre 5

VALORACION

Valorar para cada uno de ellos, del 1 a 5 :

Pertinencia: esta medida va a tener resultados (1 ningún resultado, 5 resultados óptimos)

Aceptabilidad: esta medida va a ser aceptada (1 nada aceptada, 5 totalmente aceptada)

CONSIDERACION

Se considera que las consultas de Pediatría tienen una fuerte carga asistencial pues están, en una gran proporción, sobresaturadas de actividad aguda.

PROPUESTAS

a.- Reorganización de las agendas para reducción de las citas día y aumento de la actividad PROGRAMADA, introduciendo otros programas adicionales al PSI. Eliminación de los objetivos que penalizan la demora.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,00 sobre 5

Aceptabilidad: Alta 3,77 sobre 5

b.- Creación de un PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ABORDAJE DEL PACIENTE PEDIATRICO HIPERFRECIENTADOR.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,85 sobre 5

Aceptabilidad: Muy Alta 4,54 sobre 5

c.- Desarrollo de un Plan Sectorial de Atención Urgente y Continuada de la población Infantojuvenil que reformule los programas asistenciales y modelos de atención del SUE y de las Urgencias Hospitalarias.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,69 sobre 5



Acceptabilidad: Muy Alta 4,46 sobre 5

VALORACION

Valorar para cada uno de ellos, del 1 a 5 :

Pertinencia: esta medida va a tener resultados (1 ningún resultado, 5 resultados óptimos)

Acceptabilidad: esta medida va a ser aceptada (1 nada aceptada, 5 totalmente aceptada)

CONSIDERACION

Se considera que las consultas de Pediatría de las poblaciones rurales aisladas y con poca población infantil tienen especiales condiciones negativas para la cobertura de forma definitiva

PROPUESTAS

a.- Prima económica por la cobertura de plazas de especial aislamiento y prima adicional por estabilidad en la plaza.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,85 sobre 5

Acceptabilidad: Muy Alta 4,31 sobre 5

b.- Plazas con cupos mixtos (urbanos y rurales aislados) (p.ej. 4 días de actividad en cupo urbano y 1 en rural. Financiación del desplazamiento

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,31 sobre 5

Acceptabilidad: Alta 3,69 sobre 5

c.- Concentración de la actividad pediátrica (específicamente la PROGRAMADA) en determinadas poblaciones cabecera, con la creación de la figura de Pediatra de Area.

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,38 sobre 5

Acceptabilidad: Alta 3,46 sobre 5

VALORACION

Valorar para cada uno de ellos, del 1 a 5 :

Pertinencia: esta medida va a tener resultados (1 ningún resultado, 5 resultados óptimos)

Acceptabilidad: esta medida va a ser aceptada (1 nada aceptada, 5 totalmente aceptada)



CONSIDERACION

Las bajas de corta duración, formación y plazas de especial penalidad tienen dificultad añadida para la cobertura con pediatras.

PROPUESTAS

a.- Creación de un grupo específico de N plazas de duración superior a 12 meses, sin adscripción de cupo concreto, cuya función sea la cobertura de las eventualidades en conjunto de cupos con especial dificultad

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,46 sobre 5

Aceptabilidad: Alta 3,38 sobre 5

b.- Agrupación de varios Centros de Salud con contigüidad para gestionar los recursos de forma conjunta, creando una masa crítica suficiente que permita las autocoberturas sin exceso de sobrecarga en los cupos

RESULTADO: Pertinencia: Muy alta 4,38 sobre 5

Aceptabilidad: Alta 3,92 sobre 5

VALORACION

Valorar para cada uno de ellos, del 1 a 5 :

Pertinencia: esta medida va a tener resultados (1 ningún resultado, 5 resultados óptimos)

Aceptabilidad: esta medida va a ser aceptada (1 nada aceptada, 5 totalmente aceptada)



PROCESO DE PARTICIPACION Y REFLEXIÓN ESTRATÉGICA SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE NAVARRA 2017-2019

SUGERENCIAS DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERACIONES EN RELACION AL PLAN DE ATENCION PRIMARIA DE NAVARRA

Desde el punto de vista estratégico es importante plantearlo como un plan abierto que permita introducir nuevas líneas estratégicas o nuevas acciones relacionadas con líneas ya establecidas en cualquier momento a propuesta de los profesionales o de cualquier institución.

Vale la pena plantearse la posibilidad de tener un comité externo de apoyo técnico para el desarrollo del plan.

Según el plan, la Misión es hacer efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos de Navarra a través de las medidas de formación, de las prestaciones y de los servicios sanitarios. En este sentido, es importante añadir “a través de la coordinación intersectorial”.

Elementos a potenciar en el plan de Atención Primaria.

1.- Equidad - Desigualdades en salud

Uno de los objetivos finalistas del plan es mejorar la equidad para el afianzamiento de la población en el medio rural.

En este aspecto el plan se centra en mejorar la accesibilidad a los servicios, en especial a las urgencias y las emergencias, pero creemos que debería señalar, como un eje prioritario del plan, evitar desigualdades no solo en cuanto a la accesibilidad a los servicios, sino también evitar desigualdades en indicadores de salud y de factores de riesgos determinantes de la salud.

2.- Orientación hacia la mejora de los resultados clínicos y en salud.

El Plan de Salud pretende lograr que todo el sistema sanitario de Navarra se oriente al logro de resultados de salud en la población, sin embargo, sería importante contemplar como variable estratégica para organizar los servicios, asignar los recursos necesarios para prestarlos y como base para el reconocimiento de los profesionales. La mejor forma para mejorar en la medición de resultados, creemos que es considerarlo como un eje estratégico.

3.- Atención primaria como agente de salud del paciente.

El plan, creemos que debe reforzar el papel de la atención primaria como “agente de salud del paciente”, concepto más amplio que “agente clave en la priorización clínica”. Debe recoger acciones dirigidas a ser el eje de atención en los problemas donde intervienen varios especialistas.

4.- Atención personalizada: individualización de la atención centrándose en el paciente

Parece necesario reflexionar sobre la especialización y/o la dispensarización de los servicios como alternativa de organización de la asistencia a los equipos de atención (médico-enfermera).

5.- Nuevo modelo de gestión de equipos (gestión clínica)

6.- Longitudinalidad asistencial

Aparece en el plan como un problema, aunque sería importante que fuera una línea específica de acciones para su mejora.

7.- Redistribución de cupos

Introducir criterios relacionados con la morbilidad y complejidad de los pacientes, así como sobre necesidades sociales, parece importante. En el plan se plantea la adecuación del criterio TIS por cupo con un objetivo óptimo a conseguir de forma paulatina, teniendo en cuenta las características de la población asignada. Será importante especificar variables se van a usar y como se incorporan en el modelo para determinar el cupo óptimo.

Fundamental tener en cuenta comorbilidad (pacientes complejos) y zonas necesitadas de transformación social.

8.- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica

Sería importante que hubiera una línea específica con acciones para disminuirla como eje prioritario para disminuir la inequidad y mejorar la eficiencia.

9.- Atención integrada orientada a la persona

El plan se centra en la coordinación entre niveles asistenciales y servicios para mejorar la continuidad asistencial y crea una que debe potenciar la integralidad de la atención a través de la redefinición de las formas y protagonistas de la prestación de la cartera de servicios de atención primaria (integración de la asistencia vs coordinación).

Diferencia entre los siguientes conceptos:

- Coordinación asistencial interniveles
- Continuidad asistencial interniveles
- Atención integral internivel

10.- Impulsar estrategias de prevención y promoción

Creemos que se debe hacer más hincapié en las intervenciones poblacionales saludables, que incidan en la distribución poblacional de los factores de riesgo de enfermar.

11.- Potenciar la cultura global de reinversión como un valor de la organización

Dejar de hacer lo que no aporta valor para aplicar dichos recursos a actuaciones de eficacia y eficiencia contrastada.

12.- Potenciar la imagen a nivel de la ciudadanía de la atención primaria

Se identifica como un problema la pérdida de visibilidad y prestigio de la atención primaria ante el glamur de otras especialidades (superespecialización), lo que hace poco atractiva la especialidad de medicina de familia y comunitaria. Sería necesario la puesta en marcha de un plan de marketing para la mejora de la imagen y visibilidad de la Atención primaria en general y del médico de familia en particular.

13.- Potenciar la participación de los ciudadanos y pacientes

La acción para potenciar la participación ciudadana la centra en la creación de consejos de salud.

Creemos que hay que poner el esfuerzo en potenciar la participación en el proceso clínico:

- Participación de los pacientes (grupos focales) en la organización de la asistencia y en las decisiones compartidas sobre el tratamiento
- Participación del paciente en la evaluación y mejora de los procesos aportando información relevante a través de los cuestionarios relacionados con la calidad de vida.
- Paciente experto.
- Papel del voluntariado

14.- Potenciar la coordinación con Salud Pública

Se plantea la incorporación de técnicos en Salud pública. Decidir el modelo de salud pública para impulsar las estrategias de prevención y promoción de la salud: ¿Integrada en la atención primaria o independiente de la atención primaria?

15.- Potenciar la investigación y la innovación.

Financiación específica para la investigación y la innovación en atención primaria: Apoyo metodológico, convocatorias de ayudas a la investigación específicas para atención primaria, etc...

Desarrollar un plan para potenciar la innovación.

16.- Fomentar el liderazgo clínico

Establecer un modelo de gobernanza para las UGC de atención primaria. Facilitar la participación real de los profesionales en la gestión del centro de salud.

17.- Eliminar las Demoras en Atención Primaria

Creemos que tanto para evitar la demora (en el caso de que la haya) como para dedicar más tiempo al paciente es necesario poner en marcha una acción dirigida a la Gestión de la Demanda (hay cupos de similares características con demandas diferentes).

18.- Modelo de Financiación

Sería bueno plantearse un modelo de financiación para la atención primaria, tanto a nivel de comarca como a nivel de zona básica.

19.- Nuevas responsabilidades (redistribución de tareas)

En Medicina de Familia es importante ver como se coordinan estas nuevas responsabilidades con la atención hospitalaria y su factibilidad.

En enfermería:

- Hay que apostar claramente por la prescripción enfermera.
- Hay que definirse claramente por las Prácticas avanzadas o por la especialidad.
- Creemos que hay que apostar más por la enfermería.

20.- Estrategia de Cuidados

Definir el papel de la enfermería: Especialidades, Prescripción enfermera, nuevos roles, etc.

21.- Modelo de incentivos

Importante establecer incentivos por centros y/o individuales.

22.- Mapa de Competencias profesionales

Elaboración de un mapa de competencias adaptado a las nuevas necesidades recogidas en el plan.

23.- Mejoras en TIC's y sistemas de información

Requiere un plan concreto orientado a dar respuesta a las propuestas recogidas en el plan. (Plan de participación ciudadana, medición de resultados, integración de la asistencia, etc....).

Medidas específicas en los sistemas de información y TIC's para desarrollar el papel de agente del paciente por parte de la Atención primaria (Acceso a la información clínica del hospital y de las urgencias de AP Y AH, aviso sobre pacientes que han ingresado en el hospital y/o han acudido a urgencias)

Videoconferencias también para interconsultas y para consultas con pacientes.

Digitalización de las Historias clínicas: Realizar Análisis de eficiencia. La utilización de esta información después de tantos años de la historia clínica informatizada es mínima.

24.- Acuerdos de Gestión

Definir un modelo congruente para que las estrategias y acciones recogidas en el plan, aseguren la participación real de los profesionales en el en su diseño y la propuesta de objetivos basada en los problemas de cada EAP.

25.- Redacción/actualización del Código ético de atención primaria

26.- Modelo de urgencias

- Requiere un análisis con los profesionales.

27.- Mejora de la capacidad resolutive en AP

En este aspecto el plan incluye una serie de mejoras diagnósticas dentro del centro de salud (ecografía, radiolog simple, etc..) para mejorar la capacidad resolutive, sería bueno plantear mejoras en la accesibilidad a pruebas diagnósticas instaladas en el hospital.

Así mismo, analizar los procesos más susceptibles de ser resueltos en atención primaria por especialidad y poner a disposición de Ap las medidas necesarias para resolverlos (Pruebas diagnósticas, protocolos de coordinación/integración y formación específica para cada uno de ellos cuando sea necesario).

28.- Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos

El plan plantea la extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico:

Importante plantear la evaluación de la misma, qué cambios son necesarios y la existencia de coordinación entre profesionales y con políticas sociales.

29.- Atención sociosanitaria

30.- Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia para la atención a procesos agudos autolimitados.

31.- Modelo de Formación y Desarrollo profesional

32.- Creación de una nueva figura “La enfermera escolar”

33.- Modelo de Autogestión y Evaluación clínica

- No tenemos criterios claros para marcar las diferencias entre niveles de autogestión

34.- Comité de ética asistencial

Definir el modelo por si un Comité de Ética asistencial solo para Atención Primaria o conjunto para atención primaria y atención especializada.

Definir el ámbito: Zona básica o comarcal o por área sanitaria